

Telefon: 0 233-48376  
0 233-48146  
Telefax: 0 233-48378

**Sozialreferat**  
Amt für Soziale Sicherung  
Hilfen im Alter und bei  
Behinderung  
S-I-AB/P

Zentrale  
Sozialplanung  
S-Z-SP

## **Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München**

### **Aufnahme des Grundstücks Meindlstraße 8 und 14 in die „Flächenreserve Gemeinbedarf“**

#### **Pflegerische Versorgung älterer Menschen in München**

Antrag Nr. 2316 des Bezirksausschusses des 6. Stadtbezirks Sendling vom  
02.08.2004

### **Realisierung einer Altenpflegeeinrichtung auf dem Grundstück Meindlstr. 14 - 16**

Empfehlung Nr. 02-08 / E 00807

der Bürgerversammlung des 6. Stadtbezirks Sendling am 13.07.2006

### **Realisierung einer Altenpflegeeinrichtung auf der städtischen Gemeinbedarfsfläche**

#### **Meindlstraße 14 - 16**

Empfehlung Nr.02-08 / E 00466

der Bürgerversammlung des 6. Stadtbezirks Sendling am 12.07.2007

### **Schaffung eines Seniorenzentrums auf dem städtischen Gelände Meindlstraße 8;**

#### **Übertragung des nördlichen Grundstücksteils an das Sozialreferat**

Antrag Nr. 02-08 / B 02320

des Bezirksausschusses des 6. Stadtbezirks Sendling vom 23.07.2007

### **Errichtung einer Einrichtung für stationäre Altenhilfe in der Maxvorstadt**

Empfehlung Nr. 02-08 / E 00902

der Bürgerversammlung des 3. Stadtbezirks Maxvorstadt am 24.10.2007

Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977

8 Anlagen

## **Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010 (SB)**

Öffentliche Sitzung

### **I. Vortrag des Referenten**

Die Rechtsgrundlage für die Erstellung kommunaler

Pflegebedarfsplanungen bildet der Artikel 69 Abs. 1 des Bayerischen

Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG). Dort wird festgelegt, dass Landkreise und kreisfreie Städte als zuständige Aufgabenträger den für ihren Bereich erforderlichen längerfristigen Bedarf an Pflegeeinrichtungen festzustellen haben. Die Bedarfsermittlung soll Bestandteil eines integrativen kommunalen „Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts“ sein, das Aussagen zur Lebenswelt älterer Menschen, zu den notwendigen Versorgungsstrukturen sowie zu neuen Wohn- und Pflegeformen für ältere Menschen umfasst. Die Ergebnisse dieser Pflegebedarfsplanung werden daher auch in der für Ende 2010/Anfang 2011 vorgesehenen Fortschreibung des „Seniorenpolitischen Konzeptes der Landeshauptstadt München“ (vgl. auch Beschluss des Sozialausschuss vom 28.06.2007, „Situation und Perspektive der Altenhilfe in München II – Seniorenpolitisches Konzept der Landeshauptstadt München“) entsprechend berücksichtigt werden.

Der Markt der pflegerischen Versorgung befindet sich in einem stetigen Entwicklungsprozess (u.a. durch Veränderung bestehender Angebote oder durch das Hinzukommen neuer bzw. den Wegfall vorhandener Angebote). Zudem verändern sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen dieses Marktes. Insbesondere die Reform der Pflegeversicherung und die Einführung des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) im Jahr 2008 sind in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund erachtet es das Sozialreferat als notwendig, dem Stadtrat sechs Jahre nach der letzten Bedarfsplanung eine aktuelle Übersicht über den Sachstand im Bereich der gesamten pflegerischen Versorgung und Empfehlungen für die Sicherstellung des Bedarfs an vollstationären und alternativen Pflegeangeboten abzugeben.

Dem Sozialreferat liegen darüber hinaus die im Betreff genannten und als Anlagen beigefügten Anträge bzw. Empfehlungen vor, für deren Beantwortung die Ergebnisse der Pflegebedarfsplanung eine hohe Relevanz haben.

Die Vorlage zur Pflegebedarfsplanung ist in zwei Hauptbestandteile gegliedert:

Teil A zeigt die quantitative Entwicklung der Versorgung der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger der Landeshauptstadt München auf.

Teil B befasst sich mit aktuellen fachlichen Herausforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgung.

## **Teil A: Pflegebedarfsplanung**

### **1. Die Pflegebedarfsplanung im Überblick**

Mit dem Beschluss zur Pflegebedarfsplanung aus dem Jahr 2004 (Beschluss des Sozialausschusses vom 24.06.2004, „Pflegerische Versorgung älterer Menschen in München“) wurde das Sozialreferat beauftragt, den damals festgestellten Bedarf von 1.300 zusätzlichen vollstationären Pflegeplätzen bis zum Jahr 2015 zu jeweils 50% über vollstationäre und alternative Versorgungsangebote zu decken. Mit dem darauf folgenden Beschluss zum „Konzept zur pflegerischen Versorgung“ (Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2005 und Beschluss der Vollversammlung vom 27.07.2005) wurde die konkrete, fachliche Umsetzung dieses Auftrages beschlossen. Zum einen sollten entsprechende Flächen für zeitgemäße vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesichert und mit fachlichem Anforderungsprofil ausgeschrieben werden. Zum anderen wurde das Sozialreferat beauftragt, die Schaffung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften durch eine entsprechende Anschubfinanzierung zu unterstützen. Damit hat die Landeshauptstadt München die Voraussetzungen zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Stärkung häuslicher und ambulanten Pflege- und Betreuungsangebote (Art. 69ff AGSG) geschaffen.

Das Platzangebot im vollstationären Pflegebereich verharrt jedoch seit 2004 unverändert bei rund 6.700 Pflegeplätzen. Der Wegfall bestehender Angebote im Zuge von Modernisierungen, Verlagerungen und Schließung von Einrichtungen konnte durch neue Angebote am Markt nur ausgeglichen werden. Zusätzliche Plätze sind in diesem Angebotsbereich bis heute nicht entstanden. Durch diese Entwicklung besteht die damalige Ausgangsposition bezüglich der zu schaffenden vollstationären Pflegeangebote im Grund heute noch unverändert fort.

Parallel dazu sind jedoch seit 2005 im Zusammenhang mit dem Auftrag zur Schaffung alternativer Wohn- und Versorgungsangebote für Pflegebedürftige zehn ambulant betreute Wohngemeinschaften, die mit

einer Anschubfinanzierung des Sozialreferats gefördert wurden, entstanden. Der gesamte Markt im Bereich dieser Wohnformen ist insgesamt noch relativ unübersichtlich (da nicht jeder Anbieter sein Angebot der öffentlichen Hand bekannt macht). Es ist jedoch davon auszugehen, dass darüber hinaus noch weitere entsprechende Angebote entstanden sind.

Sozialreferat und Kreisverwaltungsreferat („Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht – FQA“) gehen von insgesamt ca. 50 ambulant betreuten Wohngemeinschaften aus, die derzeit in München rund 250 bis 300 pflegebedürftige Menschen versorgen. Im Gegensatz zum vollstationären Bereich ist das Angebot alternativer Versorgungsangebote damit insgesamt sichtbar gewachsen.

Das Sozialreferat rechnet damit, dass im Jahr 2020 rund 29.000 Menschen in

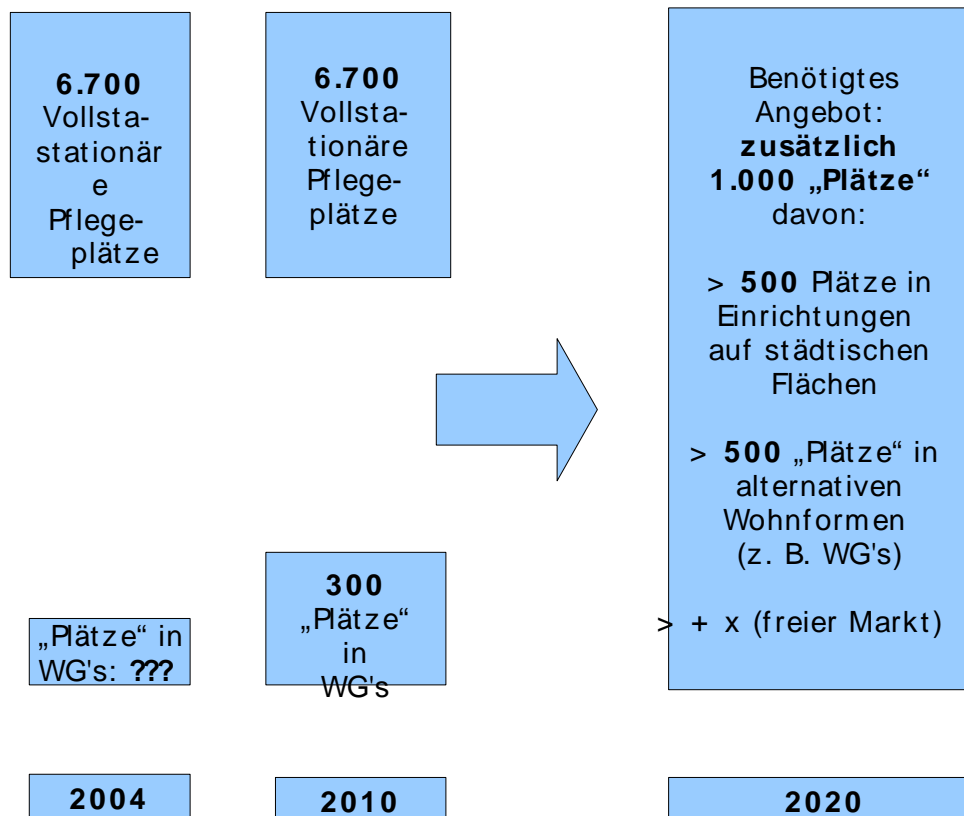
München pflegebedürftig nach dem SGB XI sein werden. Das bedeutet eine Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürgern von 2007 (Stand der letzten amtlichen Pflegestatistik) bis 2020 um ca. 4.400 Personen. Damit werden dann etwa 1.000 Menschen zusätzlich einen vollstationären Pflegeplatz oder ein entsprechend geeignetes alternatives Pflege- und Versorgungsangebot benötigen (genaue Berechnungen v. a. im Kapitel 3, Tabelle 6).

Das Sozialreferat schlägt in diesem Zusammenhang vor, die 2004/2005 beschlossene Strategie zur Deckung dieses Bedarfs zu jeweils 50% mit vollstationären und alternativen Pflege- und Versorgungsangeboten weiterhin beizubehalten. Zur Deckung des entsprechenden vollstationären Bedarfs von rund 500 Plätzen sollen die bereits gesicherten bzw. in Flächensicherung befindlichen städtischen Grundstücke aus dem Auftrag von 2005, unter Berücksichtigung des regionalen Bedarfs und des jeweiligen Planungsstands der Projekte verwendet werden (genaue Darstellung in Kap. 4.). Zusätzlich schlägt das Sozialreferat vor, dass für die Schaffung weiterer alternativer Versorgungsformen (hier: ambulant betreute Wohngemeinschaften) bis 2020 insgesamt 1,2 Mio. Euro (vgl. Beschluss des Sozialausschusses vom 15.04.2010 Ergebnisse der Studie „Wohn- und Versorgungsstruktur von Menschen mit Behinderung“) verwendet werden (damit können in diesem Bereich voraussichtlich Versorgungsangebote für zusätzlich rund 170 Personen entstehen). Darüber hinaus wird vorgeschlagen, durch eine aktive städtische Strategie zur Verbesserung der „Versorgung im Viertel“ das Angebot alternativer Versorgungsformen zusätzlich noch weiter

auszubauen (hierzu ist eine entsprechende Beschlussvorlage für Anfang des Jahres 2011 in Vorbereitung).

Nähere Ausführungen zu dieser Strategie finden sich in den Kapiteln 5 und 6.

**Diagramm 1: Entwicklung des Pflegeplatzangebots von 2004 bis 2020**



## **2. Aussagen zur pflegerischen Versorgung in München**

### **2.1 Statistische und methodische Grundlagen**

Die Ermittlung eines erst in einigen Jahren - voraussichtlich - eintretenden Versorgungsbedarfs ist naturgemäß mit vielen Unwägbarkeiten und damit auch gewissen Ungenauigkeiten verbunden. Zahlreiche Faktoren, die möglicherweise Einfluss auf die Gestaltung der pflegerischen Versorgung nehmen, können in aller Regel nur für die Gegenwart, nicht jedoch mit abschließender Sicherheit für die Zukunft beschrieben werden. Die Grundlagen der vorliegenden Bedarfsplanung bilden daher zum einen Daten zu den pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern in München (d.h. Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz - auf der Basis der aktuellsten, Anfang 2009 veröffentlichten, amtlichen Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung) und zum anderen die Prognosen des Referats für Stadtplanung und Bauordnung (Bevölkerungsprognose für die Stadtbezirke bis 2020, Stand 2009).

Im Gegensatz zu der zuletzt 2004 verwendeten Berechnungsmethode wurde damit diesmal ein anderer Ansatz gewählt, um Transparenz und Verständlichkeit der Berechnungen zu verbessern. Dieses Berechnungsverfahren ist inzwischen in den meisten deutschen Großstädten üblich und bewährt<sup>1</sup> und bietet daher auch eine gute Grundlage für interkommunale Vergleiche.

Des Weiteren können durch dieses Verfahren die Bedarfsaussagen für die einzelnen Planungsregionen innerhalb der Landeshauptstadt München nun präziser berechnet werden. Die Ergebnisse werden in entsprechenden „Regionaltabellen“ auf der Ebene der Sozialregionen dargestellt, um eine grundsätzliche Einschätzung für unterschiedliche regionale Bedarfsentwicklungen in der Stadt zu ermöglichen (vgl. Kap. 4.).

### **2.2 Anzahl und Verteilung der Pflegebedürftigen in München**

Die Basis für die Ermittlung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in München bildet die amtliche Pflegestatistik (s.o.)<sup>2</sup>. Diese Statistik wird aufgrund gesetzlicher Vorschriften nur im Abstand von zwei Jahren

---

1 vgl. u.a. Behörde für Soziales und Familie der freien und Hansestadt Hamburg: „Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010“.

2 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung „Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern“, Stand: 15. bzw. 31.12. 2007

durch das Statistische Bundesamt und die jeweiligen Statistischen Landesämter erhoben und jeweils ca. ein Kalenderjahr nach Erhebung veröffentlicht. Die Einrichtungen, Träger und Versicherungsträger sind gesetzlich zur Auskunft verpflichtet.

Die letzte amtliche Erhebung des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung fand im Dezember 2007 statt. Die Daten wurden Anfang 2009 veröffentlicht. Aktuellere Daten liegen erst wieder Ende 2010 bzw. Anfang 2011 vor. Die hier verwendeten Zahlen sind somit die aktuellsten und belastbarsten Zahlen zu diesem Leistungsgebiet.

Insgesamt lebten in München zum Stand der letzten Erhebung insgesamt 24.621 Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind. Davon stellten 11.179 Personen (45,4 %) ihre Versorgung durch pflegende Angehörige (oder andere Personen des persönlichen sozialen Umfeldes) sicher, 7.492 Menschen (30,4 %) wurden ganz oder teilweise durch professionelle ambulante Pflegedienste versorgt und 5.950 (24,2 %) nahmen Leistungen in vollstationären Einrichtungen und Einrichtungen der Tagespflege (5.666 vollstationäre Pflege, d. h. 23 %, 284 teilstationäre Pflege, d. h. 1,2 %) in Anspruch.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Zahlen für München im Vergleich zwischen 2005 und 2007. Die Übersicht zeigt, dass die absolute Zahl der Menschen mit Pflegebedarf in München im Zeitraum von 2005 bis 2007 leicht gestiegen ist (um 146 Personen).

**Tabelle 1: Pflegebedürftige (SGB XI) in München – 2005 und 2007**

<b>Jahr</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>
Pflegegeld	11.276	11.179
Ambulante Pflege	7.077	7.492
Vollstationäre Pflege (inkl. Tagespflege)	6.122	5.950
<b>Pflegebedürftige insgesamt</b>	<b>24.475</b>	<b>24.621</b>

Da die veröffentlichten Daten der Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte keine weiteren Strukturdaten, wie

insbesondere zum Alter, zur Geschlechterrelation und zum Migrationshintergrund der Pflegebedürftigen ausweisen, hat das Sozialreferat hierzu eine Sonderauswertung der Datensätze zu den genannten Merkmalen beim Bayerischen Landesamt angefordert. Das Landesamt stellte der Stadt daraufhin Daten zur Verfügung, die zumindest die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf in den einzelnen Altersjahrgängen und nach Geschlecht ausweisen. Daten zur Nationalität oder gar zum Migrationshintergrund der Menschen mit Pflegebedarf konnten allerdings nicht, wie vom Sozialreferat gewünscht, zur Verfügung gestellt werden. Dieser unbefriedigende Umstand wurde mit der Tatsache erklärt, dass entsprechende Daten in der Statistik nicht abgefragt und somit auch nicht ausgewiesen werden.

Die Daten zum Alter und zum Geschlecht der Pflegebedürftigen, die das Sozialreferat vom Statistischen Landesamt erhalten hat, weisen folgende Verteilung auf (siehe Tabelle 2):

In München waren am Stichtag 31.12.2007 24.613<sup>3</sup> Menschen pflegebedürftig. Davon waren zuletzt 1.033 Menschen unter 18 Jahren pflegebedürftig. Dies entspricht einer Quote von 4,2% aller Pflegebedürftigen in München. Weitere 2.738 pflegebedürftige Menschen sind zwischen 18 und 59 Jahre alt (11,1%). 20.842 Pflegebedürftige (oder 84,7%) sind 60 Jahre und älter.

Von den 24.613 Pflegebedürftigen in München sind 67,6 % Frauen und

32,4 % Männer. Die Geschlechterrelation variiert stark nach dem Alter der Pflegebedürftigen. Bei den unter 18-Jährigen überwiegt mit 56,8 % der Anteil der männlichen Pflegebedürftigen. Bei den 18- bis 59-jährigen Pflegebedürftigen ist die Verteilung nahezu gleich. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen verschiebt sich die Verteilung deutlich zugunsten der Frauen (71,2 %). Bei den über 80-Jährigen liegt der Anteil der Frauen mit rund 79 % noch einmal höher.

Die 80-Jährigen oder Älteren machen mit einem Anteil von 53 % mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen aus.

Bei einer Bevölkerungszahl von 1.381.492 am 31.12.2007 waren zu diesem

Zeitpunkt rund 1,8 % der Münchner Bevölkerung pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, ist jedoch in verschiedenen Altersgruppen sehr unterschiedlich und

<sup>3</sup> Die Abweichung zu der in Tab. 1 genannten Zahl 24.621 Pflegebedürftigen besteht schon in den Original-Daten des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung.



steigt mit dem Lebensalter an: Bei den 0-59-Jährigen sind lediglich 0,4 % pflegebedürftig, bei den 60-79-Jährigen 2,6 %. Die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, steigt insbesondere ab dem 80. Lebensjahr stark an: von den 58.526 Menschen, die 80 Jahre und älter sind, ist mehr als jeder Vierte pflegebedürftig (13.937 Personen oder 23,8 %).

**Tabelle 2: Verteilung der Pflegebedürftigen in München nach Alter und Geschlecht am 31.12.2007**

Alter in Jahren	Pflegebedürftige					
	Frauen		Männer		gesamt	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe (%)
0-17	446	43,2	587	56,8	1.033	4,2
18-59	1.366	49,9	1.372	50,1	2.738	11,1
60+	14.833	71,2	6.009	38,8	20.842	84,7
<i>davon 80+</i>	<i>10.979</i>	<i>78,8</i>	<i>2.958</i>	<i>21,2</i>	<i>13.937</i>	<i>53,0</i>
gesamt	16.645	67,6	7.968	32,4	24.613	100,0

Neben den Zahlen der Pflegebedürftigen nach SGB XI ist es wichtig, auch die Daten der Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach SGB XII zu betrachten, da mit der Schaffung weiterer bedarfsgerechter Pflegeeinrichtungen auf städtischen Flächen insbesondere auch eine Verbesserung der Versorgung für die unteren Einkommensgruppen erreicht werden kann.

Die Bevölkerungsdaten und Zahlen zu den Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach SGB XII - Individuelle Hilfe bei Pflegebedürftigkeit (Stand 30.09.2008, Daten des Sozialreferates, Amt für Soziale Sicherung, Abteilung S-I-LS, Tabelle Nr. 3 und 4) zeigen, dass Frauen nicht nur – wie zu erwarten – in absoluten Zahlen häufiger Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen, sondern auch relativ in allen Altersklassen (jeweils gemessen an ihrem Anteil an der Bevölkerung).

Von den 770 Leistungsbezieherinnen und -bezieher im Rentenalter (ab

65 Jahre) sind 346 bzw. 45 % Menschen ohne deutschen Pass. Davon sind 240 Personen ältere Migrantinnen.

**Tabelle 3: Individuelle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit - weibliche Leistungsbezieherinnen<sup>4</sup>**

Personen - gruppe	Ge- samt	unter 45 Jahre	45 - 64 Jahre	65 - 69 Jahre	70 - 74 Jahre	75 - 79 Jahre	80 - 84 Jahre	Ab 85 Jahre
Bevölke- rung	699.298	387.914	170.806	42.885	33.760	23.399	19.940	20.594
Anz. d. Leistungs- bez.	884	160	221	78	86	104	98	137
Anteil an der ver- gleichb. Bev.gr.	0,13%	0,04%	0,13%	0,18%	0,25%	0,44%	0,49%	0,67%

**Tabelle 4: Individuelle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit - männliche Leistungsbezieher<sup>5</sup>**

Personen - gruppe	Ge- samt	unter 45 Jahre	45 - 64 Jahre	65 - 69 Jahre	70 - 74 Jahre	75 - 79 Jahre	80 - 84 Jahre	Ab 85 Jahre
Bevölke- rung	661.345	395.576	164.568	38.794	27.580	17.025	10.627	7.175
Anz. d. Leistungs- bez.	616	144	205	68	61	62	41	35
Anteil an der vergleichb. Bev.gr.	0,09%	0,04%	0,12%	0,18%	0,22%	0,36%	0,39%	0,49%

### 2.3 Bereiche der pflegerischen Versorgung in München

Nach wie vor wird der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen zu Hause gepflegt. 2007 waren dies in München 18.671 oder 76 % aller Pflegebedürftigen (d. h. drei Viertel aller Pflegebedürftigen!). Davon werden 11.179 Menschen (oder 45 % aller Pflegebedürftigen in München) durch Angehörige oder andere Personen des persönlichen sozialen Umfeldes ohne jede professionelle Unterstützung versorgt. Dieser Aufwand wird von der Pflegeversicherung mit dem sog. „Pflegegeld“ vergütet. 7.492 Menschen (bzw. 30 % aller Pflegebedürftigen) werden zumindest teilweise durch einen ambulanten Pflegedienst gepflegt und erhalten sog. „Kombinations-“ oder

<sup>4</sup> Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung, Grundsicherung im Alter und Hilfe zur Pflege, Demografische Hintergrundinformationen, erstellt von S-I-LS, Stand: 30.09.2008

<sup>5</sup> Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung, Grundsicherung im Alter und Hilfe zur Pflege, Demografische Hintergrundinformationen, erstellt von S-I-LS, Stand: 30.09.2008

„Sachleistungen“<sup>6</sup> (siehe auch Tabelle 1).

### **2.3.1 Private häusliche Pflege**

Die Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Angehöriger bringt erhebliche Belastungen mit sich (vgl. Beschluss des Sozialausschuss „Pflege zu Hause II - Situation der pflegenden Angehörigen“ vom 06.07.2006). In den meisten Fällen übernehmen oft ebenfalls betagte und ggf. gesundheitlich beeinträchtigte Ehepartner oder (Schwieger-)Töchter (seltener Söhne) diese Form der Versorgung<sup>7</sup>. Mit Fortschreiten der Versorgungsintensität steigen in der Regel auch die Belastungen und führen die Betreuenden in vielen Fällen über ihre persönlichen Grenzen. Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind bei pflegenden Angehörigen häufige Folge dieser andauernden Überforderung. Sich auf die Begleitung und Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen einzulassen, ist eine enorme Herausforderung und ein langer Prozess der Verantwortung – gerade bei Menschen mit Demenzerkrankung.

Die Einführung einer sog. „Pflegezeit“ im Zuge der Reform der Pflegeversicherung hat nach Einschätzung des Sozialreferats, wie erwartet, noch zu keiner spürbaren Veränderung im Bereich der Angehörigenpflege geführt. Da während dieser Freistellung kein finanzieller Ausgleich für die Pflegenden vorgesehen ist, bietet diese Regelung insbesondere für berufstätige pflegende Angehörige nur eine sehr eingeschränkte Perspektive.

Angesichts des hohen Einsatzes von pflegenden Angehörigen wird auch deutlich, welche Schwierigkeiten sich für diejenigen Pflegebedürftigen ergeben, die ihre Versorgung allein, ohne Angehörige bewerkstelligen müssen. Das Sozialreferat hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass es zu den wesentlichen Konstruktionsfehlern des Pflegeversicherungsgesetzes gehört, dass für die Sicherstellung der Versorgung wie selbstverständlich von der Möglichkeit der Angehörigenpflege ausgegangen wurde. Angesichts einer nicht unerheblichen Zahl allein lebender älterer Menschen stößt dieses Prinzip jedoch auch zunehmend an Grenzen.

Die Landeshauptstadt München und die Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben zur Verbesserung der Versorgungssituation in

6 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung „Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern“, Stand: 15. bzw. 31.12.2007

7 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten –MuG III“ (2004).

München gemeinsam ein differenziertes Angebot unterschiedlichster Dienste und Hilfen aufgebaut, die Pflegebedürftige und pflegende Angehörige unterstützen. Hierzu zählen insbesondere die 13 Fachstellen häusliche Versorgung in den Sozialbürgerhäusern, die 32 Alten- und Service-Zentren (ASZ, u.a. mit Betreuungsgruppen und Tagesbetreuung zur Entlastung pflegender Angehöriger), die Beratungsstellen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Alzheimer-Gesellschaft München und der Münchner Aids-Hilfe, die Fachstellen für pflegende Angehörige im Bayerischen Netzwerk Pflege, die Angebote der Wohnungsanpassung (in den ASZ und durch den Verein Stadtteilarbeit e.V.) und die Förderung pflegeergänzender Leistungen in der ambulanten Pflege.

### **2.3.2 Ambulante Pflege**

Die Bedeutung dieses Versorgungsbereiches hat das Sozialreferat zum Anlass genommen, den Markt der professionellen ambulanten Pflege im Zuge einer Erhebung näher zu analysieren. Dazu wurde Februar 2009 an alle 211 in München tätigen ambulanten Pflegedienste, die über einen Zulassungsvertrag nach § 72 SGB XI verfügen, ein entsprechender Fragebogen versandt. 66 Dienste (oder 31 %) haben einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt. Die Rücklaufquote entspricht üblichen Erfahrungen bei schriftlichen Befragungen. Von den 66 Diensten waren exakt die Hälfte der Dienste aus dem Bereich der privat-gewerblichen bzw. der frei-gemeinnützigen Trägerschaften. Zudem wurden bei dieser Abfrage insbesondere größere ambulante Pflegedienste erreicht, die insgesamt 5.110 pflegebedürftige Menschen (= 68 % aller in München ambulant gepflegten Personen) versorgen. Damit und in Verbindung mit der gleichmäßigen Verteilung der Trägerschaften können die Aussagen insgesamt als belastbare Grundlage für Aussagen über die Gesamtsituation der ambulanten Pflegedienste in München herangezogen werden.

Die befragten Dienste beschäftigen insgesamt 1.426 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (1.051 oder 74 % Frauen und 375 oder 26% Männer). 422 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (30 %) verfügen über einen Migrationshintergrund. Insgesamt erreichen die Dienste mit ihrem Versorgungsangebot 463 pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund.

Zur Stärkung eines ausreichenden Angebots in diesem Marktbereich unterstützt das Sozialreferat die ambulanten Pflegedienste mit Mitteln der Investitionsförderung (§ 82 SGB XI i.V.m. AGSG und AVSG). Das Sozialreferat fördert die Dienste hierbei mit dem gesetzlich

zulässigen Höchstbetrag von 2.560 Euro pro rechnerischer Vollzeitkraft. In den beiden vergangenen Jahren erfolgte eine lineare Kürzung auf Grund der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel (siehe „Investitionskostenförderung für ambulante Pflegedienste nach dem Pflegeversicherungsgesetz - SGB XI Gesetzesänderungen 2007 Richtlinien der Landeshauptstadt München“, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 10686, Beschluss des Sozialausschusses vom 15.11.2007).

### **2.3.3 Tages- und Nachtpflege**

Entsprechend der Adressenübersicht des Sozialreferats gibt es in München aktuell 12 Einrichtungen mit rund 160 Plätzen, die Tagespflege nach dem SGB XI anbieten. Angebot und Nachfrage verharren hier seit einigen Jahren auf relativ niedrigem Niveau. Seit dem 01.07.2008 haben die Versicherten neben dem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen einen zusätzlichen hälftigen Leistungsanspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege gegenüber der Pflegeversicherung. Bislang hat diese seit langem vom Sozialreferat geforderte Leistungsausweitung allerdings noch zu keinem spürbaren Zuwachs an entsprechenden Versorgungskapazitäten geführt.

Neben solitären Tagespflegeplätzen (Einrichtungen, die für 15 bis 20 Personen ausschließlich Tagespflege anbieten) sind seit Herbst 2009 auch sog. „eingestreute“ Tagespflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen möglich. Hierbei können Pflegebedürftige tagsüber durch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung betreut werden. Die Pflegekassen haben sich entschlossen, das Modellprojekt der „eingestreuten Tagespflege“ in allgemeinen Pflegebereichen für alle Träger und Einrichtungen zu öffnen.

Ausschließliche Nachtpflege-Angebote sind in München aufgrund der geringen Nachfrage bislang nicht entstanden. Dies entspricht den bundesweiten Markterfahrungen, die eine nur marginale Umsetzung dieses Angebotstyps belegen. Im ambulanten Pflegebereich gibt es jedoch Angebote der „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“, die hier eine mögliche Nachfrage decken können.

### **2.3.4 Pflegerische Versorgung in „sonstigen Wohnformen“**

Seit Einführung des „Gesetzes zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz bzw. PflWoqG)“ im Jahr 2008 gilt eine neue Differenzierung der unterschiedlichen Pflege- und Wohnkonzepte. Grundsätzlich wird zwischen „stationären Einrichtungen“ (Art. 2 Abs.1

PfleWoqG) auf der einen und „sonstigen Wohnformen“ (Art. 2 Abs. 2,3,4 PflWoqG) auf der anderen Seite unterschieden.

Im Bereich der „sonstigen Wohnformen“ wird weiter differenziert zwischen:

„Einrichtungen des betreuten Wohnens“,  
„ambulant betreuten Wohngemeinschaften“,  
„ambulant betreuten Wohngruppen“ und  
„therapeutischen Wohngruppen“ (d. h. „ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit seelischer Behinderung“).

„Betreutes Wohnen“ und „therapeutische Wohngruppen“ fallen nicht in den Anwendungsbereich des PflWoqG (Art. 2, Abs. 2 und Abs. 4 Satz 5).

Im Unterschied dazu findet das PflWoqG bei „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ und „betreuten Wohngruppen“ unmittelbare Anwendung (Art. 2, Abs. 3,4).

Für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen kommt in München v. a. den ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine besondere Bedeutung zu.

Die Grundlage für den Aufbau dieses für München relativ neuen Versorgungsangebotes bilden der Beschluss des Sozialhilfeausschusses vom 17.06.2004 und des Sozialausschusses vom 24.06.2004 zur Pflegebedarfsplanung und der Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2005 und der Vollversammlung vom 27.07.2005 zum Konzept zur pflegerischen Versorgung in München. Mit diesen beiden Beschlüssen wurde festgelegt, dass die Hälfte des 2004 errechneten (Pflege-)Bedarfs (= 1.300 Plätze) mit alternativen Versorgungskonzepten (und hier insbesondere durch die Schaffung ambulant betreuter (Demenz-)Wohngemeinschaften bzw. Pflegewohngemeinschaften) gedeckt werden soll. Dies bedeutete damit den Auftrag für den Aufbau entsprechender ambulanter Versorgungsangebote für rund 650 pflegebedürftige Menschen in München bis zum Jahr 2015.

In der vorliegenden, aktuellen Bedarfsplanung ergibt sich von 2007 bis 2020 nun eine Zunahme der Anzahl potentieller Nutzerinnen und Nutzer von vollstationären Pflegeplätzen um rund 1.000 Personen (Berechnungen s. Kap. 3.). Das Sozialreferat hält an dem eingeschlagenen Weg fest, dass die Hälfte davon bis 2020 mit „Plätzen“ in entsprechenden Wohnformen versorgt werden soll. Das Sozialreferat hat sich fachlich bewusst für diesen Weg entschieden, um pflegebedürftigen Menschen in München

zunehmend geeignete Alternativen zu vollstationären Pflegeeinrichtungen anbieten zu können.

Parallel zum wachsenden Angebot ambulant betreuter Wohngemeinschaften (z. B. „Rothenfußer therapeutische Demenz-Wohngemeinschaften/Carpe Diem e. V.“, ambulant betreute, therapeutische Wohngemeinschaft von „woHIBEDACHT e. V.“ mit Betreuungsdienst „Mitten im Leben e. V.“) werden in München darüber hinaus zunehmend auch Versorgungsmodelle in sogenannten „Quartierskonzepten“ (wie z. B. dem „Wohnen im Viertel“ der GEWOFAG) oder in sogenannten „ambulanten Hausgemeinschaften“ (d. h. dem Wohnen in eigenen kleinen Appartements, die über einen gemeinsamen Wohnbereich und entsprechende Versorgungsangebote verfügen, wie im Programm „WGplus = Wohnen in Gemeinschaft *plus* Service“ der GWG München und z. B. der Caritas) erprobt.

Das Angebot der ambulant betreuten Wohngemeinschaften richtet sich an verschiedene Zielgruppen pflegebedürftiger Menschen in München, insbesondere an:

- Menschen mit Pflegebedarf infolge einer Demenzerkrankung oder infolge anderer psychischer Veränderungen oder Störungen,
- Menschen mit Pflegebedarf infolge einer somatischen Erkrankung,
- Menschen mit Pflegebedarf infolge einer Behinderung,
- Menschen mit Pflegebedarf mit Migrationshintergrund,
- Menschen mit Pflegebedarf mit gleichgeschlechtlicher Identität sowie transgender<sup>8</sup> lebende Menschen mit Pflegebedarf

Das Sozialreferat und die „Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat („FQA“, vorm. „Heimaufsicht“) als zuständige Prüfbehörde gehen derzeit von insgesamt rund 50 ambulant betreuten Wohngemeinschaften in München aus. Da im Durchschnitt etwa 5-6 Personen in solchen Wohnformen leben, bedeutet dies, dass aktuell etwa 250 bis 300 Menschen in entsprechenden Wohnformen versorgt werden.

---

<sup>8</sup> [www.wikipedia.org/wiki/Transgender](http://www.wikipedia.org/wiki/Transgender): Transgender „ist einerseits eine Bezeichnung für Menschen, die sich mit der Geschlechterrolle, die ihnen üblicherweise bei der Geburt, in der Regel anhand der äußeren Geschlechtsmerkmale, zugewiesen wurde, nur unzureichend oder gar nicht beschrieben fühlen, und andererseits eine Selbstbezeichnung für Menschen, die sich mit ihren primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen nicht oder nicht vollständig identifizieren können.“

Darüber hinaus sind weitere rund 15 geplante Wohnprojekte (ambulant betreute Wohngemeinschaften, ambulante Hausgemeinschaften sowie Projekte „Wohnen im Viertel“) bekannt.<sup>9</sup> Damit ist insgesamt zu erkennen, dass sich entsprechende Wohnformen, neben der klassischen vollstationären Versorgung, in München inzwischen zu etablieren beginnen.

Dass diese neuen Versorgungsformen nicht in dem 2004 bzw. 2005 angestrebten Ausmaß entstanden sind, liegt zum einen daran, dass das Sozialreferat nur begrenzten Einfluss auf die Schaffung und Entstehung von Versorgungsangeboten im „Pfleagemarkt“ hat und zum anderen, dass die Umsetzung dieser Angebote für Vermieterinnen und Vermieter und häusliche Pflege- bzw. Betreuungsdienste auch mit einer Reihe leistungs- und ordnungsrechtlicher Hürden verbunden ist. Das Versorgungsangebot im Bereich der häuslichen Pflege- und Betreuungsformen hat sich durch die neuen Wohngemeinschaften allerdings insgesamt deutlich ausdifferenziert und bietet pflegebedürftigen Menschen in München zunehmend die erwünschten Versorgungsalternativen. Diese Entwicklung entspricht damit eindeutig der o.g. sozialpolitischen Intention.

Die genannten Wohnformen sollen bewusst kleine, private und überschaubare Wohneinheiten für wenige (pflegebedürftige) Menschen mit spezifischen Versorgungsbedarfen sein und orientieren sich stark an der eigenen Häuslichkeit. Grundsätzlich muss daher die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen, Bewohner und ihrer Angehörigen entsprechend gewährleistet sein. Dies wird u. a. durch sog. „Bewohnerinnen-/Bewohner- und Angehörigengremien“ sichergestellt. Die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste haben dabei nur einen „Gaststatus“ in der Wohngemeinschaft (siehe Art. 2, Abs. 3 PflWoqG).

Einige Anbieterinnen und Anbieter dieser Wohnformen berichten verschiedentlich von Schwierigkeiten bei der zeitnahen Belegung ihrer Wohngemeinschaften. Dies bedeutet aber aus Sicht des Sozialreferats nicht, dass es keine ausreichende Nachfrage nach dieser Versorgungsform gäbe. Die berichteten Belegungsschwierigkeiten werfen zunächst vor allem die Frage auf, wie potentielle Nutzerinnen, Nutzer und ihre Angehörigen / Bezugspersonen überhaupt auf das Angebot einer solchen besonderen Wohnform aufmerksam werden. Oft steht die Heranführung potentieller künftiger Bewohnerinnen und

<sup>9</sup> Beschluss des Kreisverwaltungsausschusses vom 27.01.2009 (VB), S. 2-3, „Erste Erfahrungen mit den „Neuen Wohnformen“ und dem Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz“



Bewohner dieser Wohnangebote in einem untrennbaren Zusammenhang mit der Aktivität des jeweiligen Pflege- und Betreuungsdienstes bzw. der Vermieterin / des Vermieters und seiner Etablierung in der Versorgungslandschaft. Im Zusammenhang mit der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in häuslichen Versorgungssituationen kann gezielt auf eine Weiterversorgung in einer Wohngemeinschaft hingewiesen werden und so gewissermaßen ein „Pool“ von Interessentinnen und Interessenten aufgebaut werden (wie dies z. B. die Anbieter „woHIBEDACHT e.V.“ und „Carpe Diem e.V.“ tun). Wenn ein solcher Dienst selbst häusliche Pflege bzw. Tagespflege - insbesondere für Menschen mit Demenzerkrankungen - anbietet, kann sich der Kreis potentieller Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend aus dem Kreis der Kundinnen und Kunden dieser Angebote speisen. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit ist darüber hinaus natürlich ebenfalls unabdingbar, um Menschen für das Angebot zu interessieren. I.d.R. wird erst nach fachlicher Abklärung des Interesses und der Eignung einer / eines potentiellen Bewohnerin / Bewohners für ein solches Wohnangebot eine gezielte Vormerkung beim Sozialreferat/Amt für Wohnen und Migration vorgenommen. Der Aufnahme einer Interessentin oder eines Interessenten in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft muss zudem noch das Bewohnerinnen-/Bewohner- und Angehörigengremium (s.o.) dieser ambulant betreuten Wohngemeinschaft zustimmen.

Dass der Ausbau des Angebotes an ambulant betreute Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige nicht in einem höheren Tempo vorstattengehen kann, ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Umsetzung für potentielle Betreiberinnen und Betreiber sowie für Vermieterinnen und Vermieter mit Risiken und Problemen verbunden ist.

Dabei spielen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle:

Auf der Grundlage fachlicher Empfehlungen<sup>10</sup> sollte für eine betreute Demenz-Wohngemeinschaft u. a. eine 250- bis 280 qm große (barrierefreie!) Wohnfläche – möglichst auf einer Geschossebene eingeplant werden. Da derartige Wohnungen (Größe und Schnitte) im Bestand des Münchner Wohnungsmarkts kaum zu finden sind, können Projekte dieser

<sup>10</sup> „Ideenwettbewerbs 2006: Wohnungsbau in München – Wohngemeinschaft Demenz“ Empfehlungen der LH München (Referat für Stadtplanung und Bauordnung und Sozialreferat), verschiedener Demenz-Fachexpertinnen und -experten und der Bayerischen Architektenkammer

Art in aller Regel nur in Neubaumaßnahmen realisiert werden. Der private Immobilienmarkt hat an den entsprechend großen Wohnungszuschnitten allerdings kein nachhaltiges Interesse, weswegen für die Schaffung der benötigten Wohnungen vorrangig auf den öffentlich geförderten Wohnungsbau zurückgegriffen werden muss. Zudem liegen entsprechende Wohnungen im freifinanzierten Wohnungsmarkt meistens im höheren Preissegment und sind oftmals nicht barrierefrei. Damit sind wesentliche Voraussetzung für eine entsprechende Nutzung häufig nicht erfüllt.

Für die Projekte im öffentlich geförderten Wohnungsbau besteht jedoch naturgemäß die Anforderung, dass die Auswahl der künftigen Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kreis der sozialwohnungsberechtigten Münchnerinnen und Münchner erfolgen muss. Dies tangiert jedoch die rasche Vermietung (und Wiedervermietung!) des entsprechenden Wohnraums, da der potentielle Kundenkreis zum einen eingeschränkt ist und zum anderen vor Einzug eine entsprechende Einkommens- und Vermögensprüfung erfolgen muss. Dies beeinträchtigt wiederum die Wirtschaftlichkeit des Vorhabens für die Vermieterin bzw. den Vermieter. Im Umkehrschluss haben Interessierte, die den EOF<sup>11</sup>- Kriterien nicht entsprechen (z. B. Menschen mit Demenzerkrankungen, die über ein mittleres oder höheres Einkommen und ggf. Vermögen verfügen), nur eingeschränkten Zugang zu solchen Versorgungsangeboten. Im Sozialreferat ergab ein Fachgespräch am 03.03.2010 mit Vertreterinnen und Vertretern des Amtes für Soziale Sicherung und des Amtes für Wohnen und Migration, dass dieses Problem künftig ggf. gelöst werden könnte, wenn Art. 19 des Bayerischen Wohnraumförderungsgesetzes – BayWoFG<sup>12</sup> angewendet wird. Durch die Förderung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft unter dieser Maßgabe könnte eine einkommensunabhängige Förderung aufgrund des „besonderen Förderzwecks“, d. h. der Bereitstellung des

---

11 EOF = einkommensorientierte Förderung

12 „(1) Bei der Förderung besonderer Wohnformen kann zur Erreichung des besonderen Förderzwecks von Art. 4, 10 bis

16 abgewichen werden; dies gilt insbesondere für ... ältere Menschen und Menschen mit Behinderung sowie für

Wohngemeinschaften zur gegenseitigen Unterstützung im Alter oder bei Hilfebedürftigkeit und betreute Wohngemeinschaften.

(2) Soll geförderter Wohnraum zur Erreichung eines besonderen Zwecks im Sinn des Abs. 1 genutzt werden, kann die zuständige Stelle von der Förderentscheidung und von Art. 4, 14 bis 16 abweichende Bestimmungen treffen.“ Art.

19, Abs 1-2 (BayWoFG vom 10.4.2007)

„Wohnraums für (...) ältere Menschen und Menschen mit Behinderung zur gegenseitigen Unterstützung im Alter oder bei Hilfebedürftigkeit und betreute Wohngemeinschaften“ erfolgen.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich unter gewissen Umständen auch durch ordnungsrechtliche Bestimmungen. Es ist zwar grundsätzlich von einer relevanten Schutzbedürftigkeit der zu pflegenden Bewohnerinnen und Bewohner in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft auszugehen, dies sollte aber nicht zwingend zur Anwendung von Auflagen des vorbeugenden Brandschutzes, wie sie z.T. für vollstationäre Einrichtungen gefordert werden, führen. Der häusliche Charakter dieser privaten Wohnform wird durch entsprechende Brandschutzmaßnahmen stark beeinträchtigt. Umfassende Brandschutzauflagen tragen zudem zu einer erheblichen Kostensteigerung für die Bauträger bei, die diese Bestimmungen erfüllen müssen, und beeinflussen damit wiederum die Wirtschaftlichkeit des Angebotes. Hier gibt es noch keine abschließende Meinung des vorbeugenden Brandschutzes, welche Pflege-Wohngemeinschaften unter die strengen Vorgaben der Sondernutzung fallen. Offenbar wird aktuell Demenz-Wohngemeinschaften eine höhere Toleranz entgegen gebracht als beispielsweise Intensiv-Pflege-Wohngemeinschaften, bei denen die Betroffenen absolut immobil und auf fremde Hilfe (Transfers, Rollstuhl) angewiesen sind. Demenzkranke sind erfahrungsgemäß (hier: Carpe Diem e.V. in den Rothenfußer Wohngemeinschaften, München bzw. Erfahrungen aus Berlin) länger mobil als vorwiegend körperlich pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner. Eine entsprechende Einschätzung, wie zukünftig mit dem Brandschutz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu verfahren ist, soll demnächst von der obersten Baubehörde abgegeben werden. Die jeweiligen Fachstellen der Landeshauptstadt München haben bereits darauf hingewirkt. Die „Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat („FQA“, vorm. „Heimaufsicht“), die für die Prüfung dieser Angebote zuständig ist, hat sich verpflichtet, dem Markt der „neuen Wohnformen“ mit besonderem Augenmaß zu begegnen und einen ordnungsrechtlichen „Übervollzug“ zu vermeiden (vgl. Beschluss in der gemeinsamen Sitzung des

Kreisverwaltungs- und des Sozialausschusses vom 10.01.2008 und Beschluss des Kreisverwaltungsausschusses vom 27.01.2009).

Alle beteiligten Fachstellen wirken verstärkt darauf hin, klare ordnungsrechtliche Bestimmungen zu erarbeiten, festzulegen und umzusetzen.

Laut PflWoqG muss bei „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ (siehe Art. 2, Abs. 3, Satz 3, Nr. 1 und Art. 22) und bei „betreuten Wohngruppen für Menschen mit seelischer Behinderung“ (Art. 2, Abs. 4, Satz 2) die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet werden.

Das wird bei den ambulant betreuten Wohngemeinschaften u. a. auch durch ein sogenanntes „Gremium der Selbstbestimmung, auch Bewohner- und Angehörigengremium“ sicher gestellt.

Für Mieterinnen und Mieter mit einer Demenzerkrankung, die ihre Angelegenheiten nur zum Teil oder nicht mehr selbst regeln können, handeln in diesem Gremium Angehörige bzw. gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter. Sie müssen nicht nur die Wünsche und Bedürfnisse des eigenen betroffenen Familienmitglieds bzw. des/der Betreuten beachten, sondern auch Entscheidungen für die gesamte Wohngemeinschaft verantwortlich treffen.

Der Aufbau eines solchen Gremiums ist i.d.R. nur dann tragfähig möglich, wenn entsprechend engagierte Angehörige/Bezugspersonen (oder gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter) für diese Arbeit zur Verfügung stehen<sup>13</sup>.

Pflegebedürftigen, die z. B. keine Angehörigen haben oder deren gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter sich nicht in einem solchen Gremium engagieren können/wollen, stehen diese Versorgungsangebote daher nicht oder nur bedingt offen.

Als problematisch kann sich zudem erweisen, dass durch das Gremium z.T. Entscheidungen zu Stande kommen können, die mit den Interessen des Pflege- und Betreuungsdienstes oder der Vermieterin bzw. des Vermieters nicht vereinbar sind. Dies kann insbesondere Entscheidungen zur Aufnahme neuer Bewohnerinnen und Bewohner verzögern und damit die Wirtschaftlichkeit des Angebotes beeinträchtigen.

<sup>13</sup> Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2008). Praxisleitfaden für die Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, S. 9-15

Da das Sozialreferat keinen unmittelbaren Einfluss auf die Schaffung solcher Wohnformen hat, hat der Stadtrat entschieden, den Aufbau dieses politisch gewollten Versorgungsangebots mit einer Anschubfinanzierung im Umfang von einer Million Euro (jeweils max. 50.000 Euro – d.h. für insgesamt 20 ambulant betreute Wohngemeinschaften) zu unterstützen (s.o.). Die zuständige Fachabteilung „Hilfen im Alter und bei Behinderung“ im Amt für Soziale Sicherung hat seitdem insgesamt 10 Projekte mit Mitteln in Höhe von 435.000 Euro unterstützt. Zwei weitere Projekte, für die eine Förderung beantragt wurde, konnten wegen fehlender Voraussetzungen keine Anschubfinanzierung erhalten. Für weitere acht Projekte sind derzeit Anträge in Bearbeitung – mit Aussicht auf Förderung.

Zusätzlich schlägt das Sozialreferat vor, dass für die Schaffung weiterer alternativer Versorgungsformen bis 2020 insgesamt 1,2 Millionen Euro

(vgl. Beschluss des Sozialausschusses vom 15.04.2010 Ergebnisse der Studie „Wohn- und Versorgungsstruktur von Menschen mit Behinderung“) verwendet werden sollen. So könnten in diesem Bereich voraussichtlich ca. 170 weitere Plätze entstehen. Zusätzlich entstehen in diesem Marktsegment voraussichtlich noch weitere „Plätze“ durch den Markt (Wohngemeinschaften und andere Versorgungsmodelle ohne Anschubfinanzierung der Stadt). Darüber hinaus kann durch eine aktive Förderung des Konzeptes „Versorgung im Viertel“ auch dieses Angebot alternativer Versorgungsformen ausgebaut werden. Hierzu ist eine Beschlussvorlage für Anfang 2011 geplant.

### **2.3.5 Stationäre Pflegeangebote**

#### **a. Kurzzeitpflege**

Im Bereich der Kurzzeitpflege bestehen derzeit in fünf Einrichtungen insgesamt 64 sog. „solitäre“ Pflegeplätze (das heißt Plätze in Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege für ca. 15 bis 20 Personen anbieten). Darüber hinaus bieten die meisten vollstationären Pflegeeinrichtungen in München sog. „eingestreuete“ Kurzzeitpflegeplätze an. Dies bedeutet, dass die jeweilige Einrichtung mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag (nach § 72 SGB XI) für den Bereich Kurzzeitpflege abgeschlossen hat und somit im Falle freier Kapazitäten im „Dauerpflegebereich“ auch Pflegebedürftige für eine befristete Zeit aufnehmen kann. Ein wesentlicher Nachteil dieser

Lösung ist die weniger auf die spezifischen Versorgungsbedürfnisse von Kurzzeitpflegegästen ausgerichtete Konzeption dieses Angebotes. Zudem gibt es im Zusammenhang mit der genannten Flexibilität dieses Angebots keinen verlässlichen Bestand an entsprechenden „Plätzen“.

Das Angebot fester Kurzzeitpflegeplätze verharrt damit nach wie vor auf sehr niedrigem quantitativen Niveau. Die Hauptursache für diesen Zustand ist die stark begrenzte wirtschaftliche Attraktivität dieses Angebotes für Träger und Investoren. Dies liegt - auch nach der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung - in den finanziellen Rahmenbedingungen des Gesetzes begründet. Entsprechende Einrichtungen der Kurzzeitpflege tragen ein hohes finanzielles Risiko aufgrund der für die Refinanzierung des Betriebes benötigten hohen Auslastung und eines erhöhten Akquisitions- und Betreuungsaufwands (durch den stetigen Wechsel der Bewohnerinnen und Bewohner). Gerade aber die Auslastung dieses Angebotes ist vielen (auch saisonalen) Schwankungen unterworfen und damit häufig im Jahresmittel insgesamt zu gering.

#### **b. Vollstationäre Pflege**

Laut amtlicher Pflegestatistik haben zum Stichtag 15.12.2007 in München 5.666 Menschen Leistungen der vollstationären Pflege in Anspruch genommen<sup>14</sup>.

Da dieser Versorgungsbereich quantitativ grundsätzlich immer gewissen Schwankungen unterworfen ist (bauliche Veränderungen von Einrichtungen, Neubauten, Schließungen etc.) und die Erhebung des Bayerischen Landesamtes ausschließlich den Zustand zu einem konkreten Stichtag (15. bzw. 31.12.2007) abbildet, hat das Sozialreferat die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit ihrem entsprechenden Pflegeplatzangebot in einer eigenen Übersicht („Bestandsdatenpool Altenhilfe“) erfasst. Auf dieser Basis ergibt sich aktuell (Stand: Dezember 2009) ein Angebot von 6.687 Plätzen in 53 Einrichtungen. Damit liegt das derzeitige Platzangebot nach wie vor auf dem gleichen Niveau wie zum Zeitpunkt der letzten Bedarfsplanung 2004 (die damalige Bestandserhebung des Sozialreferats ergab, dass in München zu diesem Zeitpunkt rund 6.700 Pflegeplätze im Sinne des SGB XI bestanden<sup>15</sup>).

<sup>14</sup> Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung „Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern“, Stand: 15. bzw. 31.12.2007

<sup>15</sup> „Pflegerische Versorgung älterer Menschen in München – Bedarfsplanung vollstationäre Pflegeplätze und alternative Versorgungsformen“. Beschluss des Sozialhilfeausschuss vom 17.06.2004 sowie des Sozialausschusses vom 24.06.2004.

Von den o.g. 6.687 vollstationären Pflegeplätzen sind 788 (2004: 394) spezifische vollstationäre Pflegeplätze für dementiell erkrankte Menschen und Menschen mit psychischen Veränderungen oder Störungen. Damit sind inzwischen rund 12 % aller vollstationären Pflegeplätze in München auf die genannten Zielgruppen ausgerichtet. Im Vergleich zu 2004 ist somit eine Verdopplung der vollstationären Plätze in spezifischen Versorgungsangeboten für Menschen mit Demenzerkrankungen und für Menschen mit psychischen Veränderungen oder Störungen festzustellen. Aus Sicht des Sozialreferats belegt diese Entwicklung, dass die Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen in München bereits auf die im Teil B dieser Vorlage dargestellten fachlichen Herausforderungen, d. h. die Zunahme dieses Personenkreises (inzwischen sind ca. 60-80 % der Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Einrichtungen betroffen) reagieren.

Die o.g. 788 vollstationären Plätze teilen sich auf folgende spezifische Betreuungs- und Versorgungskonzepte auf:

**Tabelle 5: Pflegeplätze für Menschen mit Demenzerkrankungen oder anderen psychischen Veränderungen oder Störungen**

<b>Einrichtungsart / Träger</b>	<b>Platzzahl</b>
Hausgemeinschaften der MÜNCHENSTIFT GmbH <sup>16</sup>	52 Plätze

<sup>16</sup> Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“, S. 8-11

Wohngruppen nach dem „III-Welten-Modell“ <sup>17</sup> (mit Pflegeoasen-Plätzen) der MÜNCHENSTIFT GmbH	278 Plätze
Offene gerontopsychiatrische Wohngruppen der Münchner Arbeiterwohlfahrt <sup>18</sup>	88 Plätze
Gerontopsychiatrische, vollstationäre Plätze verschiedener Träger (mit Plätzen in sogenannten „beschützenden Bereichen“, für die ein Unterbringungsbeschluss erforderlich ist)	370 Plätze
<b>Gesamt</b>	<b>788 Plätze</b>

### 3. Prognose zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung in München

Um eine möglichst zutreffende Prognose der voraussichtlichen Zahl pflegebedürftiger Menschen in München erstellen zu können, hat das Sozialreferat eine Sonderauswertung der Datensätze zu verschiedenen Merkmalen der Menschen mit Pflegebedarf beim Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung angefordert. Das Landesamt stellte dem Sozialreferat daraufhin erstmalig Daten zur Verfügung, die zumindest die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf in den einzelnen Altersjahrgängen und nach Geschlecht ausweisen (vgl. auch Kap. 2.). Auf dieser Grundlage war es möglich diese Zahlen unter Verwendung der aktuellen Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung für 2020 (Stadtbezirksprognose, Stand 2009) entsprechend hochzurechnen. Diese Hochrechnung geht von der Annahme aus, dass die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden in den kommenden zehn Jahren im Wesentlichen konstant bleibt.

Die Hochrechnungen ergeben eine Zahl von rund 29.000 Münchnerinnen und Münchnern, die im Jahr 2020 voraussichtlich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sein werden. Dies entspricht einer Zunahme um rund 4.400 Personen. Überträgt man dieses Ergebnis nun auf die verschiedenen Leistungsbereiche, zu denen die amtliche Pflegestatistik Angaben macht, dann ergibt sich künftig folgende Verteilung:

17 Held, Ch., Ermini-Fünfschilling, D. (2004). Das demenzgerechte Heim. Basel: Karger Verlag und Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“, S. 6-9

18 vgl. www.awo-muenchen.de und internes Konzept „Gerontopsychiatrischen Wohngruppen - Rahmenkonzeption vom 1.6.2002, Aktualisierung vom 01.07.2006“ der Arbeiterwohlfahrt München gemeinnützige Betriebs-GmbH



**Tabelle 6: Prognose zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung bis 2020**

Versorgungsbereich	Anzahl Personen (2020)	Veränderung (von 2007 bis 2020)
Private häusliche Pflege (= Pflegegeld)	ca. 13.200	+ ca. 2.000
Ambulante Pflege (= Sachleistung)	ca. 8.800	+ ca. 1.350
Stationäre Pflege	ca. 7.000	+ ca. 1.050
<b>Gesamt</b>	<b>ca. 29.000</b>	<b>+ ca. 4.400</b>

Dem für die Bedarfsplanung angegebenen Zielwert für 2020 von rund 7.700 benötigten vollstationären Pflegeplätzen (vgl. Kap. 1, Diagramm 1) für die o.g. 7.000 Personen wird eine prognostizierte Auslastung von ca. 90 % des entsprechenden Angebots zugrunde gelegt.

Da die Prognose auf einer Hochrechnung in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger beruht, lassen sich auch Aussagen über die künftige Alters- und Geschlechtsverteilung der Pflegebedürftigen in München treffen:

Die Zahl der unter 18-Jährigen Pflegebedürftigen wird nur sehr gering zunehmen um ca. 80 auf dann rund 1.100 Personen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen unter 60 Jahren wird ebenfalls in einem eher geringen Umfang um ca. 280 auf dann rund 4.000 Personen steigen.

Die stärkste Zunahme ergibt sich bei den älteren Menschen mit Pflegebedarf (65 Jahre und älter) - um ca. 3.300 auf dann rund 23.300 Personen.

Analog der Bevölkerungsentwicklung bei älteren Menschen insgesamt (anteilige Zunahme älterer Männer) wird die Zahl der Männer mit Pflegebedarf im Vergleich zu den Frauen überproportional zunehmen. Die Anzahl der pflegebedürftigen Frauen wird (um 1.355 Frauen) von 16.645 auf rund 18.000 ansteigen, wohingegen die Anzahl der pflegebedürftigen Männer (um 3.032 Männer) von 7.968 auf ca. 11.000 ansteigen wird.

Aussagen zur Verteilung der genannten Gruppen auf die verschiedenen Leistungsbereiche der Pflegeversicherung waren dem Sozialreferat leider nicht möglich, da das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung hierzu trotz entsprechender Nachfrage keine entsprechenden Daten zur Verfügung stellen konnte.

#### **4. Regionale Aspekte der pflegerischen Versorgung in München**

Im Zuge der fortschreitenden Dezentralisierung und Regionalisierung sozialer Dienstleistungen in München gewinnt auch die Notwendigkeit raumbezogener Planungsaussagen im Bereich der pflegerischen Versorgungsangebote weiter an Bedeutung. Aus diesem Grund wurden im Zuge der letzten Bedarfsplanung im Jahr 2004 erstmalig auch regionale Aussagen zur pflegerischen Versorgungssituation und -perspektive in München in die Planungen aufgenommen. Mit der aktuellen Bedarfsplanung wurde die methodische Grundlage für die Ermittlung des Bedarfs in den einzelnen Sozialregionen im Vergleich zur letzten Vorlage aus dem Jahr 2004 umgestellt und damit deutlich präziser. In der Vergangenheit wurde der Bedarf auf der Grundlage einer (Versorgungs-)Quote ermittelt (gebildet aus der Anzahl der vollstationären Pflegeplätze in Relation zur Anzahl der Personen im Alter von 80 und mehr Jahren). Der jeweilige regionale Bedarf ergab sich dann aus der entsprechenden Abweichung von der gesamtstädtischen Versorgungsquote. Dieses Vorgehen bildete zum damaligen Zeitpunkt die einzige Möglichkeit eine einigermaßen belastbare Aussage zu sozialräumlichen Bedarfsentwicklungen zu erzielen, da dem Sozialreferat Daten zur (tatsächlich) pflegebedürftigen Bevölkerung auf Ebene der Stadtbezirke damals nicht zur Verfügung standen. Um die regionalen Bedarfsaussagen künftig zu verbessern, hat das Sozialreferat für die Vorlage der aktuellen Bedarfsplanung nun einen anderen Ansatz gewählt. Da Daten zu den pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern nur für die Gesamtstadt zur Verfügung stehen (Quelle: die amtliche Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung), musste ein Weg gefunden werden, diese Daten auf die Einwohnerinnen und Einwohner der Sozialregionen anzuwenden. Im Gegensatz zu 2004 konnte das Sozialreferat diesmal erreichen, dass das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung der Landeshauptstadt München im Rahmen einer Sonderauswertung eine Aufschlüsselung der Pflegebedürftigen nach Altersjahrgängen zur Verfügung stellt. Mit diesen Daten konnten entsprechende Quoten pro Altersjahrgang gebildet werden, die auf die

Bevölkerungsdaten der Sozialregionen angewendet werden konnte. Somit ergab sich ein wesentlich genaueres Bild der Zahl pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger in den Regionen.

Diese Methodik der Bedarfsberechnung wird in dieser Form inzwischen von vielen Kommunen praktiziert und hat sich als anerkannter Prognoseweg erwiesen.

Pflegebedürftige (bzw. ihre Angehörigen oder gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter), die einen Platz in einer vollstationären Einrichtung benötigen, wählen diesen nach ganz unterschiedlichen Kriterien (wie z. B. Kosten, Standort, Leistungsspektrum und Qualität der Einrichtung) aus. Ihnen sollte bei einem Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung grundsätzlich der Verbleib im vertrauten (sozialen) Umfeld ermöglicht werden, obwohl dies natürlich nicht das einzige Entscheidungskriterium für die Wahl der geeigneten Einrichtung ist.

Das Sozialreferat erachtet eine möglichst gute Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen für die Besuchenden als wichtiges Standortkriterium.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Sozialreferat entschlossen, den Ansatz regionaler Versorgungs- und Planungsaussagen im Rahmen der aktuellen Pflegebedarfsplanung weiterhin aufzunehmen und entsprechend weiter zu entwickeln. Die relevante Raumgröße, die das Sozialreferat diesen Überlegungen zugrunde legt, bilden wie bisher die 13 Sozialregionen.

In den nachfolgenden Tabellen wird zum einen die aktuelle und zum anderen die künftig zu erwartende Versorgungssituation in den 13 Sozialregionen abgebildet. Die Berechnungen fußen auf der jeweiligen Bevölkerungssituation in den 25 Stadtbezirken (für 2020 auf der entsprechenden Stadtbezirksprognose von 2009 des Referats für Stadtplanung und Bauordnung). Auf dieser Basis wurde anhand der gesamtstädtischen Verteilung der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen (Quoten) die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen je Stadtbezirk (in Abhängigkeit der Alterszusammensetzung der jeweiligen Bezirksbevölkerung) errechnet. Durch diesen Rechenschritt kommt es bei der Bildung der Gesamtsumme (für alle Stadtbezirke) zu einer geringen Rundungsdifferenz (24.612 statt 24.621 pflegebedürftige Menschen, vgl. Tab. 7 und 1). Hinsichtlich der Prognoserechnung für

2020 muss zudem angemerkt werden, dass es sich bei den ermittelten Zahlen um rechnerische Annäherungswerte handelt, da die tatsächliche Zahl künftig zu versorgender Menschen naturgemäß nicht exakt vorhergesagt werden kann. Die Zahlen der Stadtbezirke wurden anschließend zu Werten für die 13 Planungsregionen zusammengefasst und dem aktuell vorhandenen Platzangebot in vollstationären Einrichtungen in der jeweiligen Region gegenübergestellt. Auf dieser Basis wurde anschließend ermittelt, ob das vorhandene und geplante Versorgungsangebot die Zahl der ermittelten (künftigen) Nutzerinnen und Nutzer über- oder unterschreitet.

**Tabelle 7: Derzeitige Verteilung des Bedarfs nach Sozialregionen**

Sozialregion	Pflegebedürftige insgesamt (Quelle: amtl. Pflegestatistik, 2007)	davon: Nutzerinnen und Nutzer vollstationärer Angebote (23% <sup>19</sup> aller Pflegebedürftigen)	Angebot vollstationärer Plätze in der Region (inkl. gerontopsychiatrischer Plätze) - Daten 2009 von S-I-AB	Unter-/Überdeckung
				<b>Unterdeckung</b>
Stadtbezirke 5,13 (Au-Haidhausen, Bogenhausen)	2366	544	307	Unterdeckung 237 Plätze
Stadtbez. 11 (Milbertshofen, am Hart)	981	226	0	Unterdeckung 226 Plätze
Stadtbez. 14,15 (Berg am Laim, Trudering, Riem)	1541	354	254	Unterdeckung 100 Plätze
Stadtbez. 8,25 (Laim, Schwanth. Höhe)	1476	339	244	Unterdeckung 95 Plätze
Stadtbez. 24 (Feldmoching, Hasenberg)	1011	233	178	Unterdeckung 55 Plätze
Stadtbez. 19,20 (Hadern, Fürstenried, Forstenried...)	2726	627	599	Unterdeckung 28 Plätze
				<b>Überdeckung</b>
Stadtbez. 9,10 (Neuhausen, Moosach)	2496	574	578 (inkl. 60 Plätze in Heim für Ordensschwwestern)	Überdeckung 4 Plätze
Stadtbez. 6,7 (Sendling, Send./Westpark)	1565	360	447	Überdeckung 87 Plätze
Stadtbez. 1,2, 3	1733	398	546	Überdeckung

<sup>19</sup> siehe Punkt 2.2 dieser Beschlussvorlage

(Mitte)				148 Plätze
Stadbez. 21, 22, 23 (Pasing, Ober-/Unter- termenzing, Allach, Lochhausen)	2567	590	899	Überdeckung 309 Plätze
Stadtbez. 16 (Ramersdorf, Perlach)	1841	423	738	Überdeckung 315 Plätze
Stadtbez. 4, 12 (Schwabing, Freimann)	2336	537	857	Überdeckung 320 Plätze
Stadtbez. 17, 18 (Giesing, Harla.)	1973	453	1040	Überdeckung 587 Plätze
	<b>24.612</b>	<b>5.658</b>	<b>6.687</b>	

Der Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass derzeit in insgesamt sechs Regionen eine entsprechende Bedarfsunterdeckung und in sieben Regionen eine Überdeckung zu verzeichnen ist. Aktuell ist in der Region Au – Haidhausen – Bogenhausen (Stadtbezirke 5 und 13) die stärkste Unterdeckung festzustellen, gefolgt von Milbertshofen – Am Hart, Berg am Laim – Trudering – Riem und Laim – Schwanthalerhöhe.

Der Unterschied zwischen der Zahl der insgesamt in München vorhandenen vollstationären Plätzen (6.687) und der Zahl der Nutzerinnen und Nutzer vollstationärer Angebote (5.658) ist nicht durch eine mangelnde Auslastung der Einrichtungen begründet, sondern ergibt sich vorrangig aus folgenden Aspekten:

Die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer vollstationärer Angebote wurde im Jahr 2007 im Rahmen einer Stichtagserhebung des Bayerischen Landesamtes für Statistik erhoben.

Neuere Daten sind erst wieder 2011 erhältlich (vgl. 2.1 und 2.2). Es ist für 2009 daher vermutlich von einer inzwischen höheren Anzahl der Nutzerinnen und Nutzern auszugehen. Eine ausschließliche Betrachtung der gesamtstädtischen Zahl der vollstationären Plätze wird der angestrebten Versorgung in den einzelnen Sozialregionen nicht gerecht. Um eine möglichst genaue Prognose über die Entwicklung der Versorgung in den Regionen abbilden zu können, wurden für die regionale Bedarfsprognose bis 2020 neben der regionalen Bevölkerungsentwicklung auch die bereits bekannten Planungen freier und privater Träger berücksichtigt. Dabei handelt es sich um folgende Standorte:

#### **Tabelle 8: Planungen freier und privater Träger**

Stadtbezirk	Einrichtung oder Standort
12	Burmesterstraße - Erweiterung des bestehenden Angebots des ICP
13	Effnerstraße – MÜNCHENSTIFT GmbH
15	Karpfenstraße voraussichtlich: RENAFAN AG, Berlin
17	Lincolnstraße (Ersatzbau für das Sozialzentrum Giesing, Schwannseestr. 14-18 der Münchner Arbeiterwohlfahrt – dadurch <b>parallel Wegfall von 161 Plätzen</b> )
19	Baierbrunner Str./Siemensallee – Isarpark der Inneren Mission München
8, 25	Wegfall von 58 Plätzen der Einrichtung der Sozialservice-Gesellschaft des Bayerischen Roten Kreuzes (RKS) am Westpark

Für das Jahr 2020 ergibt sich damit (noch ohne Berücksichtigung städtischer Flächensicherungsmaßnahmen) folgende regionale Verteilung der Pflegebedürftigen und des vollstationären Pflegeplatzangebotes:

**Tabelle 9: Prognostische Verteilung des Bedarfs nach Sozialregionen (2020)**

Sozialregion	Pflegebedürftige insgesamt	Davon: potentielle Nutzerinnen u. Nutzer vollstationärer Angebote (23 % aller Pflegebedürftigen)	Angebot an vollstationären Plätzen in der Region (inkl. gerontopsychiatr. Plätze)	Unter-/Überdeckung
				<b>Unterdeckung</b>
Stadtbez. 11 (Milbertshofen, am Hart)	1229	283	0	Unterdeckung 283 Plätze
Stadtbez. 5, 13 (Haidhausen, Bogenhausen)	2897	666	482 (= 307 + 175 MÜSTIFT Effnerstr.)	Unterdeckung 184 Plätze
Stadtbez. 8,25 (Laim, Schwantaler Höhe)	1585	365	186 (=244 - 58 RKS-Westpark)	Unterdeckung 179 Plätze
Stadtbez. 24 (Feldmoching, Hasenberg)	1285	296	178	Unterdeckung 118 Plätze
Stadtbez. 14,15 (Berg am Laim, Truderg., Riem)	1973	454	360 (=254 + 106 Karpfenstr.)	Unterdeckung 94 Plätze
Stadtbez. 9,10	2806	645	578	Unterdeckung 67 Plätze

(Neuhausen, Moosach)				
				<b>Überdeckung</b>
Stadtbez. 6,7 (Sendling, Sendling/Westpark)	1746	402	447	Überdeckung 45 Plätze
Stadtbez. 19,20 (Hadern, Fürsten-, Forstenr..)	3273	753	820 (= 599 + 221 Innere Mission, Baierbrunner Str.)	Überdeckung 67 Plätze
St.bz. 21,22,23 (Pasing, O.-/U.-menzing, Allach, Lochhs. ...)	3291	757	899	Überdeckung 142 Plätze
Stadtbez. 16 (Ramersd., Perlach)	2548	586	738	Überdeckung 152 Plätze
Stadtbezirke 1,2 u. 3 (Mitte)	1716	394	546	Überdeckung 152 Plätze
Stadtbez. 4, 12 (Schwabing, Freimann)	2566	590	893 (= 857 + 36 ICP)	Überdeckung 303 Plätze
Stadtbez. 17,18 (Giesing, Harlaching)	2110	485	999 (1040 - 161 AWO Giesing + 120 AWO Lincolnstr.)	Überdeckung 514 Plätze
	<b>29.025</b>	<b>6.676</b>	<b>7.126</b>	

Die oben prognostizierte Zunahme der Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf in München sowie die Berücksichtigung der bereits geplanten Einrichtungen führt z.T. zu Veränderungen der regionalen Bedarfslagen.

Künftig besteht insbesondere in den Regionen Milbertshofen – Am Hart (- 283 Plätze), Au – Haidhausen - Bogenhausen (-184 Plätze) und Laim – Schwanthalerhöhe (- 179 Plätze) aufgrund der Höhe der Unterdeckung ein größerer Handlungsbedarf. Eine perspektivische Unterdeckung mit vollstationären Pflegeplätzen ist zudem in den Regionen Feldmoching-Hasenberg (- 118 Plätze), Berg am Laim – Trudering - Riem (- 94 Plätze) und Neuhausen-Nymphenburg – Moosach (- 67 Plätze) erkennbar. Im nachfolgenden Kapitel 5 dieser Vorlage wird das Sozialreferat neben Vorschlägen zur Umsetzung bereits weit fortgeschrittener Planungen (u. a. auf der Basis des Auftrages aus dem Beschluss zum „Konzept zur pflegerischen Versorgung“ aus dem Jahr 2005) auch konkrete Vorschläge

zur Sicherung geeigneter städtischer Flächen für Standorte von zeitgemäßen vollstationären Pflegeeinrichtungen in den Regionen mit dem höchsten Handlungsbedarf unterbreiten.

### 5. Vorschlag zur Sicherung städtischer Flächen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Im Rahmen des eingangs genannten Auftrages zur Sicherung städtischer Flächen für zeitgemäße vollstationäre Pflegeeinrichtungen aus dem Jahr 2005<sup>20</sup> hat das Sozialreferat zusammen mit dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung eine Reihe von Standorten geprüft und einige Flächen für eine entsprechende Nutzung in die Flächensicherung eingebracht. Hierbei handelt es sich um folgende Standorte:

**Tabelle 10: Gesicherte Flächen/Standorte (gem. Auftrag aus 2005)**

Stadtbe- zirk(e)-Nr.	Sozialregion	Standort	Derzeitiger Planungsstand
12	Schwabing - West/ Schwabing - Freimann	„Bayernkaserne“	Standort neu angemeldet 07/2009, derzeit Prüfung durch das PLAN; alternativ zu einem nichtstädtischen Grundstück in Milbertshofen
4	Schwabing - West/ Schwabing - Freimann	„Ackermannbogen“ (Träger nach öffentlicher Ausschreibung) BPLAN Nr. 1905 e	Standort gesichert; Anforderungsprofil Beschluss Sozialausschuss 11.11.2004; Baurecht muss nach Vereinbarung mit dem Bund 2010 vorliegen
5	Au – Haidhausen; Bogenhausen	„Grillparzer-/Einsteinstraße“ (noch ohne Träger nach öffentlicher Ausschreibung); Nachnutzung des Grundstück ehemaliges Luise-Kiesselbach-Haus; 2 Hortgruppen	Ursprüngliche Voranfrage zurückgezogen, erneute Bauvoranfrage in Vorbereitung unter Einschluss des Baumbestandes; bei Vorlage des positiven Vorbescheids i. B. mit SCU Anforderungsprofil für APH zur Vorlage im Sozialausschuss

20 Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2005 und der Vollversammlung am 27.07.2005: „Konzept zur pflegerischen Versorgung“



		baulich integriert; Hort- Realisierung im Teilerwerb	
13	Au – Haidhausen; Bogenhausen	„Prinz- Eugen- Kaserne“ BPLAN 2016	Eckdatenbeschluss mit Struktur- konzept, Aufstellungsbeschluss 07.11.2007, Wettbewerbsergebnis wird im März 2010 dem Stadtrat vorgestellt
6	Sendling, Sendling - Westpark	„Meindlstraße“, Nachnutzung des Oktoberfestbauho fs an der Meindlstr.; im Gesamtkonzept für das Plangebiet mit SBH, Schulhortnutzung und Kinderkrippe. 3 Bauabschnitte; § 34 Bau GB; 1. SBH; 2. APH; 3. Schulnutzungen und Kita	Positiver Vorbescheid für das Gesamtkonzept vom 15.07.08; Beschluss 17.12.2008 Bauantrag für SBH; Baubeginn 2010;
25	Laim, Schwanthalerhöhe	„Zschokke- /West endstraße“ BPLAN Nr. 2027	Aufstellungsbeschluss 15.10.2008; beschleunigtes Verfahren; BPLAN- Entwurf wird derzeit entwickelt; Spartenumlauf geplant in 2010; Billigung voraussichtlich 2010
11	Milbertshofen – Am Hart	„Grundstück in Milbertshofen“ (nichtstädtisch)	Erwerbsverhandlungen für ein nichtstädtisches Grundstück in Milbertshofen laufen
23	West	„Freiham- Nord“	Strukturkonzept; Bedarfsanmeldung berücksichtigt (Beschluss Planungsausschuss vom 27.06.2007) Gemeinbedarfsfläche Pflege/Sozialstation wird im BPLAN konkretisiert

12	Schwabing-West/ Schwabing-Freimann	„Funkkaserne“	Spartenumlauf ist für 2010 vorgesehen - Planungen aufgrund Überdeckung der Planungsregion inzwischen gestoppt. Als zusätzlicher Alternativestandort für die Region Milbertshofen – Am Hart vorgeschlagen.
----	---------------------------------------	---------------	---

Der Entwicklungsstand der o.g. Standorte ist z.T. sehr unterschiedlich. In einigen Fällen sind die Planungen bereits so weit gediehen, dass eine konkrete Umsetzung (auf der Basis einer entsprechenden Ausschreibung) relativ zeitnah möglich ist und ein Ausstieg aus den Planungen mit erheblichen Schwierigkeiten und ggf. auch Kosten verbunden wäre. Hierbei handelt es sich um die Standorte:

Ackermannbogen  
Meindlstraße  
Grillparzer-/Einsteinstraße

Für die drei Regionen mit dem höchsten rechnerischen Bedarf sollten zudem aus Sicht des Sozialreferats entsprechende städtische Flächen gesichert und ausgeschrieben werden. Hierbei handelt es sich um die Regionen:

Milbertshofen - Am Hart  
Au-Haidhausen - Bogenhausen  
Laim - Schwanthalerhöhe

Für alle drei Regionen befinden sich aktuell folgende Flächen in der Sicherung (oder sind bereits gesichert):

nichtstädtisches Grundstück (Milbertshofen)  
Grillparzer-/Einsteinstraße (Au-Haidhausen - Bogenhausen)  
Westend-/Zschokkestraße (Laim - Schwanthalerhöhe)

Das Sozialreferat empfiehlt daher vor dem Hintergrund der o.g. Ergebnisse der regionalen Bedarfsprognosen bis 2020 und der jeweiligen planerischen Entwicklungsstände der o.g. Standorte eine Umsetzung (und damit konkrete Ausschreibung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Basis fachlicher Anforderungsprofile) für folgende Standorte:

#### **Tabelle 11: Zur Umsetzung empfohlene Standorte**

Stadtbezirk(e) – Nr.	Sozialregion	Standort
11	Milbertshofen – Am Hart	Grundstück (nichtstädtisch) in Milbertshofen
12	Schwabing - West; Schwabing - Freimann	„Bayernkaserne“ (als Alternative zum Standort in Milbertshofen – Am Hart)
12	Schwabing - West; Schwabing - Freimann	„FUNKKASERNE“ (ebenfalls als Alternative zum Standort in Milbertshofen am Hart)
25	Laim - Schwanthalerhöhe	„Zschokke-/Westendstraße“
6	Sendling; Sendling - Westpark	„Meindlstraße“
5	Au – Haidhausen; Bogenhausen	„Grillparzer/Einsteinst r.“
4	Schwabing - West; Schwabing - Freimann	„Ackermannbogen“

In der Übersichtskarte, Anlage 1 zu dieser Beschlussvorlage, sind die bestehenden und geplanten Standorte ersichtlich.

Bei einer Umsetzung dieser Standorte könnten zunächst Bedarfsunterdeckungen in den Regionen Milbertshofen – Am Hart, Laim – Schwanthalerhöhe und Au-Haidhausen – Bogenhausen teilweise ausgeglichen werden. Falls eine Umsetzung auf dem nichtstädtischen Grundstück in Milbertshofen nicht gelingt, stellen nach Einschätzung des Referats für Stadtplanung und Bauordnung sowohl der Standort „Bayernkaserne“ als auch der Standort „FUNKKASERNE“ eine geeignete Ausweichmöglichkeit dar, um auf die starke Unterdeckung an Plätzen im Münchner Norden (siehe Tabelle 9 „Prognostische Verteilung des Bedarfs nach Sozialregionen“: Stadtbezirk 11, Unterdeckung: 283 Plätze, Stadtbezirk 24, Unterdeckung: 118 Plätze) reagieren zu können. Zudem sollten die weit gediehenen Planungen an den Standorten „Ackermannbogen“, „Meindlstraße“ und „Grillparzer-/Einsteinstraße“ umgesetzt werden. Durch die Umsetzung entsprechender Projekte über eine öffentliche Ausschreibung auf der Basis zeitgemäßer Anforderungsprofile (mit Angeboten zwischen 80 und 120 vollstationären Pflegeplätzen) könnte somit ein Angebot von ca. 500

neuen vollstationären Pflegeplätzen geschaffen und die Hälfte des errechneten Bedarfs von 1.000 Plätzen unter regionalen und fachlich zeitgemäßen Kriterien abgedeckt werden.

Für die weiteren in Tabelle 10 genannten in Flächensicherung befindlichen Standorte empfiehlt das Sozialreferat die Beendigung der Planungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Hierbei handelt es sich um folgende Flächen:

**Tabelle 12: Zur Beendigung empfohlene Standorte**

Stadtbezirk(e) – Nr.	Sozialregion	Standort
13	Au – Haidhausen; Bogenhausen	„Prinz - Eugen - Kaserne“
23	West	„Freiham - Nord“

Das Sozialreferat empfiehlt, die Angebote, die unabhängig von der Strategie einer aktiven Einflussnahme auf regionale Ausgewogenheit und zeitgemäße Konzeption der Angebote im Markt entstehen, nicht aktiv in die Standortplanungen einzubeziehen, da bezüglich der tatsächlichen Realisierung, regionalen Lage und inhaltlichen Konzeption dieser Planungen keinerlei Einflussnahme von Seiten des Sozialreferats möglich ist. Die Entwicklung von 2004 bis heute hat zudem gezeigt, dass parallel immer auch Angebote aus unterschiedlichen Gründen wegfallen können. Die entsprechende Entwicklung wird im Rahmen der regelmäßigen Marktbeobachtung durch das Sozialreferat laufend überprüft und dem Stadtrat zur Entscheidung vorgelegt werden. Somit ist sichergestellt, dass zeitnah auf entsprechende Veränderungen von Angebot und Nachfrage reagiert werden kann.

Parallel zur Sicherstellung des Anteils des errechneten Bedarfs von 50 % mit vollstationären Pflegeangeboten, empfiehlt das Sozialreferat zudem die Fortführung der Umsetzung des Auftrages zur Schaffung alternativer Versorgungsformen, mit dem Ziel über eine entsprechende Ausweitung ebenfalls ca. 500 pflegebedürftige Menschen zusätzlich versorgen zu können (s. Kap. 6).

## **6. Weitere Umsetzung des Auftrages zur Schaffung alternativer Versorgungsformen**

Das Sozialreferat ist der Meinung, dass die eingangs beschriebene zunehmende Ausdifferenzierung des Wohn- und Pflegeangebotes in München weiter gefördert und unterstützt werden sollte, um

pflegebedürftigen Menschen möglichst vielfältige Wahlmöglichkeiten zur Gestaltung ihrer Versorgung zu ermöglichen. Alternative Wohn- und Versorgungskonzepte bieten dabei den großen Vorteil, dass sie zum einen gut in bestehende Quartiersstrukturen integriert werden können und somit wohnortnahe, kleinteilige Versorgungsarrangements ermöglichen. Zum anderen können spezifische Versorgungsbedürfnisse bestimmter Zielgruppen (wie in Teil B dieser Vorlage eingehender dargestellt) gerade in solchen kleinteiligen Angebotsformen oftmals leichter umgesetzt werden, als in herkömmlichen vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Ausgehend von den Wünschen vieler Betroffener (vgl. z.B. Ergebnisse der Studie „Wohn- und Versorgungsstruktur von Menschen mit Behinderung“, Beschluss des Sozialausschusses vom 15.04.2010) ist erkennbar, dass häusliche Versorgungsformen künftig stärker berücksichtigt werden sollten. Vorrangig ist vielen der Wunsch nach persönlichem Wohnraum mit entsprechender Versorgung im Alter. Aber auch die Versorgung in sog. „Quartierskonzepten“ (wie z.B. dem „Wohnen im Viertel“ der GEWOFAG), die Versorgung in sog. „Hausgemeinschaften“ (d.h. Wohnen in eigenen kleinen Appartements, die aber über einen gemeinsamen Wohnbereich und entsprechende Versorgungsangebote verfügen, z. B. der GWG) oder in ambulant betreuten Wohngemeinschaften werden in Erwägung gezogen. Das Sozialreferat schlägt deshalb vor, die bestehende Förderung für ambulant betreute Wohngemeinschaften (Produkt 5.1.4., „Strukturelle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit“) auf die genannten Wohn- und Versorgungsformen auszuweiten und die verbliebenen Fördermittel in Höhe von 565.000 Euro, die mit Beschluss der Vollversammlung im Rahmen des „Konzepts zur pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München“ am 27.07.2005 zur Verfügung gestellt wurden, auch für diesen Zweck zu verwenden. Darüber hinaus sollen bis zum Jahr 2020 weitere 700.000 Euro aus dem vorhandenen Budget zur Verfügung gestellt werden, um sowohl ambulant betreute Wohngemeinschaften als auch weitere innovative Versorgungsformen mit einer entsprechenden Anschubfinanzierung von je maximal 50.000 Euro zu fördern (vgl. Beschluss des Sozialausschusses vom 15.04.2010 Ergebnisse der Studie „Wohn- und Versorgungsstruktur von älter werdenden Menschen mit Behinderung“). Mit einer Umsetzung dieses Auftrages könnten noch 24 zusätzliche Projekte gefördert werden, um mehr alternative Versorgungsmöglichkeiten zu vollstationären Pflegeeinrichtungen anbieten zu können.

Das Sozialreferat schlägt darüber hinaus vor, dass im Rahmen der Erstellung eines Gesamtkonzeptes zu Möglichkeiten und Grenzen weiterer quartiersbezogener Versorgungskonzepte (wie z.B. „Wohnen im Viertel“ etc.) eine weitere Ausweitung dieses Versorgungsbereiches überprüft wird. Das Sozialreferat wird dem Stadtrat hierzu voraussichtlich Anfang 2011 eine entsprechende Beschlussvorlage zur Entscheidung vorlegen, die auch ein differenziertes Finanzkonzept beinhalten wird.

## **7. Anträge und Empfehlungen der Bezirksausschüsse bzw. Bürgerversammlungen des 6. Stadtbezirkes Sendling und des 3. Stadtbezirkes Maxvorstadt**

Im Rahmen der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 3, Maxvorstadt wurde am 24.10.2007 die Errichtung einer Einrichtung mit mindestens 150 Pflegeplätzen in der Maxvorstadt beantragt.

Begründet wurde dies mit einem hohen Fehlbedarf an Altenpflegeplätzen in der Sozialregion Mitte, sowie den angrenzenden Stadtbezirken 7 und 25 als auch durch die wachsenden Bevölkerungszahlen durch neue Bauvorhaben im Stadtgebiet (vgl. Anlage 6).

In der Sozialregion Mitte (Stadtbezirke 1, 2 und 3) gibt es aktuell folgende Einrichtungen im Bereich der vollstationären Pflege mit einem Angebot von insgesamt 546 Pflegeplätzen:

Haus Alt-Lehel, Christophstraße 12 (139 Pflegeplätze),  
Vinzentinum, Oettingenstraße 16 (145 Pflegeplätze),  
Kreszentiastift, Isartalstraße 6 (145 Pflegeplätze),  
Tertianum, Klenzestraße 70 (20 Pflegeplätze),  
Diakoniewerk, Heßstraße 22 (97 Pflegeplätze).

Die Bedarfsplanung weist für den Bereich der Stadtmitte einen aktuellen Bedarf von 398 vollstationären Pflegeplätzen aus (vgl. Teil A, Kap. 4, Tabelle 7). Dieser Bedarf wird bis 2020, angesichts der stagnierenden Zahl der älteren Einwohnerinnen und Einwohner in der Stadtmitte, in etwa auf diesem Niveau (394 Plätze) verharren (vgl. Teil A, Kap. 4., Tabelle 9). Damit besteht in der Region aktuell - und auch perspektivisch - ein ausreichendes Angebot mit vollstationären Pflegeplätzen.

Das Sozialreferat spricht sich daher gegen die Schaffung eines neuen vollstationären Pflegeangebotes aus, weil der o.g. prognostizierte Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen unter dem vorhandenen Platzangebot liegt. Darüber hinaus verfügen die angrenzenden Regionen Neuhausen-Nymphenburg/Moosach, Schwabing-West/Schwabing-Freimann, Giesing-Harlaching und Sendling/Sendling-Westpark derzeit ebenfalls über eine positive Bedarfsabdeckung. Hinzu kommt, dass in

unmittelbarer räumlicher Nähe zu dem vorgeschlagenen Standort bereits eine neue vollstationäre Pflegeeinrichtung entstehen wird (das „Netzwerk für ältere Menschen“ am Ackermannbogen). Zwei neue Einrichtungen in so geringer Entfernung voneinander sind aus Sicht des Sozialreferats nicht zielführend. Eine derartige Konstellation kann zudem die Suche nach einem geeigneten Investor und Betreiber für beide Standorte erschweren, da die Einrichtungen dann u.a. um dieselben Kundinnen und Kunden sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konkurrieren.

Von Seiten des Bezirksausschusses bzw. der Bürgerversammlung des 6. Stadt-bezirks Sendling wurden insgesamt 4 Empfehlungen bzw. Anträge gestellt:

Ziel der Anträge/Empfehlungen war die Flächen- und Standortsicherung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München.

Hier sollten bedarfsabhängig teil- und vollstationäre Pflegeplätze (auch Kurzzeitpflegeplätze), ein ambulanter Pflegedienst sowie weitere bedarfsgerechte Wohnformen berücksichtigt werden. Eine Cafeteria, mit Öffnung für den Stadtteil, sowie ein Gartenbereich sollten eingerichtet werden.

Hierzu sollte eines der letzten kommunalen Grundstücke an der Meindlstraße vorgesehen werden. Der Bezirksausschuss beantragte ferner, zur Schaffung eines Seniorenzentrums auf dem städtischen Gelände an der Meindlstraße 8, den nördlichen Grundstücksteil für die Planung und Realisierung eines Seniorenzentrums, an das Sozialreferat zu übertragen, um eine zügige Realisierung zu gewährleisten. Ziel war auch eine Einrichtung im unteren Preissegment zu schaffen (vgl. Anlagen 2 - 5).

Das Kommunalreferat nahm hierzu mit Schreiben vom 21.08.2007 Stellung:

„Eine große Teilfläche im südlichen Bereich des Geländes ist bereits für die Errichtung eines Alten- und Pflegeheims reserviert und wird nach Freimachung von der bisherigen Bebauung für diesen Zweck vorgehalten. Gemäß den Grundsätzen des Treuhandmodells (...) ist die stadtinterne, buchungstechnische Übertragung der betroffenen Grundstücke auf das Sozialreferat erst bei tatsächlicher Inanspruchnahme vorgesehen. Die vermögensrechtliche Übertragung ist nicht Voraussetzung dafür die Planungen fortzuführen und in einem Ausschreibungsverfahren einen privaten Investor/Betreiber für das Alten- und Pflegeheim zu akquirieren. Die geplante Nutzung mit einem Alten- und Pflegeheim

schwerpunktmäßig für Personen, die nur über ein niedriges Einkommen verfügen, hat aus immobilienwirtschaftlicher Sicht die Konsequenz, dass der maximale Wert der Fläche nicht ausgeschöpft werden kann. Die Differenz zwischen Verkehrswert und nutzungsbedingt niedrigem Wert muss letztlich von der Stadt selbst getragen werden. (...) Es ist beabsichtigt, die Teilfläche „Alten- und Pflegeheim“ im Erbbaurecht zu vergeben.“

Die Planungen für die Errichtung einer Altenpflegeeinrichtung an der Meindlstraße sind in der Zwischenzeit insofern weit fortgeschritten, als für das Gesamtkonzept an der Meindlstraße (ehemaliger Oktoberfestbauhof) seit dem 15.07.2008 ein positiver Vorbescheid vorliegt. Die Nutzungsverteilung auf dem Areal sieht das Sozialbürgerhaus der Sozialregion des 6. und 7. Stadtbezirkes, ein stationäres Altenwohn- und Pflegeangebot im südwestlichen Grundstücksteil, eine 4-gruppige integrierte Kinderkrippe, Schulerweiterungsflächen der Grundschule Plinganserstraße mit Hort und Kindergarten sowie ein Rasenspielfeld und eine Anwohner Tiefgarage vor. Die einzelnen Projekte werden vom jeweils zuständigen Referat eigenverantwortlich realisiert. Mit Beschluss des Kommunal- und Kreisverwaltungs Ausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 11.12.2008 wurde für das Sozialbürgerhaus im ersten Bauabschnitt mit einem gekoppelten Planungsschritt Projektauftrag und Projektgenehmigung erreicht. Der Stadtrat hat in seiner Sitzung vom 17.12.2008 den Projektauftrag für das Sozialbürgerhaus erteilt. Bis zur voraussichtlichen Baufertigstellung 2012 dient die für die Senioreneinrichtung vorgesehene Fläche der Baustellenorganisation. Das Sozialreferat wird anschließend parallel das qualitative Anforderungsprofil entwickeln und dem Sozialausschuss vorlegen. Danach wird das Ausschreibungsverfahren durch das Kommunalreferat veranlasst werden. Die Vergabe an einen geeigneten Bauträger und Betreiber wird im Anschluss daran den Fachausschüssen (Sozial- und Kommunal Ausschuss) zur endgültigen Entscheidung vorgelegt werden. Das Sozialreferat empfiehlt damit die Schaffung der geforderten Pflegeeinrichtung auf dem o.g. Grundstück entsprechend umzusetzen. Den Anliegen des Bezirksausschusses 6 kann somit entsprochen werden.



### **Teil B: Besondere fachliche Herausforderungen in der Pflege**

In der Pflege im privaten häuslichen Bereich, in innovativen Wohnformen und im Bereich vollstationärer Pflegeeinrichtungen ergeben sich besondere fachliche Herausforderungen, wenn Pflegebedürftige zusätzlich von einer Demenzerkrankung, von psychischen Veränderungen/Störungen oder von Behinderungen betroffen sind. Außerdem muss der spezielle und individuell verschiedene Bedarf bei pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit außerklinischem Intensiv-Pflegebedarf bzw. Schädelhirntrauma, bei gleichgeschlechtlich orientierten Menschen sowie bei Menschen in der Sterbephase erkannt und berücksichtigt werden.

Im Rahmen dieser Pflegebedarfsplanung ist es dem Sozialreferat daher ein Anliegen, die Anbieter am „Pflegemarkt“ darin zu bestärken, diese fachlichen Herausforderungen bei der Planung und Umsetzung neuer Einrichtungen und neuer Konzepte bzw. bei der Weiterentwicklung bestehender Angebote noch deutlicher zu berücksichtigen.

#### **1. Die Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen und anderen psychischen Veränderungen oder Störungen**

Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit einer Demenzerkrankung bzw. mit anderen psychischen Veränderungen oder Störungen stellt eine besonders große Herausforderung für pflegende Angehörige und Pflegeeinrichtungen dar und spielt damit auch für die künftige Gestaltung der entsprechenden Infrastrukturangebote eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Bedarfsplanung auf diese Zielgruppe ausführlich eingegangen.

### 1.1 Häufigkeiten, Vorkommen und Erscheinungsbilder

In Deutschland leben derzeit etwa 1.102.000 Menschen mit einer Demenzerkrankung, die über 65 Jahre alt sind. Die Prävalenzrate (d.h. der Anteil der Erkrankten an der Bevölkerung) steigt mit dem Alter an. Sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt, wird sich aufgrund der Bevölkerungsentwicklung die Zahl der Betroffenen bis zum Jahr 2050 deutschlandweit auf etwa 2,6 Millionen erhöhen. Dies entspricht einem mittleren Anstieg der Patientenzahlen um fast 35.000 pro Jahr.

Das Sozialreferat hat bereits mit Beschluss des Sozialausschusses vom 10.11.2005 (Verbundsystem zur Versorgung von Menschen mit Demenz,

Seite 5) eine Planungsgröße für die voraussichtliche Zahl demenzkranker Menschen bis zum Jahr 2015 ermittelt. Ausgehend von 15.186 Betroffenen im Jahr 2005 wird mit einer Zunahme auf ca. 18.400 Personen, die 2015 in München voraussichtlich von einer Demenzerkrankung betroffen sein werden, gerechnet (Informationen zu Demenzerkrankungen: vgl. u.a. zwei Beschlüsse des Sozialausschusses vom 12.11.2009 und die Informationen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft)<sup>21</sup>.

Fachleute gehen davon aus, dass 60 bis 80 % aller Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen von einer psychischen Störung betroffen sind. Dazu zählen insbesondere organische Störungen (z. B. Alzheimer Demenz, vaskuläre Demenz), affektive (die Stimmungslage betreffende) Störungen, schizophrene Störungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeits- bzw. neurotische Störungen. Die entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen verdeutlichen zudem, dass der Anteil von Menschen mit psychischen Störungen in Heimen in Zukunft weiter zunehmen wird.<sup>22</sup>

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe wies bereits 2004 darauf hin, dass psychisch kranke alte Menschen in Heimen nicht angemessen versorgt sind. Als Hauptursache für diesen Umstand wird die häufig nicht ausreichende Diagnostik der jeweiligen Krankheitsbilder bei älteren Menschen genannt<sup>23</sup>.

---

21 [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de). „Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz“, Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“ sowie Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Projektauftrag für Qualitätskriterien in der Beratung bei Demenzerkrankung für die Fachstellen häuslicher Versorgung in den Sozialbürgerhäusern“

22 Hirsch, R. D., Kastner, U. (2004). „Heimbewohner mit psychischen Störungen – eine Expertise“, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe und [www.kda.de/news-detail/items/archiv\\_196.html](http://www.kda.de/news-detail/items/archiv_196.html) – Pressemitteilung 7.Juni.2004

23 [www.kda.de/news-detail/items/archiv\\_196.html](http://www.kda.de/news-detail/items/archiv_196.html) – Pressemitteilung 7.Juni 2004

## 1.2 Stand und Perspektive des Versorgungsangebots

Verbleiben die Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit, führt dies bei pflegenden Angehörigen und weiteren Bezugspersonen auf Dauer häufig zu Überforderungssituationen. Trotz vorhandener ambulanter Unterstützungssysteme (Pflegedienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI – insbesondere Helferinnen- und Helferkreise, gerontopsychiatrische Dienste etc.) ist aufgrund der Komplexität der Probleme und der hohen psychischen Belastungen ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auf Dauer oft nicht mehr sicherzustellen. In diesen Fällen wird z. B. die Betreuung und Pflege in einer geeigneten ambulanten Wohn- und Betreuungsform (insbesondere in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenzerkrankung, siehe Teil A, 2.3.4) oder eine Versorgung in einer vollstationären (in der Regel spezialisierten) Pflegeeinrichtung erwogen.

Wie bereits geschildert (vgl. Ziff. 2.3.5) sind von den insgesamt 6.687 vollstationären Pflegeplätzen 788 (2004: 394) spezifische vollstationäre Pflegeplätze für dementiell erkrankte Menschen und Menschen mit psychischen Veränderungen oder Störungen. Nach Ansicht des Sozialreferats ist es fachlich notwendig, neben der Schaffung alternativer Versorgungsformen (hier: z.B. ambulant betreute Wohngemeinschaften, s.o.), auch zeitgemäße vollstationäre Versorgungsangebote weiter auszubauen. Die Ausschreibung städtischer Grundstücke in Verbindung mit einem entsprechenden fachlichen Anforderungsprofil ist für die Landeshauptstadt München der entscheidende Ansatzpunkt, um unmittelbaren Einfluss auf die dringend nötige fachliche Weiterentwicklung und Schwerpunktsetzung der Pflegeangebote in München Einfluss zu nehmen und so den dargestellten Entwicklungen zu entsprechen.

Grundsätzlich sind aus fachlicher Sicht<sup>24</sup> spezialisierte, segregative vollstationäre Versorgungsangebote für Menschen mit Demenzerkrankungen bzw. mit psychischen Veränderungen/Störungen integrativen Ansätzen vorzuziehen (Bei integrativen Betreuungsformen leben Demenzkranke und Nicht-Demenzranke in denselben Pflegebereichen.).

<sup>24</sup> Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“, S. 4-6, sowie Weyerer, S., Schäufele, M., et al. (2006). Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Neben der weiteren Schaffung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (vgl. Teil A, 2.3.4.) sollte aus diesem Grund für die weitere Versorgung von Menschen mit den o.g. Krankheitsbildern insbesondere auch eine Ausweitung der sog. „stationären Hausgemeinschaften“ oder „gerontopsychiatrischen Wohngruppen“ im vollstationären Pflegebereich (im Sinne des „Hausgemeinschafts-Prinzips“ oder der so genannten „4. Generation des Altenpflegeheimbaus“<sup>25</sup>), angestrebt werden. Für schwerst dementiell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner sollte zudem eine Ausweitung hochspezialisierter Pflegeeinrichtungen (wie z. B. „qualitätsgeleitete Pflegeoasen“<sup>26</sup>) realisiert werden.

## **2. Die Pflege von Menschen mit Behinderungen**

Im Zuge der Erstellung von Pflegebedarfsplanungen ergibt sich auch die unmittelbare Notwendigkeit zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit den (pflegerischen) Bedarfslagen von Menschen mit früh erworbenen Behinderungen (aller Altersgruppen und Behinderungsformen). Die äußerst heterogenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderung werden insbesondere dann deutlich, wenn man sich die unterschiedlichen Einschränkungen und Lebenslagen von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen vor Augen führt. So sind z.B. gehörlose Menschen vorrangig auf Rahmenbedingungen angewiesen, die ihnen eine reibungslose Kommunikation mit den Pflegenden gewährleisten. Bei körper- bzw. mobilitätsbehinderten Menschen bestehen Anforderungen u.a. im Bereich der Barrierefreiheit in baulicher Hinsicht, anders als bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, für die insbesondere ein erhöhter Personalaufwand für Betreuung, Anleitung und Tagesstrukturierung notwendig ist.

Mit der Zunahme der absoluten Zahl älterer Menschen steigt auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen (mit Behinderung) an. Gespräche mit der „Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat („FQA“,

---

25 Bundesministerium für Gesundheit und KDA (2001), „BMG-Modellprojekte – eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger: Hausgemeinschaften, die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus“, 2. Aufl.

26 Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“, analog der Empfehlungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) Köln und weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse (z. B. aufschwungalt, München, Demenz Support, Stuttgart). Eine qualitätsgeleitete Pflegeoase ist eine spezialisierte Versorgungsform für schwerst dementiell Erkrankte. „Die qualitätsgeleitete Pflegeoase: ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase“, Fachzeitschrift „pro Alter“ des KDA, 2/2009, S. 46 ff

vorm. „Heimaufsicht“) und dem Behindertenbeauftragten der LHM legen die Vermutung nahe, dass sich der Pflegebedarf von älteren Menschen mit früh erworbener Behinderung und Menschen, die altersbedingt eine Behinderung/Pflegebedürftigkeit erworben haben, zunehmend angleicht. Die „Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat erfasst insgesamt 64 Einrichtungen (Stand 01.08.2009) für Menschen mit Behinderung, die unter den Anwendungsbereich des PflWoqG fallen (bzw. sich derzeit in der Statusprüfung befinden). Die Angebote umfassen Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungsarten und reichen von stationären Angeboten mit mehr als 100 Plätzen bis hin zu kleinen betreuten Wohngruppen für 7 Personen. Insgesamt werden aktuell 1.615 Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen in München in diesen Einrichtungen versorgt, davon sind 326 (oder 20 %) der Bewohnerinnen und Bewohner bereits älter als 60 Jahre. Weitere 227 Menschen sind aktuell zwischen 50 und 60 Jahre alt.

Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe sind bis jetzt allerdings nur teilweise auf die veränderten Bedürfnisse von älter werdenden Menschen mit Behinderung eingestellt. Gerade in spezifischen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung wird dies besonders sichtbar. Gründe hierfür sind in der derzeit noch eher geringen Anzahl von älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung zu sehen. Die vom Sozialreferat der LHM in Auftrag gegebene Studie zur Wohnsituation von Menschen mit Behinderung weist jedoch ausdrücklich auf einen stetig steigenden Bedarf an entsprechenden Angeboten hin.

Im Umkehrschluss zur o.g. Vermutung muss zwangsläufig auch nach den spezifischen Pflegebedarfen von Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen mit einer Behinderung gefragt werden. Gerade hier bestehen beispielsweise erhebliche Anforderungen an die zeitliche und räumliche Flexibilität. Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn sich die Betroffenen in schulischer bzw. beruflicher Ausbildung befinden oder berufstätig sind. Pflegeleistungen müssen hier oft unabhängig von Zeit und Ort und nach individuell ganz unterschiedlichen Voraussetzungen erbracht werden. Eine Abgrenzung zwischen den Leistungen wie z.B. der Pflege nach SGB XI oder SGB XII, der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII oder Arbeitsassistenz/Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX i.V.m. SchwbAV ist hier in der Leistungserbringung teilweise nur sehr schwer herzustellen. Die Forderungen von verschiedenen Interessensvertreterinnen und -vertretern nach einem einheitlichen

Teilhabegesetz für Menschen mit Behinderung basieren unter anderem auf diesen Abgrenzungsschwierigkeiten, die in der Praxis zu erheblichen Problemen führen. Pflegeleistungen müssen in diesem Zusammenhang als eine Notwendigkeit und Voraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verstanden werden.

Gerade vor dem Hintergrund neuer Rahmenbedingungen wie insbesondere der „UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ (Die Konvention ist im März 2009 für Deutschland in Kraft getreten.) wird deutlich, in welchem Umfang die Belange von Menschen mit Behinderung als Querschnittsthema aus gesamtgesellschaftlicher Sicht betrachtet werden müssen. Die Forderung nach Inklusion von Menschen mit Behinderung in alle gesellschaftlichen Bereiche birgt auch die Konsequenz, dass adäquate Rahmenbedingungen unter anderem auch im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderung zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Voraussetzungen des SGB XI entsprechen gerade in diesem Zusammenhang teilweise nicht den tatsächlichen Bedarfslagen der jüngeren pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung. Für die Sicherstellung des dargestellten Bedarfs von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen empfiehlt das Sozialreferat daher, künftig sowohl alternative Versorgungsangebote in sonstigen Wohnformen als auch zeitgemäße stationäre Einrichtungen zu nutzen. Diese können auch im Rahmen der Ausschreibung der in Teil A (Kapitel 5) benannten Flächen in den zu erstellenden Anforderungsprofilen entsprechend berücksichtigt werden.

### **3. Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund**

Aufgrund der fehlenden migrationspezifischen Erhebungskriterien in der amtlichen Pflegestatistik (die in Verantwortung des Statistischen Bundesamtes bzw. der Statistischen Landesämter erstellt wird) ist es dem Sozialreferat bisher nur eingeschränkt möglich, wesentliche Grundlageninformationen über den tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarf der Münchnerinnen und Münchner mit Migrationshintergrund zu erhalten. Die Landeshauptstadt München hat sich daher bereits selbst intensiv mit den Möglichkeiten einer Verbesserung der entsprechenden Datenerfassung im Rahmen der eigenen städtischen Statistiken befasst. Im Rahmen dieser Diskussion wurde deshalb das Gutachten „Menschen mit Migrationshintergrund - Datenerfassung für die Integrationsberichterstattung“<sup>27</sup> in München

<sup>27</sup> Diefenbach, Heike & Weiß, Anja (2006). „Menschen mit Migrationshintergrund. Datenerfassung für die Integrationsberichterstattung“. Gutachten im Auftrag der Stelle für interkulturelle Arbeit und des

erstellt.

Auf der Grundlage der inzwischen verfügbaren Auswertungen lässt sich deutlich belegen, dass „ältere Menschen mit Migrationshintergrund [...] die am stärksten wachsende Gruppe im Bereich der älteren Bevölkerung“ (s.o.) sind. Im Unterschied zu bisherigen statistischen Angaben (die ausschließlich Aussagen zu älteren Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft enthielten, vgl. Beschluss des Sozialausschusses vom 06.12.2007), kann nun die tatsächliche Zahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund (also z.B. auch ältere Menschen mit doppelter Staatsbürgerschaft oder ältere Aussiedler mit deutscher Staatsbürgerschaft) ermittelt werden.

Der Anteil der Menschen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit an der älteren Gesamtbevölkerung beträgt bei den 65-Jährigen und Älteren 10,6 %, der Anteil von Deutschen mit Migrationshintergrund 11,8 %. D.h. 22,4 % aller Münchnerinnen und Münchner über 65 Jahre weisen einen Migrationshintergrund auf. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sind es bereits 33 %<sup>28</sup>.

Die größten Gruppen nach Nationalitäten bilden dabei die Bürgerinnen und Bürger aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus der Türkei, aus Österreich, Griechenland und Italien.

Ein besonderes Augenmerk muss auf die Zielgruppe der demenzerkrankten Menschen mit Migrationshintergrund gelegt werden: Das Kuratorium Deutsche Altershilfe wies 2007 darauf hin, dass „Leistungen der Altenhilfe (...) vielfach (...) demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten“ nicht erreichen. Eine wesentliche Voraussetzung, um künftig einen besseren Zugang zu betroffenen Familien zu bekommen, besteht daher nach wie vor in verstärkter Information und Aufklärung<sup>29</sup>.

Die nachfolgende Tabelle 13 (siehe unten) zeigt, dass die Gesamtzahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher von Hilfe zur Pflege 1500 Personen beträgt, davon sind 462 Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit nicht-deutschem Pass (d. h. 30,8 %).

**Tabelle 13: Hilfe zur Pflege nach Herkunft<sup>30</sup> (Stand 30.09.2008)**  
Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit nichtdeutschem Pass (SGB XII)

Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München. München: [www.muenchen.de/interkult](http://www.muenchen.de/interkult).

28 Statistisches Amt der Landeshauptstadt München, ZIMAS, September 2008

29 [www.kda.de](http://www.kda.de) news-details/items/archiv. Pressemitteilung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe vom 18.7.2007: „Integrationsplan bestätigt Auffassung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe: Leistungen der Altenhilfe gehen vielfach an demenziell erkrankten Migrantinnen und Migranten vorbei.“

30 Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung, Grundsicherung im Alter und Hilfe zur Pflege, Demografische Hintergrundinformationen, erstellt von S-I-LS, Stand: 30.09.2008

Bevölkerungsdaten und Zahlen zu den Leistungsbezieherinnen und -beziehern

<b>Nationalität</b>	<b>Bevölkerung</b>	<b>davon mit Bezug von Hilfe zur Pflege</b>	
alle	1.360.643	1.500	0,11%
Deutsch	1.046.690	1.038	0,10%
Nicht Deutsch	313.953	462	0,15%
russisch	5.790	116	2,00%
ukrainisch	5.443	156	2,87%
sonstige Ausländer	302.720	190	0,06%

Bei den Leistungsbezieherinnen und -beziehern von Hilfe zur Pflege sind es die russischen und ukrainischen Bürgerinnen und Bürger, die am häufigsten diese Leistungen beziehen. Diese beiden Bevölkerungsgruppen ausgeklammert, beziehen die ausländischen Münchnerinnen und Münchner – gemessen an ihrem Anteil an der Bevölkerung – seltener Hilfe zur Pflege als ihre deutsche Vergleichsgruppe.

Es ist zu erwarten, dass der Bedarf bei dieser Zielgruppe grundsätzlich nicht geringer ist.

Daraus lässt sich schließen, dass sie auch bei der Antragsstellung zur Pflegeversicherung deutlich unterrepräsentiert sind.

Im Seniorenpolitischen Konzept der Landeshauptstadt München (Beschluss des Sozialausschusses vom 28.06.2007) und in der Konzeption der Alten- und Service-Zentren (ASZ) werden die interkulturelle Orientierung und Öffnung der Altenhilfe als wichtige Querschnittsaufgabe beschrieben und bedarfsgerechte Maßnahmen und Angebote formuliert und umgesetzt.<sup>31</sup> Eine kultursensible, zugehende Beratung muss noch stärker Zugangsbarrieren aufdecken und überwinden. In den vollstationären Pflegeeinrichtungen in München wohnen derzeit 165 Menschen mit Migrationshintergrund (zum Vergleich waren es 113 Personen im Jahr 2007)<sup>32</sup>. Das entspricht einem Anteil von rund 3 % an den Pflegeplätzen. Der selbstverständliche Zugang von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund zu den entsprechenden Versorgungs- und Betreuungsangeboten - nicht

<sup>31</sup> Landeshauptstadt München/Sozialreferat/Amt für Soziale Sicherung (2008). Reform der Alten- und Service-Zentren (ASZ) – Bericht über die Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit der ASZ und über die Umsetzung der Neukonzeption seit 2006, Kapitel 8 (Beschluss des Sozialausschusses vom 25.09.2008)

<sup>32</sup> Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung – Statistische Berichte: „Einrichtungen für ältere Menschen in Bayern“, Stand: 15.12.2008 bzw. 31.07.2009



nur in der vollstationären Pflege in München - bildet eine wesentliche Zielsetzung in der Pflege- und Seniorenpolitik der Landeshauptstadt München.

Ein Beispiel dafür bildet das im Jahr 2005 von der Landeshauptstadt und der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege unterzeichnete „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“. Der gleichberechtigte Zugang zu sozialen Dienstleistungen und gesundheitlicher Versorgung ist zudem im „Interkulturellen Integrationskonzept“<sup>33</sup> der Landeshauptstadt München verankert, das am 20.02.2008 einstimmig von der Vollversammlung des Stadtrates verabschiedet wurde. Die Daten zur Inanspruchnahme der Leistungen im Bereich der „Hilfe zur Pflege“ nach dem SGB XII machen aber auch deutlich, dass die Leistungsstatistik der Pflegeversicherung um das Merkmal Migrationshintergrund ergänzt werden muss, wie dies im Ersten Integrationsindikatorenbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration empfohlen wird<sup>34</sup>: Zudem bedarf es bei den Einzelfall-Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einer kultursensiblen Herangehensweise. Die speziellen Bedarfe einer kultursensiblen Pflege werden bei Prüfungen (noch) nicht abgebildet (wie z. B. spezielle Waschrituale). Außerdem ist davon auszugehen, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund die ihnen zustehenden Leistungen nicht beantragen oder an der Begutachtung scheitern.

Um eine bessere Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten zu gewährleisten, beauftragte der Sozialausschuss am 03.05.2005 das Sozialreferat die Studie zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München<sup>35</sup> durchzuführen. Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens wurden ältere Migrantinnen und Migranten sowie deren Angehörige zu ihrer Lebenssituation und ihren Bedürfnissen interviewt. Die Studie wurde dem Sozialausschuss am 06.12.2007 zur Kenntnis gegeben. Dabei wurden zahlreiche Weiterentwicklungen insbesondere im Bereich der interkulturellen Orientierung und Öffnung der offenen Altenhilfe beschlossen.

33 Landeshauptstadt München/Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit (2008). Interkulturelles Integrationskonzept. Grundsätze und Strukturen der Integrationspolitik der Landeshauptstadt München. München: [www.muenchen.de/interkult](http://www.muenchen.de/interkult).

34 Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2009). Integration in Deutschland. Erster Integrationsindikatorenbericht: Erprobung der Indikatorensets und Bericht zum bundesweiten Integrationsmonitoring. S. 190

35 Landeshauptstadt München/Sozialreferat/Amt für Soziale Sicherung und Stelle für interkulturelle Arbeit (2008). „Ein bisschen dort, ein bisschen hier ...“. Konsequenzen der Landeshauptstadt München aus der Untersuchung von Dr. Philip Anderson zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München. München: [www.muenchen.de/interkult](http://www.muenchen.de/interkult).

Im Bereich der interkulturellen Öffnung der stationären und ambulanten Pflege ist die Einflussmöglichkeit der Landeshauptstadt München zwar insgesamt deutlich begrenzter als im Bereich der geförderten offenen Angebote, da diese aufgrund der Regelungsmechanismen des „Pflegetmarktes“ grundsätzlich in der Eigenverantwortung der jeweiligen Träger liegt. In diesem Zusammenhang hält es das Sozialreferat aber dennoch für elementar, vermehrt Modelle zu entwickeln und zu fördern, die es Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem gewohnten Lebensumfeld im Stadtteil ermöglichen älter zu werden und eine adäquate Unterstützung zu erfahren. So bestehen inzwischen erste Überlegungen zum Aufbau einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für (pflegebedürftige) Menschen mit Migrationshintergrund. Auf diesem Wege könnten ggf. erste, leichter zugängliche Strukturen für eine spürbare Unterstützung der pflegenden Angehörigen, insbesondere der Frauen, entstehen, da pflegende Familien mit Migrationshintergrund Versorgungsangebote wie z.B. Tagespflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege bislang eher wenig in Anspruch nehmen.

#### **4. Geschlechtergerechtigkeit in der Pflege**

Dem Bedarf nach einer spezifischen Diskussion der Unterschiede des Alter(n)s von Frauen und Männern wurde in der deutschsprachigen Gerontologie bislang nur eingeschränkt Rechnung getragen. Genderaspekte werden in der Regel „nur als statistisches demografisches Unterscheidungsmerkmal und nicht als fundamentales gesellschaftliches Organisationsprinzip“<sup>36</sup> behandelt. Dementsprechend bestehen auch in den allermeisten Angeboten der Altenhilfe keine weitergehenden Konzepte oder Verfahrensweisen, die diese Thematik konzeptionell aufgreifen - obwohl die überwiegende Mehrheit der Kundinnen und Kunden der Altenhilfe Frauen sind (ebenso wie ein Großteil der - ehrenamtlichen und professionellen - Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen!). Im Rahmen einer vergleichenden Studie zu den Lebensbedingungen von älteren Frauen konnte festgestellt werden, dass es deutliche gesundheitliche Unterschiede zwischen älteren Männern und Frauen gibt<sup>37</sup>. Ältere Frauen leiden häufiger an psychischen und physischen Symptomen und erkranken häufiger an chronischen Krankheiten (z.B.

36 G. M. Backes „Geschlecht und Alter(n)“ in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 1-4 (2006)

37 K. Stiehr u. M. Spindler: „Lebensbedingungen von Frauen 50plus in Europa“, in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39; 5-12 (2006)

Demenz, Osteoporose, Arthritis...). Gleichzeitig sind ältere Frauen weniger häufig von tödlichen Krankheiten (z.B. Herzinfarkt) betroffen als gleichaltrige Männer und weisen eine höhere Lebenserwartung auf. Darüber hinaus weisen ältere Frauen häufiger diskontinuierlichere Erwerbsbiografien auf als Männer der gleichen Altersgruppe, woraus nicht selten eine eingeschränkte eigenständige Alterssicherung und damit auch ein erhöhtes Altersarmutsrisiko resultieren.

„Die Erwerbsphase von Frauen ist häufig nicht nur am Anfang durch Erziehungsarbeit, sondern auch am Ende durch unbezahlte Familienarbeit beschnitten: Frauen 50plus leisten den Großteil der unbezahlten, kaum gesellschaftlich anerkannten und oft äußerst belastenden Pflegearbeit für pflegebedürftige ältere Verwandte“<sup>38</sup>.

Die Beauftragte des Oberbürgermeisters für den Altenpflegebereich, die Gleichstellungsstelle für Frauen und das Sozialreferat haben am 10.10.2006 einen gemeinsamen Fachtag mit dem Thema „Altenhilfe - Geschlechter - Gerecht?“ durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Veranstaltung wurden im Rahmen einer Dokumentation zu Beginn des Jahres 2007 veröffentlicht. Hierbei wurden insbesondere folgende zentrale Ergebnisse festgehalten:

- Alte Frauen sind finanziell benachteiligt (im Besonderen alte Migrantinnen).
- Die Erhaltung der Gesundheit im höheren Lebensalter bedarf geschlechtsspezifischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen.
- Die Konstruktion der Pflegeversicherung (Aufbau auf der Familienpflege) betrifft in der Hauptsache Frauen (Pflege ist weiblich).
- Alte Männer sind eine künftig stark zunehmende Gruppe, die eigene Konzepte und Zugangswege von Seiten der Altenhilfe benötigt. Aus der Überrepräsentanz von Frauen in den Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege kann nicht geschlossen werden, dass diese Einrichtungen notwendigerweise frauengerecht sind. Auch hier besteht weiterhin Bedarf nach Reflexion der Konzepte.
- Alte Frauen leben häufiger und länger allein als Männer. Sie sind daher auf die vorhandenen (und zu schaffenden) Versorgungsstrukturen besonders angewiesen und benötigen daher besondere Versorgungsstrukturen.

## **5. Die Pflege von Menschen mit gleichgeschlechtlicher Identität**

Die Lebenssituation von lesbischen Seniorinnen und schwulen Senioren

(und älteren Transgendern<sup>39</sup>) hat lange Zeit kaum eine relevante Beachtung in der Organisation der pflegerischen Versorgung gefunden. Lesben und Schwule der Kriegs- und Nachkriegsgenerationen sind in einer oft traumatisierenden Zeit von Verfolgung, Abwertung und Ausgrenzung aufgewachsen und haben häufig lebenslang wirkende belastende Erfahrungen gemacht. Dies hat bei vielen Betroffenen dazu geführt, dass sie soziale Arrangements um ihre Homosexualität herum gebildet haben, die einerseits gesellschaftliches Überleben sicherten (und sichern), andererseits aber auch eine Realisierung von Lebensträumen, sozialen und sexuellen Bedürfnissen und Partnerschaftsvorstellungen ermöglichen mussten.

Im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Liberalisierungstendenzen seit Mitte der 90er Jahre konnten inzwischen nicht nur jüngere Lesben und Schwule ein offeneres Leben führen. Die Ausdifferenzierung der schwullesbischen Gemeindeangebote gerade in den Großstädten hat so auch für betroffene Seniorinnen und Senioren die Möglichkeit geschaffen, oben beschriebene Arrangements zugunsten eines selbstbestimmteren Umgangs mit der eigenen Homosexualität neu zu justieren.

Damit stellt sich für viele Betroffenen nun die Frage, ob die neu gewonnene Freiheit im Alter bei zunehmender Abhängigkeit von Versorgungsstrukturen der Altenhilfe gewahrt bleiben kann. In diesem Zusammenhang ergeben sich insbesondere neue fachliche Anforderungen an die verschiedenen pflegerischen Versorgungsangebote, um die notwendigen spezifischen Kompetenzen für einen gelungenen Umgang mit dieser Zielgruppe zu erwerben. Die Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen (angesiedelt im Direktorium der Landeshauptstadt München) hat 2004 eine Studie zur Lebenssituation gleichgeschlechtlich orientierter Menschen in München durchgeführt ("Unterm Regenbogen: Lesben und Schwule in München"). Dort wurde im Ergebnis insbesondere ein deutlicher Handlungsbedarf hinsichtlich einer verbesserten Versorgung lesbischer Seniorinnen und schwuler Senioren in München sichtbar. Von der Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen und dem Sozialreferat wurden daher eine Reihe von Maßnahmen durchgeführt oder auf den Weg gebracht, die auf eine verbesserte Information und Versorgung älterer gleichgeschlechtlich orientierter Menschen in München hinwirken sollen (vgl. Beschluss des

---

<sup>39</sup> [www.wikipedia.org/wiki/Transgender](http://www.wikipedia.org/wiki/Transgender): Transgender „ist einerseits eine Bezeichnung für Menschen, die sich mit der Geschlechterrolle, die ihn üblicherweise bei der Geburt, in der Regel anhand der äußeren Geschlechtsmerkmale, zugewiesen wurde, nur unzureichend oder gar nicht beschrieben fühlen, und andererseits eine Selbstbezeichnung für Menschen, die sich mit ihren primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen nicht oder nicht vollständig identifizieren können.“

Sozialausschusses vom 28.06.2007: „Seniorenpolitisches Konzept der Landeshauptstadt München“).

Im Rahmen von „Rosa Alter“ nimmt sich die Münchner Aids-Hilfe e. V. verstärkt dem Thema spezifische Wohn- und Unterstützungsangebote für schwule Senioren, lesbische Seniorinnen sowie transgener lebende Seniorinnen und Senioren an. So wurde z.B. eine ambulant betreute Wohngemeinschaft und ein entsprechendes Beratungs- und Vernetzungsangebot in der Lindwurmstr. 71 aufgebaut. Das Sozialreferat hat den Aufbau der ambulant betreuten Wohngemeinschaft für schwule ältere Männer mit einer Anschubfinanzierung unterstützt und fördert die „Beratungs- und Vernetzungsstelle für ältere Lesben, Schwule und Transgender“ als Modellprojekt.

Dennoch stößt der Versuch, spezifische Angebote für diese Bevölkerungsgruppe in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen zu installieren bzw. bestehende Regelangebote auch für diese Bevölkerungsgruppe als diskriminierungsfrei nutzbar kenntlich zu machen und zu öffnen, nach wie vor teilweise auf Widerstände. Hintergrund hierfür ist in der Regel die Tatsache, dass selbst Fachkräfte nicht mit den spezifischen biografischen Erfahrungen und Versorgungsbedürfnissen dieser Zielgruppe vertraut sind. Vielmehr wird oft zur eigenen Entlastung vermutet, dass die zweifelsohne vorhandenen Verbesserungen und Liberalisierungen der letzten 10 Jahre alle Probleme dieser Bevölkerungsgruppe „aufgelöst“ haben und daher kein Handlungsbedarf mehr gegeben sei. Hinzu kommt die Wirkung der allgemeinen Tabuisierung von Sexualität, die sich in Bezug auf Homosexualität oft nochmals verstärkt.

Stationäre Einrichtungen führen die bei den Bewohnerinnen und Bewohnern oftmals gegebenen Mobilitätseinschränkungen bzw. umfangreiche Pflegebedürftigkeit z.T. als Argument ins Feld, um sich nicht mit den besonderen Bedarfen schwuler Bewohner und lesbischer Bewohnerinnen auseinandersetzen zu müssen. Dies führt teilweise auch dazu, dass entsprechende Informationsbroschüren der Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen in manchen Einrichtungen nicht ausgelegt werden.

Bei der Entwicklung weiterer Perspektiven für die Versorgung gleichgeschlechtlich orientierter Menschen mit Altenhilfe- und Pflegeangeboten in München sollten daher in den Einrichtungen insbesondere folgende Themen berücksichtigt und nachhaltig verankert werden:

- das Erkennen bestehender diskriminierender Strukturen und deren Veränderung
- die Kompetenzförderung der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- die Förderung eines diskriminierungsfreien Zugangs zu Altenhilfe- und Pflegeangeboten (Öffentlichkeitsarbeit)
- die weitere Berücksichtigung und Unterstützung insbesondere privat organisierter Wohn- und Versorgungsformen für ältere gleichgeschlechtlich orientierte Menschen mit Pflegebedarf in München.

Zur weiteren Unterstützung dieser Forderungen werden das Sozialreferat, die Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen und die beteiligten Träger weiterhin entsprechend zusammenwirken und das Entstehen neuer Angebote aktiv begleiten.

## **6. Die Pflege von Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf und**

### **Patientinnen und Patienten mit Schädelhirntrauma**

Zur Versorgung von Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf und von Patientinnen und Patienten mit Schädelhirntraumata hat das Sozialreferat das Referat für Umwelt und Gesundheit um eine Einschätzung der Situation gegeben. Das RGU hat hierzu wie folgt Stellung genommen:

#### **6.1 Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf**

„Durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die verkürzte Verweildauer in den Kliniken nimmt die Gruppe der langzeitbeatmeten bzw. intensivpflegebedürftigen Menschen stetig zu. In der außerklinischen Versorgung dieser Patienten haben sich mittlerweile drei unterschiedliche Formen in Deutschland etabliert:

die ambulante häusliche (1:1-) Versorgung,

die stationäre Versorgung in spezialisierten Pflegeeinrichtungen (in der Regel Altenpflegeeinrichtungen) sowie

die Versorgung in so genannten Wohngruppen, bei denen meist mehrere Patienten in angemieteten Räumlichkeiten (Wohnungen, Reihenhäuser) untergebracht und im 24-Stunden-Schichtdienst von einem Pflegedienst versorgt werden.

Ambulante Intensivpflegedienste sind eine relativ neue Versorgungsform, die sich insbesondere um außerklinische Intensivpflegepatienten kümmert. Bei diesen besteht nach einer Definition des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Bayern die medizinische Notwendigkeit einer permanenten pflegerischen Interventionsbereitschaft zur Sicherstellung der Vitalparameter, da jederzeit potentiell lebensbedrohliche Situationen eintreten können. In der Regel werden Patienten mit einer fortgeschrittenen Grunderkrankung und einer lebensbedrohenden Störung der Vitalfunktion Atmung versorgt. Dabei kann es sich um Patienten handeln, die spontan über ein Tracheostoma atmen bzw. nicht invasiv beatmet werden, jedoch aus unterschiedlichen Gründen hilflos sind oder aber um Patienten, die invasiv über ein Tracheostoma beatmet werden. Als Beispiele typischer Krankheitsbilder sind komplexe Missbildungen mit respiratorischer Insuffizienz, neuromuskuläre Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Unfallfolgen mit einem hohen Querschnitt und hypoxische Hirnschäden nach überlebter Reanimation zu nennen. Zu den Patienten gehören sowohl Kinder, junge Erwachsene als auch Hochbetagte.

Aufgabe der Pflegenden ist es, mit sozialem, technischem und fachlichem Knowhow die Patienten in der außerklinischen Intensivpflege zu begleiten und eine sichere intensivpflegerische Versorgung bei den unterschiedlichen Versorgungsformen aktiv zu gestalten und zu ermöglichen.

Zwischen November 2006 und August 2009 überprüften der MDK Bayern und das RGU (Abteilung Hygiene und Umweltmedizin) 16 von insgesamt 21 Anbietern, d.h. es wurden 75 % des Ist-Zustandes erhoben. Von den 16 überprüften Anbietern wurden 273 Patienten versorgt, 25 % der Anbieter versorgten die Patienten ausschließlich zu Hause, 19 % ausschließlich in Wohngruppen, die übrigen Anbieter boten beide Versorgungsformen an. Die praktische Durchführung der Überwachungsaufgaben des RGU (Abteilung für Hygiene und Umweltmedizin) sind detailliert in der Beschlussvorlage „Ambulante Pflegedienste- Überwachungskonzept des Referats für Gesundheit und Umwelt“ vom 18.06.2009 dargestellt.

Die Expertengremien gehen hinsichtlich der künftigen Bedarfsplanung davon aus, dass die Zahl der außerklinisch zu versorgenden Intensivpflegebedürftigen in etwa konstant bleibt.

Diese Einrichtungen unterliegen formal nicht der Heimmindestbauverordnung, oftmals ist die baulich-funktionelle Ausstattung unzureichend, Aspekte der Patientensicherheit sind oft unzulänglich erfüllt und grundlegende hygienische Anforderungen sind oft nicht vollständig bzw. nur unter deutlich erschwerten Bedingungen umsetzbar. Auch hier erfolgte mittlerweile eine Erarbeitung fachlicher Standards, die derzeit unter den beteiligten Institutionen und Behörden abgestimmt werden.“

Die „Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat erarbeitete die fachlichen Standards mit und weist darauf hin, dass in ca. 8-10 Wohnformen des letztgenannten Versorgungstyps derzeit Menschen mit intensivpflegerischem Hilfebedarf unter den dargestellten schwierigen Bedingungen versorgt werden. Weiterhin nimmt das RGU zu Patientinnen und Patienten mit Schädelhirntrauma Stellung:

## **6.2 Patientinnen und Patienten mit Schädelhirntrauma**

„Die einzige Studie, die auf Grundlage einer breit angelegten wissenschaftlichen Untersuchung verlässliche Daten zur Versorgungssituation von Schädel-Hirn-Verletzten zur Verfügung stellt, ist im Sommer 2006 erschienen. Sie wurde vom Kuratorium ZNS (Zentrales Nervensystem) für Unfallsverletzte mit Schäden des Zentralen Nervensystems e.V. gefördert.

Die Untersuchung wurde im Zeitraum 2000 und 2001 im Raum Hannover und Münster unter Beteiligung aller Krankenhäuser, in denen Versorgung von traumatischen Notfällen stattfindet und unter Einbeziehung aller dortigen Rehabilitationskliniken durchgeführt. Überträgt man die Inzidenz aus der ZNS-Studie für Schädel-Hirn-Traumata (SHT) von 2006 von 332 pro 100 000 Einwohner auf München (Einwohnerzahl 1.367 314 Ende 2008) so ist von 4.539 Verletzten pro Jahr auszugehen, davon 4.085 Personen (90 %) mit einem leichten SHT, 182 (4 %) mit einem mittleren und 236 Personen (5,2 %) mit einem schweren SHT.

Im Herbst 2009 wurden Sozialdienste in Kliniken für neurologische Rehabilitation zu ihren Erfahrungen mit der Unterbringung von Patientinnen und Patienten nach der Rehabilitation in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Alten- und Pflegeheimen) in München befragt. Für München sind dies das Klinikum Bogenhausen, das Neurologische Krankenhaus München und Kliniken für neurologische Rehabilitation in



den umliegenden Landkreisen. Das Ergebnis war, dass es durchgängig Unterbringungsprobleme in Münchner Alten- und Pflegeheimen (oder vollstationären Pflegeeinrichtungen) gibt, wenn Patientinnen und Patienten besondere Pflegebedarfe haben. Dies gilt generell für Patientinnen und Patienten mit Trachealkanüle, obwohl sich durch die Angebote in den Pflegeheimen der MÜNCHENSTIFT GmbH in den letzten beiden Jahren die Versorgung von diesen Patientinnen und Patienten verbessert hat.

Wachkomapatientinnen und -patienten, für die eine besondere aktivierende Pflege (Phase F der neurologischen Rehabilitation<sup>40</sup>) nicht in Frage kommt, müssen in Alten- und Pflegeheimen untergebracht werden, die dafür nicht ausreichend ausgestattet sind.

Nach Aussage der „FQA“ (vormals Heimaufsicht) hat die Einrichtung Vitanas GmbH am Partnachplatz Ende 2009 einen Wohnbereich zur Versorgung von Menschen mit Wachkoma in der Phase F eröffnet (ca. 20 Plätze geplant). Nach Literaturangaben - so die Kuratorium ZNS-Studie von 2006 - beträgt die jährliche Inzidenz für Wachkomaerkrankungen 0,5 bis 2 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Bei 1.367.314 Einwohnerinnen und Einwohner (Zahlen zum Jahresende 2008) sind bei 2 Wachkomaerkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner 27 Neuerkrankungen pro Jahr zu erwarten. Auch wenn nicht alle an Wachkoma neu erkrankten Patientinnen und Patienten für die aktivierende Pflege der Phase F in Frage kommen, ist das derzeitige Pflegeplatzangebot nicht ausreichend.

Die MÜNCHENSTIFT GmbH St. Josef bietet neuerdings Plätze für Wachkomapatientinnen und -patienten, die aufgrund ihres Rehabilitationspotentials eine besondere, aktivierende Pflege (Phase F der Neurologischen Rehabilitation) in Anspruch nehmen können. Gegenüber der Pflegebedarfsplanung von 2004 handelt es dabei um eine Ausweitung des Angebotes. Obwohl keine weiteren Daten hinsichtlich des Bedarfs junger Menschen zur Verfügung stehen, ist davon auszugehen, dass aufgrund riskanter Lebenssituationen (insbesondere durch Freizeitaktivitäten und Verkehrsverhalten) ein hoher Bedarf besteht. Für junge Menschen gilt generell, dass es bisher kaum Unterbringungsmöglichkeiten außerhalb der Altenpflegeheime gibt. Für alle angesprochenen Krankenhaussozialdienste stellt die

---

<sup>40</sup> Rehapphase F: Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Maßnahmen erforderlich sind, bei z. T. schweren, wahrscheinlich dauerhaften oder fortschreitenden Funktionsstörungen (bleibende Bewußlosigkeit bis zu ausgeprägten Funktionsstörungen der geistigen und körperlichen Fähigkeiten)

Unterbringung von jungen Leuten das größte Problem dar. In München ist die „Junge Pflege“ der AWO mit 22 Plätzen bis Ende Oktober 2009 das einzige Angebot. Im September 2009 haben die Phoenix-Senioren- und Pflegezentren eine Einrichtung in Neuperlach eröffnet, die auch eine Station mit 30 Plätzen für jüngere Bewohner anbieten will. Nach Kenntnis der „FQA“ (vormals Heimaufsicht) wird das Konzept nach aktuellen Auskünften der Einrichtung/des Trägers nicht umgesetzt. Das Datum der Eröffnung dieser Station steht noch nicht fest, wird aber voraussichtlich Anfang 2010 liegen.

Es bleibt zu beobachten, ob das Angebot dem Bedarf entsprechend weiter ausgebaut wird.“

## **7. Die Pflege von Menschen in der Sterbephase**

Pflegebedürftige Menschen in der Sterbephase benötigen besondere Formen der Pflege und Betreuung unabhängig davon, ob die Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit, in speziellen Wohnformen oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben. Dieser fachlichen Herausforderung wurde in den letzten Jahren vermehrt Rechnung getragen und sie muss weiterhin sowohl in der ambulanten Betreuung Pflegebedürftiger als auch im stationären Setting mit modernen Konzepten Berücksichtigung finden.

### **7.1 Ambulante Versorgung**

Mit dem Beschluss des Gesundheitshausschusses vom 07.12.2006 legte das Referat für Gesundheit und Umwelt eine Übersicht zur häuslichen Palliativ- und Hospizversorgung vor. Hierbei wurde ausgeführt, dass in München sieben ambulante Dienste Beratungs- und Betreuungsleistungen in palliativpflegerischen und/oder Hospizarbeit anbieten. Die Angebote der ambulanten Palliativ- und Hospizdienste reichen von der palliativpflegerischen Beratung durch Fachkräfte mit Palliative-Care-Ausbildung über die psychosoziale und spirituelle Begleitung durch Sozialpädagoginnen und -pädagogen bis zur Sterbebegleitung durch ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer. Für die pflegerische Versorgung der Sterbenden arbeiten die Hospizdienste mit Sozialstationen und privaten Pflegediensten zusammen.

Eine Verbesserung der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sieht das Gesundheitsreformgesetz insbesondere durch die Etablierung und Finanzierung von Ambulanten Palliative-Care-Teams (APCT) vor, die im Rahmen der Speziellen Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach

dem Sozialgesetzbuch V, Krankenversicherung (SGB V) eingesetzt werden.<sup>41</sup> SAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. Im Vordergrund steht die medizinisch- pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden zu lindern.

Momentan gibt es folgende Palliative-Care-Teams in München, die seit dem 01.10.2009 einen Vertrag nach SGB V haben:

SAPV-Team des Klinikums Großhadern  
SAPV-Team des Christophorus-Hospiz-Vereins/Klinikums  
Neuperlach  
Kinder-SAPV-Team der Koordinationstelle  
Kinderpalliativmedizin Großhadern

Anträge zur Zulassung für weitere Palliative-Care-Teams in München sind bei der ARGE der Krankenkassen gestellt und werden derzeit geprüft.

Aktuell existieren nach Einschätzung des Referates für Gesundheit und Umwelt folgende Dienste und Angebote für die häusliche Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in München<sup>42</sup>:

7 ambulante Hospiz- und Palliativberatungsstellen/ambulante Hospizdienste (davon zwei speziell für Kinder)  
5 Palliativstationen, zwei stationäre Hospize (Stationäres Hospiz des Christophorus Hospiz Vereins und Johannes-Hospiz)  
25 ambulante Pflegedienste (drei davon auch auf ambulante Versorgung sterbender Kinder ausgerichtet, die ambulanten Pflegedienste verfügen über mindestens eine/n Pflegenden/n mit Palliative-Care-Ausbildung)  
eine Fachstelle für Hospizarbeit & Palliativkultur der gemeinnützigen GmbH der Inneren Mission.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt arbeitet derzeit in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Palliativ- und Hospizversorgung an einem Palliativversorgungspfad. Ziel soll es sein, die Kooperation und Kommunikation in der Verlegungspraxis zwischen

41 Situation und Perspektive der Altenhilfe in München II, Seniorenpolitisches Konzept der LH München, Beschluss des Sozialausschusses vom 28.6.2007, Seite 35

42 vgl. [www.muenchen.de/hospiz-palliativversorgung](http://www.muenchen.de/hospiz-palliativversorgung)

ambulantem und stationärem Setting zu optimieren. Der dazugehörige Aufnahme- und Verlegungsbogen befindet sich in der Testphase.

## **7.2 Palliativpflege und Sterbebegleitung in vollstationären Einrichtungen**

Wie bereits dargelegt, verstärkt sich in den letzten Jahren die Entwicklung, dass pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren so lange wie möglich einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit anstreben. Wenn Seniorinnen oder Senioren schließlich in ein Pflegeheim einziehen, sind sie in der Regel hochbetagt, mehrfach erkrankt, oft psychisch erkrankt, schwer- oder schwerstpflegebedürftig und häufig in der Sterbephase.

Diese Entwicklung stellt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den vollstationären Pflegeeinrichtungen vor extreme Herausforderungen. Im Seniorenpolitischen Konzept der Landeshauptstadt München wurde bereits 2007 festgestellt, dass eine entsprechende fachliche Begleitung zum Thema Sterben und Tod in den Einrichtungen aus diesem Grund von hoher Bedeutung ist, um den medizinisch-pflegerischen, psychosozialen, spirituellen und rechtlichen Anforderungen angemessen begegnen zu können.

Durch die Unterstützung mit Stiftungsmitteln konnten vollstationäre Pflegeeinrichtungen durch den Christophorus Hospiz Verein fachliche Hilfe für Sterbebegleitungen einholen.

Organisiert von der Betreuungsstelle im Sozialreferat, dem Kreisverwaltungsreferat und dem Christophorus Hospiz Verein fand am 12.07.2006 ein Fachtag zum Thema „Sterben im Heim“ mit großer Resonanz in der Fachöffentlichkeit statt. Zudem wurden von Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände, dem Christophorus Hospiz Verein, dem Hospiz-Dienst Da-Sein e. V., der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, der Landeshauptstadt München (Beschwerdestelle, Heimaufsicht, Sozialreferat), der MÜNCHENSTIFT GmbH und dem Städtischen Klinikum München GmbH sowie weiteren fachlichen Beraterinnen und Beratern „Empfehlungen für ein selbstbestimmtes Leben im Heim“ erarbeitet und unter dem Titel „Für ein würdevolles Leben bis zuletzt“ im Jahr 2008 veröffentlicht. Diese Broschüre gibt Orientierung und Hilfestellung zum „Spannungsfeld Selbstbestimmung, Fürsorge und Sterben“ für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, Ärztinnen und Ärzte und Verantwortliche bei Trägern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in

Alten- und Pflegeheimen. Die Münchner Pflegekonferenz hat sich 2008 und 2009 mit einer Umsetzung der Empfehlungen auseinander gesetzt und ein Votum zur Umsetzung in den Münchner Einrichtungen verabschiedet.

So bildeten in den letzten Jahren z. B. einige vollstationäre Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Palliative Care aus und schufen z.T. eigene Palliative Care Teams (nicht zu verwechseln mit den SAPV- Teams, die oft auch nur Palliative-Care-Team genannt werden).

Die MÜNCHENSTIFT GmbH führte mit dem Christophorus Hospiz Verein ein Pilotprojekt mit Palliativ-Schulungen für Ehrenamtliche durch, um die Sterbebegleitung im vollstationären Pflegebereich durch ehrenamtlich Tätige zu stärken. Zusätzlich wurden Palliativschulungen für Fachkräfte angeboten.<sup>43</sup>

Ein besonderes Angebot stellt der palliativgeriatrische Dienst (z. B. des Christophorus Hospiz Vereins) für Einrichtungen der stationären Altenpflege dar. Dazu gehört eine kostenlose palliative, ethische und psychosoziale Beratung und Begleitung für Bewohnerinnen und Bewohner in der Sterbephase, Angehörige, Hausärztinnen und Hausärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung. Zudem besteht neben der konkreten, einzelfallbezogenen Beratung die Möglichkeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vollstationären Pflegeeinrichtungen Fortbildungsangebote in Anspruch zu nehmen. Die dargestellten Maßnahmen illustrierten, dass sich die palliativ-medizinische Betreuung und Begleitung Sterbender in der stationären Altenpflege in den letzten Jahren weiterentwickelt hat.

Bei der Planung neuer Einrichtungen und bei der Weiterentwicklung bestehender Einrichtungen ist in den Konzepten jedoch verstärkt auch darauf zu achten, dass palliativ-medizinische Begleitung, Pflege und Versorgung klar verankert ist. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen in München sollten die o.g. Unterstützungsangebote nachhaltig nutzen, um die Konzepte auch im Alltag zunehmend fundiert umzusetzen.

## **8. Zusammenfassung und Empfehlungen**

Das Sozialreferat ist der Auffassung, dass zeitgemäße neue Angebote, die die o.g. fachlichen Herausforderungen adäquat aufgreifen, nicht nur deshalb entstehen sollten, weil der Bedarf prognostisch weiter zunehmen wird (vgl. Teil A). Das Sozialreferat geht vielmehr auch davon

<sup>43</sup> siehe 57. Protokoll der Münchner Pflegekonferenz vom 18.11.2008, 58. Protokoll der Münchner Pflegekonferenz vom 19.03.2009

aus, dass sich die Nachfrage weiter kontinuierlich verändern und Antworten auf die o.g. konzeptionellen Herausforderungen für die Anbieter von Pflegeleistungen weiter an strategischer Bedeutung gewinnen werden.

Dem Wunsch der meisten älteren Menschen nach einer häuslichen Versorgung im Pflegefall sollte soweit wie möglich entsprochen werden. Für die Konstellationen, in denen eine private häusliche Versorgung nicht (mehr) möglich ist, sollten jedoch immer auch geeignete Angebote in entsprechenden Wohnformen bzw. zeitgemäßen vollstationären Pflegeeinrichtungen in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Ganz entscheidend ist dabei die künftige Qualität neuer Angebote, da positive Entwicklungen neuer Angebote dem Markt entsprechend neue Impulse geben können. Soll sie im Bereich der vollstationären Pflege den aktuellen fachlichen Erkenntnissen entsprechen (z. B. Heime der sog. „4. Generation“, bzw. stationäre Hausgemeinschaften), ist es aus Sicht des Sozialreferats notwendig, dass die Landeshauptstadt hierfür eigene Flächen zur Verfügung stellt und diese mit entsprechenden Anforderungsprofilen ausschreibt bzw. an geeignete Investorinnen/Investoren bzw. Betreiberinnen/Betreiber (in Erbpacht) vergibt, da die meisten Investorinnen/Investoren bei Neuplanungen auf privaten Grundstücken ohne Einflussnahme der Landeshauptstadt diese Einrichtungsform bislang in aller Regel nicht umsetzen. Auf diesem Wege kann die Qualität der Versorgung in diesem Bereich von öffentlicher Seite entsprechend sicher beeinflusst werden. Das Sozialreferat hat zu diesem Zweck die Umsetzung derartiger Projekte auf städtischen Grundstücken empfohlen (vgl. Teil A).

### **Abstimmung der Vorlage**

Diese Vorlage wurde mit dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung, dem Kommunalreferat, dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Kreisverwaltungsreferat („Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht – FQA“), der Beauftragten des Oberbürgermeisters für den Altenpflegebereich, der Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, der Stelle für interkulturelle Arbeit (im Sozialreferat), der Frauengleichstellungsstelle, dem Behindertenbeirat, dem Behindertenbeauftragten und dem Seniorenbeirat abgestimmt.

Die Arbeiterwohlfahrt München hat zur vorliegenden Pflegebedarfsplanung eine Stellungnahme abgegeben, die der Vorlage als Anlage 8 beigefügt ist. Darin setzt sich die Arbeiterwohlfahrt München kritisch mit der Strategie

des Sozialreferats, das Angebot an alternativen Versorgungskonzepten im Bereich sonstiger Wohnformen für ältere bzw. pflegebedürftige Menschen in München weiter auszubauen, auseinander. Die Arbeiterwohlfahrt München befürchtet, dass es dadurch mittelfristig zu Versorgungsengpässen im Bereich der pflegerischen Versorgung in München kommen kann und sieht die Gefahr einer Deregulierung bei der Versorgungssicherheit.

Das Sozialreferat kann sich dieser Sichtweise nicht anschließen. Das Sozialreferat vertritt vielmehr den Standpunkt, dass die Eröffnung von Alternativen und Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung der pflegerischen Versorgung ein wesentliches sozialpolitisches Ziel für die Sicherstellung der künftigen Versorgung in München darstellt. Dabei ist zu betonen, dass durch die Bereitstellung der Förderung für ambulant betreute Wohngemeinschaften (und vergleichbare Wohn- und Versorgungsformen) diesen keine Vorrangstellung gegenüber anderen Versorgungsformen eingeräumt wird. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen bleiben in München ein ebenso wichtiges Standbein in der Versorgungslandschaft, zumal die öffentliche Förderung durch die Landeshauptstadt München in diesem Sektor ganz erheblich über den Aufwendungen für die alternativen Konzepte liegt. Dass der Landeshauptstadt München die Schaffung zeitgemäßer vollstationärer Pflegeeinrichtungen ein ebenso wichtiges Anliegen ist, wird insbesondere auch durch die in dieser Vorlage vorgeschlagene Sicherung entsprechender kommunaler Grundstücke belegt.

### **Anhörung des Bezirksausschusses**

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung, Nr. 1). Den Bezirksausschüssen des

3. Stadtbezirks Maxvorstadt und des 6. Stadtbezirks Sendling ist ein Entwurf dieser Beschlussvorlage vorab zur Stellungnahme zugeleitet worden.

Der Bezirksausschuss des 6. Stadtbezirks Sendling hat die Vorlage in seiner Sitzung vom 01.03.2010 zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Stellungnahme des Bezirksausschusses des 3. Stadtbezirks Maxvorstadt, in der er um Aufklärung bezüglich der Veränderung der Bedarfssituation in der Planungsregion Mitte (Stadtbezirke 1, 2 und 3) bittet, ist der Vorlage als Anlage 7 beigelegt.

Dazu ist auszuführen, dass das Sozialreferat dem Bezirksausschuss des 3. Stadtbezirkes Maxvorstadt mit Schreiben vom 23.02.2010 die

Entwicklung der Bedarfssituation und die sich daraus ergebenden Folgen bezüglich der Sicherung eines Standortes für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung im 3. Stadtbezirk erläutert hat. Darin wird ausgeführt, dass in der Sozialregion Mitte (Stadtbezirke 1, 2 und 3) im Bereich der vollstationären Pflege aktuell ein Angebot von insgesamt 546 Pflegeplätzen besteht. Die vorliegende Bedarfsplanung weist für den Bereich der Stadtmitte einen aktuellen Bedarf von 398 vollstationären Pflegeplätzen aus. Dieser Bedarf wird bis 2020, angesichts der stagnierenden Zahl der älteren Einwohnerinnen und Einwohner in der Stadtmitte, in etwa auf diesem Niveau (394 Plätze) verharren. Damit besteht in der Region aktuell - und auch perspektivisch - ein ausreichendes Angebot mit vollstationären Pflegeplätzen.

Das Sozialreferat hat sich auf der Basis der o.g. aktuellen Bedarfslage in der Planungsregion Mitte daher bewusst gegen die Schaffung eines weiteren vollstationären Pflegeangebotes in der Maxvorstadt ausgesprochen, weil der prognostizierte Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen erheblich unter dem vorhandenen Platzangebot liegt. Darüber hinaus verfügen die angrenzenden Regionen Neuhausen-Nymphenburg/Moosach, Schwabing-West/Schwabing - Freimann, Giesing-Harlaching und Sendling/Sendling-Westpark ebenfalls über eine positive Bedarfsabdeckung. Zudem wird in direkter räumlicher Nähe zu dem vom Bezirksausschuss des 3. Stadtbezirks Maxvorstadt vorgeschlagenen Standort (in der sog. „Wiesenfeldsiedlung“) bereits eine neue vollstationäre Pflegeeinrichtung entstehen (das „Netzwerk für ältere Menschen“ am Ackermannbogen). Zwei neue Einrichtungen in so geringer Entfernung voneinander sind aus Sicht des Sozialreferats nicht zielführend. Eine derartige Konstellation kann zudem die Suche nach einem geeigneten Investor und Betreiber für beide Standorte erschweren, da die Einrichtungen dann u.a. um dieselben Kundinnen und Kunden sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konkurrieren.

Das Sozialreferat befürwortet jedoch, dass die o.g. Fläche für die Schaffung eines zeitgemäßen betreuten Wohnangebotes für ältere Menschen bzw. eines Angebotes für Mehrgenerationenwohnen gesichert wird, da in diesem Feld künftig vermehrt geeignete - und insbesondere finanzierbare - Angebote für ältere Menschen benötigt werden (vgl. auch Teil A, Pkt. 7.).

Dem Korreferenten, Herrn Stadtrat Benker, dem Verwaltungsbeirat, Herrn Stadtrat Dr. Babor, der Stadtkämmerei, der Frauengleichstellungsstelle, dem Sozialreferat/ Stelle für interkulturelle Arbeit, dem Seniorenbeirat, dem



Behindertenbeirat, dem Behindertenbeauftragten, dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung, dem Kreisverwaltungsreferat, dem Kommunalreferat, dem Referat für Gesundheit und Umwelt, der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, der Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen und den Vorsitzenden und Fraktionssprecherinnen und Fraktionssprechern der Bezirksausschüsse des 3. und des 6. Stadtbezirks ist ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet worden.

## **II. Antrag des Referenten**

- 1.a Das Sozialreferat wird beauftragt, im Benehmen mit dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung, die planungsrechtlichen Voraussetzungen für die Sicherung der in Teil A, Kapitel 5, Tabelle 11 der Vorlage benannten Standorte zu schaffen und die entsprechenden fachlichen Anforderungsprofile zu entwickeln.
- 1.b Das Kommunalreferat wird gebeten, die Grundstücke zu gegebener Zeit auf der Basis der jeweiligen Anforderungsprofile im Benehmen mit dem Sozialreferat auszuschreiben.
2. Die in Teil A, Kapitel 5, Tabelle 12 genannten Standorte werden nicht weiter verfolgt.
3. Die bestehende Förderung für ambulant betreute Wohngemeinschaften wird auf andere in Teil A, Kapitel 6 beispielhaft genannte Wohn- und Versorgungsformen ausgeweitet. Die vorhandenen Fördermittel von 565.000 Euro können auch dafür verwendet werden.

4. Das Sozialreferat wird beauftragt, im Rahmen der vorhandenen Mittel alle Maßnahmen zu unterstützen, die helfen, die in Teil B dargestellten fachlichen Herausforderungen in der Pflege zu meistern.
5. Der Antrag Nr. 2316 des Bezirksausschusses des 6. Stadtbezirkes Sendling vom 02.08.2004 ist damit geschäftsordnungsgemäß behandelt.
6. Die Empfehlung Nr. 02-08 / E 00807 der Bürgerversammlung des 6. Stadtbezirkes Sendling vom 13.07.2006 ist damit geschäftsordnungsgemäß behandelt.
7. Die Empfehlung Nr. 02-08 / E 00466 der Bürgerversammlung des 6. Stadtbezirkes Sendling vom 12.07.2007 ist damit geschäftsordnungsgemäß behandelt.
8. Der Antrag BA-Antrags-Nr. 02-08 / B 02320 des Bezirksausschusses des 6. Stadtbezirkes Sendling vom 23.07.2007 ist damit geschäftsordnungsgemäß behandelt.
9. Die Empfehlung Nr. 02-08 / E 00902 der Bürgerversammlung des 3. Stadtbezirkes Maxvorstadt vom 24.10.2007 ist damit geschäftsordnungsgemäß behandelt.
10. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

### **III. Beschluss**

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Der Referent

Christine Strobl  
Bürgermeisterin

Friedrich Graffe  
Berufsm. Stadtrat

- IV.** Abdruck von I. mit III.  
über den Stenografischen Sitzungsdienst  
**an das Direktorium - Dokumentationsstelle**  
**an die Stadtkämmerei**  
**an das Revisionsamt**  
z. K.

**V. Wv. Sozialreferat**

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.
  
2. **An die Frauengleichstellungsstelle**  
**An das Sozialreferat, S-III-M**  
**An das Referat für Stadtplanung und Bauordnung**  
**An das Kommunalreferat**  
**An das Referat für Gesundheit und Umwelt**  
**An das Kreisverwaltungsreferat**  
**An die Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege**  
**An die Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen**

**An den Seniorenbeirat**  
**An den Behindertenbeirat**  
**An den Behindertenbeauftragten**  
**An den Ausländerbeirat**  
**An das Direktorium - HA II / BA (5-fach)**  
**An die Vorsitzenden, Fraktionssprecherinnen und**  
**Fraktionssprecher der Bezirksausschüsse des 3. und 6. Stadtbezirks**  
**(je 9-fach)**  
z. K.

Am

I.A.