

# 1. KOMMUNALE PFLEGEKONFERENZ MANNHEIM<sup>2</sup>

09. November 2021  
Neues Technisches Rathaus



**MANNHEIM<sup>2</sup>**

unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration  
Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg

# IMPRESSUM

Herausgeber:  
Stadt Mannheim, Fachbereich Arbeit und Soziales  
Sozialplanung  
K 1, 7-13  
68159 Mannheim  
E-Mail: [sozialplanung@mannheim.de](mailto:sozialplanung@mannheim.de)  
Internet: [www.mannheim.de/sozialplanung](http://www.mannheim.de/sozialplanung)

Bildquelle:  
Titelbild: [iStock.de](https://www.istock.com/)  
Copyright: Fachbereich Arbeit und Soziales / Seniorenbüro  
Restliche Bilder: Fotografie Andreas Henn

Redaktion:

Dr. Simone Becker

Milena Etges-Steidlinger, Lars Heinisch, Tobias Korn, Stefan Rodrian, Susana Santos de Castro

Mannheim, Januar 2022





# FACHSYMPOSIUM ZUM SELBSTBESTIMMTEN WOHNEN IM STADTTTEIL MIT VERSORGUNGS- SICHERHEIT

Moderation: Frau Prof. Dr. Schäufele

## Zeitplan

08:45 – 09:00

Ankommen und Begrüßungskaffee

09:00 – 09:15

Begrüßung

Bürgermeister Michael Grötsch (Stadt Mannheim)

09:15 – 09:30

Begrüßung

Manne Lucha (Minister für Soziales, Gesundheit und Integration BW)

09:30 – 10:00

Zukunft des Alterns – Eine moderne geriatrische Perspektive

Prof. Dr. Jürgen Bauer (Bethanien-Institut Heidelberg)

10:00 – 10:45

Vision Dänemark: Seniorenpolitik in Aarhus (ausgefallen)

Hosea Che Dutschke (Leiter des Health and Care Department der dänischen Kommune Aarhus)

10:45 – 11:00

Kaffeepause

11:00 – 11:45

Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie –

Ein Vergleich von Betroffenheit und Folgen

in unterschiedlichen Versorgungsformen

Benedikt Preuß (Universität Bremen)

11:45 – 12:45

Mittagsimbiss

12:45 – 13:30

Bielefelder Modell: selbstbestimmt Wohnen mit Versorgungssicherheit im Quartier

Oliver Klingelberg, Sozialmanagement Bielefelder Modell

13:30 – 14:00

Wiesbadener Modell „Eigenheim / Komponistenviertel“ – Eine fast stationäre Sicherheit in der eigenen Häuslichkeit

Andreas Schmidt, Häusliche Kranken- und Seniorenpflege

Thomas Rehbein, Projektmanager Wiesbadener Modell

14:00 – 14:10

Kaffeepause

14:10 – 14:30

Die Zweifler (Kabarett-Einlage)

14:30 – 15:15

Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier – Erkenntnisse aus der Evaluation des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“

Prof. Dr. Kerstin Hämel (Universität Bielefeld)

15:15 – 16:00

Zuhause wohnen bleiben bis zuletzt

Prof. Dr. Otto (Universität Tübingen/Universität Zürich)

16:00 – 16:30

Stadt gestalten mit IQ – Impulse zur Inklusiven Quartiersentwicklung

Benjamin Lachat (Städtetag Baden-Württemberg)

16:30

Schlusswort

Oberbürgermeister Dr. Peter Kurz (Stadt Mannheim)



## ANKOMMEN UND BEGRÜSSUNGSRUNDE





## BEGRÜSSUNG MANNHEIM<sup>2</sup>

Bürgermeister Michael Grötsch (Stadt Mannheim) /  
Manne Lucha (Minister für Soziales, Gesundheit und Integration BW)

Repräsentanten sowohl der Stadt Mannheim als auch der Landesregierung Baden-Württembergs richteten Grußworte an die Teilnehmenden der 1. Mannheimer Pflegekonferenz.

Wie er ausführte, erfordere die demografische Entwicklung, mit einem absehbar zunehmenden Anteil älterer Bürgerinnen und Bürger und der allgemein steigenden Lebenserwartung, die Veränderung und Weiterentwicklung hergebrachter Methoden in der Daseinsvorsorge für ältere Menschen.



Michael Grötsch, Bürgermeister für Wirtschaft, Arbeit, Soziales und Kultur und damit zuständiger Dezernent der Stadt Mannheim, sprach zur Eröffnung der Konferenz.

Nicht alle Menschen höheren Alters seien indes in irgendeiner Form hilfebedürftig. Wie andere Altersgruppen der Gesellschaft auch, setze sich der Personenkreis der Älteren heute mehr denn je aus Menschen in sehr unterschiedlichen Lebenslagen zusammen, trafen verbreitete Klischeevorstellungen immer weniger zu. Es gebe einerseits eine steigende Zahl von Altersarmut Betroffene, sowie Menschen, deren Lebensqualität durch Erkrankungen oder soziale Vereinsamung eingeschränkt sei. Andererseits erlebe man aber auch viele Senioren und Seniorinnen, die einen glücklichen Lebensabend bei guter Gesundheit und in finanzieller Sicherheit verbringen.

Es stelle sich damit die Frage, was in kommunaler Verantwortung zur Bewältigung dieser demografischen Herausforderungen beigetragen werden könne. Hier liege der Ausgangspunkt für die Entwicklung „zukunftsfester,“ quartiersintegrierter, inklusiver Versorgungsstrukturen, welche auch die pflegerischen Aufgaben und Bedarfe einbeziehen und veränderten gesellschaftlichen Anforderungen und Zielen gerecht werden. Man hoffe auch im Rahmen der Pflegekonferenz auf weiterführende Erkenntnisse zu diesen Fragen.

Manfred Lucha, Minister für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg, richtete sein Grußwort per Videoübertragung an die 1. Mannheimer

darfe anzupassen, seien somit die Kommunalen Pflegekonferenzen, an denen Vertreterinnen und Vertreter der Kommune, der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen, der Pflegebedürftigen, des Pflegepersonals sowie des bürgerschaftlichen Engagements beteiligt werden sollten.

Anzustreben sei, dass Pflegebedürftige unabhängig von der Art des Pflege- und Unterstützungsbedarfs möglichst lange in ihrem angestammten Umfeld wohnen bleiben können und nicht stationär versorgt werden müssen. Eine fortschrittsorientierte, innovative Koordinierung und Gestaltung der Pflege- und Unterstützungsstrukturen durch die örtlichen Gebietskör-



Pflegekonferenz. Wie der Minister erläuterte, solle mit Hilfe dieser vom Land angestoßenen und maßgeblich finanzierten Veranstaltungsform ein Modell etabliert werden, von dem andere Kommunen lernen können und zur Nachahmung angeregt werden sollen.

Aus Sicht des Ministers komme den Kommunen eine zentrale Steuerungsfunktion im Bereich der pflegerischen Infrastruktur zu. Ein wichtiger Baustein, diese Strukturen weiter auszubauen und an geänderte Be-

perschaften sei in diesem Zusammenhang wünschenswert. Die Kommunen könnten am besten beurteilen, welche Angebote und Strukturen für eine wohnortnahe Pflege bereits vorhanden seien und welche noch aufgebaut werden müssten.



11	Francisca Celsa dos Santos
12	Maria Capovilla
13	Suzanne Mushatt Jones
14	Gertrude Weaver
15	Tine Raij
16	Antonia da Santa Cruz
17	Jeanne Bol
18	Elizabeth Bolden
19	Besse Cooper
20	Maria Giuseppa Pibucci

## ZUKUNFT DES ALTERNS – EINE MODERNE GERIATRISCHE PERSPEKTIVE

# MANNHEIM<sup>2</sup>

Prof. Dr. Jürgen Bauer (Bethanien-Institut Heidelberg)

Nach Jahrzehnten einer kontinuierlichen Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung in den westlichen Industrienationen hat die Pandemie aktuell zu einer Umkehrung dieses Trends in Mitteleuropa geführt. Allerdings besteht die Hoffnung, dass es nach dem Ende der Pandemie wieder zu einem Anstieg der Lebenserwartung kommen wird. Für diesen langfristigen Trend sind neben den Errungenschaften der modernen Medizin vor allem soziale Fortschritte, eine bessere Hygiene, positive Veränderungen in der Arbeitswelt und eine verbesserte Ernährung verantwortlich.

Zahlreiche Artikel der Fach- und Laienpresse berichteten in den letzten Jahren über innovative medizinische Ansätze, die es in naher Zukunft erlauben würden, unsere Lebenszeit deutlich zu verlängern. Basierend auf den durch Erforschung der molekularen Prozesse des Alterns gewonnenen Erkenntnissen könnten Medikamente entwickelt werden, welche nicht nur das Leben verlängern, sondern auch die Entstehung von häufigen, mit dem Alter verbundenen Erkrankungen (u.a. Demenz, Arthrose, Osteoporose und Sarkopenie) verhindern. Auf diese Weise würde man nicht nur die Lebensspanne, sondern auch die „Gesundheitsspanne“ verlängern – einem glücklichen Altern stünde so-

mit zumindest mit Blick auf die Abwendung körperlicher Zerfallsprozesse nichts mehr entgegen. Während solche Gedanken noch vor 10 Jahren eher als Science Fiction abgetan wurden, nähern wir uns gegenwärtig der Verwirklichung dieser Vision langsam an. Im Grunde wird Altern dabei als Krankheit betrachtet, welche es zu heilen gilt. Eine durchaus polarisierende Vorstellung, die man nicht unbedingt teilen muss. Tatsächlich

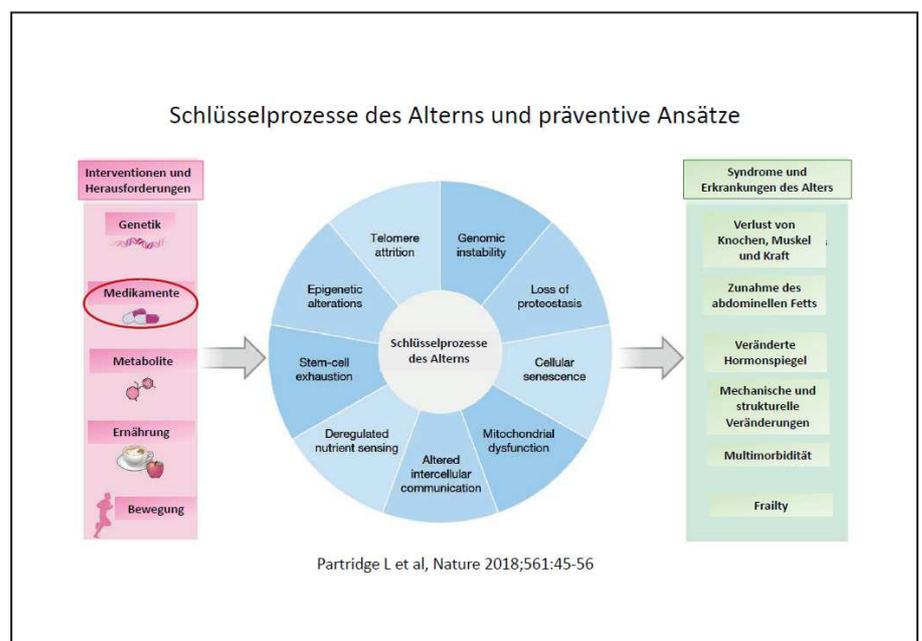


werden in empirischen Studien bereits erste Substanzen in ihrer Wirksamkeit auf den Menschen untersucht. Es besteht die Hoffnung, durch die Verhinderung oder zumindest Verzögerung der erwähnten Alterskrankheiten die Lebensqualität länger zu erhalten und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu verringern.

Eine Pille gegen die Gebrechen des Alters ist eine verlockende Perspektive. Realistischer erscheint jedoch die konsequente Umsetzung präventiver Maßnahmen zur Verzögerung des funktionellen Abbaus im Alter. Diesen wird in den nächsten Jahrzehnten eine überragende Bedeutung zukommen. Diese Form der Prävention setzt auf moderne Ansätze zum Erhalt von Kraft, Mobilität und Kognition und fokussiert auf die Bereiche körperliche Aktivität, Ernährung und soziale Interaktion. Dabei wird es erforderlich sein, die Voraussetzungen für ein gutes Altern bereits im mittleren Lebensalter bzw. spätestens zum Ende der Berufstätigkeit zu schaffen. Von einem funktionellen Abbau besonders gefährdete Individuen sollten frühzeitig identifiziert und individuell medizinisch begleitet werden. Aktuell bemühen sich Universitäten und große IT-Unternehmen darum, Biomarker zu entwickeln, die eine diesbezügliche frühe Risikoabschätzung ermöglichen. So könnte zukünftig eine auf den Daten mobiler Endgeräte (Smartphone, Smartwatch, Wearables in Textilien) basierende Risikoanalyse mit Warn- und Coachingsystemen verbunden werden. In der Prävention gewinnen zunehmend auch spielerische Lösungen zur Förderung der Fitness einschließlich Balance und Kognition an Bedeutung, die als „Exergames“ bezeichnet werden. Hier existieren bereits einige vielversprechende Produkte, die auch schon zur Anwendung kommen. Sie werden in den nächsten Jahren weiterentwickelt werden, um individuelle Defizite noch passgenauer auszugleichen und vorhandene Ressourcen zu stärken. Um die Nachhaltigkeit solcher Anwendungen zu sichern und die soziale Interaktion zu fördern, könnten diese „Spiele“ in IT-basierten Netzwerken gespielt werden, wie dies ja auch in jüngeren Altersgruppen bereits geschieht.

Sind bereits Defizite, wie zum Beispiel im Bereich des Hörens, Sehens, Tastens oder der Reaktionszeiten vor-

handen, so werden wir diesen in Zukunft mit elektronischen Assistenzsystemen begegnen können. Auch zukünftig wird für ältere Menschen vielerorts die Individualmobilität eine große Rolle spielen. Daher kommt der Weiterentwicklung des autonomen Fahrens im Hinblick auf die alternde Bevölkerung eine wachsende Bedeutung zu. Manches organische Defizit wird sich auch am Körper selbst korrigieren lassen. Denkbar wäre, dass Bewegungsabläufe des Gelenkapparats während der Rehabilitation, unter Umständen aber auch dauerhaft durch den Einsatz mechanischer Exo-



skelette gestützt werden. Allerdings schmälern die hohen Kosten solcher Exoskelette und ihre insbesondere im höheren Lebensalter erschwerte Handhabbarkeit die Möglichkeiten ihrer konkreten Anwendung.

Die Verteilung der Früchte eines medizinischen Fortschritts, der eine deutliche Verlängerung nicht nur der Lebenserwartung, sondern auch der „Gesundheitsspanne“ ermöglicht, wird allerdings auch eine umfangreiche gesellschaftliche Diskussion mit sich bringen. Wird das zuvor beschriebene gute, lange Leben jedem Bürger und jeder Bürgerin oder nur den Wohlhabenden zugänglich sein? Im letzteren Fall droht eine Zunahme der Kluft zwischen vermögenden und ärmeren Mitgliedern unserer Gesellschaft und der Verlust des sozialen Friedens. Solche Gefahren gilt es frühzeitig zu erkennen und entsprechende Lösungen zu finden, da sich ein gutes Altern nur in einem gesellschaftlich harmonischen Umfeld vollziehen kann.



## LANGZEITPFLEGE WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE – EIN VERGLEICH VON BETROFFENHEIT UND FOLGEN IN UNTERSCHIEDLICHEN VERSORGUNGSFORMEN

# MANNHEIM<sup>2</sup>

Benedikt Preuß (Universität Bremen)

Die Universität Bremen untersuchte in einer Studie die Verbreitung von COVID-19, die zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Ressourcen, der organisatorische Umgang mit der Situation und die Unterstützungswünsche ambulanter Pflegedienste sowie teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen an die Politik. Ziel der Studie war es, das Ausbruchsgeschehen zu beleuchten und daraus Schlüsse für ein adäquates Handeln in künftigen Situationen zu ziehen.

Pflegebedürftige gehören zu den am stärksten von der Corona-Krise Betroffenen. Ca. 60 % aller in Zusammenhang mit einer Infektion Verstorbenen wurden in Pflegeheimen oder von ambulanten Pflegediensten betreut. Etwa die Hälfte (49 %) aller in Zusammenhang mit einer Infektion eingetretenen Todesfälle entfiel auf Bewohner\*innen von Pflegeheimen, rund 12 % auf Klient\*innen ambulanter Pflegedienste. Zudem traten in fast jedem fünften Pflegeheim und bei jedem zehnten ambulanten Pflegedienst Erkrankungsfälle unter Mitarbeitenden auf, was sowohl im stationären wie auch im ambulanten Sektor zu einem erhöhten Personalausfall führte. Im ambulanten Bereich gefährdete der Wegfall von Tagespflegeangeboten, die eingeschränkte Zahl von in Haushalten lebenden Be-

treuungskräften (Live-Ins) sowie die reduzierte Inanspruchnahme von Sachleistungen die Versorgung von Pflegebedürftigen. Knapp die Hälfte aller Pflegedienste berichtete, dass Leistungen von Pflegebedürftigen nicht mehr in Anspruch genommen werden und teilstationäre Angebote oder Betreuungskräfte im Haushalt nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies führt dazu, dass Pflegedienste teilweise wirtschaftliche Einbußen erleiden und die Versorgung von Pflegebedürftigen nicht mehr sichergestellt ist.

Die Pandemie in Mannheim hat sich weitgehend analog der in Baden-Württemberg entwickelt. Bei der Darstellung der zeitlichen Entwicklung der Pandemie ist zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftige aufgrund von Morbidität und Alter hoch vulnerable Gruppen sind und somit von der Covid-19-Pandemie besonders betroffen sind. Ein Dilemma insbesondere im stationären Bereich ist die Abwägung zwischen einer konsequenten Umsetzung aller dem Schutz vor einer Infektion dienenden Maßnahmen und den negativen Folgen einer sozialen Isolierung. Bei einem Vergleich der Versorgungsarten ambulant/ stationär wird deutlich, dass es im Bereich der ambulanten Pflege aufgrund der Wohn- und Pflegesituation zu einer deutlich geringe-

ren Verbreitung des Virus kam. Der Anteil der Todesfälle war im ambulanten Bereich deutlich geringer als im stationären Setting<sup>1</sup>.

Sowohl für das ambulante wie auch das stationäre Setting zeigten sich Entwicklungen, die die Versorgungsqualität mittelfristig gefährden. Dies ist auf die Kombination von gestiegenem Versorgungsaufwand und gleichzeitigen Personalmangel zurückzuführen. Hohe Infektionsraten unter dem Pflegepersonal zeigten sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Als Maßnahmen zur Verbesserung der Situation und auch in Hinblick auf weitere Pandemie-Wellen werden, neben dem Bereitstellen von ausreichend Schutzmaterialien und einer besseren Vergütung der Pflegekräfte, bundesweite und praktikable Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der Situation gewünscht.

Insbesondere die dringend benötigten Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz sind teilweise komplett weggefallen. In der Folge kam es zu einem deutlichen Anstieg medikamentöser Behandlungen von Menschen mit Demenz.

Die durch die Pandemie verursachten Probleme sind u.a. folgende:

- Anstieg der Arbeitsbelastung und der Gefahr einer Infektion bei Pflegenden,
- erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege,

- erhöhte psychische Belastung von Bezugspersonen, vor allem im stationären Bereich,
- Verschlechterung der pflegerischen und ärztlichen Versorgung sowie der psychischen Gesundheit und geistigen Fitness,
- eingeschränkte soziale Teilhabe aufgrund Kontaktreduzierung und verminderter Mobilität.

Verschiedene Studien wiesen unter den zu Pflegenden eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und erhöhte Sterblichkeit infolge sozialer Isolation nach. Auf Seite der pflegenden Angehörigen kam es zu einer Zunahme von Konflikten, Wut und Verzweiflung und dadurch zu einer Verschlechterung der Pflegesituation sowie den Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

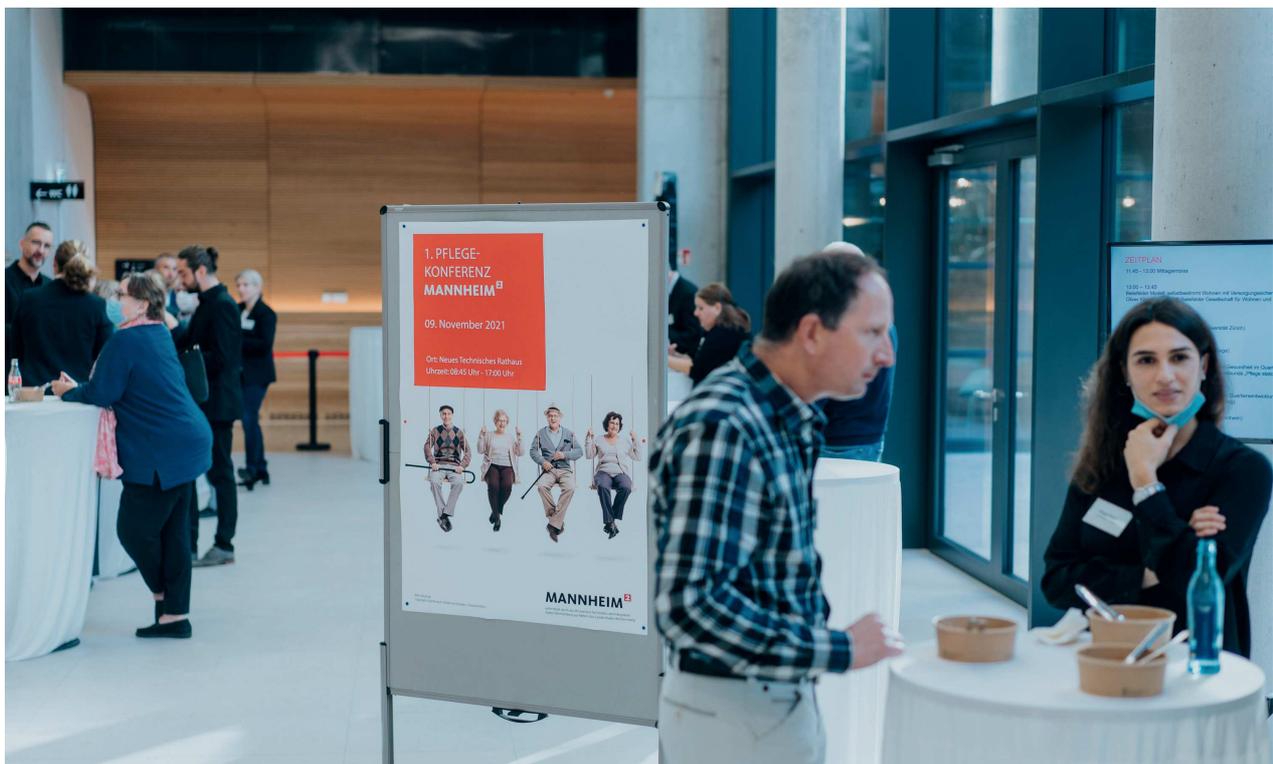
Die Lehren aus der Pandemie lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Verhinderung von Mangelsituationen, Vorbereitung auf künftige Pandemien erhöhen, Arbeitsverdichtung erhöht die prekäre Lage Pflegenden und verschlechtert die Versorgung der Pflegebedürftigen. Der Schutz der Pflegeheimbewohner/innen durch Isolierung hat nicht funktioniert. Den besten Schutz der Pflegeheimbewohner/innen vor Ansteckung lässt sich durch eine Reduktion der Gesamtinzidenz erreichen.



<sup>1</sup> Hochrechnungen zeigen, dass rund 50 % aller Todesfälle auf Bewohner/innen von vollstationären Einrichtungen und 10 % auf Klient/innen von ambulanten Einrichtungen zurückzuführen sind



## MITTAGSIMBISS **MANNHEIM**<sup>2</sup>







## BIELEFELDER MODELL: SELBSTBESTIMMT WOHNEN MIT VERSORGUNGS- SICHERHEIT IM QUARTIER

# MANNHEIM<sup>2</sup>

Oliver Klingelberg, Sozialmanagement Bielefelder Modell

Der im Zuge des demografischen Wandels wachsende Anteil älterer, hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen hat das Thema „selbstbestimmtes Wohnen“ in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Im Jahr 2021 war jede/r fünfte Bielefelder/in älter als 65 Jahre. Somit steigt der Bedarf an barrierefreiem Wohnraum und niedrigschwelligen Versorgungsangeboten im Stadtteil bzw. der Nachbarschaft. Aber nicht nur für diese besonderen Personengruppen, sondern übergreifend für alle, haben Wohnsituation und Nachbarschaft einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität im Alltag. So möchten beispielsweise auch jüngere Menschen mit Behinderung in einer eigenen Wohnung leben und ihren individuellen Wünschen entsprechende Unterstützungsleistungen selbstbestimmt in Anspruch nehmen.

Die Anforderungen an die Quartiersentwicklung sind somit hoch. Wohnquartiere müssen künftig generationengerecht, kultursensibel und inklusiv sein. Vor diesem Hintergrund hat die Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen (BGW) bereits in den 1990er Jahren gemeinsam mit der Stadt Bielefeld und einem sozialen Dienstleister mit dem „Bielefelder Modell“ ein richtungsweisendes Konzept

entwickelt. Dieses hat bundesweit Aufmerksamkeit erfahren und wird mittlerweile auch in anderen Städten umgesetzt.

Das Bielefelder Modell ist ein quartiersbezogener Ansatz des Wohnens mit Versorgungssicherheit ohne Betreuungspauschale. Eingebunden in die bestehende Wohnumgebung mit guter infrastruktureller Anbindung finden Ältere oder Menschen mit Behinderung hier barrierefreie und komfortable Wohnungen. Die Säulen des Bielefelder Modells sind barrierefreies Wohnen, 24-Stunden-Präsenz eines professionellen sozialen Dienstleisters und eine tragende soziale Infrastruktur. Dem sozialen Dienstleister wird für sechs bis acht der zu vergebenden Wohnungen ein Vorschlagsrecht eingeräumt, sodass ein Kundenstamm als wirtschaftliche Basis vorhanden ist. Ein wesentlicher Baustein ist darüber hinaus das „Wohncafé“ als Treffpunkt und Ort der Kommunikation für die gesamte Nachbarschaft. In einem Servicestützpunkt ist ein sozialer Dienst als Kooperationspartner der BGW mit einem umfassenden Leistungsangebot rund um die Uhr im Quartier präsent.



**WIESBADENER MODELL:  
„EIGENHEIM/KOMPONISTEN-  
VIERTEL“ - EINE FAST STATIO-  
NÄRE SICHERHEIT IN DER  
EIGENEN HÄUSLICHKEIT“**  
**MANNHEIM<sup>2</sup>**

Andreas Schmidt, Häusliche Kranken- und Seniorenpflege Thomas Rehbein, Projektmanager Wiesbadener Modell

Der Pflegedienst Rehbein kooperiert seit Sommer 2016 mit der EVIM Gemeinnützigen Altenhilfe GmbH in Wiesbaden-Sonnenberg. Gemeinsam mit dem EVIM (Evangelischer Verein für Innere Mission) ist der Pflegedienst Auftraggeber und Gründer des Kooperationsprojekts „Wiesbadener Modell – Quartier Eigenheim/ Komponistenviertel“. Mit Partnern aus Wissenschaft, Wirtschaft und Ehrenamt sowie der Stadt Wiesbaden arbeiten der Pflegedienst Thomas Rehbein und EVIM an der Etablierung einer ortsnahen, fußläufigen und technikerunterstützten Quartierspflege in Wiesbaden. Im Quartier „Eigenheim/ Komponistenviertel“ wird u.a. ein neuer personalökonomischer Ansatz erprobt und wissenschaftlich begleitet. Ziel ist es, im Quartier neue Wege in der ambulanten wie auch der stationären Versorgung zu finden, um den negativen Folgen des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels entgegenwirken zu können.

Belastungen für die Pflegekräfte bestehen bisher u.a. aufgrund langer Weg- und Fahrtzeiten, dem damit einhergehenden Stress im Falle von Verkehrsstörungen und bei der Parkplatzsuche. Zur Lösung dieser Probleme wurde das „Wiesbadener Modell“ im Wiesbadener Stadtteil Komponistenviertel ins Leben gerufen. Im

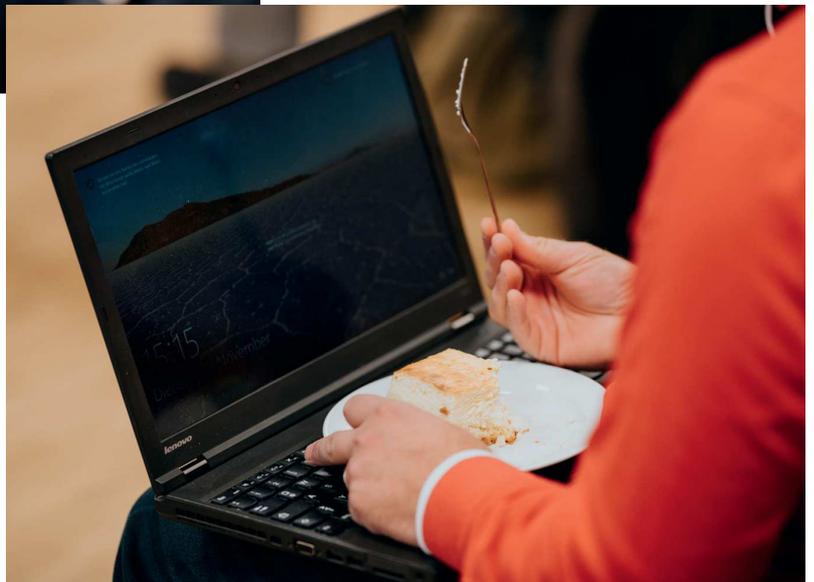
Komponistenviertel leben aktuell ca. 260 hilfebedürftige Personen. Ein kleines Team vor Ort stellt die orts- und zeitnahe Versorgung zu allen Tages- und Nachtzeiten sicher. Die Versorgung erfolgt von einem Stützpunkt im Quartier zu Fuß oder mit dem E-Bike aus.

Positive Effekte des Modells sind weniger Stress und Zeitdruck bei den Pflegekräften. Die Personalfluktuation sinkt in der Folge, den Pflegekunden kann mehr Zeit gewidmet werden. Insgesamt ist es durch den Wegfall langer Wegezeiten insbesondere in größeren Städten möglich, mehr Pflegekunden in der gleichen Zeit zu betreuen und diese bei Bedarf auch kurzfristig aufsuchen zu können. Der Stützpunkt im Quartier erleichtert die direkte Kommunikation, und ermöglicht es, zu den Menschen im Quartier eine engere Beziehung aufzubauen. Die Einrichtung eines Quartiersbüros und eines Nachtdienstes gewährleistet den Bewohner\*innen des Quartiers eine hohe Versorgungssicherheit in der eigenen Häuslichkeit.



KAFFEEPAUSE UND  
KABARETT-EINLAGE  
(DIE ZWEIFLER)

**MANNHEIM<sup>2</sup>**



# DIE ZWEIFLER





## VOM PFLEGEHEIM ZUM ZENTRUM DER PFLEGE UND GESUND- HEIT IM QUARTIER – ERKENNTNISSE AUS DER EVALUATION DES MODELL- VERBUNDS „PFLEGE STATIO- NÄR – WEITERDENKEN!“

# MANNHEIM<sup>2</sup>

Prof. Dr. Kerstin Hämel (Universität Bielefeld)

Im Modellverbund „Pflege stationär – weiterdenken!“ kooperieren der Projektträger Alters-Institut gGmbH, die Träger der Einrichtungen (AWO Bezirksverband, v. Bodelschwinghsche Stiftung Bethel, Ev. Johanneswerk) sowie die Städte Bielefeld und Herford. Zielsetzung des Modellprojekts ist eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung älterer, chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Stadtteil durch Weiterentwicklung stationärer Einrichtungen hin zu sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Pflegezentren. Die Zentren integrieren ambulante und stationäre Angebote und vernetzen verschiedene Dienstleistungen, Professionen und Angebotsformen. Auf diese Weise ermöglichen sie dezentral im Stadtteil eine umfassende Versorgung.

Als Grundprinzipien der Zentren wurden definiert:

- a. Bündelung unterschiedlicher pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Leistungen der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung zu einem umfassenden Versorgungsangebot, das auch bei komplexem Bedarf eine umfassende und sektorenübergreifende Versorgung an einem Ort ermöglicht.
- b. Multiprofessioneller Charakter: neben Pflegenden verschiedener Qualifikationsstufen sollen dort – je nach Bedarf im Quartier – Ärzt\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen, Physio- und Ergotherapeut\*innen,

Gesundheits- und Pflegeberater\*innen, aber auch Hauswirtschaftskräfte, Ökotropholog\*innen und Pharmazeut\*innen tätig sein.

- c. Nutzer\*innenorientierte, kontinuierliche Versorgung: Nutzer\*innen erhalten ein auf ihren Bedarf und ihre Bedürfnisse abgestimmtes Leistungspaket, das den Verbleib im eigenen häuslichen Umfeld zum Ziel hat. Ihnen soll im Zentrum ein/e feste/r Ansprechpartner\*in zur Verfügung stehen, der/die mit ihnen die Versorgung abstimmt und ein individuelles Hilfspaket schnürt.
- d. Neue Formen der Kommunikation, Kooperation und Arbeitsorganisation, um eine nutzer\*innenorientierte Versorgung in den Zentren sicherzustellen.
- e. Populationsorientierung, d. h. die Zentren richten sich an dem lokal gegebenen Bedarf und den sozialen Bedingungen im Quartier aus und steuern regionaler Fehlversorgung entgegen.
- f. Förderung von Quartiersarbeit, Partizipation und Engagement für ein inklusives Gemeinwesen.
- g. Neuer Qualifikationenmix und Erprobung neuer Modelle der Kooperation (und Supervision) zwischen hoch- und niedrigqualifizierten Kräften.

Ziel der Evaluation war die Analyse der Wirkungen der Zentren, insbesondere ihr Beitrag zur Sicherung der Versorgungskontinuität und der Versorgungs- und Lebensqualität der Nutzer\*innen sowie die Analyse des Innovationsgehaltes der sektorenübergreifenden Pflegezentren und ihrer Potenziale zur Weiterentwicklung hin zu multiprofessionellen Gesundheitszentren im Stadtteil und Quartier.

Bei den Nutzer\*innen offener Angebote, Tagespflegegästen und Heimbewohner\*innen findet die gemeinsame Angebotsnutzung weitgehende Akzeptanz. Die Begegnungsmöglichkeiten und gemeinsamen Aktivitäten werden oft von allen Seiten als sehr positiv erlebt. Bewohner\*innen können so soziale Bezüge außerhalb des Pflegeheims aufrechterhalten. Die Versorgung im angestammten Stadtteil und Quartier vermittelt den Nutzer\*innen ein Gefühl von „Normalität“ trotz Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, ermöglicht ihnen an ihren bisherigen, lieb gewonnenen Gewohnheiten festzuhalten und langjährige Beziehungen aufrechtzuerhalten. Auch Angehörige erleben die kurzen Wege zu den Einrichtungen als entlastende Zeitersparnis. Insgesamt werden die Gesundheitszentren von den Nutzer\*innen sehr positiv bewertet.





ZU HAUSE  
WOHNEN BLEIBEN  
BIS ZULETZT  
**MANNHEIM<sup>2</sup>**

Prof. Dr. Otto (Universität Tübingen/Universität Zürich)

Dem Feld zwischen autonomem Wohnen und Wohnen/Pflege in Sonderwohnformen kommt mit Blick auf die Präferenzen der Älteren und die demografische Entwicklung höchste Bedeutung zu. „Aging in place“, zuhause-wohnen-bleiben, ist dabei der international geläufige Fachausdruck, untrennbar komplementär verknüpft mit dem Postulat „ambulant vor stationär“. Die intensive Unterstützung von Älteren mit wechselndem bis sehr großem Hilfe- und Pflegebedarf stellt dabei eine unverändert große Herausforderung dar. Wichtig ist es hierbei, Pflege- und Unterstützungsstrukturen auszugestalten, altersgerechte Lösungen zu schaffen und kommunale Beratung gut auf die Bedürfnisse der Bürger\*innen abzustimmen.

Längsschnitt-Fallstudien zeigen, welche Bedingungen für den Verbleib zuhause – bis zum Tode – für die Lebensqualität aller Beteiligten zentral sind. Es kommt, dem

internationalen Forschungsstand zufolge, auf einen passenden, keineswegs nur beruflich-professionell geprägten „Hilfe-Maßanzug“ an. Dabei hat die Verschränkung informeller und formeller Unterstützungsquellen höchste Bedeutung. Sowohl unter dem Entwicklungs- wie dem Forschungsaspekt des Projekts kommt dieser



Dimension besondere Beachtung zu. Das Projekt bezieht explizit innovative Wohn- und Dienstleistungssettings ein: Es werden regelmäßig zwei Hauptfaktoren für das Zuhause-wohnen-bis-zuletzt diskutiert, die beeinflussbar sind:

1. ein intensives, integriertes Dienstleistungsangebot und
2. die Bedingungen des persönlichen Wohn-, Lebens- und Netzwerkkumfelds.

Im Rahmen des gemeinsam mit der Hochschule Mannheim durchgeführten Projekts wurden mögliche „Bruchstellen“ identifiziert, die verhindern können, dass ältere Menschen mit Pflegebedürftigkeit in ihrer Wohnung verbleiben können. Hierzu gehören psychische Faktoren (z.B. starke Überlastung der Angehörigen, verstärktes sozial auffälliges Verhalten), soziale Faktoren (z.B. unzureichendes soziales Netzwerk, nicht

zu bewältigende Veränderungen und Umstellungen im Alltag), pflegerische Faktoren (z.B. chronische Unterversorgung frühmorgens, abends und in der Nacht), medizinische Faktoren (z.B. starke gesundheitliche Einschränkungen) und Faktoren in Zusammenhang mit der Kooperation der beteiligten NetzwerkpartnerInnen (z.B. fehlender Bereitschaftsdienst der kooperierenden Dienste bei dringendem ambulanten Hilfebedarf außerhalb der üblichen Dienstzeiten).

Zu einem altersgerechten Quartier gehört auch das Vorhandensein bedarfsgerechter Dienstleistungen und Angebote, ebenso wie wohnortnahe Beratung und Begleitung. Ein wichtiger Punkt bei der Entwicklung eines seniorInnengerechten Quartiers ist die Prävention nach dem Motto: „früher helfen, um weniger helfen zu müssen“.





STADT GESTALTEN  
MIT IQ –  
IMPULSE ZUR INKLUSIVEN  
QUARTIERSENTWICKLUNG

**MANNHEIM<sup>2</sup>**

Benjamin Lachat (Städtetag Baden-Württemberg)

Der Städtetag Baden-Württemberg und das Land unterstützen neue Formen der Quartiersentwicklung. Ziel des Sonderprogramms „Quartier 2020“ war es, Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung von alters- und generationengerechten Quartiersprojekten zu unterstützen und die Vernetzung der Akteurrinnen auf allen Ebenen zu stärken. Die „StadtLabore“ sind Teil der Weiterführung der Landesstrategie unter dem Titel „Quartier 2030 – Gemeinsam.Gestalten.“ des Ministeriums für Soziales und Integration und werden mit Mitteln des Landes Baden-Württemberg gefördert. Ziel der „StadtLabore“ zur inklusiven Quartiersentwicklung ist es, praxisnahe und übertragbare Methoden, Formate und Strategien mit dem Ziel zu erarbeiten, die Entwicklung sozialer Strukturen im Wohngebiet zu fördern. Das Projekt lief von Mai 2019 bis November 2020. In diesem Zeitraum erprobten neun Städte und Gemeinden aus Baden-Württemberg (Bad Krotzingen, Filderstadt, Freudenberg am Main, Friedrichshafen, Heidelberg, Karlsruhe, Konstanz, Salach und Ulm) gemeinsam, wie Quartiersentwicklung für Übermorgen gelingen kann.

Die Ergebnisse der „StadtLabore“ sind in Form themenspezifischer Steckbriefe auf der Homepage ([www.quar-](http://www.quar-)



tiere2030-bw.de) zusammengestellt. Die Steckbriefe geben Aufschluss über die entstandenen Projektideen und Konzepte der „StadtLabor“-Städte. Sie sollen anderen Kommunen als Inspiration dienen und einen Anstoß zur Übertragung und Nutzung der Erkenntnisse geben.

Im Rahmen der „StadtLabore“ hat sich gezeigt, dass ein gelungener Einstieg in die Quartiersentwicklung drei Faktoren voraussetzt:

1. Kenntnis der lokalen Ressourcen,
2. „Aufbruchstimmung“ und
3. Klärung der Interessenlagen.

Statt den Fokus auf die Schwächen und Defizite zu legen, müssen die Potenziale und Stärken des Quartiers betrachtet werden. Diese stellen die Ressourcen der Quartiersarbeit dar und sind in bestehenden Netzwerken und Schlüsselpersonen wiederzufinden. Hier gilt es, zu identifizieren, wer welchen Beitrag leisten kann, um die Quartiere weiterzuentwickeln. Auf diese Weise können neue Verknüpfungen hergestellt und das bestehende Netzwerk erweitert werden.

Von Beginn an muss eine gemeinsame Haltung entwickelt und „Aufbruchstimmung“ erzeugt werden. Durch die Ansprache und Aktivierung der BewohnerInnenschaft trägt dieser Identifikationsgedanke zur Legitimation

nachfolgender Prozesse der Quartiersentwicklung bei.

Quartiersentwicklung bewegt sich im Spannungsfeld zwischen BürgerInnenbeteiligung und dem Auftrag des Gemeinderats (unterschiedliche Interessenlagen). Langfristig müssen die Strategien über das konkrete Projekt hinausgedacht werden. Innovationen im Bereich der Quartiersentwicklung benötigen Perspektivenwechsel und eine Offenheit für neue Methoden. Regeln sollen dabei bewusst gebrochen und neue Wege beschritten werden. Voraussetzung einer gelungenen Partizipation ist die Überwindung der Hürden der sozialen Lebenswirklichkeit. Auf die Quartiersebene bezogen, gilt es zu betonen, dass ein inklusives Quartier kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Prozess ist, da sich die Bedingungen und die Menschen im Quartier ständig ändern. Anknüpfend an den Inklusionsgedanken müssen „Orte für Alle“ geschaffen werden. Für ein gutes Älterwerden im Quartier ist es wichtig, dass Hilfe für alte Menschen nicht isoliert gedacht, sondern in die Strukturen eines Quartiers eingebettet ist. Dabei müssen die bestehenden Angebote berücksichtigt und in ein Netzwerk aus freien Trägern, Stadtverwaltung, Engagement, Vereinen und Betroffenen eingebunden werden.





## SCHLUSSWORT MANNHEIM<sup>2</sup>

Oberbürgermeister Dr. Peter Kurz (Stadt Mannheim)

Der Oberbürgermeister der Stadt Mannheim, Dr. Peter Kurz, legte in seiner die Konferenz abschließenden Rede den Schwerpunkt auf die Aufgaben und Herausforderungen der Pflegeplanung aus kommunaler Sicht.

Förderprogramme und Einzelmaßnahmen seien beim Umgang mit Problemen zuweilen durchaus hilfreich. Sie dürften allerdings nicht dazu führen, von der Notwendigkeit grundlegender Strukturreformen abzulenken, für welche die Politik in Bund und Land verantwortlich sei und die dieser naturgemäß schwerer fielen.

In den Rechtsgrundlagen zur Pflegeversicherung sei viel von Weiterentwicklung, von Empfehlungen, von der Beratung Betroffener und von der Finanzierung von Modellprojekten zu lesen, ganz ähnlich wie in der Beschreibung des Landesförderprogramms zu den Kommuna-

len Pflegekonferenzen. Das Problem aber sei, dass im Sinne einer gewünschten zentralen Steuerungsfunktion auch Entscheidungen getroffen werden müssten, die etablierte wirtschaftliche Interessen berührten, und dass genau hierfür den Kommunen gegenwärtig



im einschlägigen Bundes- und Landesrecht, entgegen der vorherrschenden Kommunikation, kein gestalten-der Einfluss zugestanden werde. Einerseits erlebe man die stete Betonung der kommunalen Verantwortung durch das Land, jedoch sei den Stadt- und Landkreisen kein wirklicher Einfluss auf die örtliche „Pflegelandschaft“ gegeben, die von den völlig anders strukturierten Interessen der Pflegeversicherungen und zunehmend auch von wirtschaftlichen Interessen dominiert werde. Dabei bestehe ein grundlegender Widerspruch zwischen einem der Maxime des Gemeinwohls folgenden, kommunalen Gestaltungsauftrag und einer zugleich erwünschten marktmäßigen Ordnung, die vorwiegend wirtschaftlichen Interessen Geltung verschaffe. Wie der Oberbürgermeister weiter betonte, sollten die kommunalen Landesverbände sich entschlossen für mehr kommunale Mitbestimmung bei der Gestaltung des Pflegewesens einsetzen, so dass die in Pflegekonferenzen entwickelten Reformkonzepte auch wirksam umgesetzt werden können.



Stadt Mannheim  
Fachbereich Arbeit und Soziales  
K 1, 7-13 | 68159 Mannheim  
Tel. +49 (0) 621 / 293 9885  
Fax +49 (0) 621 / 293 3470  
sozialplanung@mannheim.de  
www.mannheim.de

