

# **Gesundheit im Alter**

**Ergebnisse der Befragung  
alter Menschen in  
Altenheimen,  
Altenwohnheimen und  
Altenpflegeheimen**

**Berichtsband**

Schwerpunktbericht im Rahmen der  
Gesundheitsberichterstattung des  
Referates für Gesundheit und Umwelt  
der Landeshauptstadt München

## Impressum

Herausgeber: Referat für Gesundheit und Umwelt  
der Landeshauptstadt München, November 1998

Bearbeitung: Dr. Gabriele Wiedenmayer, Andrea Mager

RGU 111

Bayerstr. 28a

80335 München

Tel.: 089/233-27302

Druck: Stadtkanzlei

## Vorwort

Der vorliegende Bericht ist eine Darstellung der Ergebnisse einer Befragung in Münchner Altenheimen, Altenwohnheimen und Altenpflegeheimen. Er wurde im Rahmen des Schwerpunkts „Gesundheit im Alter“ erstellt.

Neben der Basisberichterstattung werden in der Münchner Gesundheitsberichterstattung inhaltliche Schwerpunktthemen bearbeitet. Zielsetzung und Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist dabei, eine *Planungsgrundlage* für gesundheitspolitische Entscheidungen zu liefern. Der Schwerpunkt „Gesundheit im Alter“ wurde 1992 im damaligen Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München mit der Maßgabe festgelegt, die gesundheitliche Versorgung alter Menschen zu verbessern.

Zur Abschätzung besonderer gesundheitlicher Problemlagen und der Versorgungssituation alter Menschen wurden zwei Befragungen durchgeführt: 1992 fand eine Befragung der älteren Münchner Bevölkerung in Privathaushalten statt, 1993 eine Befragung in Münchner Altenheimen, Altenwohnheimen und Altenpflegeheimen.

Ein solches Vorhaben wäre ohne die Kooperation mit anderen städtischen Referaten und Dienststellen nicht möglich gewesen. So war auf allen Ebenen - von der Konzeption der Studien bis hin zur Entwicklung von konkreten Maßnahmen - das Sozialreferat der Landeshauptstadt München miteingebunden. Ohne die tatkräftige Unterstützung des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München wäre die Durchführung der ersten Befragung in Münchner Privathaushalten nicht in gegebenem Umfang möglich gewesen. Auch in diesen Bericht gingen Sonderauswertungen des Statistischen Amtes mit ein. An dieser Stelle möchte ich allen Beteiligten meinen Dank für ihr Engagement aussprechen.

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung wurden in den vergangenen Jahren bereits in Fachgremien präsentiert. Der Arbeitskreis Versorgungskette des Gesundheitsbeirats befaßte sich vor zwei Jahren ausführlich mit den Problemen der medizinischen Versorgung in Heimen. Im vergangenen Jahr rückten die Probleme der Pflegequalität in den Heimen in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. In diese Diskussionen brachte das damalige Gesundheitsreferat Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus der vorliegenden Untersuchung ein.

Im vorliegenden Bericht sind diese Ergebnisse nun abschließend dokumentiert und um bisher noch unveröffentlichte Ergebnisse zur psychischen Situation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ergänzt.

Joachim Lorenz  
Referent für Gesundheit und Umwelt

## Inhaltsverzeichnis

	Einleitung .....	1
	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlußfolgerungen .....	3
	<b>Berichtsteil</b>	
1	Stationäre Altenhilfe in München .....	1
1.1	„Gesamtschau“ des Angebots an Heimen der Altenhilfe .....	1
1.2	Heime der Altenhilfe in der Stichprobe .....	4
1.3	Ausstattung und Versorgungsangebot .....	5
1.3.1	Ausstattung der Appartements und Zimmer .....	5
1.3.2	Personalausstattung .....	7
1.3.3	Verpflegung .....	10
1.3.4	Soziale und kulturelle Angebote .....	11
1.3.5	Ärztliche Versorgung .....	13
1.3.6	Gesundheitsbezogene Einrichtungen und Angebote .....	14
1.4	Belegungsstruktur .....	16
2	Die Bewohnerinnen und Bewohner der Altenheime .....	19
2.1	Angaben über die Münchner Wohnbevölkerung in Heimen .....	19
2.1.1	Anzahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner nach Altersgruppen und Geschlecht .....	19
2.1.2	Heimquoten .....	21
2.2	Die Stichprobe der Befragten .....	22
2.2.1	Alter und Geschlecht der Befragten .....	23
2.2.2	Wohndauer, Wohnsituation und Finanzierung des Heimaufenthalts ....	24
2.2.2.1	Wohndauer .....	24
2.2.2.2	Wohnsituation .....	25
2.2.2.3	Finanzierung des Heimaufenthalts .....	25
2.2.3	Die soziale Situation der Befragten .....	26
2.2.3.1	Familienstand .....	28
2.2.3.2	Kinder und Enkelkinder .....	28
2.2.3.3	Schulabschluß .....	29
2.2.3.4	Frühere Erwerbstätigkeit und Stellung im Beruf .....	29
2.2.3.5	Monatlich verfügbarer Geldbetrag .....	30
2.2.4	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit .....	31
2.2.4.1	Aktivitäten des täglichen Lebens .....	31
2.2.4.2	Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit .....	34

3	Daheim oder ins Heim ? - Gründe für den Heimeintritt .....	43
3.1	Alte Menschen zu Hause: Gedanken an einen Umzug ins Heim .....	43
3.2	Alte Menschen in Heimen: Die Situation beim Eintritt ins Heim.....	45
3.2.1	Alter beim Heimeintritt.....	45
3.2.2	Lebenssituation vor dem Heimeintritt.....	46
3.2.3	Gründe für den Heimeintritt.....	46
3.2.4	Krankenhausaufenthalte vor dem Eintritt ins Heim.....	50
4	Merkmale der Lebenssituation und der Lebensqualität im Heim.....	51
4.1	Ernährungssituation .....	51
4.1.1	Nahrungsmittel und Getränke.....	51
4.1.2	Flüssigkeitsaufnahme .....	53
4.2	Aktivitäten .....	54
4.2.1	Beschäftigungen im Heim .....	54
4.2.2	Wahrnehmung von Beschäftigungsangeboten der Heime .....	55
4.2.3	Verlassen des Heims .....	56
4.2.4	Tätigkeiten außerhalb des Heims .....	57
4.3	Soziale Kontakte und Einsamkeit.....	59
4.3.1	Besuche im Heim und Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern.....	59
4.3.2	Vertrauenspersonen .....	61
4.3.3	Einsamkeit .....	64
4.4	Hilfe- und Unterstützungsleistungen .....	65
4.5	Zufriedenheit mit der Lebenssituation .....	68
5	Gesundheitliche Lage und gesundheitliche Versorgung alter Menschen.....	71
5.1	Gesundheitliche Lage .....	71
5.1.1	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands.....	71
5.1.2	Behinderungen und Krankheiten .....	73
5.1.3	Gesundheitliche Beschwerden.....	77
5.1.4	Zahngesundheit .....	79
5.2	Versorgung mit ambulant-ärztlichen Leistungen .....	80
5.2.1	Arztkontakte .....	80
5.2.2	Fachrichtungen .....	81
5.2.3	Zahnärztinanspruchnahme .....	83

---

5.3	Therapien, Medikamente und medizinische und sonstige Hilfsmittel.....	84
5.3.1	Funktionelle und Psycho-Therapien .....	84
5.3.2	Medikamente .....	87
5.3.3	Medizinische und sonstige Hilfsmittel .....	91
5.4	Krankenhausaufenthalte .....	92
6	Psychische und dementielle Veränderungen bei alten Menschen in Alten- und Pflegeheimen .....	95
6.1	Psychiatrische Krankheitsbilder .....	96
6.1.1	Das dementielle Syndrom .....	96
6.1.2	Das depressive Syndrom .....	97
6.1.3	Ausmaß und Bedeutung der psychiatrischen Krankheitsbilder .....	97
6.2	Lebenssituation, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Gesundheitszustand .....	99
6.2.1	Lebenssituation .....	99
6.2.2	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit .....	101
6.2.3	Gesundheitszustand.....	102
6.3	Gesundheitliche Versorgung .....	104
6.3.1	Ambulant-ärztliche Versorgung und stationäre Inanspruchnahme .....	104
6.3.2	Therapeutische Versorgung .....	105
6.3.3	Medikamentöse Versorgung: Medikamente mit psychoaktiven Substanzen .....	105
7	Daten und Methoden.....	109
7.1	Anlage und Durchführung der Befragung .....	109
7.1.1	Die Heime in der Stichprobe.....	109
7.1.2	Die Bewohnerinnen und Bewohner der Heime in der Stichprobe .....	111
7.2	Bildung zentraler Variablen .....	112
7.2.1	Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	112
7.2.2	Bildung der psychiatrischen Krankheitsgruppen .....	115

Anlagen: Fragebögen

## Einleitung

Im Rahmen der Münchner Gesundheitsberichterstattung zum Schwerpunkt "Gesundheit im Alter" wurden zwei repräsentative Studien durchgeführt: 1992 eine Befragung alter Menschen in Münchner Privathaushalten und 1993 eine Befragung in Münchner Altenheimen (Wohn- und Pflegeheimen).

Die Ergebnisse des ersten Studienabschnitts wurden 1995 in einem Berichtsband veröffentlicht.<sup>1</sup> Die Ergebnisse der Befragung in Heimen wurden in einem Tabellenband aufbereitet und konnten Heimträgern und Fachstellen Anfang 1996 zur Verfügung gestellt werden. Aus arbeitstechnischen Gründen wurde zunächst auf einen Gesamtbericht verzichtet. Vielmehr wurden die Daten themenspezifisch ausgewertet. Auswertungen zu Fragen der medizinischen Versorgung wurden speziell für die Diskussion in den geeigneten Fachgremien aufbereitet (Fachtag Stationäre Altenhilfe des Sozialreferates im Juli 1996; Arbeitskreis Versorgungskette des Gesundheitsbeirates im Juli und im Dezember 1996). Die Diskussionsergebnisse sind in die "Münchner Erklärung" der Pflegekonferenz (Mai 1997) zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Heimen eingegangen; erste Handlungskonzepte für Verbesserungen wurden vom Gesundheitsreferat in die Beschlußvorlage des Sozialreferates zur "Abhilfe von Problemen in der stationären und ambulanten Altenhilfe" (Juli 1997) eingebracht.

Im vergangenen Jahr rückten die Probleme der Versorgung in Heimen in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Die verantwortlichen Kosten- und Leistungsträger haben sich daraufhin auf einen gemeinsamen Maßnahmenkatalog zur Abhilfe geeinigt, der nun umgesetzt werden muß.<sup>2</sup> In erster Linie sollen Verbesserungen der Personalsituation in den Heimen erreicht werden. Weitere wichtige Handlungsfelder sind:

- die psychosoziale Betreuung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner,
- die Versorgung alter Menschen mit einem Pflege- oder Hilfebedarf unterhalb der 1. Pflegegestufe und ohne Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- die medizinische Versorgung in Heimen,
- die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Altenheimen,
- die Versorgung der gerontopsychiatrisch erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.

Zu diesen Handlungsfeldern zeigt der vorliegende Bericht vorhandene Defizite auf und liefert Anhaltswerte für den Bedarf an Verbesserungen.

Aussagen über die Pflegequalität in Heimen sind in diesem Bericht nicht enthalten. Das hätte eine andere Art der Untersuchung vorausgesetzt. Auch evtl. verborgene Mißstände in einzelnen Heimen können aus methodischen Gründen nicht aufgedeckt werden. Generell können in Repräsentativerhebungen wie dieser nur zahlenmäßig relativ häufig auftretende Probleme erkannt werden; extreme Fälle würden nur bei einem sehr großen Stichprobenumfang in Erscheinung treten.

---

<sup>1</sup> Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat (1995), Gesundheit im Alter. Ergebnisse der Befragung alter Menschen in Privathaushalten. Schwerpunktbericht der Münchner Gesundheitsberichterstattung, München 1995.

<sup>2</sup> Münchner Erklärung der Pflegekonferenz vom 15. Mai 1997 und Beschluß des Gesundheitsbeirates vom 21. April 1998 zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Heimen.

Der Gebrauchswert dieses Berichts für die Qualitätssicherung in Heimen besteht vielmehr darin, daß repräsentativen Querschnittsdaten von den Heimen als "Referenzdaten" genutzt werden können. Im Spiegel der Querschnittsdaten kann die Situation eines Heimes beleuchtet und bewertet werden. Der Fragebogen ist in Teilen auch für Bewohnerbefragungen im Rahmen von Qualitätssicherungsprojekten geeignet und es bleibt zu hoffen, daß er für diese Zwecke auch genutzt und weiterentwickelt wird. Er ist dem Bericht deshalb beigelegt.

Die Befragung wurde in 29 zufällig ausgewählten Münchner Alten-, Altenwohn- und Altenpflegeheimen durchgeführt. 502 Bewohnerinnen und Bewohner oder deren Bezugspersonen nahmen an der Befragung teil.<sup>1</sup> Damit wurde eine repräsentative Datenbasis über die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation der alten Menschen in Heimen geschaffen. Obwohl die Querschnittsdaten bereits vor fünf Jahren erhoben wurden, gibt es keine aktuellere Datenbasis.

Um die Veränderungen der letzten Jahre in die Ergebnisdarstellung aufzunehmen, sind in dem Bericht auch neuere Strukturdaten enthalten, sofern vorhanden. Allerdings ist die Datenlage leider sehr schlecht. Zu den hier vorgelegten Auswertungen gibt es in weiten Bereichen keine anderen repräsentativen Untersuchungen.

Die Befragung wurde im Auftrag des Gesundheitsreferates von der Forschungsgruppe Kammerer durchgeführt. Wir wollen bei dieser Gelegenheit auch allen anderen danken, die zum Gelingen beigetragen haben: den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, die bereit waren, in den ausführlichen Interviews Auskunft zu geben; den Angehörigen und den Pflegekräften, die dabei geholfen haben, und nicht zuletzt den Heimleitungen und Heimträgern, die dies ermöglicht haben.

---

<sup>1</sup> Das Auswahlverfahren ist in Kap. 7 ausführlich dargestellt.



## Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlußfolgerungen

Der vorliegende Bericht beschreibt die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation der Münchner Altenheimbewohnerinnen und -bewohner vor Einführung der Pflegeversicherung und noch vor der zweiten und dritten Stufe der Gesundheitsreform, also noch zu Beginn des Strukturwandels, in dem sich die Altenhilfe und das Gesundheitswesen heute befinden.

Die Pflegeversicherung hat seither zu einem Ausbau der ambulanten Pflege geführt und die Angehörigenpflege gestärkt. Neue Wohnformen für alte Menschen, z.B. des Betreute Wohnen oder das Service-Wohnen, gewinnen an Bedeutung und bilden, zumindest für die, die es sich leisten können, eine Alternative zum Wohnheim. In den Heimen wird gleichzeitig eine immer stärkere Konzentration schwer- und schwerstpflegebedürftiger Menschen festgestellt.<sup>1</sup> Alte Menschen kommen erst in ein Heim, wenn alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft sind. Sie kommen heute in einem höheren Alter und mit einem höherem Versorgungsbedarf in das Heim als noch vor einigen Jahren und die Zeit, die sie bis zu ihrem Lebensende im Heim verbringen, ist kürzer geworden. Diese Entwicklung hat schon lange vor der Pflegeversicherung eingesetzt und setzt sich jetzt unter neuen Vorzeichen fort.

*Der gesundheitliche Versorgungsbedarf von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ist heute noch höher einzuschätzen als im Jahr der Befragung (1993) und wird in den kommenden Jahren aller Voraussicht nach weiter steigen.*

Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus den verschiedenen Kapiteln des Berichts zusammengefaßt.

### Kapitel 1: Zur Angebotsstruktur der Heime

In München gibt es fast 70 Altenheime<sup>2</sup> mit insgesamt mehr als 12.000 Plätzen, davon inzwischen 38% Pflegeplätze.

Bereits im Vorfeld der Pflegeversicherung wurden die Städtischen Heime in die Trägerschaft der Münchenstift gGmbH überführt: in Wohnheimen wurden z.T. durch Umbaumaßnahmen häusliche Bereiche geschaffen, in denen die Pflege ambulant von einem Pflegedienst erbracht wird; in den Pflegebereichen müssen Belegung und Leistungsgeschehen an die neuen Kostenregelungen angepaßt werden.

Insgesamt zeichnen im Wohnbereich der Heime sich Nachfragerückgänge und Standardverbesserungen ab: Die Zahl der **Plätze im Wohnbereich** ist in den letzten Jahren zurückgegangen und die einfachen Wohnschlafräume (Ein- und Mehrbettzimmer) wurden abgebaut. Die Wohnplätze (mit eigenem Sanitärraum) und Appartements (mit Küche und Bad) wurden noch ausgebaut; sie machen inzwischen 86% des Angebots im Wohnbereich aus.

Die Zahl der **Pflegeplätze** dagegen hat sich in den letzten Jahren erhöht. Über die Ausstattungsstandards im Pflegebereich werden in den Verzeichnissen der Altenhilfe keine Angaben gemacht. Anhaltspunkte ergeben sich aus der Befragung (Stand 1993): Von den befragten

<sup>1</sup> Siehe Johann Frankl für die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, Erfahrungen mit der Pflegeversicherung - eine Bilanz. Zur Sitzung des Landesgesundheitsrates München im Dezember 1997.

<sup>2</sup> Quelle: Verzeichnis Heime der Altenhilfe in Bayern. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Stand: 1. Juli 1997. Als Altenheim bezeichnen wir hier und im folgenden zusammenfassend: Wohnheime, Pflegeheime und mehrgliedrige Heime mit Wohn- und Pflegebereich.

Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Pflegebereich lebten fast zwei Drittel (64%) in Mehrbettzimmern, nahezu ein Drittel (29%) in Einbettzimmern und nur wenige in einer selbständigen Wohneinheit, wie einem Appartement (7%).

*Bis zum Inkrafttreten der Pflegeversicherung erfolgte die Förderung von Projekten der Altenhilfe noch nach den bisherigen staatlichen Verfahren des Bayerischen Landesaltenplanes ohne Beteiligung der Kommune. Das Pflegeversicherungsgesetz hat die Kommunen verpflichtet, am Aus- und Aufbau der pflegerischen Versorgungsstrukturen mitzuwirken.<sup>1</sup> Damit, z.B. im Rahmen der Investitionsförderung, hat die Kommune Instrumente an die Hand bekommen, um verstärkt auf Standardverbesserungen im Pflegebereich hinzuwirken.*

In den 29 Heimen der Befragungsstichprobe (1993) waren rd. 1900 **Personalstellen** besetzt; 63% der Stellen entfielen auf das Pflegepersonal, nur weitere 2% auf sozialpädagogisches oder therapeutisches Personal.

Für die Personalbemessung im Pflegebereich galt und gilt nach wie vor ein Personalschlüssel von 1:2,8 im allgemeinen Pflegebereich bzw. 1:2,5 in gerontopsychiatrischen Stationen. Bei diesem Personalschlüssel stehen den Heimbewohnern/innen im Pflegebereich nach Berechnungen des Sozialreferates<sup>2</sup> täglich 1 Stunde und 31 Minuten Pflegekräfte zur Pflege und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten wie Dokumentation, Organisation, Verwaltung zur Verfügung. *Das wird inzwischen von allen Fachstellen übereinstimmend als unzureichend bewertet und es wird eine Erhöhung des Personalschlüssels gefordert.<sup>3</sup>*

Der **Fachkräfteanteil** beim Pflegepersonal lag lt. Angaben der befragten Heime bei durchschnittlich 52%, war allerdings in den städtischen Heimen deutlich höher (58%) als in den anderen Heimen (durchschnittlich 45%).<sup>4</sup> Die Heimpersonalverordnung schreibt für betreuende Tätigkeiten in Heimen einen Fachkräfteanteil von mindestens 50% vor. Für die Umsetzung dieser Verordnung aus dem Jahr 1993 konnten aber Übergangsfristen bis zu fünf Jahren gewährt werden, die jetzt noch um weitere zwei Jahre verlängert wurde. *In München wird von allen Fachstellen übereinstimmend ein Fachkräfteanteil von mindestens 50% gefordert. Wo überwiegend Schwer- und Schwerstpflegebedürftige versorgt werden, sollte der Fachkräfteanteil noch deutlich darüber liegen.*

---

1 Siehe § 8 PflegeVG und Art. 7 BayAG PflegeVG.

2 Sozialreferat der Landeshauptstadt München, Abhilfe bei Problemen in der stationären Altenhilfe, Einrichtung einer Beschwerdestelle, Beschlußvorlage zur Sitzung des Sozialausschusses gemeinsam mit dem Sozialhilfeausschuß, Gesundheits- und Krankenhausauschuß und Kreisverwaltungsausschuß am 3. Juli 1997.

3 Der Oberbürgermeister der Stadt München hat dies in seiner Pressekonferenz am 30. Dezember 1997 aufgegriffen und fordert ebenfalls eine Verbesserung der Personalschlüssel.

4 Eine Umfrage des Sozialreferates hat 1995 sogar einen Fachkräfteanteil von 66% in den Städtischen Heimen ergeben und eine neuere Umfrage in Heimen der Wohlfahrtspflege hat einen Fachkräfteanteil von ca. 50% ergeben. Der Fachkräfteanteil in den Münchner Heimen ist im Bundesvergleich relativ hoch. Ein Schlußlicht bildet Berlin mit einem Fachkräfteanteil von nur 22% in den Berliner Heimen. (Mündliche Mitteilungen lt. Protokoll der 28. Sitzung des AK Versorgungskette des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München am 19. März 1998)

## Kapitel 2: Zu den Bewohnerinnen und Bewohner der Heime

In München leben rd. 275 Tsd. Menschen im Alter ab 60 Jahren, davon leben rd. 9.300 in Heimen.<sup>1</sup> Der **Anteil der Heimbewohner/innen** an der Münchner Wohnbevölkerung im Alter ab 60 Jahren beträgt damit 3%; ist aber bei den Frauen höher (5%) als bei den Männern (1%).

⇒ Im Alter von 80 bis 84 Jahren leben 9% der Frauen und 3% der Männer im Heim; im Alter ab 85 Jahren sind es 19% der Frauen und 8% der Männer.

Entsprechend hoch ist der **Frauenanteil in den Heimen** (82% der Befragten im Wohnbereich, 87% im Pflegebereich)<sup>2</sup>. Es ist also überwiegend Frauensache, das Lebensende in einem Heim zu verbringen und es verwundert, daß sich Frauenforschung und Frauenprojekte des Themas bisher noch kaum angenommen haben. *Initiativen hierzu gehen inzwischen von der Arbeitsgruppe "Frau und Gesundheit" aus, die 1997 vom Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München eingerichtet wurde.*

In den Heimen leben fast ausschließlich **alleinstehende**, zumeist verwitwete, alte Menschen. Bei etwa der Hälfte der Befragten leben auch **keine Kinder** in München und Umgebung.

Das **Durchschnittsalter** der Befragten lag bei 82 Jahren im Wohnbereich und bei 83 Jahren im Pflegebereich. In den vergangenen Jahren hat sich das Durchschnittsalter der Heimbewohnerinnen und -bewohner vermutlich noch deutlich erhöht.<sup>3</sup>

Vor allem im Wohnbereich der Heime lebten viele mit **Hilfebedarf** bei der Mobilität, im hauswirtschaftlichen Bereich und/oder bei einzelnen Verrichtungen zur Körperpflege. Der Hilfebedarf ist aber (noch) nicht so erheblich, daß Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden könnten:

⇒ Bei 48% der Befragten im Wohnbereich und 11% der Befragten im Pflegebereich bestand Hilfebedarf, aber kein erheblicher Pflegebedarf.

**Pflegebedarf** besteht nach der Definition der Pflegeversicherung, wenn Menschen regelmäßig auf tägliche Hilfe bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie im hauswirtschaftlichen Bereich angewiesen sind. Das waren fast alle Befragten (89%) im Pflegebereich und immerhin fast jede/r Zehnte (9%) im Wohnbereich.

---

1 Sonderauswertung des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München auf der Grundlage der Einwohnermeldestatistik.

2 Aufgrund der geringen Anzahl von Männern in der Befragungsstichprobe wird auf geschlechterdifferenzierende Auswertungen und Analysen weitgehend verzichtet.

3 Die Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege in Bayern gehen davon aus, daß das durchschnittliche Eintrittsalter in Pflegeheime inzwischen bei 86 Jahren liegt (Frankl 1997). In München kann das durchschnittliche Eintrittsalter zur Zeit noch etwas niedriger liegen. Dafür sprechen Ergebnisse der Befragung in Privathaushalten. Danach ist der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen in Münchner Privathaushalten niedriger als im Bundesdurchschnitt. Ein Grund dafür könnten die Lebensverhältnisse und Lebensformen der Großstadt sein, die bei Pflegebedürftigkeit evtl. eher eine Versorgung im Heim notwendig machen.

Im Pflegebereich waren

29%	erheblich pflegebedürftig	(Pflegebedarf regelmäßig ein- bis zweimal täglich)
33%	schwerpflegebedürftig	(Pflegebedarf regelmäßig mindestens dreimal täglich)
27%	schwerstpflegebedürftig	(ständiger Pflegebedarf)

Die Zahl der Schwerstpflegebedürftigen wird in der Befragung aus methodischen Gründen vermutlich eher unterschätzt und hat sich außerdem in den letzten Jahren vermutlich noch erhöht. Da die Ergebnisse der Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) noch nicht veröffentlicht sind, war ein Abgleichen der Befragungsergebnisse mit den Begutachtungsergebnissen des MDK leider nicht möglich.

### Kapitel 3: Zu den Gründen für den Umzug in ein Heim

Die große Mehrzahl aller alten Menschen möchte lieber zu Hause leben und nicht im Heim. Auf die Frage, ob sie später einmal in eine Wohn Einrichtung für Ältere ziehen wollten, antwortete 1992 etwa ein Drittel der Befragten in Privathaushalten, sie hätten sich mit dieser Frage überhaupt noch nicht befaßt, ein weiteres Drittel sagte, das käme für sie nicht in Frage und nur ein knappes Drittel hatte den Eintritt in ein Heim überhaupt schon in Erwägung gezogen oder geplant. Selbst von den alten Menschen, die hilfe- oder pflegebedürftig zu Hause leben und nach eigenen Angaben zu selten oder gar keine Hilfe erhalten, denkt fast die Hälfte nicht daran, in ein Heim zu ziehen. Dabei spielt es eine Rolle, ob es **Angehörige** in München und Umgebung gibt: Von den Befragten, für die der Eintritt in ein Heim möglicherweise in Betracht käme, hat fast die Hälfte keine Kinder.

*Mit der Stärkung der Angehörigenhilfe in der Pflegeversicherung wird erreicht, daß alte Menschen mit Hilfe von Angehörigen länger zu Hause bleiben können. Der Umzug in ein Heim kommt dann zuerst für die alten Menschen in Betracht, die keine nahen Angehörigen haben. In den Heimen würde das zu einem Anstieg der Zahl von Menschen ohne nahe Angehörigen führen und zu einem entsprechend erhöhten psychosozialen Unterstützungsbedarf.*

Die häufigsten Gründe für den Heimeintritt sind **gesundheitliche Probleme und Versorgungsprobleme** zu Hause. Das gilt vor allem für den Eintritt in den Pflegebereich. Für den Eintritt in den Wohnbereich spielen auch andere Gründe eine Rolle, z.B. Veränderungen der Lebenssituation durch Krankheit oder Tod des Partners bzw. der Partnerin, Konflikte mit Angehörigen, Einsamkeit und/oder Vorsorgegedanken.

Ausschlaggebend für den Umzug in ein Heim ist häufig ein akutes Krankheitsereignis und die Behandlung im **Krankenhaus**:

⇒ Umzügen in den Pflegebereich eines Heimes ging zu zwei Drittel (67%) ein Klinikaufenthalt voraus, Umzügen in den Wohnbereich zu einem Drittel (35%).

Der Umzug in den Pflegebereich eines Heimes ist fast immer in Zusammenhang mit einem erhöhten akut-medizinischen Versorgungsbedarf zu sehen. Das wird noch deutlicher, wenn in nicht nur die Krankenhausaufenthalte vor dem Heimeintritt betrachtet werden, sondern auch alle anderen Krankenhausaufenthalte im Laufe eines Jahres (siehe Kap. 5).

Angesichts der sehr häufigen Abfolge von Krankenhausbehandlung mit nachfolgendem Heimeintritt ist die Seltenheit einer Rehabilitationsbehandlung (nur 9%) im Vorfeld eines Heimeintritts bedenklich. Zwar sind inzwischen im Umland Münchens Kapazitäten zur geriatrischen Rehabili-

tation geschaffen worden, das Zuweisungsverfahren zur geriatrischen Rehabilitationsbehandlung wird in jüngster Zeit von den Kostenträgern aber zunehmend restriktiv gehandhabt.<sup>1</sup>

*In den Daten über die Begutachtungsergebnisse des MDK sollte der Frage nachgegangen werden, ob und für welchen Personenkreis Reha-Empfehlungen gemacht werden und wie diese Empfehlungen umgesetzt werden.*

#### Kapitel 4: Zur Lebenssituation im Heim

Die Ergebnisse zur **Ernährungssituation** ergeben ein insgesamt ausgewogenes Bild; im Pflegebereich stellt sich die Situation allerdings etwas ungünstiger dar als im Wohnbereich. Ein kritischer Bereich dagegen ist die **Flüssigkeitsversorgung**. Die Befragung in Privathaushalten hatte vor allem Versorgungsdefizite bei den Frauen im Alter ab 85 Jahren ergeben; in dieser Gruppe tranken 21% zu wenig. Die Werte in den Heimen liegen sogar noch höher:

⇒ Bei 26% der Befragten im Wohnbereich und 36% der Befragten im Pflegebereich lassen die Angaben über die eingenommenen Flüssigkeitsmengen auf Defizite schließen.

Im Wohnbereich waren das vor allem hilfe- und pflegebedürftige Personen (32%) und solche mit einer depressiven oder dementiellen Symptomatik (39%). Im Pflegebereich zeigen sich solche Zusammenhänge nicht.

*Die Bedeutung der Flüssigkeitsversorgung ist in der Altenpflege bekannt. Die Frage, warum solche Defizite trotzdem bestehen und wie die Versorgungsabläufe in den Heimen evtl. geändert werden müssen, um diese Defizite abzubauen, sollte Thema von Qualitätssicherungsprojekten in den Heimen sein.*

Die meisten Befragten fanden, daß sie ausreichend **Hilfe und Pflege** erhielten.

⇒ Defizite zeigen sich im Pflegebereich bei 17% der Befragten, die Hilfe nicht so oft wie gewünscht erhielten (16%) oder nicht nach Hilfe fragten, um das Pflegepersonal nicht zu belasten (9%), wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

⇒ Im Wohnbereich waren das insgesamt 20% der Befragten. Besonders häufig wurden Defizite an Hilfe und Pflege von den pflegebedürftigen Befragten im Wohnbereich genannt (40%).

Mehr Unterstützung wird in erster Linie für Aktivitäten außerhalb des Heimes gebraucht (z. B. um öffentlicher Verkehrsmittel benutzen zu können, um sich zurecht zu finden oder um spazieren gehen zu können), aber auch im hauswirtschaftlichen Bereich (z.B. beim Einkaufen, Aufräumen, Abstauben) und bei einzelnen Verrichtungen zur Körperpflege (z.B. beim Baden, Zehennägel schneiden). *Da dieser Hilfebedarf auch durch das Pflegeversicherungsgesetz nicht berücksichtigt wird, bleiben diese Defizite weiter bestehen oder haben sich durch die Anpassung des Versorgungsgeschehens an das neue Leistungsrecht noch verschärft.*

Die Befragten im Wohnbereich haben zumeist noch die Möglichkeit allein oder mit Hilfe anderer **Aktivitäten außer Haus** nachzugehen. Die meisten (78%) hatten das Heim regelmäßig (täglich oder mehrmals wöchentlich) verlassen. Im Pflegebereich sind die meisten auf Hilfe beim Verlassen des Heimes angewiesen oder bettlägerig. Fast jede/r Zweite (47%) war schon länger als einen Monat nicht mehr draußen gewesen.

<sup>1</sup> Siehe Bayerische Krankenhausgesellschaft, BKG - Mitteilungen, Nr. 3/98.

Um so wichtiger ist es für diese Gruppe, daß sie **Besuche im Heim** erhalten. Mindestens einmal wöchentlichen Besuch, zumeist von Angehörigen, erhielten regelmäßig etwa die Hälfte der Befragten im Wohnbereich und etwa zwei Drittel der Befragten im Pflegebereich. Die Besuchsfrequenz hängt wesentlich davon ab, ob die Befragten eigene Kinder in München und Umgebung haben. Im Pflegebereich erhalten fast alle Befragte, die Kinder in der näheren Umgebung haben, mindestens einmal wöchentlich Angehörigenbesuch (82%); Befragte ohne eigene Kinder werden nur zu 27% regelmäßig von anderen Angehörigen besucht.

Die meisten Befragten im Wohnbereich (73%), aber nur die Hälfte der Befragten (49%) im Pflegebereich hatten soziale **Beziehungen im Heim**, das heißt Freundinnen, Freunde oder gute Bekannte. Auch die regelmäßigen kulturellen und sozialen **Angebote** der meisten Heime (Vorträge, Konzerte, Feste, Bastelnachmittage u.ä.) erreichen gerade die Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegebereich nur selten.

Wenn die alten Menschen das Heim nur noch selten verlassen können, nur noch selten oder nie Besuche bekommen und/oder keine sozialen Beziehungen im Heim haben, muß von **Vereinsamung** gesprochen werden. Anhaltspunkte für den Grad der Vereinsamung gibt die Zahl derer, die keine Vertrauensperson haben, mit der sie über persönliche Dinge sprechen können oder wollen:

⇒ Jede/r Vierte im Wohnbereich und jede/r Dritte im Pflegebereich eines Heimes hatte keine Vertrauensperson. Von den Befragten im Pflegebereich, die nur selten oder nie Besuch bekamen, hatten sogar zwei Drittel keine Vertrauensperson.<sup>1</sup>

Auch in der Gruppe, die es ablehnt mit anderen über persönliche Angelegenheiten zu sprechen, wurde häufig der Wunsch nach mehr Kontakt und Zuspruch geäußert.

⇒ Von allen Befragten im Wohnbereich äußerte jede/r Fünfte (19%) Gefühle der Einsamkeit und den Wunsch nach mehr Kontakt und Zuspruch; im Pflegebereich fast jede/r Dritte (31%).

Ein weiterer Indikator für die im Heim erlebte Lebensqualität ist die **Zufriedenheit** der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit ihrer Lebenssituation.<sup>2</sup>

⇒ Im Wohnbereich äußerten sich rd. 80% (sehr) zufrieden über ihre Lebenssituation; im Pflegebereich aber nur rd. 55%.

Für die Zufriedenheit der Heimbewohnerinnen und -bewohner sind die pflegerische Versorgung und die psychosoziale Situation gleichermaßen von Bedeutung. Unzufriedenheit wird von den Befragten geäußert, wenn sie nicht so oft wie benötigt Hilfe und Pflege erhalten. Wenn das der Fall war, äußerten sich etwa zwei Drittel der Befragten (eher) unzufrieden. Ebenso eindeutig ist der Zusammenhang mit der psychosozialen Situation: Von den Befragten, die sich oft einsam

---

1 Im Vergleich zu den alten Menschen, die noch zu Hause leben, scheinen viel mehr die Heimbewohnerinnen und -bewohner einsam zu sein. In den Privathaushalten waren die Frauen im Alter zwischen 80 und 84 Jahren am meisten von sozialer Isolation betroffen (18%); sie waren fast immer allein und hatten keine Vertrauensperson. Bei den regelmäßig Pflegebedürftigen in Privathaushalten waren es insgesamt relativ wenige (5%), weil diese Gruppe relativ häufig mit Angehörigen zusammen lebte. Höher war der Anteil von Menschen in sozialer Isolation in der Gruppe mit unregelmäßigem Hilfe- und Pflegebedarf (9%).

2 Für die Personen, die direkt befragt werden konnten, endete das Interview mit der Frage nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation. Eine Reihe von Interviews (20%) wurden mit Bezugspersonen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner geführt, weil die alten Menschen selbst aus gesundheitlichen Gründen nicht teilnehmen konnten. Über diese Gruppe mit schweren, insbesondere dementiellen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sind in dieser Frage daher keine Aussagen möglich.

fühlten und mehr Kontakt und Zuspruch wünschten, waren im Wohnbereich mehr als die Hälfte und im Pflegebereich mehr als zwei Drittel nicht zufrieden mit ihrer Lebenssituation.

*Neben der erforderlichen Hilfe und Pflege ist die psychosoziale Versorgung für die Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von großer Bedeutung. Dazu gehört, in Hinblick auf bestehende Zusammenhänge mit psychiatrischen Krankheitsbildern, auch ein entsprechendes therapeutisches Angebot und geschultes Personal, evtl. mit Unterstützung von Ehrenamtlichen (z.B. für Besuchsdienste und für die Begleitung nach draußen).*

Die Tatsache, daß ein Wunsch nach Kontakt und Zuspruch häufig im Zusammenhang mit dem Wunsch zu sterben geäußert wurde, macht klar, daß die notwendige psychosoziale Unterstützung auch eine Auseinandersetzung mit dem Sterben einschließen muß.

## Kapitel 5: Zur gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation

Wie oben bereits dargestellt (zu Kapitel 3), ziehen alte Menschen vor allem aus gesundheitlichen Gründen in ein Heim. In den Heimen leben alte Menschen mit einem wesentlich schlechteren Gesundheitszustand als die alten Menschen, die (noch) zu Hause leben. Das wird auch besonders bei den jüngeren Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern (unter 80 Jahren) deutlich, deren Gesundheitszustand im Vergleich zu den Gleichaltrigen in Privathaushalten besonders schlecht ist. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung in den Heimen.

Die Unterschiede in den Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von alten Menschen in Privathaushalten und in Heimen macht die folgende Tabelle deutlich. Die Tabelle enthält Angaben über **Behinderungen und Erkrankungen** von alten Menschen in Privathaushalten und in Heimen für eine Auswahl von Krankheitsgruppen, in denen sich die Morbiditätsprofile der alten Menschen in Privathaushalten, im Wohnbereich und im Pflegebereich der Heime besonders deutlich unterscheiden.

*Ausgewählte Behinderungen und Erkrankungen alter Menschen in Privathaushalten und in Heimen, in denen sich deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Angaben zeigen*

	Privat haushalte	Heime	
		Wohnbereich	Pflegebereich
Körperbehinderungen und Bewegungseinschränkungen	35%	44%	64%
Sprach- und Hörbehinderungen	18%	37%	57%
Hirnleistungsstörungen	8%	20%	42%
Sehbehinderung / Blindheit	19%	36%	40%
Erkrankungen der Nerven und der Sinnesorgane	22%	44%	36%
- darunter Parkinson	1%	3%	12%
Diabetes	12%	14%	29%
Erkrankungen des Harntrakts und der Geschlechtsorgane	8%	16%	24%
Frakturen in den letzten 12 Monaten	3%	8%	14%
Anzahl der Befragten (100%)	1742	321	181

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Obwohl die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegebereichen der Heime insgesamt kränker sind, werden **körperliche Beschwerden** nicht häufiger geäußert als von den Befragten im Wohnbereich. Eine Ausnahme bilden die vergleichsweise häufigen Angaben über Hautreizungen (15%) und offene Stellen der Haut/ Wundliegen (3%) im Pflegebereich.

Das **psychische Befinden** im Pflegebereich ist dagegen deutlich schlechter als im Wohnbereich. Häufige Befindlichkeitsstörungen im Pflegebereich sind Konzentrationsstörungen (38%), Schlafstörungen (33%), Niedergeschlagenheit/Mutlosigkeit (24%) und Stimmungsschwankungen (20%).

Fast jede/r Dritte im Pflegebereich und fast jede/r Vierte im Wohnbereich leidet außerdem (sehr) häufig an **starken Schmerzen**.

Die Bereitschaft, sich mit vorhandenen gesundheitlichen Problemen abzufinden, ist hoch. Trotz ihrer erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen beurteilen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ihren Gesundheitszustand insgesamt kaum schlechter als alte Menschen, die zu Hause leben. Von denen, die im Pflegebereich persönlich hierzu befragt werden konnten, bezeichneten nur 36% ihren Gesundheitszustand als schlecht. Die meisten fanden ihren Gesundheitszustand zufriedenstellend.

Die **ambulant-ärztliche Versorgung** der alten Menschen im Wohnbereich der Heime wird überwiegend durch deren Hausärztinnen bzw. -ärzte sichergestellt (54%); die Versorgung im Pflegebereich vor allem durch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die mit den Heimen entsprechende Vereinbarungen getroffen haben (62%). Die hausärztliche Präsenz ist in den Heimen erwartungsgemäß niedriger: Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegebereichs hatten zu 66% wöchentlichen Arztkontakt, wenn sie von ihren „mitgebrachten“ Hausärzten/innen behandelt wurden und zu 73% wöchentlichen Arztkontakt, wenn sie von Ärzten/innen behandelt wurden, die z.B. aufgrund einer Vereinbarung mit dem Heim zusammenarbeiten.

Zu insgesamt 12% der Befragten mußte innerhalb eines halben Jahres einmal oder öfter ein **Notarzt oder ein ärztlicher Bereitschaftsdienst** kommen.

Praktische Ärzte/innen und Allgemeinärzte/innen kommen häufiger ins Heim. Die **fachärztliche Versorgung** aber hängt ganz offensichtlich in aller Regel davon ab, daß die Patientinnen und Patienten noch in der Lage sind eine Praxis aufzusuchen. Wo der Versorgungsbedarf am höchsten ist, nämlich im Pflegebereich, werden Fachärzte/innen am seltensten in Anspruch genommen.

So waren von den Befragten im Pflegebereich mit einer ...

Augenerkrankung oder Sehbehinderung	12% in augenärztlicher Behandlung,
Hauterkrankung	8% in hautärztlicher Behandlung,
Erkrankung des Harntrakts	7% in urologischer Behandlung,
Körperbehinderung, Bewegungseinschränkung, Erkrankung des Bewegungsapparates	2% in orthopädischer Behandlung,
Hörbehinderung oder Ohrenerkrankung	1% in HNO-ärztlicher Behandlung.



Auch im Wohnbereich ist die fachärztliche Versorgung sehr niedrig.<sup>1</sup>

Ebenso ungünstig stellt sich die **zahnärztliche Versorgung** dar: Die Hälfte der Befragten im Pflegebereich war seit zwei Jahren oder länger nicht mehr in zahnärztlicher Behandlung, gerade mal 30% waren es im letzten Jahr. Beschwerden mit dem Zahnersatz führen dazu, daß die Prothesen nicht mehr benutzt werden, aber nicht zu einer höheren zahnärztlichen Inanspruchnahme.

*Bezüglich der fach- und zahnärztlichen Versorgung besteht dringender Handlungsbedarf. Die verminderte Übernahme von Fahrtkosten durch die Krankenkassen führt evtl. dazu, daß die Inanspruchnahme noch weiter sinkt. In der Verantwortung stehen nicht nur die entsprechenden Facharztgruppen und Zahnärzte, die offenbar nur selten bereit sind, in die Heime zu kommen. In der Verantwortung Fachärzte/innen anzufordern, stehen die Allgemeinmediziner/innen und die praktischen Ärzte/innen. Schließlich muß auch die Verantwortung der Heimleitungen und -träger gesehen werden, auf geeignete Regelungen zur medizinischen Versorgung hinzuwirken.*

Eine therapeutische Versorgung durch **Heilmittel** (an erster Stelle Krankengymnastik, an zweiter Stelle Massagen, Bäder u.ä. und an dritter Stelle Ergotherapie) erhalten die Heimbewohner/innen insgesamt häufiger als alte Menschen in Privathaushalten. Die Inanspruchnahme ist aber in erster Linie altersabhängig und in den Altersgruppen ab 85 Jahren deutlich niedriger (35%) als in den jüngeren Altersgruppen unter 80 Jahren (53%). Die Daten legen die Schlußfolgerung nahe, daß der Einsatz solcher therapeutischen Maßnahmen nur bedingt mit dem Bedarf im Einzelfall korrespondiert. *In den vergangenen Jahren sind infolge der Budgetierung die Heilmittelverordnungen zurückgegangen. Die therapeutische Versorgung in den Heimen hat sich damit vermutlich verschlechtert. Angesichts dieser Entwicklung besteht dringender Handlungsbedarf.*

Bei der Einnahme von **Medikamenten** zeigen die Analysen in einigen Bereichen auffällige Zusammenhänge zwischen Medikamentengebrauch und Pflegebedürftigkeit. Diese Zusammenhänge sind z.T. eindeutiger als die Zusammenhänge mit der Art der Erkrankung. So werden z.B. von den Befragten im Pflegebereich weniger Medikamente gegen organische Erkrankungen eingenommen als von den Befragten im Wohnbereich, obwohl die Erkrankungsraten im Pflegebereich insgesamt höher sind. Bei den Medikamenten mit **psychoaktiven Substanzen** gilt der Zusammenhang in entgegengesetzte Richtung: Je höher der Pflegebedarf der Befragten, um so häufiger wurde die Einnahme von Medikamenten mit psychoaktiven Substanzen angegeben.

Was die **Schmerztherapie** betrifft, geben die Ergebnisse der Befragung deutliche Hinweise auf eine Unterversorgung:

⇒ Von den Befragten, die über häufige (sehr) starke Schmerzen klagten, erhielten nur knapp jede/r Dritte (30%) regelmäßig Schmerzmittel.

*Die Ergebnisse über die medizinische Versorgung in den Heimen zeigen auffällige und beunruhigende Diskrepanzen zwischen Bedarf und Inanspruchnahme. Den Versorgungsproblemen, die hier aufscheinen, muß dringend und mit Nachdruck nachgegangen werden. Die Probleme der Versorgungsqualität in Heimen sind auch ein Problem der medizinischen Versorgungsqualität. Die Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung hochbetagter Pflegebedürftiger in Heimen müssen hinterfragt werden. Auch wenn für hochbetagte Pflegebedürftige keine Heilungschancen mehr gesehen werden, bleibt doch der Bedarf an differenzierten therapeutischen Maßnahmen*

---

<sup>1</sup> In der Befragung alter Menschen in Privathaushalten wurden bereits Defizite der fachärztlichen Versorgung nachgewiesen. Allerdings war die relative Häufigkeit der Facharztkontakte ca. doppelt bis dreimal so hoch. Eine Ausnahme sind Nervenärzte/innen und Psychiater/innen, die in den Heimen etwas häufiger genannt wurden

*zum Erhalt der verbleibenden Funktionen und zur Linderung von Schmerzen und Leiden im Sinne einer bedarfsgerechten geriatrischen und ggf. auch palliativ-medizinischen Versorgung.*

Die **Krankenhausinanspruchnahme** der Heimbewohner/innen ist höher als bei den alten Menschen, die noch zu Hause leben. Von den Befragten in Privathaushalten waren insgesamt 16% innerhalb eines Jahres einmal oder öfter im Krankenhaus, in der Gruppe der ambulant versorgten Pflegebedürftigen stieg der Anteil auf 37%, wobei hier nicht nur die Gruppe mit einem erheblichen (täglichen) Pflegebedarf gemeint ist, sondern auch die Personen mit einem geringeren Hilfe- und Pflegebedarf.

⇒ Von den Befragten in Heimen waren insgesamt 35% (Wohnbereich 30%, Pflegebereich 41%) innerhalb eines Jahres einmal oder öfter im Krankenhaus.

Werden nicht nur die Krankenhausaufenthalte vor dem Heimeintritt betrachtet, sondern alle Krankenhausaufenthalte im Jahr des Heimeintritts, zeigt sich folgendes: Der Eintritt in den Pflegebereich eines Heimes steht fast immer in Zusammenhang mit einem akutstationär behandlungsbedürftigen Krankheitsgeschehen.

⇒ Von den Befragten, die im gleichen Jahr in den Pflegebereich gekommen sind, waren 81% einmal oder öfter im Krankenhaus; von den Befragten, die in den Wohnbereich gezogen sind, waren es 44%.

*Vor diesem Hintergrund sind Verbesserungen in der Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Altenheime ist von größter Bedeutung. Die niedergelassenen Ärzteschaft, die die medizinische Versorgung im Heim sicherzustellen hat, muß von Krankenhäusern und Heimen verstärkt einbezogen werden.*

## **Kapitel 6: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf**

Mehr als die Hälfte der Heimbewohner/innen leiden an psychischen und/oder dementiellen Störungen oder Erkrankungen. Hochgerechnet auf die Münchner Altenheimbevölkerung sind das fast 5000 Menschen mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Hilfebedarf.

- 20% der Befragten hatten ein depressives Syndrom,
- 15% der Befragten hatten ein dementielles Syndrom,
- 18% der Befragten zeigten psychiatrische Veränderungen, d.h. sie zeigten psychische und/oder dementielle Veränderungen, waren aber noch nicht eindeutig einer der oben genannten Gruppen zuzuordnen.

Im engeren Sinne psychiatrisch erkrankt, d.h. dement oder depressiv, waren damit insgesamt 35% aller Befragten (Wohnbereich: 22%; Pflegebereich 60%).

Bei den Befragten mit einer depressiven Symptomatik besteht gleichzeitig eine auffallend hohe **Morbidität** mit somatischen Erkrankungen und Behinderungen. Psychische und somatische Behinderungen verstärken sich dann wechselseitig, besonders wenn die psychische Symptomatik unbehandelt bleibt.

### **Pflegebedürftig sind**

- fast alle Befragten mit einem dementiellen Syndrom,
- etwa die Hälfte der Befragten mit einem depressiven Syndrom,

- knapp ein Drittel der Befragten mit anderen Auffälligkeiten,
- aber nur 17% der Befragten ohne dementielle oder psychische Veränderungen.

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung wird den Anforderungen an die Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter bekanntermaßen nicht gerecht. Von den Heimbewohnerinnen mit einem depressiven Syndrom oder anderen psychischen Auffälligkeiten haben außerdem viele keinerlei Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Ihr spezieller Hilfe- und Versorgungsbedarf ist nicht berücksichtigt.

In der Inanspruchnahme der **medizinischen Versorgung** zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den gerontopsychiatrischen Risikogruppen; ebenso zu den psychiatrisch nicht erkrankten Heimbewohner/innen. Die fachärztliche Inanspruchnahme ist am niedrigsten bei den dementiell erkrankten Heimbewohner/innen, die in aller Regel auf Hausbesuche im Heim angewiesen sind. Eine Ausnahme bilden die Nervenärzte/innen, die von den Befragten mit dementieller Symptomatik noch vergleichsweise häufig in Anspruch genommen wurden (11%). Zu den dementiell Erkrankten mußten außerdem auch vergleichsweise häufig (5%) Hautärzte/innen kommen.

Auch in der **Inanspruchnahme von Heilmitteln bzw. Therapien** zeigen sich insgesamt nur wenig Unterschiede zwischen den gerontopsychiatrischen Risikogruppen. Die Anteile derjenigen, die mindestens eine Therapieform nannten, liegen bei ca. 40%, zumeist handelte es sich dabei um Krankengymnastik oder Bewegungstherapie. Die Gruppe der dementiell Erkrankten erhielt relativ häufig (14%) eine Ergotherapie. In den anderen Gruppen spielte die Ergotherapie nur eine geringe Rolle.

Eine Psychotherapie oder eine Gruppentherapie erhielten nur

- 12% der Befragten mit einem dementiellen Syndrom,
- 4% der Befragten mit einem depressiven Syndrom,
- 2% der Befragten mit psychiatrischen Veränderungen.

Der Gebrauch von **Medikamenten mit psychoaktiven Substanzen**, wobei es sich überwiegend um Schlafmittel handelt, ist in den gerontopsychiatrischen Risikogruppen erwartungsgemäß höher als bei den psychiatrisch nicht erkrankten Heimbewohnerinnen und -bewohnern. Für eine relativ große Zahl der Befragten mit einer depressiven (46%) oder dementiellen (56%) Symptomatik wurden allerdings keine Psychopharmaka angegeben, die regelmäßig eingenommen würden.<sup>1</sup> Im übrigen zeigen sich auch hier wieder die bekannten Zusammenhänge mit dem Pflegebedarf. Alle gerontopsychiatrischen Risikogruppen und sogar die psychiatrisch Nicht-Erkrankten (29%) erhalten solche Medikamente vor allem dann, wenn sie pflegebedürftig sind. In Verbindung mit der geringen und in erster Linie altersabhängigen Inanspruchnahme von Therapien führt das zu der Vermutung, daß in den Heimen eine große Zahl der hochbetagten psychiatrisch erkrankten Menschen unbehandelt bleibt und bei erhöhtem Pflegebedarf Psychopharmaka erhält.

*Die Ergebnisse belegen den außerordentlich hohen gerontopsychiatrischen Versorgungsbedarf vor allem im Pflegebereich, aber auch im Wohnbereich. Dem steigenden Bedarf sollte in den Heimen mit einem Angebot entsprochen werden, das auf Art und Schweregrad gerontopsychiatrischer Störungen differenziert reagieren kann. In der medizinischen Versorgung sind geriatrische **und** gerontopsychiatrische Kompetenz gefordert, um adäquat auf die hohe Multimorbidität*

<sup>1</sup> Der Gebrauch von Psychopharmaka wird in der Befragung evtl. auch unterschätzt. Die Angaben über eine regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka liegen insgesamt niedriger als in anderen vergleichbaren Untersuchungen. Davon unabhängig gelten die untersuchten statistischen Zusammenhänge.

*mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und depressiven Störungen einzugehen. Auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention sollte außerdem verstärkt Augenmerk auf die Gruppe der alten Menschen gelegt werden, die mit depressiven Störungen oder anderen Auffälligkeiten im Wohnbereich der Heime leben.*

Die Ergebnisse zur medizinischen Versorgung in Heimen wurden vom Gesundheitsreferat vor allem in den Arbeitskreis Versorgungskette des Gesundheitsbeirates eingebracht und hier in mehreren Sitzungen intensiv diskutiert. Es ergibt sich im wesentlichen folgender **Handlungsbedarf** zur Verbesserung der medizinischen Versorgung:

- Ärztliche Präsenz in den Heimen durch geeignete Kostenregelungen, z.B. durch institutionelle Ermächtigung der Heime.
- Geriatrische und gerontopsychiatrische Kompetenz der in den Heimen behandelnden Ärztinnen und Ärzte.
- Bedarfsgerechte Verordnung von Heilmitteln und Medikamenten.
- Abbau von Defiziten in der fach- und zahnärztlichen Versorgung.
- Auf- und Ausbau der gerontopsychiatrischen Versorgung in Heimen.
- Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Heimen und Krankenhäusern.
- Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung von Hochbetagten in Heimen wie in Krankenhäusern.

Der steigende gesundheitliche Versorgungsbedarf in den Heimen erzwingt Anpassungen in den Heimen *und* im medizinischen Versorgungssystem. In den Heimen muß auch qualifizierte Behandlungspflege und Therapie sichergestellt sein. Die niedergelassene Ärzteschaft und die Krankenkassen sind in der Pflicht. Für die gerontopsychiatrische Versorgung auch der Bezirk.

- Hinzu kommt der große Bedarf an Zuwendung, Hilfe, Anleitung, Unterstützung, der durch Angehörigenbesuche und ehrenamtliche Hilfe allein nicht aufgefangen werden kann, sondern ein qualifiziertes soziales und therapeutisches Angebot, ggf. auch psychotherapeutische Begleitung, erfordert.

Das alles kostet, ebenso wie die geforderten Qualitätsverbesserungen in der Pflege.

Entscheidungssträger, die heute solche Kosten einsparen wollen, stellen damit auch die Weichen für ihre eigene Zukunft im Alter. Die demographischen Bedingungen werden dann allerdings ungünstiger sein als heute.

# 1 Stationäre Altenhilfe in München

## 1.1 „Gesamtschau“ des Angebots an Heimen der Altenhilfe

In München gab es zum 1. Juli 1997 insgesamt 68 Heime der Altenhilfe<sup>1</sup>. Die Zahl der Plätze betrug insgesamt 12.358, davon waren 4.717 Pflegeplätze (38,2%). Die Heime lassen sich in fünf Gruppen untergliedern:

- 9 Altenwohnheime mit Unterbringung in abgeschlossenen Appartements mit insgesamt 1.302 Plätzen. Gegebenenfalls besteht eine Pflegemöglichkeit in Pflegeabteilungen. Pflegeplätze sind nicht extra ausgewiesen.
- 47 Altenheime mit Unterbringungsmöglichkeiten in Appartements, Wohn- und Pflegeplätzen mit insgesamt 9.664 Plätzen, davon 3.627 Pflegeplätze (37,5%).
- 4 reine Pflegeheime mit Unterbringung in Ein- und Mehrbettzimmern und insgesamt 676 Plätzen.
- 3 mehrgliedrige Heime, d.h. kombinierte Altenwohn- und Altenheime und Unterbringungsmöglichkeiten in Pflegeabteilungen mit 497 Plätzen, davon 333 Pflegeplätze (67%).
- 5 Schwesternaltenheime mit 219 Plätzen, davon 81 Pflegeplätze (37%).<sup>2</sup>

Grundlage der Stichprobenziehung für die Befragung waren die Angaben über das Münchener Heimangebot im Jahr 1992.<sup>3</sup> Ohne die Plätze in den Schwesternaltenheimen gab es damals insgesamt 12.221 Plätze, darunter 4.162 Pflegeplätze (34%). Die Zahl der Heimplätze ist seither auf die Gesamtzahl von 12.139 zurückgegangen. Der Rückgang ist ausschließlich auf eine Verringerung der Plätze im Wohnbereich zurückzuführen. Die Anzahl der Pflegeplätze nahm in dem Zeitraum um 166 zu.

Tabelle 1.1 zeigt die Zahl der Wohn- und Pflegeplätze für die Jahre 1992 und 1997 nach der Art der Trägerschaft. Bei allen Trägern zeigt sich der Rückgang der Wohnplätze. Dadurch erhöht sich der Anteil der Pflegeplätze. Den stärksten prozentualen Zuwachs an Pflegeplätzen weisen gewerbliche Heime auf. Den durchgängig höchsten Anteil an Pflegeplätzen haben Heime, die damals in städtischer Trägerschaft waren und jetzt zur Münchenstift gGmbH gehören.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Quelle: Verzeichnis der Heime der Altenhilfe. Stand: 1. Juli 1997. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. München.

<sup>2</sup> Da Schwesternaltenheime nicht allgemein zugänglich sind, sondern ausschließlich für Angehörige von Ordensgemeinschaften, sind diese in der weiteren Darstellung ausgeschlossen.

<sup>3</sup> Quelle: Verzeichnis der Heime der Altenhilfe und für erwachsene Behinderte in Bayern. Stand: 1. Juli 1992. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. München.

<sup>4</sup> Aufgrund der Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes wurde die Betriebsform der städtischen Heime zum 01.01.1996 geändert. Diese sind seitdem in Trägerschaft der Münchenstift gGmbH, einer gemeinnützigen Gesellschaft der Stadt München. Der Begriff „städtisch“ wird hier dann verwendet, wenn sich die Angaben auf die Zeit vor dem 01.01.1996 beziehen.

**Tab. 1.1:** Verteilung der Plätze in Münchener Altenheimen in den Jahren 1992 und 1997 nach Art der Trägerschaft (Angaben in Prozent; Fallzahlen in Klammern)<sup>1)</sup>

Art der Plätze	Trägerschaft							
	Städtisch bzw. Münchenstift <sup>2)</sup>		Wohlfahrtsverbände und sonstige nicht-gewerbliche Träger		Gewerblich		Gesamt	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997	1992	1997
<b>Wohnen</b>	<b>61,9</b> (2.219)	<b>59,7</b> (1.917)	<b>67,2</b> (5.334)	<b>62,5</b> (5.222)	<b>71,7</b> (506)	<b>64,1</b> (364)	<b>65,9</b> (8.059)	<b>61,8</b> (7.503)
<b>Pflege</b>	<b>38,1</b> (1.366)	<b>40,3</b> (1.296)	<b>32,8</b> (2.596)	<b>37,5</b> (3.136)	<b>28,3</b> (200)	<b>35,9</b> (204)	<b>34,1</b> (4.162)	<b>38,2</b> (4.636)
<b>Gesamtzahl</b>	3.585	3.213	7.930	8.358	706	568	12.221	12.139
Anteil der Plätze nach Art der Träger	29,3	26,5	64,9	68,8	5,8	4,7	100,0	100,0
Zahl der Heime	15	13	41	44	6	6	62	63

1) Ohne Schwesternaltenheime. 2) Seit 01.01.1996 in Trägerschaft der Münchenstift gGmbH.

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Stand: jeweils 01.07. Eigene Berechnungen.

Nach einer Bestandserhebung im Auftrag des Sozialreferates bestand 1997<sup>1</sup> in 19 Heimen mit insgesamt 65 Plätzen auch die Möglichkeit zur Kurzzeitpflege, d.h. zu einer nur vorübergehenden Aufnahme von alten betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen. In der Mehrzahl der Heime sind die Kurzzeitpflegeplätze aber nur „eingestreut“, d.h. aus dem Gesamtbettenbestand werden einige Plätze für die Kurzzeitpflege vorgesehen; in manchen Fällen ist das Angebot auch nur sporadisch und dient vorrangig zur Kompensation einer Unterbelegung in der Dauerpflege.

Über die **Ausstattung** der Münchener Altenheime können aus den vorhandenen Übersichten kaum Aussagen abgeleitet werden. Das Verzeichnis der Altenhilfe unterscheidet im Wohnbereich zwischen Appartements, Wohnplätzen sowie bei den Wohnschlafräumen zwischen Ein- und Mehrbettzimmern.<sup>2</sup> Die verschiedenen Wohnformen im Wohnbereich werden hinsichtlich der Ausstattungsmerkmale wie folgt charakterisiert:<sup>3</sup>

- Appartements: Ein Raum oder mehrere Räume zum Wohnen und Schlafen, Sanitärraum mit Bade- oder Duschanne, Toilette und Waschbecken sowie Küche oder Kochnische.

<sup>1</sup> Quelle: Stationäre Kurzzeitpflege in Stadt und Landkreis München, Bestandsaufnahme 1997. Sozialforschung Häberle im Auftrag der Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Diskussionsgrundlage für das Fachgespräch „Kurzzeitpflege“ des Sozialreferates im Juli 1997.

<sup>2</sup> Quelle: Verzeichnis der Heime der Altenhilfe und für erwachsene Behinderte in Bayern. Stand: 1. Juli 1992. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. München.

<sup>3</sup> Die folgenden Ausführungen sind aus der Vorbemerkung der Verzeichnisse der Heime der Altenhilfe entnommen.

- Wohnplätze: Ein Raum oder mehrere Räume zum Wohnen und Schlafen, mit Sanitärraum, der mindestens mit Waschbecken und Toilette ausgestattet sein muß.
- Wohnschlafräume: Räume ohne eigenen Sanitärraum, die jedoch mit einem Waschbecken ausgestattet sein können.

Für den Pflegebereich gibt es in dem Verzeichnis solche Unterscheidungen nicht. Laut Definition im Verzeichnis ist eine Pflegeabteilung eine spezielle Einrichtung innerhalb des Heims, die aufgrund ihrer Ausstattung und Personalbesetzung zumindest eine altengerechte Grundpflege sicherstellt. Darüber hinaus werden keine Standards für den Pflegebereich ausgewiesen.

**Tab. 1.2:** Verteilung der Plätze nach Wohnformen im Wohnbereich in Münchener Altenheimen in den Jahren 1992 und 1997 (Angaben in Prozent; Fallzahlen in Klammern)<sup>1</sup>

Wohnform	1992	1997
Appartements bzw. Wohnplätze	<b>79,4%</b> (6.400)	<b>86,1%</b> (6.459)
Wohnschlafräume als Einbettzimmer	<b>18,5%</b> (1.493)	<b>13,6%</b> (1.020)
Wohnschlafräume als Mehrbettzimmer	<b>2,1%</b> (166)	<b>0,3%</b> (24)
<i>Gesamt</i>	<i>8.059</i>	<i>7.503</i>

1) Ohne Schwesternaltenheime.

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Stand: jeweils 01.07. Eigene Berechnungen.

Die voranstehende Tabelle zeigt die Verteilung der Plätze im Wohnbereich nach Wohnformen. Eine Unterscheidung zwischen Appartements und Wohnplätzen ist nicht möglich, da diese in den Verzeichnissen nicht getrennt ausgewiesen sind.

Überwiegend werden Appartements oder Wohnplätze vorgehalten. Eine Unterbringung in Mehrbettzimmern gibt es inzwischen nur noch vereinzelt. Im Vergleich zu 1992 wurden sowohl Einzel- als auch Mehrbettzimmer zu Gunsten von Appartements und Wohnplätzen abgebaut.

## 1.2 Heime der Altenhilfe in der Stichprobe

Für die Befragung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Herbst 1993 wurden nach dem Zufallsprinzip 30 Münchener Heime der Altenhilfe ausgewählt; 29 Heime beteiligten sich. Damit war eine repräsentative Auswahl gewährleistet.<sup>1</sup>

In der Stichprobe sind laut Selbstauskunft der Heime fünf reine Altenwohnheime (ohne Pflegeplätze), drei reine Pflegeheime (ohne Wohnplätze) und 21 Altenheime (mit Wohn- und Pflegeplätzen).

**Tab. 1.3:** Anzahl der belegten Plätze im Wohn- und Pflegebereich der Heime in der Stichprobe aufgliedert nach Trägerschaft und Heimgröße (Anzahl in Klammern)

	Anzahl der Plätze im Wohnbereich	Anzahl der Plätze im Pflegebereich	Gesamt
<b>nach Trägerschaft</b>			
städtisch	<b>53%</b> (948)	<b>47%</b> (847)	1.795
freigemeinnützig/ gewerblich	<b>66%</b> (2.396)	<b>34%</b> (1.216)	3.612
<b>nach Größe</b>			
unter 100 Bewoh- ner/innen	<b>88%</b> (390)	<b>12%</b> (55)	445
100-199	<b>53%</b> (952)	<b>47%</b> (832)	1.784
200 und mehr	<b>62%</b> (2.002)	<b>37%</b> (1.176)	3.178
<b>Gesamt</b>	<b>62%</b> <b>(3.344)</b>	<b>37%</b> <b>(2.044)</b>	<b>5.407</b>

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung.

Die voranstehende Tabelle zeigt die Aufteilung der belegten Plätze<sup>2</sup> im Wohn- und Pflegebereich nach Trägerschaft und Größe der Heime. Es ist ersichtlich, daß freigemeinnützige bzw. gewerbliche Heime in der Stichprobe, wie auch insgesamt, den Schwerpunkt im Wohnbereich haben, während in den städtischen Heimen die Pflegeplätze überrepräsentiert sind. Kleine Heime (unter 100 Bewohner/-innen) haben vermehrt Plätze im Wohnbereich.

<sup>1</sup> Die Stichprobe der in die Befragung einbezogenen Heime entspricht weitgehend der Grundgesamtheit aller Münchner Heime. Es zeigen sich insgesamt keine Unterschiede in der Verteilung nach Art der Trägerschaft oder Art der Heimplätze. Hinsichtlich der vorgehaltenen Pflegeplätze sind allerdings die freigemeinnützigen Träger in der Stichprobe etwas unterrepräsentiert. Zur Anlage und Durchführung der Befragung der Heime siehe ausführlich Kap. 7.1.

<sup>2</sup> Mit dem Begriff „Plätze“ sind, soweit nicht anders erwähnt, sämtliche Wohnformen gemeint, d.h. einschließlich der Appartements und der Wohnschlafräume.



### 1.3 Ausstattung und Versorgungsangebot

Um ein besseres Bild von dem Versorgungsangebot in den Heimen zu erhalten wurden in der Befragung folgende Strukturdaten erhoben:

- Ausstattung der Appartements und Zimmer
- Personalausstattung
- Verpflegung
- Soziale und kulturelle Angebote
- Ärztliche Versorgung, gesundheitsbezogene Einrichtungen und Angebote

Einige Strukturdaten wurden getrennt für den Wohnbereich und für den Pflegebereich in den Heimen erhoben. Wenn in den folgenden Ausführungen von Wohn- oder Pflegebereich die Rede ist, dann sind die Wohnplätze in insgesamt 26 Heimen (Wohnheime und Heime) bzw. die Pflegeplätze in insgesamt 24 Heimen (Pflegeheime und Heime) gemeint.

#### 1.3.1 Ausstattung der Appartements und Zimmer

In Tabelle 1.4 sind die Ausstattungen für Appartements und Zimmer getrennt nach Wohn- und Pflegebereich aufgeführt. Standardmäßig waren die Zimmer bzw. Appartements fast aller Heime mit Zentralheizung und Notrufvorrichtung ausgestattet.

In allen Heimen gab es mindestens Waschbecken in den Zimmern bzw. in den Appartements. Naßzellen, die mit Waschbecken, Toilette und Dusche bzw. Badewanne ausgestattet sind, waren nicht nur in der Mehrzahl der Heime mit Wohnbereich üblich, sondern auch in Heimen mit Pflegebereich. Nur ein Waschbecken im Zimmer, d.h. keine Dusche oder Badewanne und auch keine Toilette, gab es im Wohnbereich von 7 Heimen und im Pflegebereich von 8 Heimen. Alternativ bzw. parallel zu den Wasch- und Hygienemöglichkeiten im eigenen Zimmer oder Appartement hatten die meisten Heime auch Etagenbäder.

Von der Art der Ausstattungsmerkmale her sind im Wohnbereich noch mehr Möglichkeiten für eine selbständige Lebensführung gegeben, z.B. eine Küche oder Kochnische im eigenen Zimmer oder Appartement oder die Nutzung einer Waschmaschine.

Möbel oder andere Gegenstände aus der ehemaligen Wohnung konnten im Wohnbereich immer mitgebracht werden, im Pflegebereich aber nur bei der Hälfte der Heime. Bei einem Heim konnten bei einem Einzug in den Pflegebereich auch keine anderen Gegenstände mitgebracht werden.

**Tab. 1.4:** Ausstattungen der Apartments und Zimmer im Wohn- und im Pflegebereich (Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen)

**Wohnbereich (26 Heime)**

**Pflegebereich (24 Heime)**

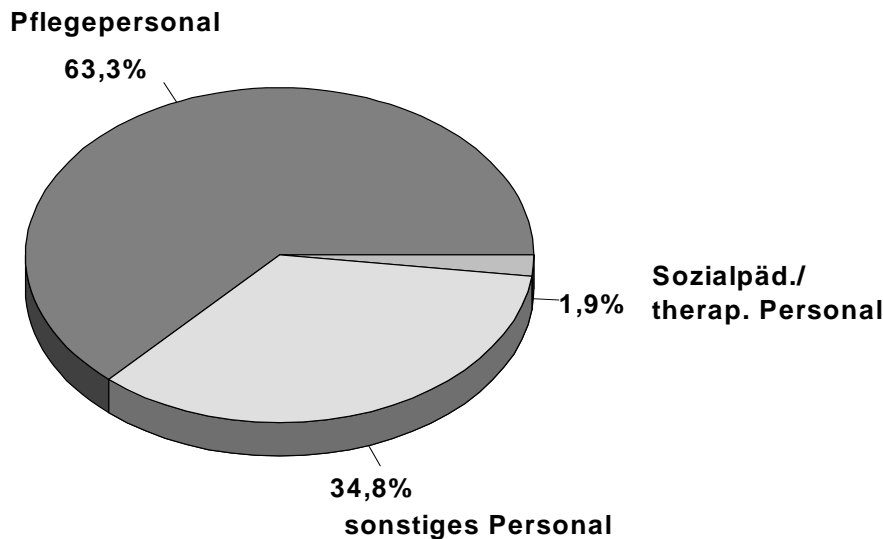
<b>Kochen, Haushalt</b>	<b>Kochen, Haushalt</b>
Waschmaschine (auch als Gemeinschaftsanlage) (16) Kochnische (13) Nutzung Teeküche auf Etage (10) Gemeinschaftskühlschrank auf der Etage (8) Abgeschlossene Küche (4) Sonstige Kochmöglichkeit im Zimmer (2)	Nutzung Teeküche auf Etage (16) Gemeinschaftskühlschrank auf der Etage (14) Waschmaschine (auch als Gemeinschaftsanlage) (7) Kochnische (6) Abgeschlossene Küche (2) Sonstige Kochmöglichkeit im Zimmer (1)
<b>Hygiene, Körperpflege</b>	<b>Hygiene, Körperpflege</b>
Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette und Dusche oder Badewanne (18) Etagenbad (15) Nur Waschbecken im Zimmer (7) Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette (1)	Etagenbad (21) Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette und Dusche oder Badewanne (15) Nur Waschbecken im Zimmer (8) Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette (1)
<b>Sonstiges</b>	<b>Sonstiges</b>
Zentralheizung (25) Notrufvorrichtung (24) Balkon/ Veranda (15) Telefon (9)	Zentralheizung (23) Notrufvorrichtung (23) Balkon/ Veranda (12) Telefon (8)

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

### 1.3.2 Personalausstattung

In den 29 Heimen der Befragungsstichprobe waren zum Zeitpunkt der Befragung 1.910 Personalstellen besetzt, davon 1.196 in der Pflege und 714 in anderen Tätigkeitsbereichen. In folgender Abbildung ist die prozentuale Verteilung des Personals auf die Tätigkeitsbereiche dargestellt.

**Abb. 1.1:** Personalstruktur in den befragten Heimen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Von den Personalstellen entfallen damit insgesamt 63% auf den Pflegebereich. Der Anteil ist in den reinen Wohnheimen erwartungsgemäß niedriger (42%) als in den anderen Heimen (65%).

Nur 2% aller Personalstellen in den Heimen entfallen auf Sozialpädagogen/innen oder therapeutisches Personal. Diese Berufsgruppen werden in insgesamt 16 Heimen der Stichprobe, das sind zwei Drittel der Heime mit Pflegebereich, beschäftigt.<sup>1</sup>

Mehr als ein Drittel (35%) des in Altenheimen tätigen Personals arbeiten in den „sonstigen Bereichen“, darunter sind hier zum Beispiel Verwaltungs-, Küchen- und Reinigungspersonal zusammengefaßt.

Für den Grad der pflegerischen Versorgung in den Heimen ist der **Personalschlüssel** ausschlaggebend:

Für den **Wohnbereich** liegen aus der Befragung insgesamt 18 Angaben über den Pflegeschlüssel vor<sup>2</sup>. Die Pflegeschlüssel im Wohnbereich streuen breit und reichen von 1:7 bis 1:20. Der häufigste Wert liegt bei 1:14,6. Das heißt, daß zum Zeitpunkt der Befragung in den meisten Heimen eine Pflegekraft etwa 15 Bewohnerinnen und Bewohner zu versorgen hatte. Der pflegerische Versorgungsgrad im Wohnbereich ist also von Heim zu Heim sehr unter-

<sup>1</sup> Siehe auch Abb. 1.5 Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten im Heim.

<sup>2</sup> Von den fünf Wohnheimen machte nur eines eine Angabe über einen Pflegeschlüssel, von den 21 mehrgliedrigen Heimen mit einem Wohnbereich machten vier keine Angabe.

schiedlich und erscheint als eher niedrig, da auch dort pflegebedürftige Personen versorgt werden.<sup>1</sup>

Für den **Pflegebereich** liegen ebenfalls 18 Angaben über den Pflegeschlüssel vor,<sup>2</sup> davon haben 15 Heime einen Pflegeschlüssel von 1:2,8; d.h. auf eine Pflegekraft kommen fast 3 Bewohnerinnen bzw. Bewohner. Jeweils einmal wurden die Pflegeschlüssel 1:2,0, 1:2,5 und 1:2,9 genannt.

Für die Personalbemessung im Pflegebereich gilt seit 1990 bayernweit einen Schlüssel von 1:2,8 (bzw. 1:2,5 im gerontopsychiatrischen Bereich). In einer Beispielrechnung des Sozialreferates für eine Station mit 30 Bewohnerinnen und Bewohnern wurde gezeigt, daß bei einer Personalbemessung von 1:2,8 eine Besetzung von zwei Pflegenden pro Arbeitsschicht üblich ist, bei ungünstigem Zusammentreffen von Ausfallzeiten ist wahrscheinlich auch diese Besetzung nicht zu gewährleisten. Rein rechnerisch stehen einer pflegebedürftigen Heimbewohnerin oder einem Heimbewohner bei diesem Pflegeschlüssel täglich 1 Stunde und 31 Minuten für die Pflege und alle damit zusammenhängenden Betreuungs- und Organisationsaufgaben zur Verfügung. Auch auf den gerontopsychiatrischen Stationen muß bei einem Personalschlüssel von 1:2,5 mit sehr engem Personaleinsatz gearbeitet werden, obwohl der Betreuungsbedarf sehr hoch anzusetzen ist. Das Sozialreferat kommt vor diesem Hintergrund zu dem Schluß, daß durch die genannten Pflegeschlüssel „eine umfassende und bewohnerorientierte Pflege und eine Kontinuität in der Beziehung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen sehr erschwert wird.“<sup>3</sup>

Für die Qualität der Versorgung in den Heimen ist nicht nur der Pflegeschlüssel wichtig, sondern auch die Qualifikation des Pflegepersonals. Laut Heimpersonal-Verordnung muß der **Fachkräfteanteil** in Pflegeheimen mindestens 50% betragen.<sup>4</sup> Nachstehende Abbildung zeigt die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals laut Auskunft der Heime.

Der Anteil der examinierten Pflegekräfte lag laut Selbstauskunft der Heime bei durchschnittlich 52%. Der Grad der Qualifikation wurde allerdings nicht abgefragt. Es zeigen sich erhebliche Unterschiede nicht nur zwischen den Wohnheimen und den anderen Altenheimen, sondern auch hinsichtlich Größe und Trägerschaft.

---

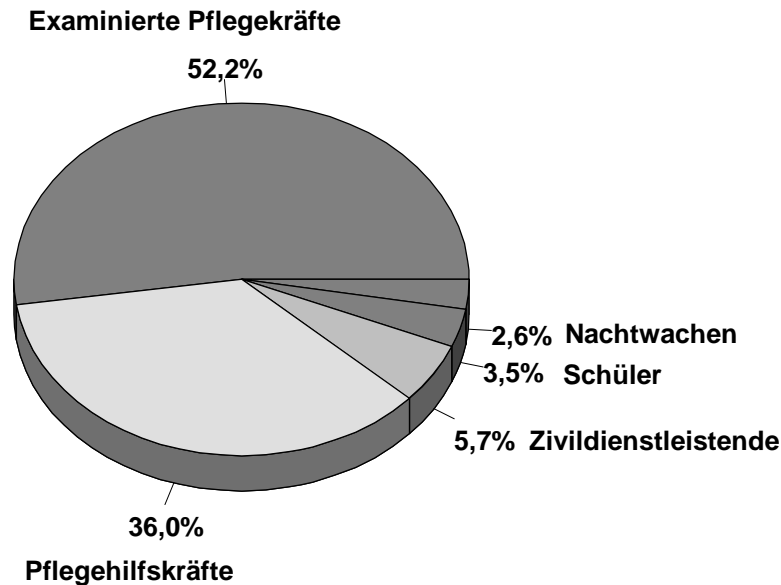
<sup>1</sup> 9% der Befragten aus dem Wohnbereich wurden als pflegebedürftig eingestuft. Zum Hilfe- und Pflegebedarf siehe ausführlich Kap. 2.2.4.

<sup>2</sup> Vier Heime (darunter drei der sechs städtischen Heime) machten keine Aussage, weil in den Heimen unterschiedliche Pflegeschlüssel gelten; zwei Heime verweigerten die Angabe.

<sup>3</sup> Abhilfe bei Problemen in der stationären und ambulanten Altenpflege/ Einrichtung einer Beschwerdestelle. Beschlußvorlage für die gemeinsame Sitzung des Sozialausschusses, des Sozialhilfeausschusses, des Gesundheits- und Krankenhausausschusses und des Kreisverwaltungs Ausschusses vom 3. Juli 1997, Landeshauptstadt München, Sozialreferat.

<sup>4</sup> Die Verordnung trat im Juli 1993 bundesweit in Kraft. Seitdem gilt eine fünfjährige Übergangsregelung, die im Sommer 1998 ausläuft. Neueren Meldungen zufolge besteht nun die Gefahr, daß der vorgeschriebene Fachkräfteanteil für den Sektor der Pflegeversicherung künftig nicht mehr gelten soll (s. z.B. Süddeutsche Zeitung vom 16. März 1998: „Qualität der Pflege in Heimen gefährdet“).

**Abb. 1.2:** Struktur des Pflegepersonals in den befragten Heimen (Angaben der Heime in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

In den fünf Wohnheimen der Befragungsstichprobe sind zwar insgesamt nur wenige Pflegekräfte (25 Personalstellen) beschäftigt, hier handelt es sich aber überwiegend (80%) um examinierte Fachkräfte.

In den Altenheimen mit Wohn- und Pflegebereich liegt der Anteil der examinierten Pflegekräfte bei insgesamt 57%; rund 40% sind Pflegehilfskräfte. In den drei reinen Pflegeheimen in der Befragungsstichprobe liegt der Anteil an Examinieren darunter (44%), weil hier zu höheren Anteilen auch Nachtwachen<sup>1</sup> (9%) und Pflegeschüler/-innen (11%) beschäftigt werden. Der Anteil an Pflegehilfskräften ist mit 31% geringer als in den Heimen mit Wohn- und Pflegebereich.

Die folgende Tabelle (siehe Tab. 1.5) zeigt die Unterschiede in der Personalstruktur der verschiedenen Träger und nach Heimgröße. Der Anteil an examinierten Pflegekräften ist in kleineren Heimen (bis 99 Plätze) am höchsten, in Heimen mittlerer Größe (100 - 199 Plätze) am geringsten. In städtischen Heimen wurde zum Zeitpunkt der Befragung (1993) ein erheblich größerer Anteil an examinierten Pflegekräften beschäftigt als in Heimen anderer Trägerschaft. In Heimen anderer Trägerschaft übersteigt der Anteil an Pflegehilfskräften sogar den Anteil an examinierten Pflegekräften. Der Anteil an Zivildienstleistenden ist ebenfalls relativ hoch. Nur in den großen städtischen Heimen der Befragungsstichprobe werden außerdem Pflegeschülerinnen und -schüler und Nachtwachen beschäftigt.

<sup>1</sup> Die Qualifikation der Nachtwachen wurde nicht erfragt.

**Tab. 1.5:** Struktur des Pflegepersonals nach Heimgröße und Heimträger (Angaben in Prozent)

	Größe des Heims			Trägerschaft	
	bis 99 Plätze	100 bis 199 Plätze	ab 200 Plätze	städtisches Heim	anderes Heim
Examinierte Pflegekräfte	69,4%	47,4%	54,0%	58,7%	45,2%
Pflegehilfskräfte	28,6%	44,2%	31,3%	26,2%	46,6%
Zivildienstleistende	2,0%	8,4%	4,3%	3,4%	8,2%
Schülerinnen und Schüler	0,0%	0,0%	6,0%	6,7%	0,0%
Nachtwachen	0,0%	0,0%	4,4%	5,0%	0,0%

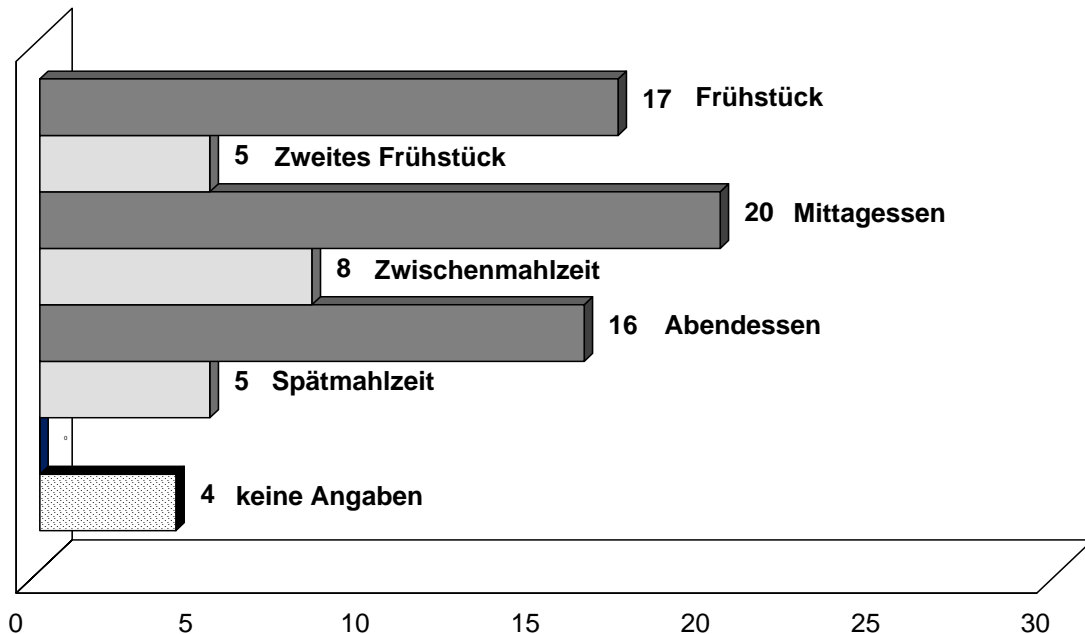
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen

### 1.3.3 Verpflegung

Die Essensversorgung im Heim erfolgt überwiegend durch eine eigene Küche (83%), ein Catering der Mahlzeiten ist eher nachrangig (17%). Die meisten Heime verfügen über einen Speisesaal (69%), eine Cafeteria (55%) oder Eßecken auf den Etagen (41%) (Mehrfachnennungen). In jedem dritten Heim gibt es einen Kiosk.

In fast allen Heimen (bis auf eines der Wohnheime) wird das Essen auch aufs Zimmer serviert. In einigen Heimen (4 Heime) ist das sogar die Regel.

In vier der fünf reinen Wohnheime und in neun der 21 Heime mit Wohn- und Pflegebereich ist auch Selbstversorgung möglich.

**Abb. 1.3:** Mahlzeiten im Rahmen des Pflegesatzes (Anzahl der Nennungen)

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Bei der Frage, welche Mahlzeiten die Bewohnerinnen und Bewohner vom Heim im Rahmen des Pflegesatzes erhalten, wurde von 20 Heimen das Mittagessen genannt; von etwas weniger Heimen auch das Frühstück und Abendessen (s. Abb. 1.3). Ein zweites Frühstück am Vormittag, eine Zwischenmahlzeit am Nachmittag oder eine Spätmahlzeit am Abend wurde nur in wenigen Heimen im Rahmen des Pflegesatzes angeboten.<sup>1</sup> Die Verpflegung mit den drei Hauptmahlzeiten ist somit in den meisten Heimen gewährleistet. Für eine gesunde Ernährung, insbesondere im Alter und bei bestimmten Krankheiten (z.B. Diabetes), sind jedoch auch Zwischenmahlzeiten notwendig, die nur in wenigen Heimen im Rahmen des Pflegesatzes angeboten werden.

In zwei Drittel aller Heime können die Bewohnerinnen und Bewohner ihr Mittagessen wählen, in der Hälfte der Heime auch Frühstück und Abendessen. In allen Pflegeheimen und auch in den meisten Wohnheimen können die Heimbewohnerinnen und -bewohner außerdem ein Diätessen erhalten, allerdings ist der Preis für das Diätessen nicht immer im Pflegesatz enthalten und muß dann zusätzlich bezahlt werden.

### 1.3.4 Soziale und kulturelle Angebote

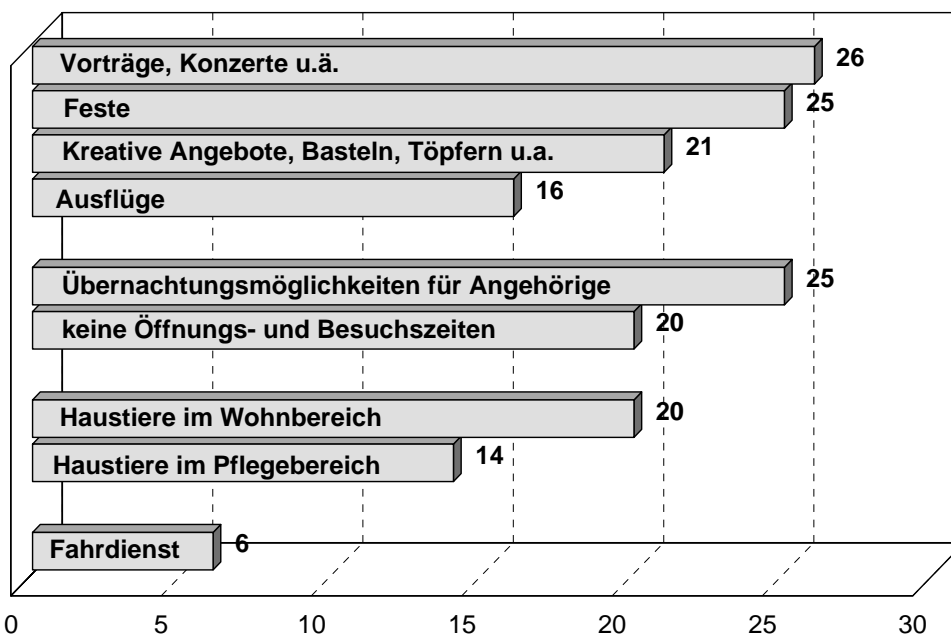
Im folgenden werden die sozialen und kulturellen Angebote in den Heimen untersucht. Sie prägen das soziale Leben in den Heimen und sind insbesondere dann von Bedeutung, wenn Heimbewohnerinnen und -bewohner das Heim nicht mehr verlassen können oder dabei auf Hilfe angewiesen sind. Darüber hinaus geben soziale und kulturelle Angebote den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern Anlaß für soziale Begegnungen untereinander und evtl. auch mit den Besucherinnen und Besuchern von draußen.

<sup>1</sup> Für den Wohnbereich liegen aus 3 Heimen durchgängig keine Angaben zu dieser Frage vor, für den Pflegebereich aus 4 Heimen.

In Abbildung 1.4 sind die Bildungs- und Beschäftigungsangebote aufgeführt, wobei die Palette aber weiter gestreut ist, weil häufig die Kategorie „Anderes“ genannt wurde, wie auch die sozialen Angebote der Heime.

Bei den häufig genannten Angeboten (21 und mehr Nennungen) gibt es außer für die kreativen Angebote keine großen Unterschiede zwischen den Heimarten, -größen und -trägern. Kreative Angebote wurden von fast allen mittleren (11 Heime) und den meisten größeren Heimen (7 Heime) gemacht, von kleineren Heimen dagegen viel seltener (3 Heime). Bei den Ausflügen gibt es Unterschiede zwischen den unterschiedlich großen Heimen und städtischen bzw. nicht-städtischen Heimen. Ausflüge werden von drei Vierteln der mittleren Heime angeboten und von knapp der Hälfte der kleinen und großen Heime. Von den 7 städtischen Heimen in der Stichprobe bieten 2 Ausflüge an, von den 22 anderen Heimen dagegen 14.

**Abb. 1.4.:** Soziale und kulturelle Angebote der Heime (Zahl der Nennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

In allen reinen Wohnheimen und in über der Hälfte der Wohn- und Pflegeheime gibt es keine **Öffnungs- und Besuchszeiten**. Selbst bei den Pflegeheimen hat nur ein Heim feste Öffnungszeiten. In fast allen städtischen Heimen (6 von 7) gibt es keine starre Regelung der Öffnungszeiten- und Besuchszeiten. Hingegen gaben 6 der Heime anderer Träger feste Öffnungszeiten an und 3 Heime hatten feste Besuchszeiten.

**Übernachtungsmöglichkeiten** für Angehörige sind ein wichtiger Bestandteil für die sozialen Kontaktmöglichkeiten, da Angehörige bei weiten Anreisen oder bei gesundheitlichen oder sonstigen Problemen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die Möglichkeit eines längeren Aufenthaltes haben. Nur 4 der insgesamt 29 Heime haben keine Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige. Dies sind 2 Pflegeheime und 2 Altenheime. Alle Heime befanden sich in nicht-städtischer Trägerschaft.

Nicht nur für alte Menschen können **Haustiere** eine wichtige Bereicherung darstellen. Wenn Haustiere beim Umzug in ein Heim nicht mitgebracht werden können, bedeutet das zumeist einen zusätzlichen schmerzlichen Verlust. Die Möglichkeit zu einer Haustierhaltung kann deshalb für die psychosoziale Situation von Heimbewohnerinnen und -bewohnern von großer Be-



deutung sein. In der Befragung wird diese Möglichkeit von fast allen reinen Wohnheimen (4) und von den meisten anderen Heimen (18) bejaht; wobei letztere diese Möglichkeit z.T. nur im Wohnbereich einräumen.

Für Heimbewohnerinnen und -bewohner, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, wäre ein **Fahrdienst** wichtig. Nur wenige Heime (6 Heime) boten einen Fahrdienst an.

### 1.3.5 Ärztliche Versorgung

Für die ärztliche Versorgung in Heimen gilt das Prinzip der freien Arztwahl. In allen Heimen können die Bewohnerinnen und Bewohner daher im Prinzip von ihrem Hausarzt behandelt werden. Die Pflegeheime und mehr als die Hälfte der mehrgliedrigen Heime in der Stichprobe haben außerdem vertragliche Regelungen oder Vereinbarungen mit Ärzten/innen abgeschlossen, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen.

In 17 von 29 Heimen sind Ordinationsräume bzw. Sprechzimmer vorhanden. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gegeben. Allerdings spielen die Größe des Heimes und die Trägerschaft eine Rolle: In fast allen großen Heimen (ab 200 Plätze) und durchgängig in allen städtischen Heimen finden sich Ordinationsräume oder Sprechzimmer, bei den Heimen in anderer Trägerschaft, sind es weniger als die Hälfte.

In einer qualitativen Befragung (1996)<sup>1</sup> wurde danach gefragt, wie die ärztliche Versorgung in den Heimen geregelt wird bzw. wie genau solche Regelungen aussehen. Die folgenden Beschreibungen aus diesen Interviews machen deutlich, daß die ärztliche Versorgung in den Heimen sehr unterschiedlich geregelt ist:

In einem städtischen Heim wechseln sich drei Ärzte ab und halten zweimal die Woche ein Sprechstunde im Heim ab. In einem anderen städtischen Heim haben sich ebenfalls drei Ärzte zusammengetan und bieten in den angemieteten Räumen zweimal pro Woche Sprechstunden an. Ein Privatheim empfiehlt Ärzte aus der Umgebung, die bereit sind, auch Hausbesuche zu machen und hat außerdem drei bis vier Ärzte gewonnen, die abwechselnd eine wöchentliche Visite im Heim übernehmen. In einem anderen Heim hat eine Internistin direkt im Haus eine Praxis eröffnet. Ein großes Pflegeheim ermöglicht an verschiedenen Wochentagen auch Sprechstunden und Visiten von Fachärztinnen und -ärzten (z.B. für Innere Medizin, Psychiatrie, Nervenheilkunde, Augenheilkunde). Bei Bedarf kommen auch andere Fachärzte ins Heim.

Schwieriger gestaltet sich aus Sicht der Heime die Zusammenarbeit mit "mitgebrachten" Hausärztinnen und -ärzten, die sich z.B. nicht an der Pflegedokumentation beteiligen und nicht so zuverlässig und schnell zur Verfügung stehen. Von einem der befragten Pflegeheime wurden außerdem Probleme in der Zusammenarbeit mit Fachärzte/innen genannt, die im Bedarfsfall von Angehörigen eingeschaltet werden.

<sup>1</sup> Büro für empirische Sozialforschung, Übernahme von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten aus den Krankenhäusern in die Weiterversorgung. Befragung von Diensten und Einrichtungen zur Weiterversorgung im Auftrag der Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat. München 1996, S.53

### 1.3.6 Gesundheitsbezogene Einrichtungen und Angebote

Folgende Einrichtungen und Dienstleistungen stehen in den befragten Heimen zur therapeutischen Versorgung und zur Körperpflege zur Verfügung:

Fußpflege	25
Gymnastikräume	24
Friseur	23
Pflegebäder	22
Räume für physikalische Therapiemöglichkeiten	15
Apothekendienst	2
Optiker im Haus	1

Alle städtischen Heime und auch die meisten Heime anderer Trägerschaft in der Befragungsstichprobe haben Einrichtungen für die Fußpflege, ein Friseurgeschäft und Gymnastikräume. Das Angebot gehört in den größeren Heimen, vor allem in den Pflegeheimen, aber auch in den mehrgliedrigen Heimen offenbar zum Standard. Ähnliches gilt für Pflegebäder.

Gymnastik- und Bewegungsangebote wurden in den meisten Heimen angeboten (24 Nennungen). Eine Ergotherapie bzw. Beschäftigungstherapie gehörte dagegen eher zu den Ausnahmen, obwohl sie in der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger, alter Menschen eine wichtige, wenn nicht gar herausragende Bedeutung hat.<sup>1</sup> 2 von 7 städtischen Heimen boten diese Therapiemöglichkeit an und nur 2 von den 22 Heimen anderer Träger.

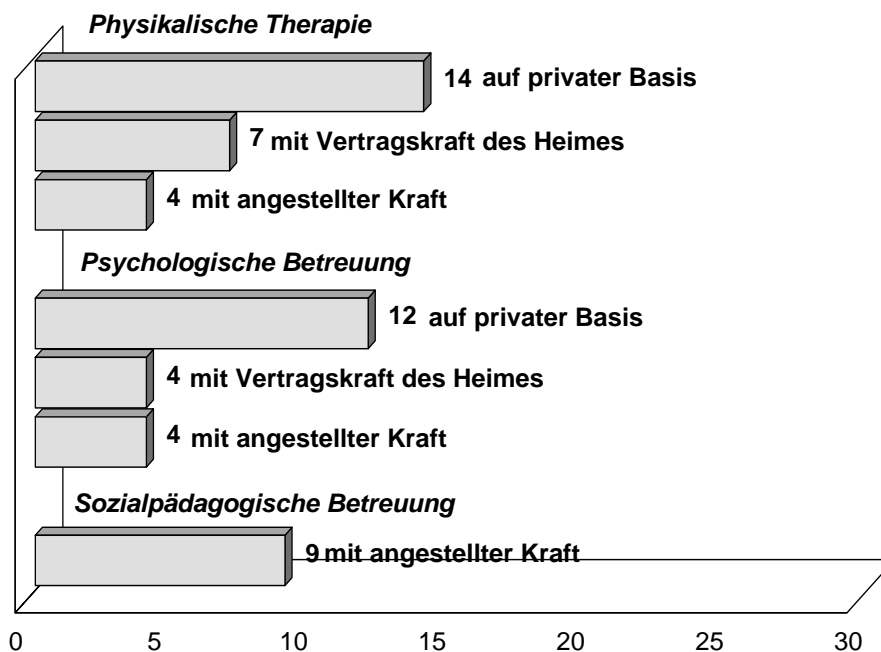
Was die gesundheitsbezogene Infrastruktur in den Heimen betrifft, so lassen sich die Strukturdaten für die Befragungsstichprobe wie folgt zusammenfassen: Sie sind in den Wohnheimen eher selten; sie sind am umfassendsten bei den städtischen Heimen zu finden und eher in großen Heimen als in kleinen.<sup>2</sup>

Räume für physikalische Therapie sind in ca. der Hälfte der Heime vorhanden. Über diese räumlichen Voraussetzungen hinaus wurde im Strukturfragebogen ebenfalls gefragt, wie in den Heimen auch eine physikalische Therapie und/oder psychosoziale Betreuung gewährleistet wird (Abb. 1.5).

---

<sup>1</sup> Die Ergotherapie dient der Behandlung motorischer, sensorischer und psychischer Funktionseinschränkungen und Behinderungen. Anders als z.B. die Krankengymnastik, die schwerpunktmäßig an Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates ansetzt, bezieht die Ergotherapie auch neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder mit ein und gibt Hilfen zur Alltagsbewältigung.

<sup>2</sup> Zur Inanspruchnahme der therapeutischen Versorgung siehe Kap. 5.3.

**Abb.1.5:** Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten (Zahl der Nennungen)

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Zur Versorgung mit physikalischen Therapien machen insgesamt 25 der 29 Heime eine Aussage. Überwiegend muß die Inanspruchnahme niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten „auf privater Basis“ geregelt werden. Ansonsten bestehen entweder vertragliche Vereinbarungen des Heims mit den Therapeutinnen und Therapeuten, oder diese sind beim Heim angestellt. Letzteres war zum Zeitpunkt der Befragung in vier größeren Heimen, darunter drei städtischen Heimen der Fall.

Über die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung machen 20 Heime eine Aussage. Auch sie muß zumeist „auf privater Basis“ geregelt werden. Für eine sozialpädagogische Betreuung stehen in 9 Heimen angestellte Kräfte zur Verfügung, drei Heime geben andere Regelungen an.

Beim Vergleich der städtischen Heimen mit den anderen Trägern fällt auf, daß in städtischen Heimen die Bewohnerinnen und Bewohner eher durch angestellte Kräfte versorgt werden, bei den anderen Trägern eher durch Vertragskräfte, hauptsächlich aber „auf privater Basis“. Ausschlaggebend ist aber die Größe der Heime, fest angestellte Therapeutinnen und Therapeuten und/oder Sozialpädagoginnen und -pädagogen finden sich fast ausschließlich in den großen Heimen mit über 200 Plätzen. Dahinter dürften vor allem betriebswirtschaftliche Überlegungen stehen.

In der weiter oben bereits zitierten qualitativen Befragung<sup>1</sup> gaben die Heime auch Auskunft über ihre Kooperationen mit Therapeuten/innen für Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. In erster Linie werden in den Heimen offenbar Krankengymnasten/innen angestellt. Ergotherapeuten und Logopäden können dann z.B. im Verbund beschäftigt werden und roulieren zwischen den Heimen eines Trägers wie der Münchenstift; eine weitere Lösung sind Kooperationsvereinbarungen zwischen verschiedenen Heimen, die dann jeweils unterschiedliche Fachkräfte anstellen und „austauschen“. Durch niedergelassene Therapeuten/innen allein kann die Versorgung in Heimen offenbar nur schlecht gewährleistet werden. Auch ein Heim,

<sup>1</sup> Büro für empirische Sozialforschung, 1996, S.54

dem es gelungen ist, feste Kontakte zu niedergelassenen Therapeuten/innen aufzubauen, sagt dazu, daß insgesamt zu wenig Hausbesuche angeboten werden.

#### 1.4 Belegungsstruktur

Angaben über die Belegungsstruktur aller Münchener Altenheime liegen nicht vor. Belegungsdaten der Heime werden von den freien Trägern nicht veröffentlicht. Seit ihrer Überführung in die Trägerschaft der Münchenstift GmbH zum 1.1.1996 gilt das auch für die städtischen Heime. Es gibt daher keine geeignete und zugleich aktuelle Datengrundlage über die Struktur und Entwicklung der Inanspruchnahme von Heimplätzen. In der Befragung der Heime wurden einige Informationen zur Belegungsstruktur erhoben. Auch liegen für die ehemals städtischen Heime für 1995 dazu einige Angaben vor.

Die Auslastung der **Heime in der Stichprobe** läßt sich nicht genau berechnen, da im Befragungsjahr kein Verzeichnis der Heime der Altenhilfe herausgegeben wurde.<sup>1</sup> Bezogen auf die Zahl der vorgehaltenen Plätze im Jahre 1992 erreichten die Heime zum Befragungszeitpunkt (1993) eine Auslastung von 90% im Wohnbereich und fast 98% im Pflegebereich (einschließlich beschützter Plätze).<sup>2</sup>

Die Heime wurden nach der Zahl der Selbstzahler/-innen und der Sozialhilfeempfänger/-innen gefragt. Der **Anteil der Sozialhilfeempfängerinnen** und -empfänger betrug in den befragten Heimen insgesamt 31%, wobei eine Unterscheidung nach Wohn- und Pflegebereich nicht möglich ist. Deutliche Unterschiede zeigen sich nach Art und Größe des Heims sowie nach Trägerschaft.

Reine Pflegeheime haben mit 57% den höchsten Anteil an Sozialhilfeempfängerinnen/-empfängern; in Wohn- und Pflegeheimen liegt er bei 32%. In reinen Wohnheimen wird kaum Sozialhilfe bezogen (3%).

- In mittleren (100-199 Plätze) und größeren (200 und mehr Plätze) Heimen ist der Anteil mit 38% bzw. 29% erheblich größer als in kleinen Heimen (16%), die überwiegend auch reine Wohnheime sind.
- Mit 46% liegt der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen in städtischen Heimen doppelt so hoch wie in Heimen in anderer Trägerschaft (23%).

Grund für den höheren Anteil von Sozialhilfeempfängern/innen in städtischen Heimen ist, daß Heimplätze, die mit Mitteln des Altenplans gefördert wurden, einer sozialen Bindung unterliegen.<sup>3</sup> Das bedeutet, daß - ähnlich wie bei Sozialwohnungen - Personen nur bis zu einer bestimmten Einkommens- und Ersparnisgrenze dazu berechtigt sind, die geförderten Plätze zu bewohnen.

---

<sup>1</sup> Die Zahl der Plätze in den einzelnen Heimen ist somit nicht bekannt.

<sup>2</sup> Für 1993 liegen Angaben zur Auslastung vor. Demnach betrug die Auslastung insgesamt 92%. Differenziertere Angaben, z.B. nach Wohn- und Pflegebereich oder nach Trägerschaft, sind nicht verfügbar, ebenso wenig aktuellere Zahlen. Quelle: Die Heime der Altenhilfe und für erwachsene Behinderte in Bayern. Stand: 01. Juli 1993. Statistische Berichte des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.

<sup>3</sup> Mündliche Auskunft durch das Sozialreferat, Abt. Altenhilfe.

Bis 1995 liegen Angaben über den Grad der Belegung und die Belegungsstruktur der **städtischen Heime** vor. Sie werden im folgenden zusammengefaßt vorgestellt:<sup>1</sup>

- Der Auslastungsgrad in den städtischen Heimen ist von 1980 bis 1995 von 93% auf 90% zurückgegangen. Als Hauptursache wird die nicht mehr zeitgemäße Ausstattung der Zimmer (teilweise ohne Naßzelle) gesehen.
- Es zeigen sich Verschiebungen vom Wohnbereich hin zum Pflegebereich: 1986 waren 52%, 1995 43% aller Bewohnerinnen und Bewohner im Wohnbereich untergebracht. Ebenso verringerte sich der Anteil der Leichtpflegebedürftigen von 14% auf 7%. In der Pflege und Schwerstpflege erhöhte sich dagegen der Anteil von 33% auf 46%.
- Der Frauenanteil ist mit 86% seit Jahren nahezu konstant.
- Das durchschnittliche Eintrittsalter hat sich von 1986 bis 1995 von 82,4 Jahren auf 83,3 Jahren erhöht. Geschlechtsunterschiede zeigen sich im Pflegebereich kaum (1995: Männer: 83,5 Jahre; Frauen: 84 Jahre), im Wohnbereich (einschließlich Leicht- und Wohnpflege) sind die Frauen im Durchschnitt fast vier Jahre älter (1995: Männer: 81 Jahre; Frauen: 84,6 Jahre).
- Das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner liegt nur geringfügig über dem durchschnittlichen Eintrittsalter (1995: 83,8).
- Der Anteil an Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger in städtischen Heimen ist von 1986 bis 1995 von 42% auf 50% gestiegen. Für den Zuwachs ist ein Anstieg im Wohnbereich (einschließlich Leicht- und Wohnpflege) von 34% auf 43% verantwortlich. Der Anteil auf den Pflegestationen hat sich nicht verändert (58%).

Insgesamt setzt sich der Trend fort und wird auch durch das Pflegeversicherungsgesetz verstärkt, möglichst lange zu Hause zu leben und erst im Falle einer erheblichen Pflegebedürftigkeit ins Heim umzuziehen. Das zeigt sich auch in der Verlagerung hin zu mehr Pflegeplätzen in den Heimen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, daß die Nachfrage nach Heimplätzen mittelfristig bis zum Jahr 2005 stagnieren wird. Obwohl dann geburtenstärkere Jahrgänge in die höheren Altersgruppen eintreten, ist noch nicht abzuschätzen, ob daraus eine stärkere Nachfrage nach stationären Einrichtungen resultieren wird. Dies wird wesentlich davon abhängen, ob andere bedarfsgerechte und finanzierbare Wohnformen für alte Menschen entwickelt werden. Derzeit sind vor allem die Wohnheime von strukturellen Veränderungen betroffen; weil die Versorgung hilfebedürftiger Personen im Wohnheim, solange sie nicht als pflegebedürftig eingestuft sind, nicht von den Pflegekassen finanziert wird. Experten gehen davon aus, daß sich das Heimangebot zunehmend auf die Versorgung Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger ausrichten wird.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Quelle: Soziale Leistungen in Zahlen 1995. Herausgegeben von der Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Die städtischen Heime wurden zum 01.01.1996 von der Münchenstift GmbH übernommen. Belegungszahlen für 1996 liegen dem Sozialreferat nicht mehr vor (siehe dazu: Soziale Leistungen in Zahlen 1996. Herausgegeben von der Landeshauptstadt München, Sozialreferat. S. 48).

<sup>2</sup> Siehe: Arbeitsgruppe für Altersforschung und Sozialplanung, "Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in München. Dokumentation zum Fachtag am 16. Juli 1996. Im Auftrag der Landeshauptstadt München, Sozialreferat.



## **2 Die Bewohnerinnen und Bewohner der Altenheime**

### **2.1 Angaben über die Münchner Wohnbevölkerung in Heimen**

#### **2.1.1 Anzahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner nach Altersgruppen und Geschlecht**

Im folgenden Abschnitt geht es zunächst darum, die Grundgesamtheit der Münchner Wohnbevölkerung in den Altenheimen zu beschreiben.

Bislang gibt es keine zuverlässigen Informationen darüber, wieviel alte Menschen überhaupt in den Heimen leben und wie sie sich auf die unterschiedlichen Heimarten und -träger verteilen. Der einfachste Zugang zu solchen Informationen wären Belegungsstatistiken der Heime. Da die Heime bzw. deren Träger ihre Statistiken nicht veröffentlichen, bleibt diese Datenquelle verschlossen.<sup>1</sup>

Für diesen Bericht wurden vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München in einer Sonderauswertung auf der Grundlage der Daten des Einwohnermelderegisters die Einwohnerzahlen unter den Adressen von Heimen der stationären Altenhilfe in den Jahren 1992 und 1997 berechnet.

Die Zahl der alten Menschen über 60 Jahre hat in München in den vergangenen fünf Jahren insgesamt von 262.854 (1992) auf 274.850 (1997) zugenommen, während die Zahl der alten Menschen in Heimen sich nur wenig verändert hat (1992: 9.562; 1997: 9.339). Ob hier bereits die Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes zum Tragen kommen, ist auf der vorliegenden Datenbasis unklar. Differenziertere Angaben über die Heimbevölkerung liegen in der Einwohnermeldestatistik nicht vor, z.B. über die Heimbevölkerung im Wohn- und Pflegebereich oder nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

In beiden Vergleichsjahren ist der Frauenanteil in der Heimbevölkerung höher als in der älteren Wohnbevölkerung insgesamt. So waren 1997 in den Heimen fast 86% Frauen, in der Wohnbevölkerung lag der Frauenanteil bei 60%. Der Frauenanteil in Münchner Heimen übersteigt auch den Frauenanteil in den Heimen der bundesweiten Untersuchung (80%).<sup>2</sup>

Die beiden folgenden Tabellen zeigen die Altersverteilung der älteren Münchner Wohnbevölkerung insgesamt und die Altersverteilung der älteren Menschen in Münchner Heimen im Vergleich zwischen 1992 und 1997.

---

<sup>1</sup> Im Rahmen dieser Studie wurde versucht, die Belegungszahlen in der Grundgesamtheit aller Münchner Heime zu erfassen. Aufgrund fehlender Angaben gelang es nicht, einen vollständigen Überblick zu erhalten. Siehe auch Kap 1.4 dieses Berichts.

<sup>2</sup> Klein, T. et al. 1996. Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristiken und die Wahl des Heim. Universität Heidelberg. Unveröffentlichtes Manuskript. Vergleichswerte aus dieser Untersuchung werden auch in der weiteren Darstellung herangezogen.

**Tab. 2.1:** Altersverteilung der älteren Münchner Wohnbevölkerung nach Geschlecht im Vergleich zwischen 1992 und 1997 (Angaben in Prozent, Fallzahlen in Klammern)

Alters- gruppen	Frauen		Männer		Gesamt	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997
61 - 74 Jahre	58,3 (95.688)	56,8 (93.787)	69,4 (68.480)	71,6 (78.601)	62,5 (164.168)	62,7 (172.388)
75 - 79 Jahre	15,5 (25.444)	17,8 (29.365)	13,1 (12.925)	13,1 (14.407)	14,6 (38.369)	15,9 (43.772)
80 - 84 Jahre	14,9 (24.494)	11,8 (19.452)	10,9 (10.762)	7,9 (8.634)	13,4 (35.256)	10,2 (28.086)
85 Jahre u. älter	11,3 (18.571)	13,6 (22.494)	6,6 (6.490)	7,4 (8.110)	9,5 (25.061)	11,1 (30.604)
<b>Gesamt</b>	164.197	165.098	98.657	109.752	262.854	274.850

Quelle: Statistische Amt der Landeshauptstadt München. Eigene Berechnung

**Tab. 2.2:** Altersverteilung der alten Menschen in Heimen nach Geschlecht im Vergleich zwischen 1992 und 1997 (Angaben in Prozent, Fallzahlen in Klammern)

Alters- gruppen	Frauen		Männer		Gesamt	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997
61 - 74 Jahre	12,7 (1.035)	10,7 (853)	17,2 (241)	19,0 (255)	13,3 (1.276)	11,9 (1.108)
75 - 79 Jahre	12,9 (1.054)	13,2 (1.060)	15,3 (215)	14,2 (190)	13,3 (1.269)	13,4 (1.250)
80 - 84 Jahre	26,7 (2.177)	21,8 (1.747)	25,7 (361)	19,5 (261)	26,5 (2.538)	21,5 (2.008)
85 Jahre u. älter	47,7 (3.892)	54,3 (4.342)	41,8 (587)	47,2 (631)	46,8 (4.479)	53,2 (4.973)
<b>Gesamt</b>	8.158	8.002	1.404	1.337	9.562	9.339

Quelle: Statistische Amt der Landeshauptstadt München. Eigene Berechnung



Die Altersstruktur der Heimbevölkerung verhält sich ziemlich genau umgekehrt zur Altersstruktur der älteren Wohnbevölkerung insgesamt.<sup>1</sup> 1997 war über die Hälfte der Heimbevölkerung mindestens 85 Jahre alt, gerade ein Viertel war unter 80 Jahren. Männer sind in den Heimen nicht nur in der Minderzahl, sie sind auch jünger als die Frauen. 19% der Männer gegenüber 11% der Frauen waren unter 75. Umgekehrt waren zwei Drittel der Männer, aber drei Viertel der Frauen mindestens 80 Jahre alt.

Im Vergleich zu 1992 zeigen sich Verschiebungen der Altersstruktur: Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen erhöhte sich der Anteil der mindestens 85jährigen, zugleich verringerte sich der Anteil der 80-84jährigen. In den unteren Altersgruppen sind die Veränderungen weniger stark ausgeprägt. Die Heimbevölkerung wird also zunehmend älter.<sup>2</sup>

### 2.1.2 Heimquoten

Abbildung 2.1 zeigt die Heimquote der älteren Münchner Bevölkerung. Demnach lebten 1992 3,6% der mindestens 61 Jahre alten Münchner Bevölkerung in Heimen; 1997 waren es mit 3,4% etwas weniger.<sup>3</sup> Diese Werte liegen etwas unter der „Institutionalisierungsquote“ dieser Altersgruppe von knapp 4% in den alten Bundesländern für 1995/1996.<sup>4</sup>

Die Heimquote der Frauen beträgt insgesamt rund das Vierfache der Männer. 1997 waren etwas mehr als 1% der Männer, aber fast 5% der Frauen in einem Heim. Im Vergleich dazu war die bundesweite Institutionalisierungsquote der Männer mit knapp 2% etwas höher, bei den Frauen mit 5% gleich.

In den höheren Altersgruppen steigt die Heimquote stark an. Die Heimquote der mindestens 85jährigen Bevölkerung betrug 1997 rund 8% bei den Männern und 19% bei den Frauen.<sup>5</sup> Die starken geschlechtsspezifischen Unterschiede erklären sich u.a. mit der höheren Lebenserwartung der Frauen. Während die Männer im Alter überwiegend noch verheiratet sind und von der Ehefrau zu Hause gepflegt und betreut werden können, bleiben Frauen nach dem Tod des Ehemannes alleine zurück und sind auf Angehörige oder fremde Hilfe angewiesen.

<sup>1</sup> 1997 waren in der älteren Wohnbevölkerung insgesamt 63% zwischen 61 und 74 Jahren (Männer: 72%; Frauen: 57%), insgesamt 21% waren mindestens 85 Jahre alt (Männer: 15%; Frauen: 25%)

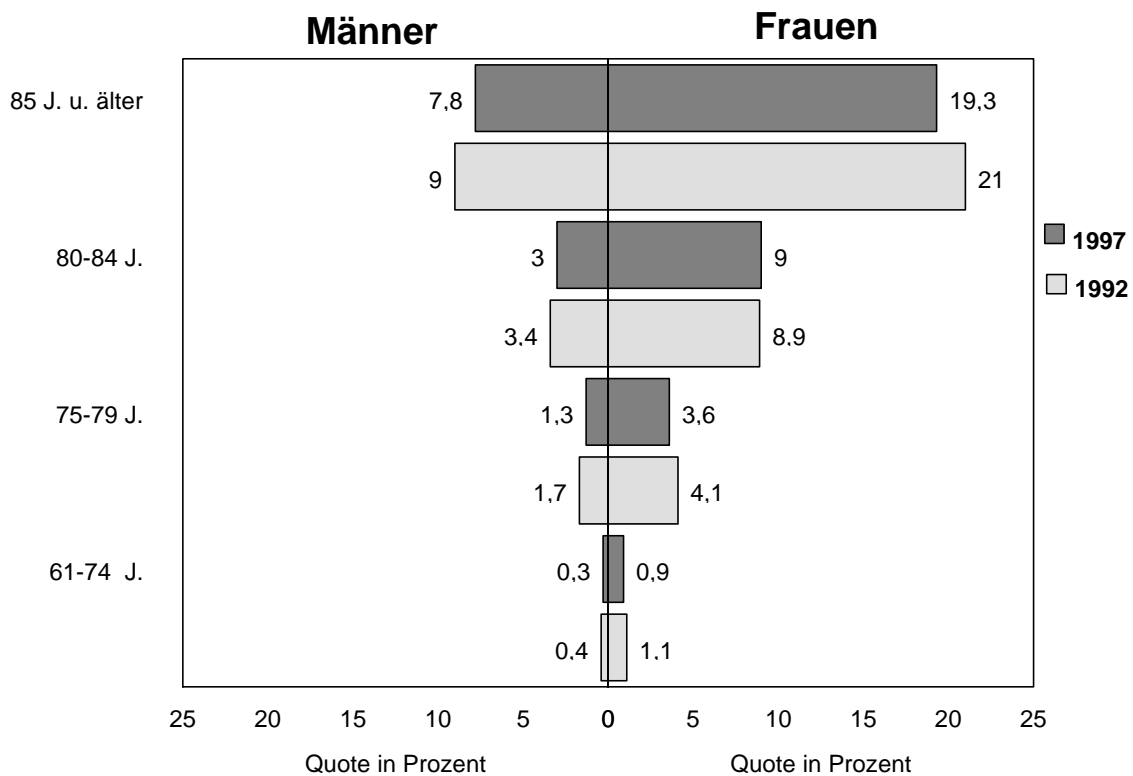
<sup>2</sup> Da die Angaben nur nach Altersgruppen vorliegen, ist eine Berechnung des Durchschnittsalters nicht möglich.

<sup>3</sup> Bislang wurde von einem Anteil von ca. 5% ausgegangen. Die Zahl bezog sich auf die alten Menschen, die unter sogenannten „Anstaltsadressen“ leben. Neben den Bewohner/-innen der Altenheime gehören dazu auch z.B. auch Insassen/Bewohner der Justizvollzugsanstalten, städtischen Unterkünfte, Obdachlosenunterkünfte u.ä.. Siehe: Gesundheit im Alter, Ergebnisse der Befragung in Privathaushalten. Schwerpunktbericht der Münchner Gesundheitsberichterstattung. Landeshauptstadt München Gesundheitsreferat, 1995. Abschnitt 1.2 Strukturdaten, S.17

<sup>4</sup> Klein, T. et al. 1996.

<sup>5</sup> In der bundesweiten Untersuchung (Klein et al. 1996) wurden andere Altersgruppen gewählt. Deshalb ist ein Vergleich nach Altersgruppen nicht möglich. Auch in der bundesweiten Untersuchung steigt die Institutionalisierungsquote mit dem Alter stark an. Bei den mindestens 90jährigen beträgt sie 36%.

**Abb. 2.1:** Anteil der alten Menschen in Heimen der stationären Altenhilfe an der über 60 Jahre alten Wohnbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht im Vergleich zwischen 1992 und 1997



Quelle: Statistische Amt der Landeshauptstadt München. Eigene Berechnung

## 2.2 Die Stichprobe der Befragten

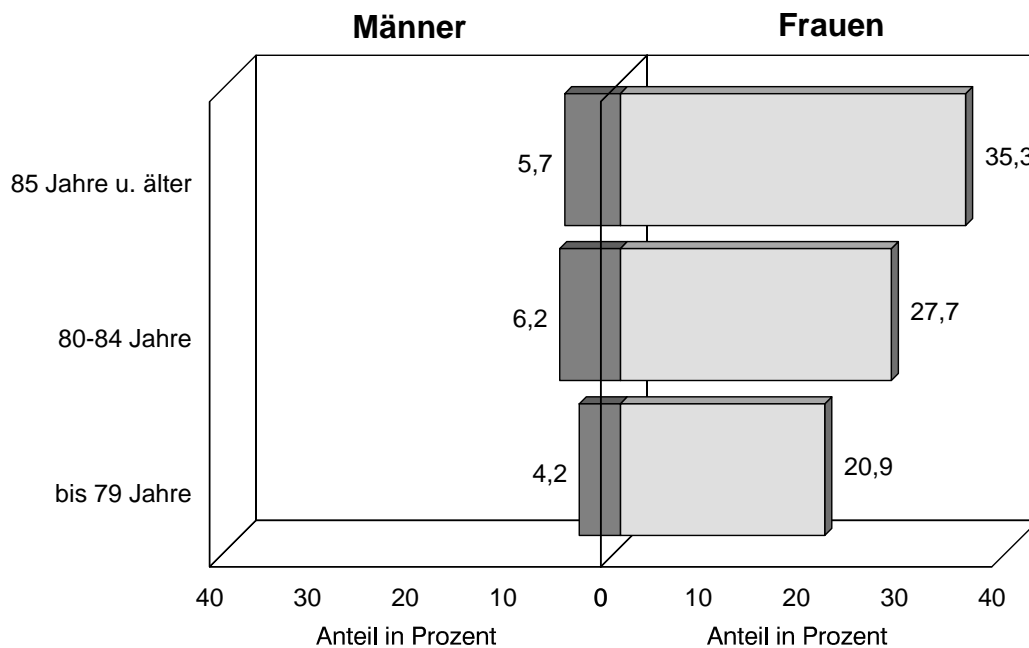
In den für die Befragung zufällig ausgewählten Heimen der stationären Altenhilfe nahmen insgesamt 502 Bewohnerinnen und Bewohner an der Befragung teil. Wenn die nach einem Zufallsverfahren ausgewählten alten Menschen aus gesundheitlichen Gründen selbst nicht dazu Auskunft geben konnten, wurde mit deren Einverständnis eine Bezugsperson befragt.<sup>1</sup> Bei knapp 20% der Befragten wurde das Interview vollständig mit einer Bezugsperson geführt, bei weiteren knapp 9% wurde teilweise eine Bezugsperson einbezogen.

<sup>1</sup> Zur Anlage und Durchführung der Befragung siehe Kap. 7.1.

### 2.2.1 Alter und Geschlecht der Befragten

Der Frauenanteil beträgt bei den Befragten 84% und entspricht damit in etwa dem Frauenanteil in allen Münchner Heimen (1992: 85%), liegt aber über dem Frauenanteil in der bundesweiten Untersuchung (80%).<sup>1</sup>

**Abb. 2.2:** Verteilung der Befragungspersonen nach Altersgruppen und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung.

Auch der Hochbetagtenanteil (80 Jahre und älter) von 75% in der Stichprobe entspricht in etwa dem Anteil in der gesamten Münchner Heimbevölkerung von 1992 (73%); auch in der bundesweiten Untersuchung lag dieser Anteil nur wenig niedriger (72%).<sup>2</sup>

Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 82,7 Jahre, das der Männer 82 Jahre. Wie aus Abbildung 2.2 hervorgeht, war gerade ein Viertel der Befragten höchstens 79 Jahre. 41% waren mindestens 85 Jahre alt. Im Vergleich zur gesamten Münchner Heimbevölkerung sind die 80-84jährigen in der Stichprobe überrepräsentiert, die mindestens 85jährigen unterrepräsentiert.

Im Pflegebereich war der Frauenanteil mit 87% höher als im Wohnbereich (82%). Auch das Durchschnittsalter war im Pflegebereich (83,1 Jahre) höher als im Wohnbereich (82,3 Jahre). Von den Befragten im Pflegebereich war fast die Hälfte der Befragten 85 Jahre alt und älter (Wohnbereich: 37%).

<sup>1</sup> Klein, T. et al. 1996.

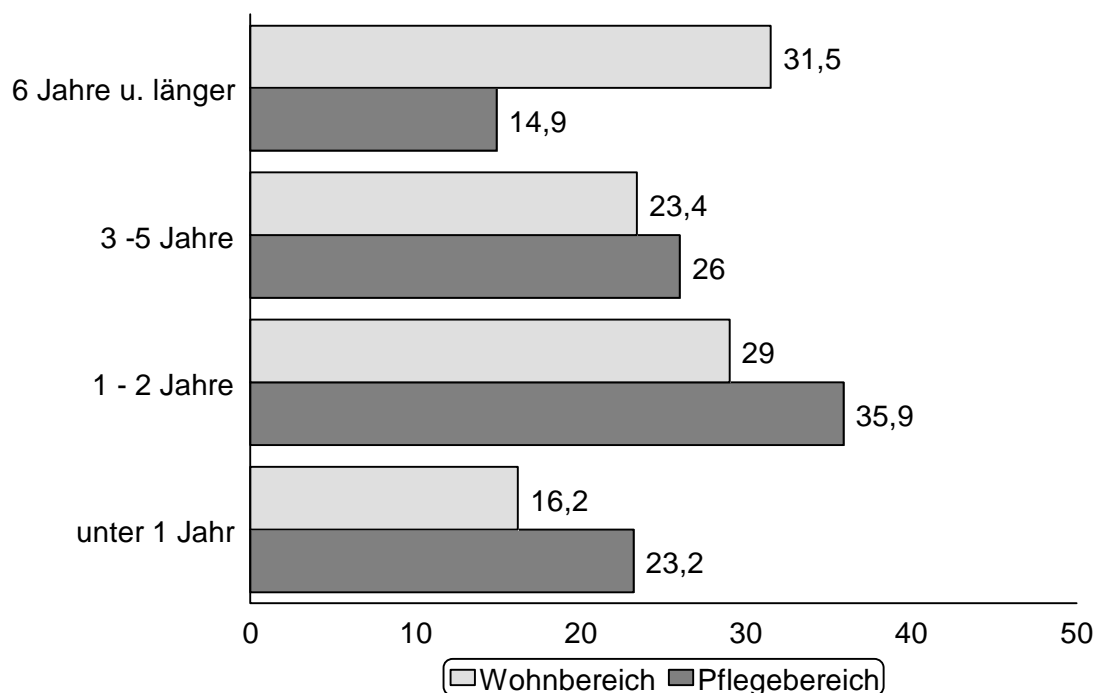
<sup>2</sup> Klein, T. et al. 1996.

## 2.2.2 Wohndauer, Wohnsituation und Finanzierung des Heimaufenthalts

### 2.2.2.1 Wohndauer

- Die Hälfte aller Befragten lebte zum Befragungszeitpunkt maximal zwei Jahre im Heim.
- Etwa jede/r Fünfte (19%) kam 1993 ins Heim, also im Laufe des Jahres, in dem die Befragung stattfand.
- Vergleichsweise viele (14%) lebten schon seit zehn Jahren oder noch länger im Heim.
- Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei ca. 4 Jahren.

**Abb. 2.3:** Jahre seit Heimeintritt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Befragte aus dem Wohnbereich waren mit durchschnittlich knapp 5 Jahren länger im Heim als Befragte aus dem Pflegebereich (3 Jahre). Die kürzere Aufenthaltsdauer der Befragten im Pflegebereich zeigt sich auch in Abbildung 2.3. Im Pflegebereich war fast ein Viertel weniger als ein Jahr im Heim, im Wohnbereich waren es gerade 16%. Umgekehrt wohnte fast ein Drittel aus dem Wohnbereich bereits seit mindestens sechs Jahren im Heim, im Pflegebereich waren es 15%. Ob die Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegebereichs dort die gesamte Zeit seit ihrem Heimeintritt verbrachten, oder ob sie zuvor auch im Wohnbereich lebten, lässt sich mit den Daten nicht nachprüfen.

### 2.2.2.2 Wohnsituation

64% aller Befragten waren im Wohnbereich und 36% im Pflegebereich eines Heims untergebracht. Das entspricht auch der Verteilung der Wohn- und Pflegeplätze der befragten Heime.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren von allen Befragten

12% der Pflegekategorie Leichtpflege,

14,5% der Pflegekategorie Normalpflege und

10% der Pflegekategorie Schwerstpflege

zugeordnet. Männer (72%) lebten häufiger im Wohnbereich als Frauen (62,5%).

Befragte im Wohnbereich lebten überwiegend in einem Appartement (70%) oder in einem Einzelzimmer (28%). Nur wenige (2%) waren in Mehrbettzimmern untergebracht.<sup>1</sup>

Anders sieht es bei den Befragten im Pflegebereich aus. Dort waren die meisten (64%) in einem Mehrbettzimmer untergebracht, 29% in einem Einzelzimmer und 7% in einem Appartement.

Bezogen auf alle Befragten ergibt sich folgendes Bild: Fast die Hälfte aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner lebte in einem Appartement (48%), weniger als ein Drittel lebte in einem Einzelzimmer (28%) und noch jede/r Vierte in einem Mehrbettzimmer (24%).

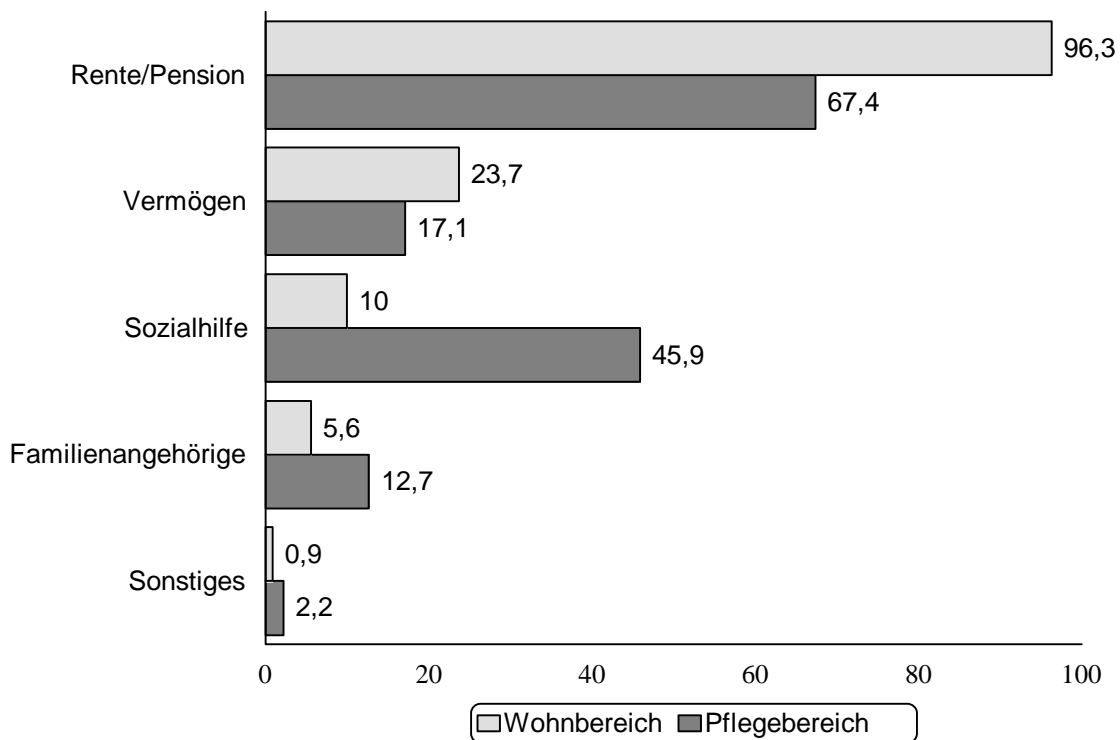
### 2.2.2.3 Finanzierung des Heimaufenthalts

Bei der Frage, wie die Kosten für das Heim bezahlt werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren, wurde überwiegend die eigene Rente oder Pension (86%) genannt. 23% gaben die Sozialhilfe an, 6,4% aller Befragten nannten die Sozialhilfe als einzige Finanzierungsquelle. Bei 21% wurde das eigene Vermögen herangezogen, 8% wurden von ihren Familienangehörigen unterstützt und etwas über 1% nannten sonstige Beihilfen (z.B. Kriegsopferfürsorge). Bei 11 Personen (2%) war die Art der Finanzierung des Heimaufenthaltes unbekannt.

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen Wohn- und Pflegebereich (siehe Abb. 2.4): Die Sozialhilfe zur Finanzierung des Heimaufenthalts wurde viel häufiger von den Befragten angegeben, die in der Pflegeabteilung eines Heimes untergebracht waren (46%), als von Befragten aus dem Wohnbereich (10%). Ebenso wurde die Unterstützung durch Familienangehörige von Befragten im Pflegebereich häufiger genannt (13%). Personen, die bei der Finanzierung des Heimaufenthaltes auf die Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen sind, ziehen wohl erst dann in ein Heim, wenn bereits eine erhebliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit besteht und somit ein Aufenthalt im Pflegebereich notwendig ist. Ob die Befragungspersonen beim Heimeintritt direkt in den Pflegebereich aufgenommen wurden, oder ob sie zunächst im Wohnbereich untergebracht wurden, wurde nicht erhoben. Weitere Anhaltspunkte können sich aus den Gründen für den Heimeintritt ergeben, die weiter unten untersucht werden.

<sup>1</sup> Dazu gehören auch die Zweibettzimmer.

**Abb. 2.4:** Art der Finanzierung des Heimaufenthalts nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

### 2.2.3 Die soziale Situation der Befragten

In Tabelle 2.3 sind die Angaben der Befragten zu ihrer sozialen Situation zusammenfassend dargestellt.

**Tab. 2.3:** Merkmale der sozialen Situation (Angaben in Prozent)

Merkmale der sozialen Situation	Gesamt	Frauen	Männer	Wohnbereich	Pflegebereich
Anzahl der Befragten (100 %)	502	421	81	321	181
<b>Familienstand</b>					
verwitwet	65,9	69,1	49,9	63,2	70,7
ledig	19,5	21,1	11,1	21,8	15,5
geschieden	6,8	6,2	9,9	6,2	7,7
verheiratet	7,8	3,6	29,6	8,7	6,1

<b>Merkmale der sozialen Situation</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>	<b>Wohnbereich</b>	<b>Pflegebereich</b>
<b><i>Kinder i. S-Bahnbereich</i></b>					
keine Kinder	51,9	53,0	46,9	58,3	40,9
ein Kind	32,1	31,6	34,6	29,3	37,0
zwei und mehr Kinder	15,9	15,4	18,5	12,4	22,1
<b><i>Schulabschluß (nur gültige Angaben)</i></b>					
Volks-/Hauptschule	55,5	57,2	47,0	50,2	72,4
Mittel-/Realschule	27,5	29,0	19,7	30,4	18,4
(Fach-)Oberschule/ Gymnasium	17,0	13,8	33,4	19,4	9,2
<b><i>Frühere Stellung im Beruf (nur früher Erwerbstätige)</i></b>					
Arbeiter/in	21,0	21,9	17,7	15,6	32,3
Angestellte/r	54,4	56,6	45,6	58,2	46,5
Beamter/in	10,3	7,4	21,5	12,2	6,3
Selbständig/Freiberuflich	12,8	12,9	12,7	13,7	11,0
<b><i>Monatlich verfügbarer Geldbetrag nach Abzug der Heimkosten (nur gültige Angaben)</i></b>					
unter 100 DM	17,3	17,1	18,5	13,9	23,6
100 bis unter 200 DM	14,7	15,4	11,1	13,5	17,1
200 bis unter 300 DM	29,5	31,8	16,7	21,1	44,7
300 bis unter 500 DM	14,7	15,1	13,0	16,6	11,4
500 bis unter 1000 DM	15,3	14,4	20,4	22,0	3,3
1000 DM und mehr	8,4	6,2	20,4	13,0	0,0

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

### 2.2.3.1 Familienstand

In Heimen leben fast ausschließlich alleinstehende alte Menschen. In der Befragungsstichprobe sind mehr als zwei Drittel aller Frauen und knapp die Hälfte der Männer verwitwet. Auch der Anteil der Ledigen ist bei den Frauen mit rund 20% fast doppelt so hoch wie bei den Männern. Umgekehrt sind unter den Männern noch sehr viel mehr Verheiratete (30%) als bei den Frauen (4%).

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Befragung in Privathaushalten zeigen sich deutliche Abweichungen, die nicht nur auf die unterschiedliche Altersverteilung zurückzuführen sind: Bei den Befragten in Privathaushalten liegt der Anteil der Verheirateten in den Altersgruppen unter 80 Jahren bei insgesamt 59% und geht bei den Hochbetagten (ab 85 Jahren) auf 16% zurück. In den Heimen beträgt der Anteil der Verheirateten bereits in den Altersgruppen unter 80 Jahren insgesamt nur 9% und fällt dann in den höheren Altersgruppen auf 5%.

Verheiratete in Heimen lebten überwiegend mit ihrer Ehepartnerin bzw. ihrem Ehepartner zusammen im selben Appartement (21 Fälle). In 12 Fällen lebt die/der Ehepartner/in noch zu Hause in der Wohnung, in weiteren 5 Fällen im selben Heim im Pflege- oder Wohnbereich.

### 2.2.3.2 Kinder und Enkelkinder

Knapp 40% aller Befragten hatten keine (noch lebende) Kinder; jeweils ein knappes Drittel aller Befragten hatte ein Kind (31,5%) oder auch mehrere Kinder (29%). Der Anteil der Kinderlosen ist bei den Frauen (42%) höher als bei den Männern (27%), was sich zum Teil aus dem höheren Ledigenanteil bei den Frauen erklärt.

Zusätzlich zu diesen Angaben wurde nach den Kindern und Enkelkindern gefragt, die im S-Bahn-Bereich Münchens leben, also in einer Entfernung, die es ihnen ermöglichen würde, ihre Eltern oder Großeltern noch regelmäßig im Heim zu besuchen.

Bezogen auf alle Befragten in Heimen, hatten 48% ein oder mehrere Kinder in der näheren Umgebung, d.h. im S-Bahn-Bereich, und 12% ein oder mehrere Kinder weiter weg. Von den Befragten mit Kindern hatten 60% auch mindestens ein (Ur-) Enkelkind in der näheren Umgebung.

In der Befragung in Privathaushalten hatten erheblich mehr (62%) alte Menschen ein oder mehrere Kinder in der näheren Umgebung oder lebten mit ihnen zusammen. Der Anteil der Kinderlosen betrug 27%.

In den Heimen zeigen sich außerdem größere Unterschiede zwischen Wohn- und Pflegebereich: Der Anteil der Befragten ohne Kinder in der näheren Umgebung war im Wohnbereich (58%) deutlich höher als im Pflegebereich (41%).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Siehe hierzu auch die Ergebnisse zu den Gründen für einen Heimeintritt in Kap. 3.



### 2.2.3.3 Schulabschluß

Im Vergleich zur Befragung in Privathaushalten ist das Bildungsniveau der Befragten hoch, obwohl das Durchschnittsalter in der Heimstichprobe höher liegt.

Von allen Befragten in Heimen hatten<sup>1</sup>

45% einen Volks-/Hauptschulabschluß (Privathaushalte: 62%)

22% die Mittlere Reife (Privathaushalte: 21%)

14% Abitur oder die Fachhochschulreife (Privathaushalte: 7%).

Möglicherweise ist das ein Ergebnis von „Selektionseffekten“. Zum einen steigt die Lebenserwartung mit dem Bildungsniveau an. Zum anderen können für Personen mit einem geringeren Bildungsniveau finanzielle Zugangsbarrieren zum Heim bestehen.

Das Bildungsniveau in der Heimbefragung ist auch im Vergleich zur bundesweiten Untersuchung hoch. Dort hatten mehr als drei Viertel einen Volks- oder Hauptschulabschluß und nur knapp 7% das Abitur oder die Fachhochschulreife.<sup>2</sup>

Bei relativ vielen Befragten (19%) fehlt die Angabe zum Schulabschluß. In der Regel handelt es sich dabei um Bezugspersoneninterviews mit dem Pflegepersonal, die vor allem im Pflegebereich geführt wurden. Für fast die Hälfte aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Pflegebereich (46%) konnte die Frage nach dem Schulabschluß nicht beantwortet werden; im Wohnbereich waren es nur 3%.

Bezogen auf die gültigen Angaben zeigen sich aber in diesem zentralen Indikator der sozialen Lage große Unterschiede zwischen Wohn- und Pflegebereich, die als ein Hinweis auf den niedrigeren sozialen Status von Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Pflegebereich genommen werden müssen.

### 2.2.3.4 Frühere Erwerbstätigkeit und Stellung im Beruf

Alle befragten Männer und auch die Mehrzahl der Frauen (74%) waren früher erwerbstätig.

Der Anteil der Nie-Erwerbstätigen ist unter den Frauen in Heimen (25%) deutlich höher als in Privathaushalten (14%).<sup>3</sup> Dabei zeigt sich ein eindeutiger Alterstrend: Der Anteil der Nie-Erwerbstätigen ist bei den hochbetagten Frauen ab 85 Jahren fast doppelt so hoch (29%) wie bei den unter 80jährigen (15%).

Im Durchschnitt beendeten Frauen im Alter von 55 Jahren, Männer im Alter von 63 Jahren ihre Erwerbstätigkeit.

<sup>1</sup> Die Angaben beziehen sich auf alle Antworten, d.h. einschließlich der „weiß nicht“-Angaben.

<sup>2</sup> Siehe Klein et al. 1996

<sup>3</sup> In der Befragung in Privathaushalten waren ebenfalls alle Männer früher erwerbstätig.

Mehr als die Hälfte der ehemals Erwerbstätigen waren als Angestellte tätig, rund ein Fünftel als Arbeiterin oder Arbeiter. Die Unterschiede zur Befragung in Privat-haushalten sind dabei gering.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im beruflichen Status zeigen sich in den höheren Anteilen von Frauen, die als Angestellte oder als Arbeiterin beschäftigt waren, und in dem höheren Anteil an Beamten bei den Männern. Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich bei den ehemals Selbständigen und freiberuflich Tätigen.

Einige Unterschiede treten dagegen zwischen Wohn- und Pflegebereich auf: Der Anteil der Nie-Erwerbstätigen ist im Pflegebereich (28%) höher als im Wohnbereich (18%). Hinsichtlich der beruflichen Stellung der ehemals Erwerbstätigen ist der Anteil der Arbeiterinnen/Arbeiter im Pflegebereich mit 32% doppelt so hoch wie im Wohnbereich. Umgekehrt ist der Anteil der Angestellten und Beamtinnen/Beamten im Wohnbereich höher. Möglicherweise spielt auch hier die Bezahlbarkeit eines Aufenthaltes eine Rolle.

### 2.2.3.5 Monatlich verfügbarer Geldbetrag

Bei der Frage, wieviel Geld nach Bezahlung aller Kosten und Auslagen für das Heim monatlich noch zur Verfügung steht, wurden im Durchschnitt DM 375 genannt.<sup>1</sup>

Es zeigen sich aber deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie nach Schulbildung und früherer beruflicher Stellung:

- Mit DM 712 verfügten Männer über den 2,3fachen Geldbetrag der Frauen (DM 313).
- Befragte mit (Fach-)Abitur verfügten im Durchschnitt über DM 859, bei Mittlerer Reife waren es DM 405 und bei einem Volks-/Hauptschulabschluß DM 290. Befragte, bei denen die Angabe zum Schulabschluß fehlte, hatten lediglich DM 191 zur Verfügung.
- Ehemalige Beamtinnen und Beamte waren mit DM 634 am besten gestellt. Frühere Angestellte verfügten noch durchschnittlich über DM 461, ehemals Selbständige oder freiberuflich Tätige über DM 297 und frühere Arbeiterinnen/Arbeiter über DM 229. Personen, die nie erwerbstätig waren, waren mit DM 269 sogar noch besser gestellt als frühere Arbeiterinnen oder Arbeiter.

Befragte im Wohnbereich verfügten mit durchschnittlich DM 480 über den 2,6fachen Geldbetrag der Befragten im Pflegebereich (DM 186).

Die Unterschiede in den durchschnittlich verfügbaren Geldbeträgen zeigen sich auch in der Verteilung. 20% der Männer gegenüber nur 6% der Frauen hatten monatlich mindestens DM 1000 zur Verfügung. In den unteren Kategorien (bis unter DM 200) sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen eher gering. Bei den Frauen zeigt sich eine Konzentration auf den Bereich zwischen DM 200 bis unter DM 300; knapp ein Drittel fällt in diese Gruppe.

Fast ein Viertel der Befragten aus dem Pflegebereich hatte nicht einmal DM 100 pro Monat zur Verfügung. Die höheren Einkommenskategorien sind dagegen nur sehr dünn besetzt. Anders ist es im Wohnbereich: hier hatte mehr als ein Drittel der Befragten monatlich mindestens DM 500 zur Verfügung.

---

<sup>1</sup> Bei 31% fehlte die Angabe. Dabei verteilen sich die Antwortverweigerungen gleichmäßig nach den verschiedenen sozialen Merkmalen, die hier herangezogen wurden.

Die bessere finanzielle Situation der Befragten im Wohnbereich korrespondiert mit den Ergebnissen zur Schulbildung, früheren beruflichen Stellung und zur Art der Finanzierung des Heimaufenthalts. Insgesamt lassen sich die Ergebnisse dahingehend interpretieren, daß im Wohnbereich eines Altenheims im Durchschnitt eher gut situierte, häufig alleinstehende und kinderlose ältere Menschen leben.

## **2.2.4 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit**

### **2.2.4.1 Aktivitäten des täglichen Lebens**

Anhand eine Liste von Aktivitäten bzw. Verrichtungen des täglichen Lebens wurde erfaßt, ob die Befragten diese selbst und ohne Hilfsmittel ohne Schwierigkeiten, nur mit Schwierigkeiten oder überhaupt nicht ausführen können.<sup>1</sup> Die folgende Abbildung zeigt, wie sich die Antworten für Befragte im Wohn- und im Pflegebereich verteilen (s. Abb. 2.5).

Aus nachstehender Abbildung ist die erheblich größere Hilflosigkeit bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten im Pflegebereich ersichtlich. Fast alle Aktivitäten konnten von mindestens der Hälfte der Befragten überhaupt nicht mehr oder bestenfalls mit Schwierigkeiten ausgeführt werden. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z.B. Aufräumen, Putzen, Wäsche waschen, Mahlzeiten zubereiten, Einkaufen) oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel waren größtenteils überhaupt nicht mehr durchführbar.

Erhebliche Probleme für die Mehrheit der Befragten zeigen sich in den Bereichen, die kognitive Fähigkeiten erfordern: die Regelung finanzieller Angelegenheiten, sich außerhalb des Heims zurechtzufinden und - in geringerem Maße - sich innerhalb des Heims zurechtzufinden.

Von starken Einschränkungen der innerhäuslichen Mobilität (zu Bett gehen/das Bett verlassen, sich auf Stuhl setzen/ aufstehen, in der Wohnung/ im Zimmer umhergehen, Treppen steigen) waren jeweils mindestens 60% im Pflegebereich betroffen.

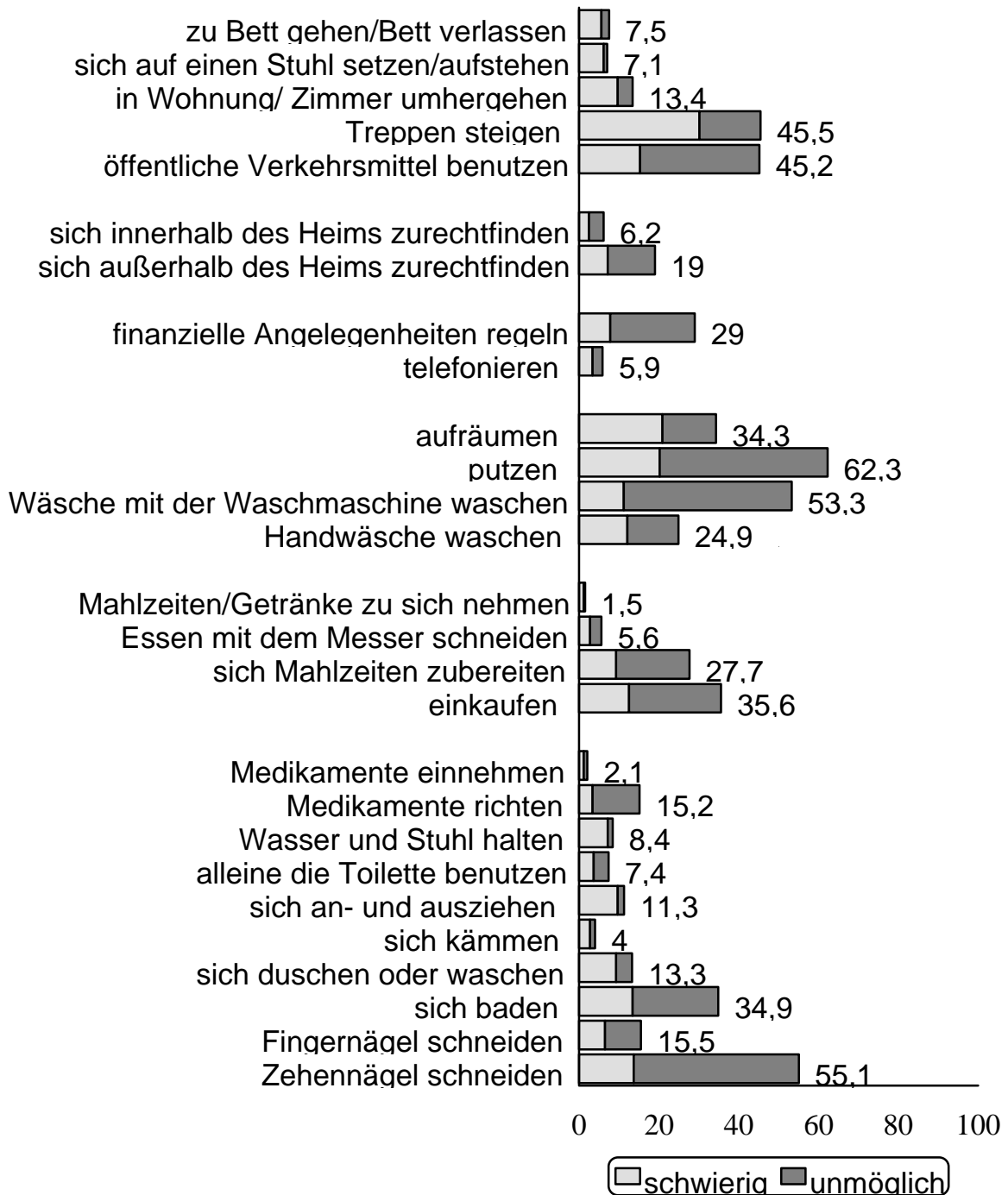
Auch bei Tätigkeiten, die die Körperpflege betreffen, bestand weitgehende Hilflosigkeit. Sich baden, duschen oder waschen war für die meisten alleine nicht mehr möglich, ebenso die Nagelpflege. Die Mehrzahl benötigte Hilfe, um die Toilette zu benutzen. Die Kontrolle über Wasser und Stuhl war für einen erheblichen Anteil ebenfalls nicht mehr gegeben. Ein großer Teil war auch auf Unterstützung beim An- oder Auskleiden angewiesen. Die selbständige Einnahme von Mahlzeiten/ Getränken oder Medikamenten war dagegen für die meisten noch möglich.

Im Vergleich dazu waren die Befragten aus dem Wohnbereich in vielen Bereichen noch weitgehend selbständig. Größere Beeinträchtigungen zeigen sich im hauswirtschaftlichen Bereich, beim Treppensteigen oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Auch bei der Pflege der Zehennägel war ein erheblicher Anteil auf fremde Hilfe angewiesen.

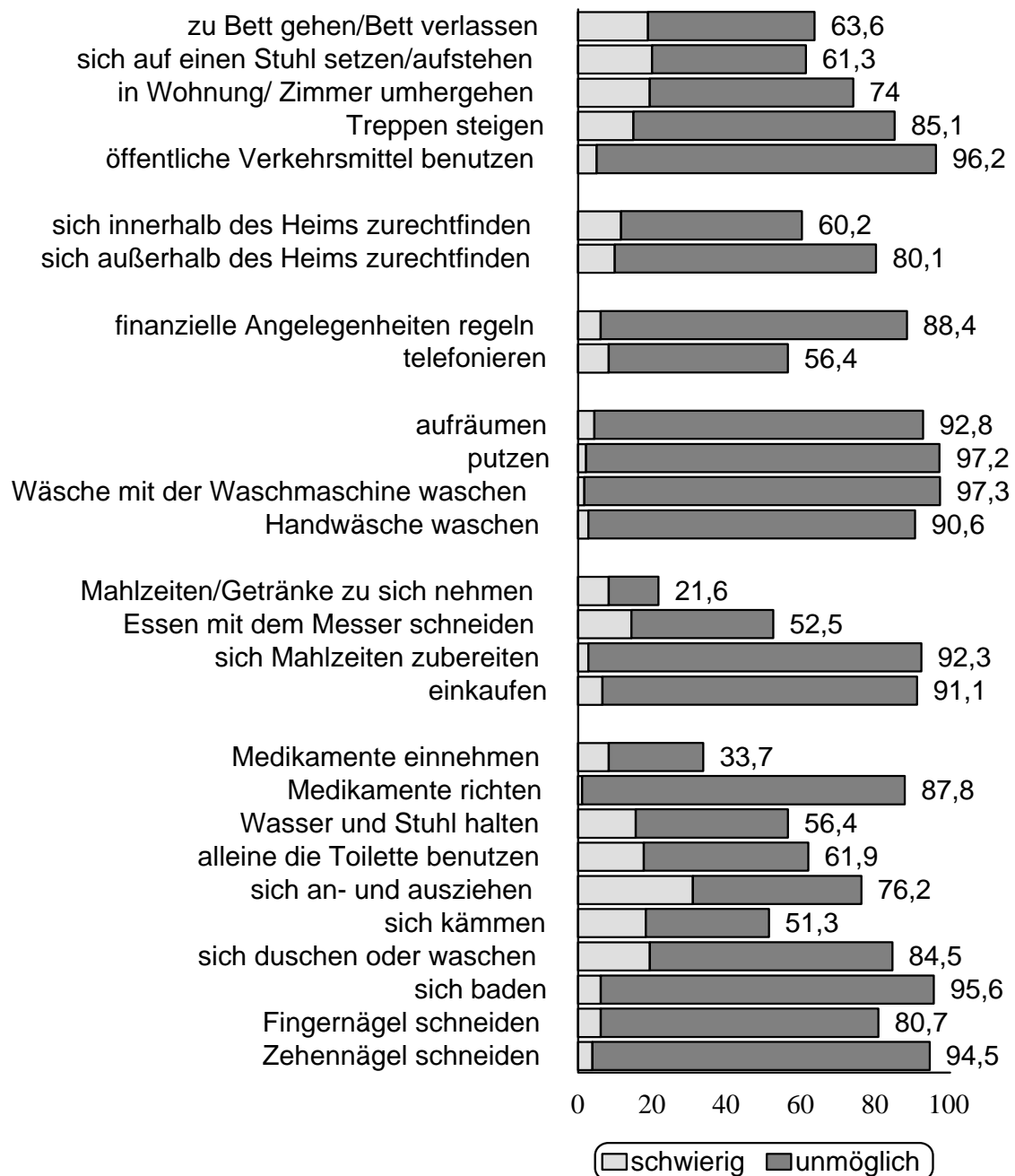
<sup>1</sup> Es wurden 28 Aktivitäten oder Verrichtungen des täglichen Lebens erfaßt („activities of daily living“ = ADL).

**Abb. 2.5:** Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteile der Befragten, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können, nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)

## Wohnbereich



## Pflegebereich



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

### 2.2.4.2 Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

In Anlehnung an das Pflegeversicherungsgesetz wurden Stufen zur Messung des Ausmaßes der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gebildet. Die Zuordnung zu den Stufen erfolgte anhand der Angaben, ob die Befragten einzelne bzw. Kombinationen von Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig ausführen können, oder sie ob dabei auf fremde Hilfe angewiesen sind.<sup>1</sup> Folgende Gruppen werden dabei unterschieden:

- Pflegebedürftige Personen:

Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit

Sowie zusätzlich:

- Hilfebedürftige Personen
- Nicht hilfe- und pflegebedürftige Personen und Personen mit geringfügigen Einschränkungen

#### **Stufe I: erhebliche Pflegebedürftigkeit**

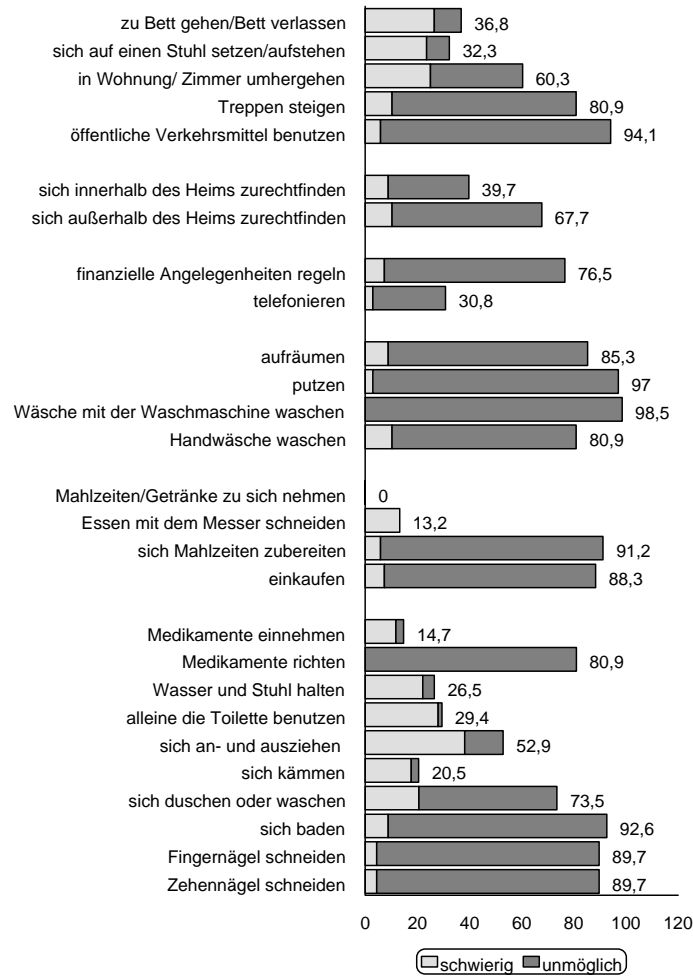
Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *mindestens einmal täglich* der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei den erheblich Pflegebedürftigen ist ein vergleichsweise hohes Maß an Selbständigkeit bei der Verrichtung von Basisaktivitäten noch gegeben (s. Abb. 2.6). Auffallend ist der relativ hohe Anteil der Personen, die sich außerhalb des Heims nicht mehr alleine zurechtfinden oder ihre finanziellen Angelegenheiten nicht mehr alleine regeln können, was auf kognitive Beeinträchtigungen hinweist. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten können, wie auch bei den beiden folgenden Stufen, nicht mehr oder nur zu einem geringen Teil selbst verrichtet werden.

---

<sup>1</sup> Zur Bildung der Gruppen siehe ausführlich Kap. 7.2.1.

**Abb. 2.6:** Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit **erheblicher Pflegebedürftigkeit**, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)



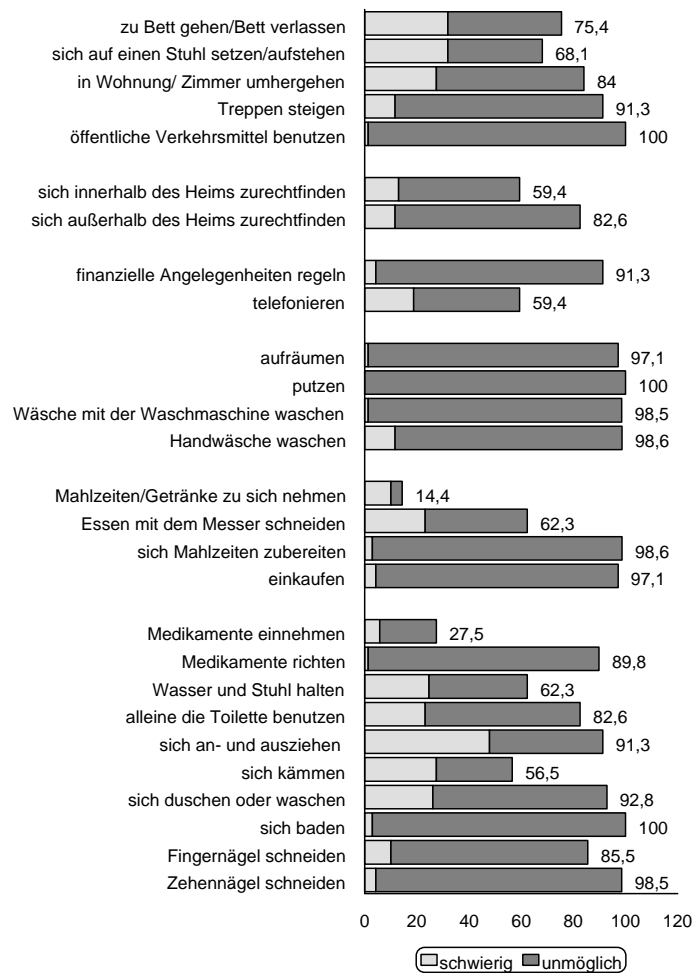
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

## Stufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten* der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Schwerpflegebedürftige können häufig noch einige wenige Basisaktivitäten alleine bewältigen, z.B. Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen (s. Abb. 2.7). Eine Teilgruppe findet sich auch noch im Heim zurecht und kann telefonieren. Einige weitere Tätigkeiten können, wenn auch mit Schwierigkeiten oder mit Unterstützung, ebenfalls noch ausgeführt werden.

**Abb. 2.7:** Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit **Schwerpflegebedürftigkeit**, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

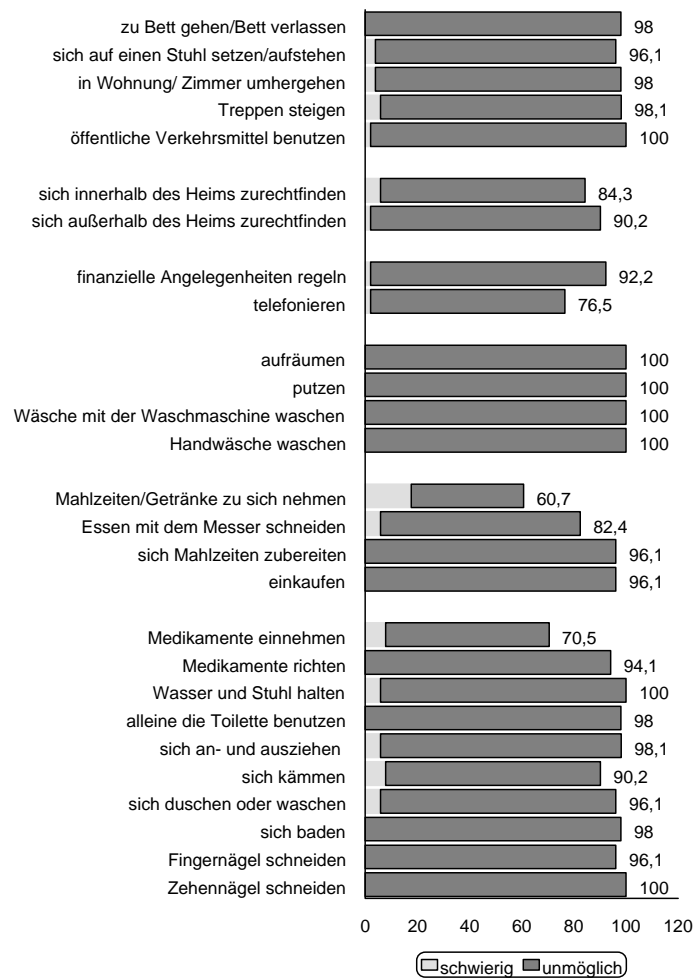


### Stufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *täglich rund um die Uhr*, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Schwerstpflegebedürftige sind bei fast allen Verrichtungen vollständig auf die Hilfe anderer angewiesen (s. Abb. 2.8).

**Abb. 2.8:** Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit **Schwerstpflegebedürftigkeit**, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

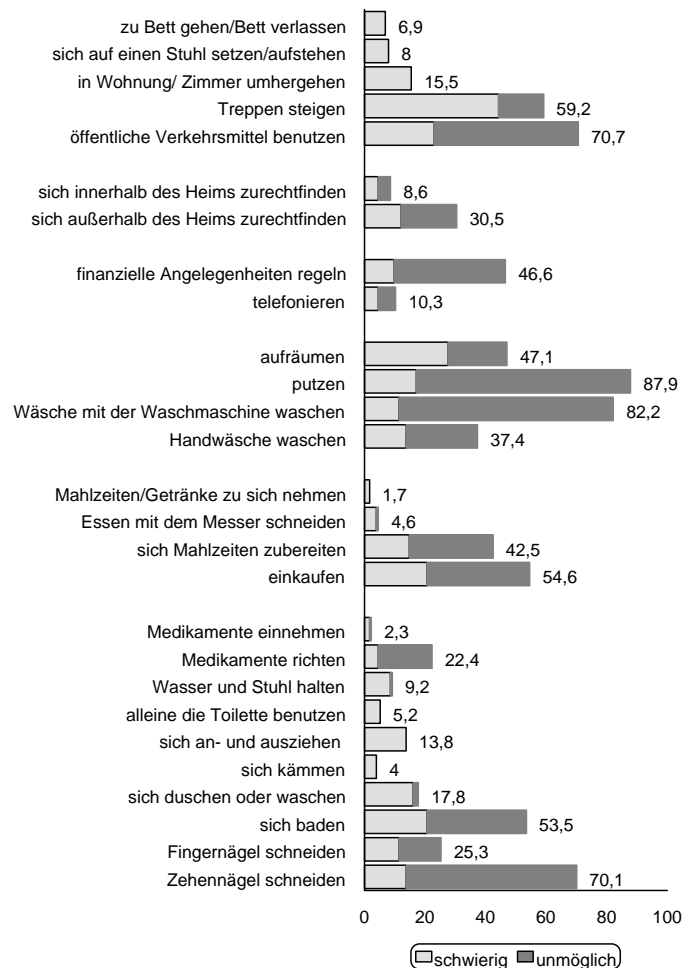
Zusätzlich wurden folgende Stufen gebildet:

**Hilfebedürftigkeit:**

Als hilfebedürftig gelten hier die Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität im häuslichen Umfeld weitestgehend selbständig sind, jedoch einzelne oder mehrere Tätigkeiten aus den Bereichen Hauswirtschaft oder außerhäusliche Mobilität nur mit Schwierigkeiten oder überhaupt nicht ausführen können oder sich alleine nicht mehr zurechtfinden können. Diese Personengruppe ist im Leistungsrecht (Pflegeversicherungsgesetz) nicht definiert.

Hilfebedürftige sind im wesentlichen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und bei Aktivitäten außer Haus eingeschränkt (s. Abb. 2.9). Ansonsten ist in dieser Gruppe eine weitgehende Selbständigkeit noch vorhanden.

**Abb. 2.9: Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit Hilfebedürftigkeit, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

**Personen mit geringfügigen Einschränkungen:**

Eine selbständige Lebensführung ist in allen Bereichen möglich. Einzelne Aktivitäten können jedoch nur mit Schwierigkeiten ausgeführt werden.

**Nicht hilfe- und pflegebedürftige Personen:**

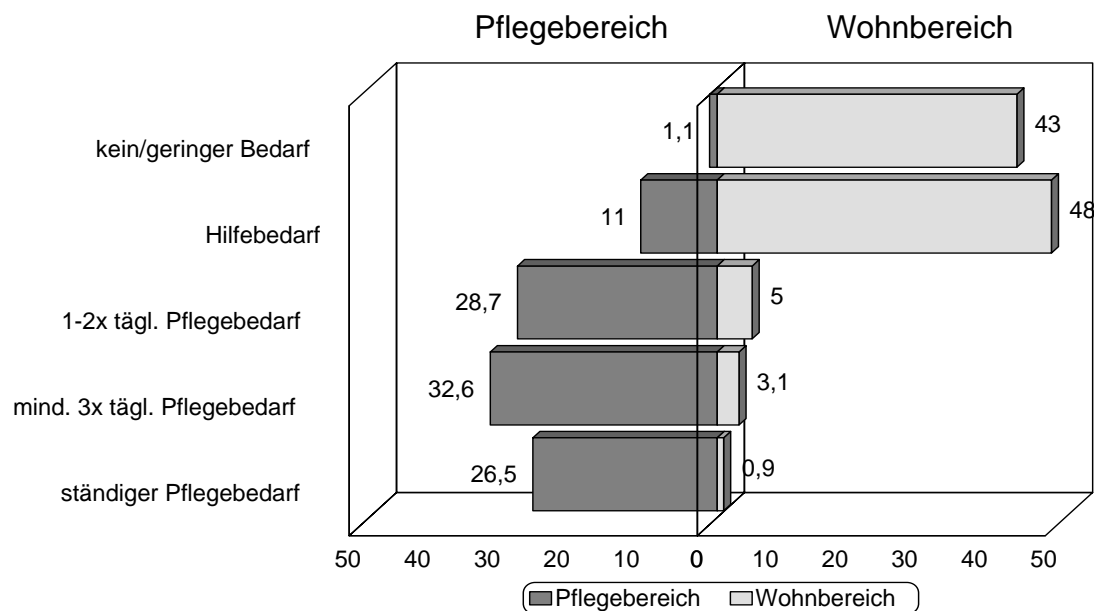
Es bestehen keinerlei Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltagslebens. Alle Aktivitäten können ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden.

Die beiden letztgenannten Gruppen werden in der weiteren Ergebnisdarstellung zusammengefaßt.

Eine direkte Vergleichbarkeit der hier getroffenen Zuordnung zu den Stufen I bis III mit der Zuordnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes ist nicht gegeben. Die Begutachungskriterien des MDK lassen sich über den eingesetzten Fragebogen nicht nachbilden und waren im übrigen zum Befragungszeitpunkt noch nicht endgültig festgelegt.

Wie sich die Befragten auf die hier gebildeten Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach **Wohn- und Pflegebereich** verteilen, ist in folgender Abbildung festgehalten (Abb. 2.10).

**Abb. 2.10:** Verteilung auf die Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsstufen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Im Wohnbereich war ein erheblicher Anteil der Befragten überhaupt nicht oder nur geringfügig hilfe- und pflegebedürftig (43%). Am häufigsten bestand Hilfebedürftigkeit (48%). Pflegebedürftig war nur ein geringer Teil von insgesamt 9%.<sup>1</sup> Im Pflegebereich zeigt sich erwartungsgemäß ein völlig anderes Bild. Insgesamt 88% der Befragten waren pflegebedürftig, weitere 11% hilfebedürftig. Lediglich 1% (2 Befragte) war nur geringfügig eingeschränkt.

Die Vergleichswerte für die ältere **Bevölkerung in Privathaushalten** zeigen ein völlig anderes Bild, wobei die hier verwendeten Kriterien zugrunde gelegt wurden.<sup>2</sup>

66,6%	waren bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten überhaupt nicht eingeschränkt.
20,6%	hatten zwar bei einzelnen Aktivitäten des Alltagslebens Schwierigkeiten, diese alleine ausführen, waren aber nicht auf fremde Hilfe angewiesen.
10,2%	waren aufgrund ihrer Einschränkungen hilfebedürftig.
2,6%	waren pflegebedürftig, darunter:
0,7%	erheblich pflegebedürftig,
1,4%	schwerpflegebedürftig und
0,5%	schwerstpflegebedürftig.

Nach wie vor sind wir bei der Bestimmung des Hilfe- und Pflegebedarfs auf Schätzungen aus Bevölkerungsbefragungen angewiesen. Umfassende und verlässliche Ergebnisse der **Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)** sind derzeit weder für den stationären, noch für den ambulanten Bereich in München verfügbar.<sup>3</sup>

Für die Heime der Münchenstift gGmbH wurden im Herbst 1996 erste Zahlen veröffentlicht.<sup>4</sup> Von den Antragstellern, die als pflegebedürftig eingestuft wurden, waren 15% (141 Bewohner/innen) der Pflegestufe I zugeordnet, 46% (428 Bewohner/innen) der Pflegestufe II und 38% (355 Bewohner/innen) der Pflegestufe III. Dabei handelt es sich allerdings nur um die positiv begutachteten Fälle. Wieviel Bewohnerinnen und Bewohner überhaupt einen Antrag zur Begutachtung gestellt hatten und wieviel davon nicht anerkannt wurden, ist nicht bekannt.

---

<sup>1</sup> In einigen Altenheimen und Altenwohnheimen besteht die Möglichkeit zur Pflege im Wohnbereich. Siehe auch Kap. 1.1.

<sup>2</sup> Diese Angaben weichen von der Darstellung in dem vom Gesundheitsreferat 1995 veröffentlichten Bericht „Gesundheit im Alter - Ergebnisse der Befragung alter Menschen in Privathaushalten“ ab. Dort wurden die Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an ein von Infratest entwickeltes Pflegeintervallmodell gebildet. Das Pflegeintervallmodell weicht jedoch von der Definition der Pflegebedürftigkeit gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz in einigen Punkten wesentlich ab. Auch wurde sowohl der allgemeine Hilfebedarf, wie auch der Pflegebedarf alter Menschen nach dem Pflegeintervallmodell niedriger eingeschätzt. Zu Vergleichszwecken wurden die Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach dem hier angewendeten Verfahren neu berechnet.

<sup>3</sup> Das Sozialreferat hat eine Untersuchung mit dem Ziel in Auftrag gegeben, die Daten des MDK für die Postleitzahlenbezirke in München auszuwerten. Zum Zeitpunkt der Drucklegung des vorliegenden Berichts lagen noch keine veröffentlichbaren Ergebnisse vor.

<sup>4</sup> Siehe Münchner Rathaus Umschau vom 13.09.1996.

Erste Ergebnisse der MDK-Begutachtungen im stationären Bereich liegen auch auf Bundesebene und nach MDK-Regionen vor.<sup>1</sup> Bis zum Stichtag 31.05.1996 lag die Erstbegutachtung von rund 80% der Antragstellerinnen und Antragstellern vor. Für Bayern bzw. das gesamte Bundesgebiet ergaben sich folgende Pflegestufenempfehlungen:

	<b>Bayern</b>	<b>Bundesgebiet</b>
Pflegestufe I	20,7%	19,9%
Pflegestufe II	32,7%	31,4%
Pflegestufe III	30,7%	24,2%
Nicht pflegebedürftig	15,9%	24,5%

Aus den Zahlen werden einige doch recht bedeutsame Unterschiede ersichtlich: In Bayern wurde im Vergleich zum Bundesdurchschnitt häufiger die Pflegestufe III empfohlen; gleichzeitig lag der Anteil derjenigen, die als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden erheblich niedriger. Teilweise werden dafür soziodemographische Faktoren verantwortlich gemacht, ebenso könnten aber auch unterschiedliche Ermessensspielräume in den einzelnen MDK-Regionen eine Rolle spielen.<sup>2</sup>

Festzuhalten bleibt aber, daß die relativ große Gruppe der Hilfebedürftigen nach den gesetzlichen Bestimmungen keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Legt man die Münchner Einwohnerzahlen von 1992 und die hier angewendeten Kriterien zur Bildung der Gruppe der Hilfe- und Pflegebedürftigen zugrunde, wären das in Privathaushalten bei einem Anteil von 10% rund 25.300 Betroffene, in Heimen bei einem Anteil von ca. 35% rund 3.300 Betroffene. Das bedeutet zugleich, daß die meisten Hilfebedürftigen (88%) zu Hause lebten.

Rechnet man die Zahlen für die Pflegebedürftigen hoch, so lebten 1992 rund 3.600 Pflegebedürftige in Heimen und rund 6.600 in Privathaushalten. Auch Pflegebedürftige wurden überwiegend, nämlich zu fast zwei Dritteln, zu Hause versorgt. Welche Gründe für einen Übertritt in ein Heim bzw. für ein Verbleiben im Privathaushalt ausschlaggebend sind, wird im folgenden Kapitel eingehend untersucht.

<sup>1</sup> Nakielski, H.: Jeder vierte Heimbewohner ohne Leistungen der Pflegekasse. In: Pro ALTER 1/96. S. 8 - 12.

<sup>2</sup> Pick, P.: Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in der stationären Pflege. In: NVD 9/1996. S. 296 - 298.



### 3 Daheim oder ins Heim? - Gründe für den Heimeintritt

#### 3.1 Alte Menschen zu Hause: Gedanken an einen Umzug ins Heim<sup>1</sup>

Weitaus die Mehrheit der Menschen möchte ihr Alter lieber zu Hause verbringen als in einem Heim. Das bestätigte sich auch in den Ergebnissen der Befragung alter Menschen in Münchner Privathaushalten. Auf die Frage, ob sie für später den Eintritt in eine "Wohneinrichtung für Ältere" planten, antworteten 33% der über 60jährigen Befragten, das käme für sie gar nicht in Frage, und 34%, das hätten sie noch nicht überlegt. Nur 21% hatten dergleichen bereits in Erwägung gezogen, und 4% sagten, sie hätten dies wohl irgendwann vor; 7% waren bereits in einer solchen Einrichtung angemeldet.

Die Bereitschaft, sich mit einem möglichen späteren Übertritt in ein Altenheim auseinanderzusetzen, hängt sowohl von der Lebenssituation als auch von der gesundheitlichen Lage ab (s. Tab. 3.1).<sup>2</sup> So waren jeweils rund 40% der Hochbetagten (80 Jahre und älter), der Alleinlebenden und der Befragten ohne Kinder im S-Bahn-Bereich, d.h. in der näheren Umgebung, bereit, sich mit einem Heimeintritt zu befassen. Ebenso konnten sich 37% der multimorbiden Befragten, die an mindestens fünf verschiedenen Krankheiten litten, einen Heimaufenthalt vorstellen. Auffallend ist, daß von den zu Hause lebenden Befragten sich vor allem Hilfebedürftige (40%) und weniger regelmäßig Pflegebedürftige (24%) mit der Frage eines Heimeintritts beschäftigten.<sup>3</sup> Vermutlich liegt das daran, daß die Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden können, ihre Hilfenetzwerke haben, während Hilfebedürftige noch häufiger auf sich alleine gestellt sind.

Festzuhalten bleibt die überwiegend ablehnende Haltung gegenüber einem Umzug ins Heim. Auch bei bestehenden Versorgungsdefiziten (Erhalt von pflegerischen Hilfen zu selten oder gar nicht) zogen insgesamt über 40% der Hilfe- und Pflegebedürftigen ein Leben zu Hause vor.

Durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes konnten in der Gruppe der Pflegebedürftigen Versorgungsdefizite abgebaut werden, nicht jedoch in der Gruppe der Hilfebedürftigen. Von dieser Gruppe konnten sich in der Befragung von 1992 noch 40% einen Umzug in ein Heim bzw. in eine Wohneinrichtung für Ältere vorstellen. Die Auswertung der Befragung in Privathaushalten hat zudem gezeigt, daß ambulante Pflegedienste die Hilfe von Angehörigen zumeist nicht ersetzen, sondern nur ergänzen können. Die Angehörigenhilfe wurde durch das Pflegeversicherungsgesetz gestärkt. Pflegebedürftige ohne nahe Angehörige bleiben aber auf stationäre Einrichtungen angewiesen.

<sup>1</sup> Die folgenden Ergebnisse sind im wesentlichen aus der Arbeit: „Zur Gesundheit alter Menschen in Haushalten und Heimen. Bericht über Vergleiche von Ergebnissen zweier Befragungen alter Menschen in München.“ Untersuchung im Auftrag des Gesundheitsreferats der Landeshauptstadt München. GFS-medix, Neuherberg, 1996. Bearbeitung durch W. Satzinger, A. Mielck und K. Hoppe.

<sup>2</sup> Zu der Gruppe derjenigen, die einen Heimeintritt geplant oder erwogen hatten, zählen die Befragten, die einen Heimeintritt in Erwägung gezogen hatten, dies irgendwann mal vorhätten oder bereits angemeldet waren. Das sind 32% (N = 551) der insgesamt 1742 Befragten in Privathaushalten. Sämtliche der in Tab. 3.1 aufgeführten Merkmale wirken sich hochsignifikant auf die Heimeintrittsbereitschaft aus.

<sup>3</sup> Zur Definition des Hilfe- und Pflegebedarfs siehe Kap. 2.2.4.

**Tab. 3.1:** Heimeintrittsbereitschaft, Lebenslage und gesundheitliche Situation (Angaben in Prozent)<sup>1)</sup>

<b>Merkmale der Lebenslage und der gesundheitlichen Situation</b>	<b>Heimeintritt geplant oder erwogen? Ja</b>
<i>Alter</i>	
unter 80 Jahre	29,5
80 Jahre und älter	40,7
<i>Alleinlebend</i>	
ja	40,1
nein	26,7
<i>Kinder im S-Bahn-Bereich</i>	
kein Kind	40,3
mindestens ein Kind	27,2
<i>Zahl der Krankheiten</i>	
bis zu vier	28,0
fünf und mehr	37,2
<i>Hilfe- und Pflegebedürftigkeit</i>	
kein bzw. geringer Bedarf	31,3
Hilfebedürftigkeit	40,0
Pflegebedürftigkeit	23,9

<sup>1)</sup> Befragung alter Menschen in Privathaushalten.

Quelle: Gesundheitsreferat. Berechnungen von GSF-medis.

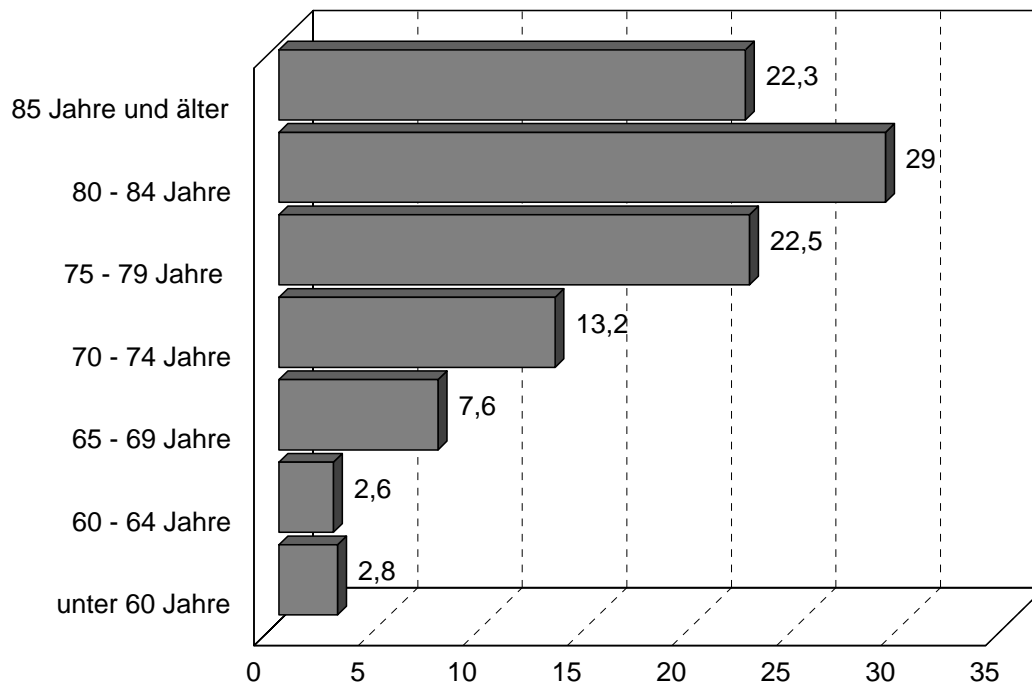


## 3.2 Alte Menschen in Heimen: Die Situation beim Eintritt ins Heim

### 3.2.1 Alter beim Heimeintritt

Das durchschnittliche Alter beim Eintritt ins Heim lag bei 78,4 Jahren. Die Verteilung nach Eintrittsaltersgruppen ist in Abbildung 3.1 festgehalten.

**Abb. 3.1:** Alter beim Heimeintritt (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Aus der Abbildung ist erkennbar, daß die Befragten erst ab einem Alter von 75 Jahren in nennenswertem Umfang ins Heim eintraten. Ein Eintritt ins Heim in einem Alter unter 65 Jahren war eher selten.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Da nicht bekannt ist, in welchen Bereich die Befragten eingetreten sind, wird nicht nach Wohn- und Pflegebereich getrennt ausgewertet.

### 3.2.2 Lebenssituation vor dem Heimeintritt

Die meisten Befragten lebten vor dem Heimeintritt zu Hause (93%). 7% waren zuvor in einem anderen Heim.<sup>1</sup>

Von den Befragten, die von zu Hause kamen, lebten zwei Drittel zuvor alleine, weitere 17% mit der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner, 14% mit Familienangehörigen und 1% mit sonstigen Personen zusammen. Es zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede:

- Frauen lebten vor dem Heimeintritt überwiegend alleine (72%); relativ wenige lebten mit Familienangehörigen (15%) oder mit dem Ehepartner (11%).
- Die Hälfte (49%) der Männern lebte dagegen vor dem Eintritt mit der Ehepartnerin zusammen, 38% waren zuvor alleine und nur 6% kamen aus einer Lebensgemeinschaft mit Familienangehörigen.

### 3.2.3 Gründe für den Heimeintritt

Als Gründe<sup>2</sup> für den Heimeintritt gaben die Befragten am häufigsten Probleme mit dem Gesundheitszustand (53%) oder Versorgungsschwierigkeiten (50%) an, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.<sup>3</sup> Veränderungen der Lebenssituation (z.B. Krankheit oder Tod der Ehepartnerin/des Ehepartners) oder familiäre oder persönliche Probleme (z.B. Konflikte mit Familienangehörigen oder Einsamkeit bei Alleinlebenden) wurden von jeweils 19% der Befragten genannt. Seltener waren Vorsorgeaspekte (5%) oder andere Gründe (9%), z.B. die Wohnsituation (Kündigung der Wohnung, ungünstige Wohnverhältnisse u.a.).

Wurde der Gesundheitszustand genannt (265 Fälle), handelte es sich im einzelnen um folgende Probleme (Mehrfachnennungen):

- 78% gaben eine Verschlechterung des Gesundheitszustands an,
- 23% nannten das Auftreten einer neuen Erkrankung,
- 14% hatten einen Unfall oder Sturz,
- 2% litten unter Verwirrtheit/Demenz.

---

<sup>1</sup> Frauen (8%) kamen etwas häufiger aus einem anderen Heim als Männer (4%). Ebenso waren Befragte, die beim Eintritt bereits mindestens 85 Jahre alt waren, häufiger zuvor in einem anderen Heim (13%) als jüngere Befragte (6%). Von den 37 Personen, die zuvor in einem anderen Heim untergebracht waren, kamen die meisten aus dem Wohnbereich eines Altenheims oder aus dem Altenwohnheim (29 Fälle). Sechs Personen waren zuvor bereits in der Pflegeabteilung eines anderen Heims bzw. in einem Pflegeheim.

<sup>2</sup> An den Gründen dürfte sich seit der Befragung im Prinzip nichts geändert haben. Durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur ist aber anzunehmen, daß eine Verschärfung der Problemlagen eingetreten ist.

<sup>3</sup> Gesundheits- und Versorgungsprobleme wurden auch in der bundesweiten Untersuchung mit 56% als häufigste Gründe für den Heimeintritt genannt (Klein et al. 1996).

Bei Versorgungsschwierigkeiten (249 Fälle) handelte es sich im einzelnen um folgendes (Mehrfachnennungen):

- 79% konnten sich nicht mehr alleine versorgen,
- 27% wurden pflegebedürftig,
- 10% kamen auf Veranlassung anderer Personen (z.B. Arzt, Familienangehörige) oder zur Entlastung von Angehörigen ins Heim.

Wurden zwei oder mehr Gründe genannt (35%), handelte es sich in drei Viertel aller Fälle um Probleme mit dem Gesundheitszustand in Verbindung mit Versorgungsschwierigkeiten.

In Tabelle 3.3 werden die von den Befragten angegebenen Gründe für den Heimeintritt im Zusammenhang mit Merkmalen ihrer Lebens- und Versorgungssituation aufgezeigt.

Bei allen Befragten und insbesondere bei den Befragten, die mit 85 Jahren oder später ins Heim eingezogen sind, standen Probleme mit dem Gesundheitszustand und Versorgungsschwierigkeiten im Vordergrund. Andere Gründe wurden eher bei einem jüngeren Eintrittsalter genannt, wobei deutlich mehr Männer als Frauen Gründe angaben, die mit einer Veränderung ihrer Lebenssituation zusammenhängen.

Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der **Lebensform** vor dem Heimeintritt:

- Zuvor Alleinlebende nannten am häufigsten Versorgungsschwierigkeiten, gefolgt von Problemen mit dem Gesundheitszustand. Andere Gründe waren von geringerer Bedeutung.
- Befragte, die vorher mit ihrer Ehepartnerin oder ihrem Ehepartner zusammengelebt hatten, machten überwiegend Veränderungen ihrer Lebenssituation geltend (v.a. Krankheit oder Tod der Partnerin/des Partners). Probleme mit dem Gesundheitszustand spielten ebenfalls eine große Rolle. In dieser Gruppe wurden aber vergleichsweise selten Versorgungsschwierigkeiten genannt. Häufiger waren dagegen Vorsorgeaspekte für einen Heimeintritt ausschlaggebend.
- Befragte, die vorher mit Familienangehörigen zusammenlebten, nannten zwar am häufigsten Gesundheits- und Versorgungsprobleme. Dazu kommen Schwierigkeiten im Zusammenleben mit anderen, die ebenfalls relativ häufig genannt wurden.

Befragte, die zuvor in einem anderen Heim lebten, nannten vorrangig gesundheitliche Gründe und Versorgungsschwierigkeiten. Da die meisten aus einem Wohnheim bzw. aus dem Wohnbereich eines Altenheims kamen, ist anzunehmen, daß sie dort bei zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht mehr angemessen versorgt werden konnten.

**Tab. 3.3:** Gründe für den Heimeintritt nach Merkmalen der Lebens- und Versorgungssituation (Angaben in Prozent, Fallzahlen in Klammern; Mehrfachnennungen)

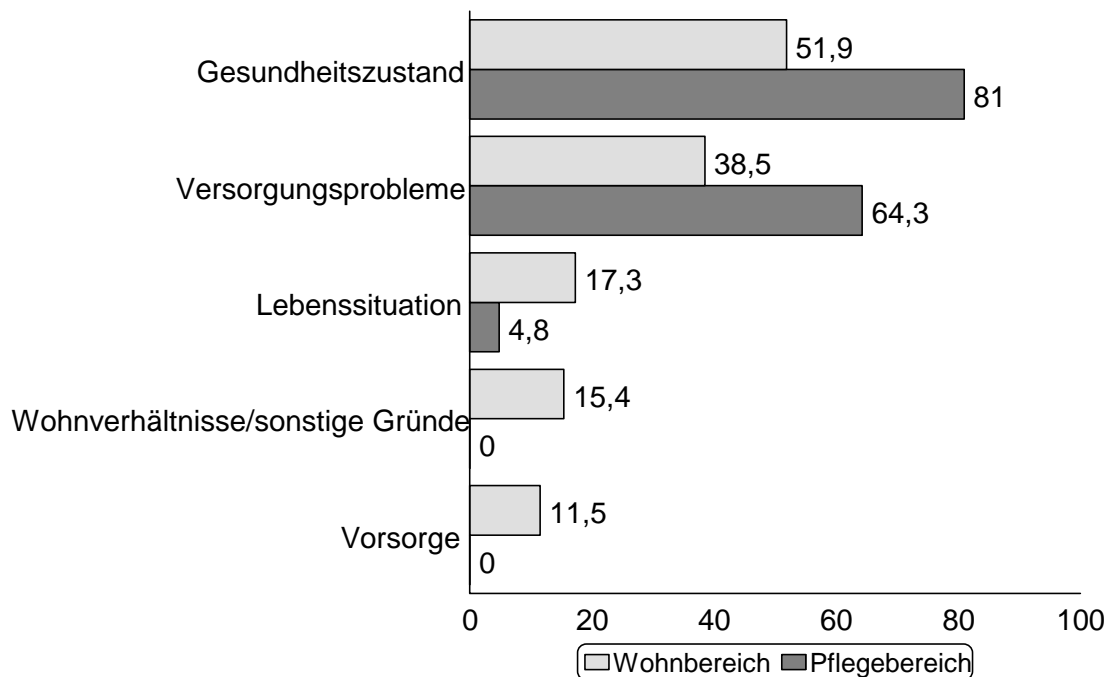
<b>Merkmale</b>	Gesundheitszustand	Versorgungsschwierigkeiten	Veränderung der Lebenssituation	Vorsorge	Sonstige Gründe
<b>Geschlecht:</b>					
Frauen	54,2	49,2	17,1	4,8	8,8
Männer	45,7	51,9	30,9	7,4	8,6
<b>Eintrittsalter:</b>					
bis 69 Jahre	49,2	33,9	24,6	6,2	13,9
70 - 74 Jahre	50,0	40,9	15,2	7,6	13,6
75 - 79 Jahre	51,8	41,2	29,0	7,0	7,0
80 - 84 Jahre	48,3	51,7	15,2	4,8	10,3
85 Jahre u. älter	63,4	69,6	14,3	1,8	2,7
<b>Lebensform<sup>1</sup> :</b>					
Alleine	53,9	56,1	10,7	4,5	9,7
Mit Ehepartner/in	43,0	24,1	50,6	13,9	7,6
Mit Familienangehörigen	47,6	44,4	28,6	0,0	6,4
<b>Wo vorher gelebt?</b>					
Zu Hause	51,4	48,8	19,8	5,4	9,0
Anderes Heim	70,3	59,5	13,5	2,7	5,4
<b>Gesamt</b>	52,8	49,6	19,3	5,2	8,8
<i>Basis: 502 Befragte (100%)</i>	(265)	(249)	(97)	(26)	(44)

<sup>1)</sup> 8 Personen lebten mit anderen Personen zusammen, bei 5 Personen war die frühere Lebensform unbekannt. Aufgrund der geringen Fallzahl sind diese in der Tabelle nicht dargestellt.

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Die Gründe für den Eintritt in den **Wohn- oder in den Pflegebereich** eines Heims werden hier nur für die Befragten untersucht, die im Laufe von 1993 in ein Heim eintraten.<sup>1</sup> Dabei wird angenommen, daß die meisten Befragten direkt in den Wohnbereich oder in den Pflegebereich aufgenommen wurden und somit ein unmittelbarer Bezug zwischen den Heimeintrittsgründen und der Unterbringungsform besteht. Bei denen, die schon länger im Heim waren, ist ein eventueller Wechsel vom Wohn- in den Pflegebereich nicht auszuschließen, so daß für eine nicht angebbare Zahl von Befragten die Gründe für den Heimeintritt nicht mit der Wohnform zum Befragungszeitpunkt korrespondieren.

**Abb. 3.3:** Gründe für den Heimeintritt nach Wohn- und Pflegebereich für die Befragten, die 1993 ins Heim eintraten (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Befragte aus dem Pflegebereich nannten nahezu ausschließlich gesundheitliche Probleme und/oder Versorgungsschwierigkeiten als Gründe für den Heimeintritt. Nur sehr vereinzelt wurden auch Probleme im Zusammenhang mit der Lebenssituation angegeben. Für Befragte aus dem Wohnbereich gelten diese Gründe in weitaus geringerem Maße. Andere Gründe waren ebenfalls von Relevanz, so daß sich hier ein breiter gestreutes Bild zeigt.

<sup>1</sup> 1993 kamen insgesamt 94 Befragte neu in ein Heim. 52 Befragte lebten zum Befragungszeitpunkt im Wohnbereich und 42 im Pflegebereich.

### 3.2.4 Krankenhausaufenthalte vor dem Eintritt ins Heim

Insgesamt 28% aller Befragten waren laut Selbstauskunft in einem Krankenhaus und/oder in einer Rehabilitationsklinik, bevor sie in das Heim kamen.

In den Auswertungen fiel auf, daß diese Nennungen mit zunehmender Dauer des Heimaufenthaltes abnehmen. Fast die Hälfte der Personen (49%), die im Laufe von 1993 im Heim aufgenommen wurden, gab einen stationären Aufenthalt vor dem Heimeintritt an. Bei einer Aufenthaltsdauer von ein bis zwei Jahren waren es noch 30%, bei drei bis fünf Jahren 25%. Nur noch 14% der Befragten, die seit mindestens sechs Jahren im Heim lebten, nannten einen vorherigen stationären Aufenthalt. Möglicherweise spielen hier Erinnerungslücken der Befragten bzw. deren befragte Bezugspersonen eine Rolle oder ein vorhergehender stationärer Aufenthalt wird nicht oder nicht mehr in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeintritt gesehen.

Als relativ valide können dagegen die Angaben der 1993 ins Heim eingetretenen Befragten gelten: Demnach hatte **rund die Hälfte vor dem Übertritt in ein Heim einen stationären Aufenthalt** in einem Krankenhaus und/ oder Rehabilitationsklinik:<sup>1</sup>

39% waren nur im Krankenhaus,

6% waren im Krankenhaus und in einer Rehabilitationsklinik und

3% waren nur in einer Rehabilitationsklinik.

Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Befragten aus dem Wohn- und Pflegebereich. Von den Befragten, die 1993 ins Heim eintraten, waren

- 67% aus dem Pflegebereich und
- 35% aus dem Wohnbereich

zuvor in einem Krankenhaus und/oder in einer Rehabilitationsklinik. Hieraus erwachsen hohe Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung im Heim.

Dieses Ergebnis macht deutlich, daß die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Heime für die Versorgung pflegebedürftiger, alter Menschen von großer Bedeutung ist.

---

<sup>1</sup> Ob die Befragten direkt aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik ins Heim kamen, ist nicht bekannt. Auf jeden Fall wird der stationäre Aufenthalt im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Eintritt ins Heim gesehen.