

Partizipative Altersplanung

Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen

Teil II: Selbstbestimmtes und
selbstständiges Leben zu Hause

Autoren

Pia Flörsheimer-Leyerer

Stadt Frankfurt am Main, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt,
Fachreferat Grundsatz

Bernd Kraus

Caritasverband Frankfurt e. V.

Christina Kreis

Club Behinderter und Ihrer Freunde in Frankfurt und Umgebung e.V., CeBeeF e. V.,
Frankfurt am Main

Ute Poggemeyer

Stadt Frankfurt am Main, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt,
Rathaus für Senioren

Wolfgang Rühl

Stadt Frankfurt am Main, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt,
Fachreferat Grundsatz

Stefan Schröter

KONTAKT – freie Alten- und Krankenhilfe e. V., Frankfurt am Main

Petra Wald

Stadt Frankfurt am Main, Dezernat Sport und Wohnungswesen,
Amt für Wohnungswesen

Koordination und Redaktion sowie Anhang 10.1 – 10.3

Bettina Reinecke

Renate Depireux

Hartmut Stelter

Stadt Frankfurt am Main, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt,
Fachreferat Grundsatz, Jugendhilfe- und Sozialplanung

Redaktion

Susanne Söllner

Caritasverband Frankfurt e. V.

Druck + Verarbeitung:

Datenbearbeitung & Druckservice, 60386 Frankfurt, www.daten-service.de

Frankfurt am Main 2006

Dezernat für Soziales und Jugend

STADT  FRANKFURT AM MAIN

Partizipative Altersplanung

Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen

Teil II: Selbstbestimmtes und
selbstständiges Leben zu Hause

Vorwort

Unter dem Titel „Partizipative Altersplanung – Entwicklung von Strukturen und Angebote für heute und morgen“ hat der Magistrat den Altenhilfeplan konzeptionell und unter Anpassung an aktuelle Fragestellungen fort geschrieben. Damit wurde ein Prozess angestoßen, der Planung als einen andauernden, kommunikativen und vernetzenden, aber auch vielschichtigen und offenen Prozess versteht.

Entsprechend diesem Planungsverständnis wurden eine Vielzahl von gesellschaftlichen Akteuren in den Planungsprozess eingebunden. Neben der Beteiligung von interessierten Bürgerinnen und Bürgern waren u. a. Vertreter der Verbände der freien Wohlfahrtspflege sowie Repräsentanten von Fachhochschule, Universität, Stiftungen, Arbeitsgemeinschaften oder dem Stadtverband Frankfurter Vereinsring mit einbezogen. Das im Anschluss an dieses Vorwort eingefügte Organigramm zeigt die Struktur der Gremien und ihre Beziehung zueinander.

Neu ist auch, dass die Planung bereits die Belange und Bedürfnisse der Menschen ab 50 Jahren mit in die Betrachtung einbezog. Denn nicht nur für die heutigen Seniorinnen und Senioren, sondern auch für die künftigen Alten müssen Angebote bzw. Strukturen im Sinne einer altengerechten Gestaltung Frankfurts geplant und realisiert werden.

In vier themenspezifischen Arbeitsgruppen wurden Schwerpunktthemen bearbeitet und in vier Teilberichten unter den Titeln

- I. Lebenslagen und gesellschaftliche Teilhabe
- II. Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu Hause
- III. Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung
in stationären Einrichtungen
- IV. Gesundheitliche Versorgung

zusammengefasst.

Damit sind die Arbeiten zur Partizipativen Altersplanung noch nicht beendet. Diese werden noch um einen abschließenden fünften Bericht unter dem Titel „Entwicklung von Strukturen und Angeboten für Seniorinnen und Senioren in Frankfurt am Main - heute und morgen“ ergänzt. Dieser letzte Teilbericht, den das Sozialdezernat – in Abstimmung mit den Verantwortlichen der Teilberichte und dem Beirat - derzeit erar-

beitet, ist eine Zusammenfassung der vier Teilberichte, verbunden mit einer Bewertung und Priorisierung der sehr zahlreichen Handlungsempfehlungen. Insbesondere werden in diesem fünften Teilbericht auch gesellschaftliche Gruppen sowie themenübergreifende Aspekte berücksichtigt, die aufgrund der Komplexität der Themen in den bereits vorliegenden Berichten nur in sehr unterschiedlichem Maße bearbeitet werden konnten.

Dieses sind Themen und Aspekte wie „Menschen mit Behinderungen“, „Ältere Migrantinnen und Migranten“, „Lesben und Schwule“, „Obdachlose“, „Ehrenamt“ oder „Netzwerke“. Letztendlich soll der fünfte Bericht in Kernaussagen zum weiteren Vorgehen und zur Qualitätssicherung der Altenarbeit in Frankfurt am Main münden.

In der Vielzahl der Themen und Aspekte, die be- und erarbeitet wurden, spiegelt sich zum Teil auch der demografische Wandel unserer Gesellschaft. Bereits heute sind rund ein Drittel der Bevölkerung 50 Jahre und älter. Deshalb wird auch in den nächsten Jahren die Bevölkerungsgruppe 50+ weiterhin unter verschiedenen Aspekten Gegenstand von Untersuchungen sein.

Der hier angestoßene Prozess der Partizipativen Altersplanung wird und muss sich fortsetzen, eröffnet er doch Möglichkeiten und Chancen zugleich.

Ich danke allen, die dazu beigetragen haben, dass die Berichte und damit eine erste Basis für den weiteren Weg der Alters- und Sozialplanung in Frankfurt am Main entstehen konnten.



Franz Frey

Dezernent für Soziales und Jugend

Partizipative Altersplanung:
Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen

AG nach § 95 BSHG
Verbände d. Fr. Wohlfahrtspflege
Dezernat Soziales und Jugend
Stadtgesundheitsamt
Jugend- und Sozialamt

Fachbeirat
Verbände d. Fr. Wohlfahrtspflege
Dezernat Soziales und Jugend
Seniorenbeirat
Fachhochschule Frankfurt am Main
Universität d. 3. Lebensalters
Stiftungen
engagierte ältere BürgerInnen
Bezirksärztekammer
FBAG, AK HIWA
Frankfurter Forum Lesben u. Schwule
Stadtverb. Fifer Vereinsringe
Amt f. multikulturelle Angelegenheiten
Ehrenamtl. Dienst des Amtes 51
Frauenreferat
Hessisches Amt für Versorgung und Soziales - Versorgungsamt
Stadtgesundheitsamt
Jugend- und Sozialamt

Dez. VIII

UAG Partizipative Altersplanung (Steuerungsgruppe)
Vertreter Verbände d. Fr. Wohlfahrtspflege
Vertreter Stadt Frankfurt:
Stadtgesundheitsamt
Jugend- und Sozialamt

Themenspezifische Arbeitsgruppen zu den Teilberichten (Arbeitsmittel)

Experten

Querschnitt-Themen: Menschen mit Behinderungen, Kultursensible Aspekte (Migrantinnen und Migranten, Schwule/Lesben), Ehrenamt, Netzwerk	
1. Lebenslagen und gesellschaftl. Teilhabe Arbeiterwohlfahrt Caritasverband CIL-Parität. Bildungswerk Der PARITÄTISCHE Frankf. Verband für Alten- und Behindertenhilfe Institut für Sozialarbeit Seniorenbeirat St.Katharinen- und Weißfrauenstift BürgerInnen, Netzwerk f. gemeinschaftl. Wohnen (Obdachlosenarbeit) Stadt Frankfurt: Bürgeramt, Statistik und Wahlen Geschäftsstelle des Präventionsrat Stadtbücherei Jugend- und Sozialamt	2. Selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu Hause Caritasverband CeBeef Ev. Verein für Innere Mission und Krankenhilfe KONTAKT - freie Alten- und Krankenpflege Stadt Frankfurt: Amt f. Wohnungswesen Jugend- und Sozialamt
3. Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationär. Einrichtungen Ev. Verein für Innere Mission Frankf. Verband für Alten- und Behindertenhilfe Franziska Schervier Altenpflegeheim Haus Aja-Textor-Goethe Stadt Frankfurt: Jugend- und Sozialamt	4. Gesundheitliche Versorgung Caritasverband Deutsches Rotes Kreuz Ev. Verein f. Innere Mission Frankf. Verband für Alten- und Behindertenhilfe Frankf. Verein für soziale Heimstätten Institut für Sozialarbeit KOMM-ambulante Dienste Stadt Frankfurt: Stadtgesundheitsamt Städt. Kliniken Frankfurt-Höchst Jugend- und Sozialamt

Experten

5. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für Senioren in Frankfurt am Main - heute und morgen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Grundlegende Implikationen	1
2. Wohnen im Alter	6
2.1 Allgemeine Betrachtungen	6
2.1.1 Zunahme von Einpersonenhaushalten, insbesondere von Frauen	7
2.1.2 Qualität der Wohnraumausstattung	12
2.1.3 Wohneigentum	15
2.1.4 Wohndauer	16
2.1.5 Umzugsbereitschaft	16
2.2 Die Wohnversorgungslage in Frankfurt am Main	17
2.2.1 Alternative Dienstleistungsangebote	19
2.2.2 Wohnperspektiven	20
2.2.3 Wohnumfeld	22
2.3 Sozialkontakte im Alter	22
3. Wohnen im Alter mit Unterstützungsbedarf Ein erstes Zwischenfazit	26
4. Alternative Wohnformen für Risikogruppen bei älteren Menschen	30
4.1 Definitionen	30
4.2 Wohngemeinschaften	31
4.3 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	34
4.4 Situation in Frankfurt am Main	36
5. Unterstützte Wohnformen	39
5.1 Altenwohnanlagen	39
5.1.1 Bestandszahlen	39
5.1.2 Bestandsqualität und Modernisierungsbedarf	41
5.1.3 Nachfrageverhalten	45
5.1.4 Vergabekriterien und –praxis	46
5.1.5 Fachliche Anforderungen an Altenwohnanlagen	50

5.2	Altenwohnanlagen mit baulichen und technischen Unterstützungen	51
5.3	Altenwohnanlagen mit personellen Unterstützungen	54
5.3.1	Empfehlungen und Kriterien für die Betreuungsqualität in Hessen	54
5.3.2	Betreuung in Frankfurter Altenwohnanlagen	56
5.4	Betreutes Wohnen	59
5.4.1	Betreutes Wohnen als Gestaltungsprinzip	61
5.4.2	Zugänglichkeit von Dienstleistungen	64
5.4.3	Wohnungsausstattung	66
5.4.4	Ältere Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf	68
5.4.5	Zukünftige Relevanz	71
5.4.6	Fazit	72
5.5	„Heimverbundenes“ Wohnen	73
5.5.1	Definition	73
5.5.2	Merkmale des „heimverbundenen“ Wohnens	74
5.5.3	Leistungen aus dem „Betreuungsvertrag“ und andere Leistungen	75
5.5.4	Kosten der Betreuungsleistungen	76
5.6	Residenzen	77
6.	Unterstützungsformen für älter werdende und alte Menschen	79
6.1	Prinzipien der Unterstützung	79
6.1.1	Einführung	79
6.1.1.1	Definition von Beratung	81
6.1.2	Beratungsformen	81
6.1.2.1	Beratung mit Komm-Struktur	81
6.1.2.2	Telefonberatung	82
6.1.2.3	Beratung mit Bring-Struktur	85
6.1.2.3.1	Persönliche Assistenzdienste als selbst organisierte Unterstützungsform für ältere Menschen	88
6.1.3	Beratungsbedarfe älter werdender und alter Menschen	89
6.1.3.1	Beratungs- und Unterstützungsbedarfe von Risikogruppen	90

6.1.4	Wichtige Beratungsfelder im Rahmen der Altenarbeit und Altenhilfe	92
6.1.4.1	Psychosoziale Aufgaben der Altenarbeit und Altenhilfe	92
6.1.4.2	Beratungs- und Unterstützungsaufgaben bei entstehenden Pflegebedarfen	93
6.1.4.3	Soziale Beratungsfelder	93
6.1.4.4	Interkulturelle Beratung	94
6.1.5	Case Management (CM)	96
6.1.5.1	Schnittstellen zwischen den Bestandteilen des Versorgungssystems	98
6.1.5.2	Strukturmerkmale des CM	100
6.1.5.3	Strukturkennzeichen des CM	103
6.1.5.4	Qualitätsmerkmale des CM	103
6.1.5.5	Kompetenzen des Case Managers	104
6.1.6	Wohnraumberatung – erfolgreiches Modell in Frankfurt am Main	104
6.1.7	Psychosoziale Unterstützung im Alter	111
6.1.7.1	Einführung und Begriff	111
6.1.7.2	Alltagstraining in der Altenarbeit	113
6.1.7.3	Ein Exkurs zum Sofortprogramm Ambulante Altenpflege	115
6.1.7.3.1	Hintergründe	115
6.1.7.3.2	Berücksichtigung der Förderrichtlinie Sofortprogramm für ambulante Altenpflege	116
6.1.7.3.3	Projekte des Sofortprogramms Ambulante Altenpflege	116
6.1.7.3.3.1	Projekt „Psychosoziale Hilfen für ältere Menschen mit Behinderungen“ des Vereins „Auf der Insel e. V.“	118
6.1.7.3.3.2	Projekt „KONTAKT – Freie Alten- und Krankenpflege e. V.“	119
6.1.7.3.3.3	Projekt „Diakoniestationen gGmbH – Alzheimer Gesellschaft Frankfurt e. V.“	120
6.1.7.3.3.4	Projekt „KOMM – Ambulante Dienste e. V.“	121
6.1.8	Perspektivische Überlegungen und Ansätze zur Verstetigung von präventiver und psychosozialer Unterstützung für ältere Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf	122
6.1.9	Selbsthilfeinitiativen, Förderung von bürgerschaftlichem und ehrenamtlichem Engagement, Nachbarschaftshilfen und Quartiersmanagement	123

6.2	Informelle, familiäre Unterstützung	127
6.2.1	Pflegende Angehörige als zentrale Stütze der Pflegebedürftigen	127
6.2.2	Zur Situation pflegender Angehöriger	128
6.2.3	Prognosen	129
6.2.4	Situation in Frankfurt am Main	130
6.2.5	Zwischenfazit	131
6.3	Semiprofessionelle Unterstützung	132
6.3.1	Sozialpolitische Weichenstellungen	132
6.3.2	Potenziale und Möglichkeiten in Frankfurt am Main	133
6.3.3	Versorgungsketten und Versorgungsnetze	135
6.4	Professionelle Unterstützung der Betroffenen	136
6.4.1	Pflegebedürftige in Frankfurt am Main	136
6.4.2	Pflegedienste in Frankfurt am Main	137
6.4.2.1	Vergütungssystematik: Module und Echtzeit	138
6.4.2.2	Betreuungsleistungen/andere Verrichtungen als die in der Pflegeversicherung vorgesehenen	139
6.4.2.3	Auslaufmodell: Zivildienst	140
6.4.2.4	Hauswirtschaftliche Leistungen	140
6.4.2.5	Illegal Beschäftigte in Haushalten von Pflegebedürftigen	141
6.4.3	Vernetzung der ambulanten und stationären Pflege	142
6.4.3.1	Die Notwendigkeit geriatrischer Versorgung im Krankenhaus	142
6.4.3.2	Exkurs 1: Schnittstellen bei Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus	144
6.4.3.3	Wegweisend: Das Frankfurter Sofortprogramm Ambulante Altenpflege	146
6.4.3.4	Exkurs 2: Der „Prüfdienst ambulante Pflegeleistungen Frankfurt (PAF)“	147
6.4.4	Zwischenfazit	147
6.5	Professionelle Unterstützung des Umfeldes	149
7.	Abschließendes Fazit und Empfehlungen	157
8.	Tabellen-/Grafikverzeichnis des Textteils	160
9.	Literatur-/Quellenverzeichnis	161

10. Anhang

10.1 Auszug aus dem SGB XI

10.2 Ausgewählte Ergebnisse der repräsentativen Telefonbefragung im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt a. M.

10.3 Ausgewählte Daten der Jahre 1999, 2001 und 2003 aus den SGB XI-Pflegestatistiken für Frankfurt am Main - Leistungsempfänger/-innen

1. Grundlegende Implikationen

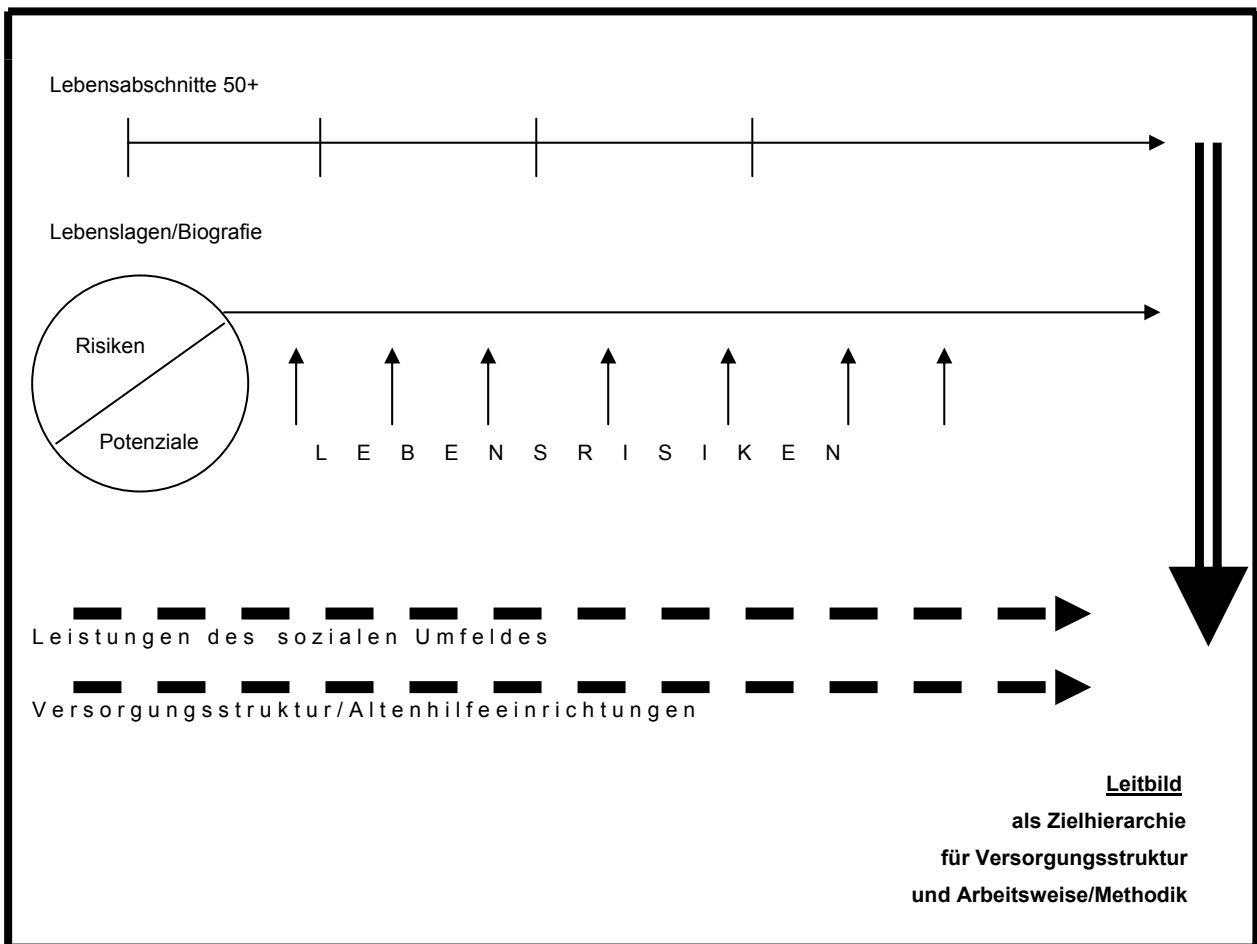
Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu Hause sind der rote Faden des vorliegenden Kapitels. Dies impliziert bereits eine Zielsetzung und letztlich ein Programm. Die Zielsetzung, möglichst lange in den eigenen vier Wänden wohnen zu bleiben, ist stehende Redewendung bei entsprechenden Diskussionen mit Seniorinnen und Senioren zu dem Thema „Wohnen zu Hause oder im Heim“.

Diesem Wunsch versucht auch die Pflegeversicherung durch das Prinzip „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen. Die Pflegeversicherung ist ein wichtiger gesetzlicher Rahmen für die Zielsetzung und die darauf basierenden Maßnahmen. Die Zielsetzung und die Maßnahmen müssen sich allerdings immer messen lassen an der Qualität des Wohnens und letztlich an der Lebensqualität.

Aus diesem Grund haben sich die Autorinnen und Autoren nicht auf eine Gegenüberstellung von Nachfrage und Angebot eingelassen, sondern den auch in Teilbericht 1 verwendeten Lebenslagenansatz zur Grundlage genommen.

Lebenslagen sind biografisch erworbene, hoch komplexe individuelle Lebensentwürfe, die nur bedingt anhand sozialer Indikatoren wie Alter, Einkommen, Bildung, zeitgeschichtliche Einflüsse etc. identifiziert werden können. Sie sind die Ausgangslage für individuelle und kollektive Strategien der Lebensbewältigung und selbstverständlich auch die Basis, um mit Lebensrisiken, wie gesundheitlichen, sozialen, materiellen Einschnitten fertig zu werden. Zudem sind Lebensentwürfe nicht statisch, sondern passen sich vom Grundsatz her an Herausforderungen an. Das folgende Schaubild soll die oben beschriebene Grundlage verdeutlichen.

Schaubild S1: Leitbild als Zielhierarchie für Versorgungsstruktur und Arbeitsweise/Methodik



(Quelle: Arbeitsgruppe 2 zum Teilbericht „Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu Hause“)

Es soll aber auch deutlich werden, dass die Diskussion um Lebenslagen und Unterstützungsmaßnahmen einer abgestimmten Zielsetzung bedürfen, da gerade ein präventiv und subsidiär ausgerichtetes Hilfesystem mehr ist als die Addition von Einzelmaßnahmen. So gesehen ist es aus der Sicht der Autoren unerlässlich, ein „Leitbild Älterwerden“ als Vision und Zielsetzung zu formulieren, aus dem dann Maßnahmen zur Zielerreichung abzuleiten sind. Der in der Steuergruppe noch nicht abgestimmte Leitbildentwurf lautet:

Überlegungen und Empfehlungen zu Visionen und Leitbildern von sozialer Altenpolitik

Was will Altenpolitik bewirken?

These und Diskussionspunkt 1:

Gute Politik für Ältere schafft Bedingungen, die es ihnen ermöglichen, sich in Veränderungssituationen selbstbestimmt zu verhalten und zu entscheiden.

Frage 1: Welche Maßnahmen/Angebote/strukturellen Bedingungen sind hierfür notwendig?

Frage 2: Welche Bedingungen/Strukturen erschweren gegenwärtig die Umsetzung dieses Wirkungsziels?

These und Diskussionspunkt 2:

Alterssozialpolitik hat die Aufgabe, die Bedarfslagen von älter werdenden und alten Menschen festzustellen unter Berücksichtigung der weiteren Entwicklung des neuen Alters. Dabei ist der Fokus zum einen auf alte und neue Entwicklungslagen, zum anderen auf alte und neue Risikolagen zu richten.

These und Diskussionspunkt 3:

Sozialpolitische Stützung und Impulse sind vor allem bei jenen Schichten und Risikogruppen der Erwachsenen und Alterspopulation erforderlich, wo die Voraussetzungen für Kommunikation, Netzwerkbildung und Selbsthilfe besonders schwach sind, weil Ressourcen wie Bildung, Gesundheit, Informationsstand und natürlich auch materielle Voraussetzungen besonders ungünstig entwickelt sind.

These und Diskussionspunkt 4:

Die Wirkung kommunaler Alternspolitik muss die Menschen in der Mitte ihres Lebens in ihren Rollen als Angehörige und Älterwerdende sowie die Alten in ihren Handlungspotenzialen ansprechen. Eine Einbeziehung und Mitgestaltung durch Kommunen, Träger, Parteien, Gewerkschaften und Vereine ist notwendig, um kreative Handlungsspielräume für Ältere zu entwickeln, die vor allem in der intergenerativen Bearbeitung sozialer und gesellschaftlicher Probleme, Freiräume und Begegnung schaffen.

These und Diskussionspunkt 5:

Partizipative Altenpolitik setzt eine Transparenz von Versorgungsstrukturen, aber auch von Entscheidungsstrukturen und Mitbestimmungsmöglichkeiten voraus. Das Erkennen, Analysieren und dialogische Kommunizieren von Problemlagen mit den

Bürgern sind hierbei wichtige Tätigkeitsmerkmale. Dabei ist der Bedarf an sozialen Diensten zu definieren. Notwendig ist auch die Förderung einer systematischen Kommunikation zwischen Verbraucherwünschen und Dienstleistungsangeboten. Zurück zu den engeren Betrachtungen im Rahmen der anfänglich dargestellten Zielsetzung. Es werden zwei Aspekte bisher deutlich:

1. Wohnen in gewohnter Umgebung hat einen hohen Stellenwert, bzw. die Veränderungsbereitschaft ist gering. Unklar sind allerdings die unterstützenden Leistungen, die das Ziel auch ermöglichen.
2. Vorstellungen über Pflegeheime scheinen eher abschreckend zu sein, bzw. werden nur als – im doppelten Wortsinn - letzte Alternative betrachtet.

So wurden im Rahmen der repräsentativen Befragung folgende negative Assoziationen benannt:

Vereinsamung/Einsamkeit	9,89 %
(zu) teuer	9,59 %
zu wenig Pflegepersonal	9,30 %
möchte selbst nicht dort hin	7,42 %
zu wenig Zeit/Zuwendung	5,84 %
letzte Station/warten auf dem Tod	3,36 %
traurig/deprimierend	3,36 %
Mehrbettzimmer	2,57 %
Hilflosigkeit	2,37 %
Überfordertes/überlastetes Personal	2,18 %

Positiv hingegen:

gute Betreuung/Versorgung 3,36 %¹

Wenn also die Perspektive Pflegeheim nicht besonders attraktiv ist, so gilt es nun in diesem Teilbericht zu entfalten:

¹ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage P1, 1.011 Befragte gaben insgesamt 2.042 von 3.033 möglichen Antworten, d. h. N = 2.042 = 100%. Davon negative Assoziationen: 63,7%,. siehe Anhang Nr. 10.2

- Welche Aspekte des Alterswohnens haben hohe Bedeutung? Hierbei lassen wir uns vom erwähnten Lebenslagenansatz leiten.
- Welche Aspekte behindern oder fördern die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit?
- Welche Wohnformen bestehen derzeit und welche zukünftigen Tendenzen sind erkennbar?
- Welche Unterstützungen bei bestimmten Wohnformen bestehen derzeit oder müssen entwickelt werden?
- Und nicht zuletzt: Welche Prinzipien und Formen der Unterstützung selbstbestimmten und selbstständigen Lebens zu Hause sind notwendig?

In Teilbericht III werden die Gründe für eine noch immer skeptische Einstellung zum Leben in einem Pflegeheim und derzeitige positive Veränderungen differenzierter betrachtet.

Wohnen im Alter ist gekennzeichnet von spezifischen Bedarfen alter Menschen. Natürlich verhält es sich mit Bedarfen so, dass eine Reihe davon universell ist, d. h. deren Realisierung hat positive Auswirkungen auf das Lebensgefühl aller, also auch der Jüngeren und der Familien. Allerdings ist es nahe liegend, dass sich immer mehr Menschen Gedanken machen, wie sie im Alter leben und wohnen wollen. Dies zu unterstützen ist sicherlich eine der ersten präventiven Maßnahmen, die auch ohne wissenschaftliche und statistische Daten plausibel sind. Welche Rahmenbedingungen notwendig sind, dass die Haltung „Ich würde mich ja mit meinen Wünschen, Vorstellungen, aber auch Zweifeln und Befürchtungen bis hin zu Ängsten im Zusammenhang des Älterwerdens auseinandersetzen, wenn...“ nicht unproduktiv ins Leere laufen, das wird in Teilbericht I ausgeführt. Unser Schwerpunkt wird es sein, die Unterstützungsmaßnahmen für das selbstbestimmte und selbstständige Leben zu Hause darzustellen. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass nicht vorschnell wieder ein defizitäres Altersbild eingeführt wird, d. h. Senioren zu „Objekten in der Hilfeleistung“ reduziert werden. Wir hoffen, dass der theoretische Bezugsrahmen des Lebenslagenansatzes uns davor einigermaßen schützt.

Die statistischen Erhebungen und darauf basierenden deskriptiven Analysen sowie Ergebnisse des Frankfurter Sozialberichtes und des Berichtes „Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main“ lassen wir ebenfalls einfließen.

Prognosen hinsichtlich der zukünftigen Bedarfe sind allerdings schwierig, da wir bereits mit der Grundlegung durch den Lebenslagenansatz das Zusammenspiel einzelner Determinanten als zukunfts offen beschrieben haben. Gleichwohl ergeben sich aus den verschiedensten Forschungs- und Befragungsergebnissen Aufgabenstellungen für eine zukünftige Weiterentwicklung in der Frankfurter Altenarbeit, die wir am Schluss des Teilberichtes auführen werden.

2. Wohnen im Alter

2.1 Allgemeine Betrachtungen

Selbstständig Wohnen ist, wie verschiedene Studien belegen, für den überwiegenden Teil der Älteren von entscheidender Bedeutsamkeit (vgl. Dieck und Steinack 1987, Saup 1993). Die Wohndimensionen werden – nicht zuletzt durch die Beendigung der Berufstätigkeit – mit zunehmendem Alter immer wichtiger. „Eine angemessene Wohnsituation, die Wohnung und Wohnumfeld umfasst, ist ein entscheidender Indikator für individuelle Lebenszufriedenheit. Die Wohnung ist Raum für Regeneration, ist sozialer Rückzugsbereich, bietet Möglichkeiten für Kommunikation und Freizeitgestaltung und ist auch Identifikationsraum“ (Dieck und Steinack 1987; Seite 237).

Durch empirische Untersuchungen wurde deutlich, dass die große Mehrheit der Älteren eine große Wohnzufriedenheit zeigte und diese „nur zum Teil von den faktischen Wohnbedingungen abhängt“ (Saup 1993; Seite 101). Dieck und Steinack (1987; Seite 238) weisen darauf hin: „das möglichst lange Verbleiben in der eigenen Wohnung wird gleichsam zum Symbol für Unabhängigkeit und Selbstständigkeit“.

Zudem kristallisierte sich in repräsentativen Befragungen bei 77 % bis 88 % der über 60jährigen heraus, dass diese die Inanspruchnahme stationärer Hilfen nicht in Betracht gezogen hatten. Dies traf auch bei der Gruppe der über 75jährigen, den Alleinlebenden und den Älteren mit schlechtem Gesundheitszustand zu. Jedoch

ergab eine Umfrage des InWIS, dass 90 % der älteren Menschen damit rechnen, später einmal Pflege in Anspruch nehmen zu müssen. Die Mehrheit der über 65jährigen, nämlich 95 %, wohnt selbstständig, lediglich 5 % von ihnen nehmen im Bereich des Wohnens stationäre Hilfen in Anspruch.

Bedeutsam ist auch, dass Einpersonenhaushalte überproportional zunehmen, vor allem in den Altersgruppen der jungen und der alten Menschen (Dieck und Steinack 1987; Seite 203). Hingegen nehmen Mehrgenerationenhaushalte stark ab.

Damit ist perspektivisch mit einer Situation zu rechnen, dass immer mehr allein lebende Ältere ohne Angehörige leben, stationäre Pflege ablehnen und somit auch ein potenzieller Hilfebedarf gegeben ist.

Diese Situation findet sich auch in der repräsentativen Befragung von INBAS wieder. INBAS hat gefragt: „Wenn Sie das Wort ‚Altenpflegeheim‘ hören, welche Begriffe fallen Ihnen dann ein?“ Es wurden insgesamt 2042 Antworten gegeben, die sich wie folgt verteilen:

- positive Assoziationen: 211
- negative Assoziationen: 1301
- neutrale Assoziationen: 477
- unter bestimmten Bedingungen: 53 ²

Die nachfolgenden Tabellen (T1 und T2) untermauern das erste Fazit:

2.1.1 Zunahme von Einpersonenhaushalten, insbesondere von Frauen

Gegenwärtig beträgt die Anzahl aller Privathaushalte in der Bundesrepublik Deutschland 25,34 Millionen. Die Anzahl der Altenhaushalte (über 65jähriger Haushaltsvorstand) beträgt hiervon 26 % (= 6,6 Millionen). 45,4 % von allen Einpersonenhaushalten sind Einpersonenaltenhaushalte (vgl. Tab. 1).

² Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage P1, 1.011 Befragte gaben insgesamt 2.042 von 3.033 möglichen Antworten, d. h. N = 2.042 = 100%. Davon negative Assoziationen: 63,7%, siehe Anhang Nr. 10.2

„Während zwischen 1957 und 1982 die Zahl aller Haushalte um 38,3 % anstieg, stieg die Zahl der Altenhaushalte um 87 %; in demselben Zeitraum stieg die Zahl der Einpersonenhaushalte um 136 %, die Zahl der Einpersonaltenhaushalte jedoch überproportional, nämlich um 175 %, was annähernd eine Verdreifachung bedeutet. Dieser Trend hält Prognosen zufolge weiter an“ (Dieck und Steinack 1987; Seite 211).

Die Gesamtzahl aller über 65jährigen, die in Einpersonenhaushalten leben, beträgt 3,63 Millionen (39,3 %). Hiervon beträgt der Anteil der Frauen 3,1 Millionen, während er bei den Männern nur 0,53 Millionen beträgt. Im Verhältnis gesehen bedeutet dies, dass „ca. sechsmal so viele Frauen wie Männer im Alter von 65 und mehr Jahren in Einpersonenhaushalten“ leben (ebenda; 211) (vgl. Tab. 1).

2,58 Millionen (ca. 83 %) dieser Frauen sind verwitwet. Der Anteil der verwitweten Männer beträgt 0,40 Millionen (ca. 75 %). Demzufolge sind also Familienstand und Geschlecht wichtige Determinanten für die Haushaltsform.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Zahl der Alleinlebenden. Bei den über 75jährigen in Privathaushalten leben 47,4 % allein. Auffällig sind hier insbesondere geschlechtsspezifische Unterschiede:

- 22,1 % der über 75jährigen Männer leben allein
- 60,8 % der über 75jährigen Frauen leben allein

Das geschlechtsspezifische Gefälle zeichnet sich schon bei den über 60jährigen Frauen ab, sie leben fast zur Hälfte (47,7 %) allein. Im Vergleich hierzu leben Männer überwiegend bis ins hohe Alter mit ihren Frauen zusammen (vgl. Tab. 2).

Wohnen im Alter

Tabelle T1: Wohnen im Alter

Anzahl Privathaushalte	davon Anzahl Einpersonenhaushalte	Anzahl Altenhaushalte im Vergleich zu Privathaushalten	Anzahl Einpersonenaltenhaushalt
25,34 Mio.	7,93 Mio.	6,6 Mio.	3,6 Mio.
100%	31,3%	26,0%	Männer 0,5 Mio./Frauen 3,1 Mio. 14,2%

Tabelle T2: Wohnen im Alter

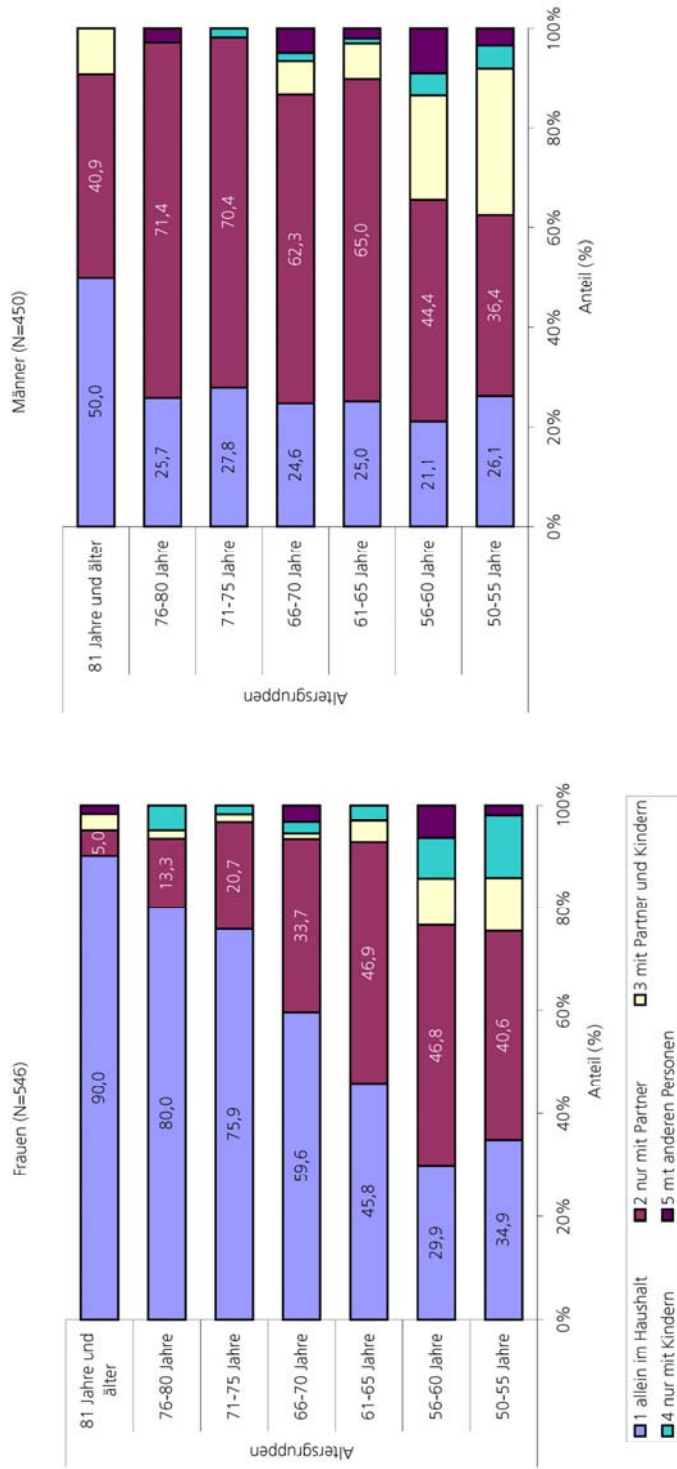
Alter	Einpersonen Haushalte 100%	Mehrpersonenhaushalte mit			nicht geradlinig Verwandten oder Familienfremden
		1. Gen.	2. Gen.	3. Gen.	
60 – 65 Jahre	Insgesamt	50,5	24,3	2,2	2,2
	Männl.	57,9	31,3	2,1	1,5
	Weibl.	45,5	19,6	2,2	2,7
65 – 70 Jahre	Insgesamt	50,0	13,9	3,0	2,4
	Männl.	67,5	18,6	2,1	1,3
	Weibl.	39,3	11,0	3,5	3,1
70 – 75 Jahre	Insgesamt	45,7	9,7	3,8	2,8
	Männl.	69,3	11,7	2,6	2,6
	Weibl.	31,4	8,5	4,5	3,0
Über 75 Jahre	Insgesamt	31,7	11,2	6,8	3,1
	Männl.	59,1	10,3	6,1	2,6
	Weibl.	17,1	11,6	7,1	3,4

(Statistik zur Bundesrepublik Deutschland)

Die nachfolgende Grafik G1³ belegt auch für Frankfurt den bereits festgestellten Trend: Das Risiko, im Alter allein zu leben und damit auch ggf. Hilfen selbst organisieren zu müssen, trifft die Frauen. Ein geschlechtsspezifisches Fazit soll allerdings hier nicht gezogen werden.

³ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung:
Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003

Grafik 1: Haushaltsstruktur nach Geschlecht und Altersgruppen



2.1.2 Qualität der Wohnraumausstattung

Besonderer Aufmerksamkeit bei Altenhaushalten bedarf auch die Qualität der Wohnraumausstattung, da der überwiegende Teil der über 65jährigen (95 %) in normalen Wohnungen oder Altenwohnungen lebt. Ein Vergleich der Wohnungsausstattungsmerkmale von Altenhaushalten (über 65jähriger Haushaltsvorstand) mit denen aller Privathaushalte kann folgender Tabelle entnommen werden:

Tabelle T3: Wohnungsausstattungsmerkmale von Altenhaushalten 1978 in Deutschland

	Altenhaushalte in %	sämtliche Privathaushalte in %
in Altbauten (bis 1948 erbaut)	47,2	37,7
in 1949 – 1971 erbauten Gebäuden in Neubauten (nach 1972 erbaut)	46,9	49,7
	5,9	12,6
Wohnungen mit Sammelheizung, Bad und WC	50,2 (1982: 58,4)	59,1 (1982: 66,2)
Wohnungen ohne Sammelheizung, mit Bad und WC	30,0 (1982: 27,3)	27,3 (1982:23,9)
Wohnungen mit schlechter Ausstattung (ohne Sammelheizung und ohne Bad oder WC bzw. ohne beides) dto.	19,8 (1982: 14,3)	13,6 (1982:9,9)
Einpersonenhaushalte	24,7	22,6
WC außerhalb der Wohnung	6,2	4,6
ohne Warmwasserversorgung	11,0	6,7
ohne Balkon oder Loggia	63,5	55,4

(Quelle: Dieck und Steinack 1987; 238)

Durch die Tabelle T3 wird augenscheinlich, dass Ältere in schlechter ausgestatteten Wohnungen leben als Jüngere. Dies hat zur Folge, dass hierdurch hohe Anforderungen an ihre Mobilität und körperliche Leistungsfähigkeit entstehen.

Als Begründungszusammenhang für die schlechtere Wohnqualität in Altenhaushalten und die hierdurch entstehende relative Benachteiligung sehen Dieck und Steinack (1987) zwei Faktoren als maßgeblich an:

- durchschnittlich reduziertes Einkommensniveau
- geringe Wohnmobilität

Aus ihnen folgt eine hohe Wohnkontinuität. Bei der Beurteilung der Wohnqualität kommt hinzu, dass die Wohnungen überwiegend Altbauwohnungen sind, die sich oftmals in Innenstadt- oder Innenstadtrandgebieten befinden und somit weitere Risikofaktoren wie Vereinsamung und/oder Sanierungsmaßnahmen gegeben sein können, welche die Gefahr eines Segregationsprozesses nach sich ziehen. „Ist die Wohnqualität dieser Gebiete unzureichend, findet ein Zuzug anderer sozial schwacher Bevölkerungsgruppen statt; wird Sanierung und damit eine Anhebung des Wohnstandards betrieben, so verschwinden die alten Wohnungen mit billigen Mieten und die alten Mieter machen jüngeren Bevölkerungsgruppen mit höheren Einkommen Platz. In beiden Fällen tritt eine soziale Segregation der Bevölkerungskreise ein. Das alte, gewohnte soziale Umfeld geht verloren“ (Dieck und Steinack 1987; Seite 240).

Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass die Wohnzufriedenheit nicht allein von den faktischen Wohnqualitäten abhängig ist. Hierfür spricht u. a., dass einer unterdurchschnittlichen Wohnqualität von Altenwohnhaushalten eine überdurchschnittliche Wohnzufriedenheit gegenüber steht.

Erklärungszusammenhänge für die vorliegende Diskrepanz zwischen faktischer Wohnqualität und Wohnzufriedenheit zeigen verschiedene empirische Studien (vgl. u. a. Dieck und Steinack 1987, Narten 1991) auf. Sie weisen insbesondere spezifische psychische Strategien und Anpassungsreaktionen älterer Menschen nach, die ihr Arrangement mit ungünstigen Wohnbedingungen verständlich machen.

Narten (1991) zeigt mit einer qualitativen Auswertung von Wohnbiografien auf, wie ältere Menschen unterschiedliche Bewältigungsmechanismen entwickeln, um sich mit ihrer bescheidenen Wohnsituation zu arrangieren. Sie dokumentiert, wie ältere

Menschen ihre Erwartungshaltung an das Wohnen reduzieren bzw. sich bescheiden angesichts ihrer einschränkenden Wohnsituation.

Saup (1984) konnte im Rahmen einer Studie kognitive Vergleichsprozesse nachweisen, die dazu beitragen, benachteiligende Faktoren der Lebens- bzw. Wohnsituation mittels eines Vergleiches einer noch negativeren Situation positiver zu bewerten.

Dieck und Steinack (1987) sehen als maßgeblichen Bedingungsfaktor das starke Bedürfnis nach Kontinuität und vertrauter Umgebung an.

Darüber hinaus wird auch in Folge der langen Wohndauer eine stärkere Identifizierung mit der Wohnung angenommen. Aber auch entscheidend mitbestimmend sind Anteile von Resignation, Gewöhnung und ein im Laufe der Jahre reduziertes Anspruchsniveau.

In diesem Zusammenhang ist auf eine empirische Studie zum persönlichen Sinnsystem von Dittmann-Kohli (1995) hinzuweisen. Sie hebt hervor, dass spezifische kognitiv-affektive Strategien bei Menschen im höheren Alter eine Tendenz zur Zufriedenheit und eine Art von weiser Selbstbescheidung bezüglich Ansprüchen an sich selbst und ihr Leben bewirken (ebenda; Seite 355).

Eine in Berlin durchgeführte sozialmedizinische Studie, die Zusammenhänge zwischen großstädtischen Umwelt- und Lebensbedingungen und dem Gesundheitszustand älterer Menschen untersuchte, zeigt u. a. als Teilergebnis auf, „dass auch die in schlechten Verhältnissen lebenden Älteren ihre Situation in der Regel positiver einschätzen als es die „Experten“ tun. Die Mehrheit von ihnen entwickelt erstaunliche Strategien, um auch die widrigsten Umstände zu bewältigen. (...) Da die Veränderungsmöglichkeiten grundsätzlich gering sind, so dass Erfolgserlebnisse ausbleiben, kann das Aktivitätspotential im täglichen „Sichdurchwursteln-Müssen“ verschlissen werden“ (Dieck und Steinack 1987; Seite 240).

Demnach ist also sorgfältig nach objektiver Wohnqualität und subjektiver Wohnzufriedenheit zu differenzieren.

Saup (1993) weist darauf hin, dass zusätzlich zu den vorliegenden Ergebnissen und Erklärungen der Diskrepanz zwischen hoher Wohnzufriedenheit und ungünstigen Wohnbedingungen im Alter auch methodische Gründe in Betracht gezogen werden müssen. Da es Hinweise darauf gibt, „dass direkte Fragen nach der Wohnzufriedenheit und die Möglichkeit, eine Globaleinschätzung abgeben zu können, die Tendenz, sich sehr positiv über die eigene Wohnsituation zu äußern, evoziert und verstärkt, während bei indirekten und Detailfragen sowie einer bereichsspezifischen Exploration (z. B. Zufriedenheit mit Wohnung, mit Wohnumgebung) auch Unzufriedenheit geäußert wird und somit eine gewisse Relativierung der hohen Wohnzufriedenheit bei älteren Menschen erkennbar wird“ (Saup 1993; Seite 103).

Aktuelle Daten für Frankfurt am Main belegen, dass der oben aufgezeigte „historische“ Trend nach wie vor gilt:⁴

2.1.3 Wohneigentum

„Etwas mehr als ein Drittel der Befragten (33,9 %) wohnt in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Haus, die Wohneigentumsquote variiert nur in geringem Umfang mit Alter und Geschlecht. Für die Wohneigentümer gelten, was das Wohnen im Alter betrifft, in mehrfacher Hinsicht besondere Bedingungen:

Die Neigung, noch einmal umzuziehen, ist bei Wohneigentümern besonders gering (6,5 % gegenüber 17 % bei Mietern), wir kommen auf die Frage der Umzugsbereitschaft weiter unten noch einmal zurück.

⁴ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003

Was möglicherweise erforderliche Wohnraumanpassungsmaßnahmen betrifft, so sind Wohneigentümer einerseits nicht auf die Zustimmung eines Vermieters angewiesen, andererseits sind sie aber auch auf sich allein gestellt, d. h. sie können nicht die Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, die einige Wohnungsbaugesellschaften älteren Mietern machen.“

2.1.4 Wohndauer

„Aus einer Betrachtung der Wohndauer in der derzeitigen Wohnung lässt sich entnehmen, wie oft ältere Menschen umziehen. Es zeigt sich, dass nur ein knappes Viertel der Befragten innerhalb der letzten zehn Jahre umgezogen ist, während mehr als die Hälfte der Befragten seit über 20 Jahren in der jetzigen Wohnung leben.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil derjenigen, die seit weniger als 10 Jahren in ihrer Wohnung wohnen, erwartungsgemäß ab: Jenseits der 65 Jahre wohnt die große Mehrheit der Befragten schon seit mehr als 20 Jahren in der jetzigen Wohnung. Im Regelfall kann man damit auch davon ausgehen, dass sich eine starke Bindung an das Wohnumfeld entwickelt hat.“⁵

2.1.5 Umzugsbereitschaft

„Ein Umzug, aus welchen Gründen er auch immer erfolgt, ist eine Gelegenheit, bei der Wahl einer neuen Wohnung auch den Aspekt der Eignung für ältere Menschen zu berücksichtigen, also auf einen Zugang mit möglichst wenigen Barrieren sowie eine Vielzahl von baulichen Merkmalen innerhalb der Wohnung zu achten. Diese Möglichkeit hätte es, wie wir gesehen haben, für ein knappes Viertel der Befragten innerhalb der vergangenen zehn Jahre gegeben.

Wir wollten herausfinden, für wie viele ältere Frankfurterinnen und Frankfurter ein Umzug in Betracht kommt und haben deswegen eine „weiche“ Frageformulierung benutzt: „Denken Sie an einen Umzug?“ Diese Formulierung umfasst wesentlich mehr als nur konkrete Absichten, in naher Zukunft umzuziehen. Auch in diesem

⁵ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung:
ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage W.14 und Grafik 2, siehe Anhang Nr. 10.2

erweiterten Sinne zieht nur ungefähr jede/r achte Befragte (13,4 %) einen Umzug in Betracht.⁶

Die Aufgliederung der Umzugsabsichten nach Alter und Geschlecht zeigt, dass in der Altersklasse bis 55 Jahre noch mehr als ein Viertel sowohl der Frauen als auch der Männer einen Umzug in Betracht zieht. Mit steigendem Alter sinkt die Umzugsneigung kontinuierlich ab. Dass sie bei Männern jenseits der 60 durchweg geringer ist als bei Frauen, lässt sich dadurch erklären, dass die große Mehrheit der Frauen nach Verlust ihres Partners allein zurück bleibt (vgl. hierzu die Grafik 1 zur Haushaltsstruktur) und ein Teil von ihnen in der neuen Lebenssituation über einen Umzug nachdenkt oder auch – aus finanziellen Gründen – nachdenken muss.⁷

2.2 Die Wohnversorgungslage in Frankfurt am Main

Aus dem Frankfurter Sozialbericht Nr. 29⁸ geht hervor, dass die Wohnversorgung älterer Menschen vor allem von der Situation auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt abhängt. Den vergleichsweise hohen Mieten in Frankfurt stehen in den meisten Fällen durchschnittliche Einkommen gegenüber. Jedoch gibt es einige Indizien dafür, dass die Mietbelastungsquote in Haushalten von älteren Personen höher ist als in denen von jüngeren Personen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass zwar der Anteil derer, die schon länger in ihrer Wohnung leben und deren Miete aufgrund dessen eher niedrig ist, bei alten Menschen überdurchschnittlich hoch ist, dass ältere Menschen jedoch auch deutlich geringere Einkünfte haben als Erwerbstätige. Tatsächlich war im Jahr 2000 im Bundesgebiet die Mietbelastungsquote bei Haushalten im Alter von 66 Jahren und älter überdurchschnittlich hoch und höher als in anderen Altersgruppen.⁹

⁶ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung:
ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage W.15, 1.011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten,
d. h. N = 1.011 = 100%. Davon denken 135 an einen Umzug: 13,4%, siehe Anhang Nr. 10.2

⁷ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung:
ebenda, davon N (100%) der Frauen = 547, N (100%) der Männer = 447, vgl. Grafik 3, siehe Anhang Nr. 10.2

⁸ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI,
Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt am Main 2003

⁹ ebenda

In absehbarer Zeit wird es durch die steigenden Mieten und das bevorstehende Absinken des Rentenniveaus einen erhöhten Bedarf an preisgünstigen Wohnungen für ältere Leute geben. Diese werden jedoch nicht in Frankfurt selbst sondern vielmehr im Umland Frankfurts zu finden sein. Trotz des finanziellen Vorteils sind jedoch nicht viele Seniorinnen und Senioren dazu bereit, weg von ihrer gewohnten Umgebung zu ziehen.¹⁰

Entgegen der verbreiteten Annahme, dass alte Leute nicht mehr umziehen sollten, haben Intensivinterviews durch das InWIS, Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung GmbH, ergeben, dass eine Veränderung der Wohnsituation häufig zu einem Anstieg des Niveaus der sozialen Kontakte führt. Neue Freundschaften entstehen und ein Aktivitätenimpuls wird durch den Umzug ausgelöst. Auf der anderen Seite fällt älteren Menschen ein Umzug oft schwer durch die starke Bindung zu ihrer Wohnung.¹¹ Mittlerweile gibt es sehr viele unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen für ältere Menschen. Das Wohnen in einer Normalwohnung ist für rüstige Seniorinnen und Senioren ideal. Jedoch treten mit zunehmendem Alter häufig Probleme bezüglich der baulichen Ausstattung der normalen Bestandswohnungen auf. Hierfür besteht die Möglichkeit, die Wohnung seniorengerecht im Rahmen einer Wohnraumanpassungsmaßnahme umzugestalten. Eine barrierefreie Wohnung nach den DIN-Vorschriften 18 025 Teil 2 erfüllt die Anforderungen an eine altersgerechte Ausstattung weitestgehend. Diese Vorschriften sind heute Standard für altersgerechtes Bauen. Das Leben in der eigenen Wohnung ist eine wichtige Voraussetzung für die Zufriedenheit im Alter. Deshalb sollte das Wohnen in der eigenen Wohnung so lange wie möglich gewährleistet werden.¹²

¹⁰ ebenda, S. 44 – 47, 80 - 81

¹¹ R. Schmitz-Scherzer: Wohnen und Wohnerleben

¹² ebenda

2.2.1 Alternative Dienstleistungsangebote

Bekannte Wohnformen im Alter reichen von vorpflegerischen Dienstleistungen über ambulante Pflege und infrastrukturelle Betreuungsangebote bis hin zur stationären Pflege. Auch gibt es ein virtuelles Betreuungsangebot, bei dem die Betroffenen über Multimedia-Kabelnetze und Ton-Video-Systeme mit ihren Betreuern kommunizieren können. Ein Eigenheim mit Einliegerwohnung zeichnet sich dadurch aus, dass die Betreuungskraft in der Einliegerwohnung wohnt, oft im Minijob-Verhältnis bei den Eigenheimbesitzern beschäftigt ist und deren Pflege und Betreuung übernimmt. Netzwerke im Bestand hingegen setzen auf bürgerliches Engagement. Hilfeleistungen werden entweder professionell, semi-professionell oder auf Gegenseitigkeit erbracht.¹³

Durch die veränderte Alter(n)ssituation sowie durch die geänderten Anforderungen an die Altenarbeit und die Altenhilfe ist die Notwendigkeit aufgetreten, nach anderen, alternativen Wohnformen im Alter zu suchen, die mehr Platz für Selbstbestimmung lassen. Das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend leistet Starthilfe für viele innovative Modelle von Wohnformen im Alter. Es werden derzeit Modelle erprobt, mit denen auf die veränderte Lebensweise von älteren Menschen reagiert werden soll. Modellprojekte gibt es insgesamt an 22 Standorten in ganz Deutschland.¹⁴ Weiterhin hat die Bertelsmann-Stiftung zusammen mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2002 das Projekt „Leben und Wohnen im Alter – Bedarfsgerechte Wohnmodelle für die Zukunft“ ins Leben gerufen. Es gilt hier, Alternativen zur traditionellen Heimversorgung zu ermitteln, miteinander zu vergleichen, zu verbessern und zu verbreiten.

Im Mai 2004 wurde im Rahmen dieses Projekts der Wettbewerb „Werkstatt-Wettbewerbs Quartier“ ausgelobt. Insgesamt hatten sich 85 Projekte an dem

¹³ Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW, S. 16 - 22

¹⁴ www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=19920.html;
www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=20418.html;
www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=20978.html;
www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=25708.html;
www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16192.html;
www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=5122.html;
www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen/potenziale-des-alters,did=12346.html

Wettbewerb beteiligt, die fast ausschließlich sehr lobenswerte innovative Ansätze aufwiesen.¹⁵ Alternativen zu den traditionellen Hilfs- und Versorgungsangeboten sind beispielsweise altershomogene, selbst organisierte Wohngemeinschaften, betreute Wohngruppen, intergenerative Haus- und Wohngemeinschaften und Hausgemeinschaften in der stationären Pflege.¹⁶ Welche Wohnform für wen in Frage kommt, hängt von der Vitalität, des Lebensalters, den persönlichen Vorlieben des Betroffenen sowie der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ab. Auch Bildung, Beruf und die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel haben zum Teil einen erheblichen Einfluss auf die Wahl der Wohnsituation. Eine optimale Wohnberatung darf sich hier nicht nur auf funktionale Aspekte beschränken, sondern es gilt, auch die persönlichen Komponenten zu berücksichtigen.¹⁷

2.2.2 Wohnperspektiven¹⁸

Die Mehrzahl der Wohnungen der Befragten hat 2 bis 3,5 Zimmer, eine eigene Badewanne oder sogar Badewanne und Dusche und befindet sich im Erdgeschoss oder im ersten oder zweiten Obergeschoss. Der überwiegende Teil der Befragten lebt in Wohnungen in Häusern ohne Aufzug zur Miete.¹⁹ Hier erschließt sich Handlungsbedarf zur Erhaltung der Mobilität. Das Thema Wohnen im Alter hat einen hohen Stellenwert für das Beratungs- und Versorgungssystem.

Die Auswertung der repräsentativen Befragung im Bereich Wohnperspektiven lieferte folgende Ergebnisse: Etwa 90 % der Befragten leben schon seit mehr als 20 Jahren in Frankfurt, davon sind rund 25 % in Frankfurt geboren. Durchschnittlich 75 % der Befragten leben schon seit zehn Jahren und mehr in ihrer jetzigen Wohnung, kaum

¹⁵ www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/stiftung/hs.xsl/4360_4362.html;
www.dzfa.de; www.kda.de

¹⁶ vgl. Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW, S. 49 - 53

¹⁷ R. Schmitz- Scherzer: Wohnen und Wohnerleben

¹⁸ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung:
Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, hier: Auswertungsergebnisse zu Fragen W.4, W.5, W.7, W.8, W.9, W.13, W.14, zu jeder Frage beträgt N = 1.011 = 100%, siehe Anhang Nr. 10.2

¹⁹ Es stehen keine Daten zur Verfügung, die aussagen, ab welcher Etage Befragte ohne Aufzug wohnen.

jemand denkt an einen Umzug. Tendenziell würde die Mehrheit der Befragten bei einem Umzug wieder ihren jetzigen Stadtteil bzw. einen Umzug innerhalb von Frankfurt einem Umzug woandershin vorziehen.

Bei der Wahl einer neuen Wohnung ist die altersgerechte Ausstattung²⁰ für die meisten Menschen ein wichtiger Gesichtspunkt. Fast alle Befragten, die an einen Umzug denken, gaben an, dass ihnen ihre jetzige Wohnung gefalle und dass sie sie als für das Alter geeignet einschätzen. Auch mit der Umgebung ihrer Wohnung zeigten sich viele der Befragten zufrieden, ebenso wie mit der Nachbarschaft. Erstaunlicherweise gab der überwiegende Teil der Befragten an, nicht in die Nähe oder direkt zu den eigenen Kindern ziehen zu wollen. Auch in die Nähe anderer Verwandter oder von Freunden wollten die Befragten ebenso wenig ziehen wie in ihre Heimat zurück, ins Ausland oder aus der Großstadt heraus.

Über die Hälfte der Befragten wünscht sich keine kleinere Wohnung und keiner der Menschen ab 66 zieht in Erwägung, von den Leuten, mit denen sie zusammenwohnen, wegzuziehen. Auch mit dem Preis ihrer jetzigen Wohnung zeigte sich die Mehrheit der Befragten zufrieden. Nur wenige befürchten, dass ihre jetzige Wohnung gekündigt werden könnte. Mit zunehmendem Alter verspüren immer weniger Menschen den Wunsch, eine Wohnung oder ein Haus zu kaufen und die Zahl derer, die in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen wollen, nimmt tendenziell zu. Auffällig hierbei ist jedoch, dass das Leben in der eigenen Wohnung dennoch von der Mehrheit, und hierbei besonders von Männern, bevorzugt wird. Die Frage, ob eine gemeinschaftliche Wohnform für Seniorinnen und Senioren für die Befragten persönlich in Frage käme, beantworteten nur wenige mit einem klaren „ja“. Gerade Hochaltrige lehnen das Wohnen in einer solchen Wohnform eher ab, junge Alte sind eher dazu bereit.

²⁰ siehe auch Kapitel 5

2.2.3 Wohnumfeld²¹

Die Auswertung der repräsentativen Befragung im Bereich Wohnumfeld ergab, dass rund 70 % der Befragten angaben, attraktive Parks oder Grünanlagen in der Nähe zu haben. Überwiegend wurde angegeben, dass es in der Wohnumgebung nicht viele Stellen gibt, die schmutzilig oder gar schmutzig aussehen, auch die Wohnlage wurde im Allgemeinen als ruhig eingeschätzt. Über 90% fühlen sich in ihrer Wohnumgebung sicher, allerdings variieren die Angaben stark zu der Frage, ob die Befragten bei Dunkelheit gern auf die Straße gehen. Die Belastung der Wohnumgebung durch den Autoverkehr wurde überwiegend als ebenso gering eingeschätzt wie das Risiko, dass in die Wohnung eingebrochen werden könnte. Auch die gute Angebundenheit an öffentliche Verkehrsmittel, die gute Erreichbarkeit von Hausarzt, Briefkasten oder Postamt, das Vorhandensein von netten Gaststätten und Cafés sowie von Dienstleistungsangeboten und Einkaufsmöglichkeiten wurden überwiegend angegeben. Ebenso schätzte man im Allgemeinen die sozialen Kontakte im Wohnumfeld als positiv ein.

2.3 Sozialkontakte im Alter

„Soziale Integration als einer der zentralen Aspekte der Lebenslage und als wichtige Determinante der Lebenszufriedenheit gehört zu den mit zunehmenden Alter tendenziell gefährdeten Lebensaspekten, wenn durch Beendigung der Berufstätigkeit, mögliche Einschränkungen der Mobilität, Veränderungen in der Wohnsituation oder durch Tod des Partners, naher Angehöriger und Freunde die Gefahr besteht, dass sich die Zahl und die Intensität sozialer Kontakte vermindert. Bereits genannte, sich verändernde Rahmenbedingungen wie steigende Lebenserwartung, Zunahme von Einpersonenhaushalten und Zunahme von Älteren ohne Nachkommen können problemverschärfend wirken. Andererseits werden durch sich allmählich wandelnde Altersbilder und damit verbundene erweiterte Möglichkeiten für gesellschaftlich akzeptierte Handlungsweisen auch neue

²¹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003

Integrationschancen eröffnet. Damit können Selbstvertrauen und Initiative Älterer wachsen, auch jenseits etablierter Interaktionsfelder aktiv neue Sozialbeziehungen zu gestalten“ (Dieck und Steinack 1987; Seite 265).

„Entscheidend für die individuelle Lebenszufriedenheit ist, dass die Älteren soweit wie möglich Zahl, Art und Qualität ihrer Sozialkontakte selbst bestimmen, wobei zu bedenken ist, dass mit steigendem Alter das Risiko erzwungener Kontaktverminderungen zunimmt. Gerade emotional hoch bewertete Sozialkontakte, deren Verlust als Diskontinuität im Lebensablauf empfunden wird, sind in höherem Alter schwer ersetzbar“ (ebenda; 265). Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Mehrzahl der älteren Menschen in ein Netz sozialer Kontakte eingebunden ist. Bei Befragungen gaben sie auch meist eine relative Kontaktzufriedenheit an. Deutlich kristallisierte sich hierbei heraus, dass vor allem im höheren Alter den innerfamiliären Kontakten besondere Bedeutung beigemessen wird.

In einer 1973 von Bungard durchgeführten empirischen Studie über Isolation und Einsamkeit im Alter wurden über 65jährige allein stehende bzw. verheiratete Männer und Frauen in einer westdeutschen Großstadt befragt (vgl. Bungard 1975) Ihre Ergebnisse zeigten, „dass quantitative und qualitative Isolation zu Einsamkeit führen können, aber nicht müssen“ (Dieck und Steinack 1987; 268). Dies wurde u. a. dadurch deutlich, dass nur jeder zweite isolierte Ältere der Untersuchungsgruppe gleichzeitig auch von Einsamkeitssymptomen berichtete (Bungard 1975; 233). Ferner zeigte es sich, dass auch Einsamkeitsgefühle auftreten können, wenn keine objektive Isolation vorliegt.

Bungard fasst seine Ergebnisse nach der Bestimmung der spezifischen Determinanten der subjektiv empfundenen Unzufriedenheit mit dem Ausmaß oder der Qualität der sozialen Kontakte und der differenziellen Analyse verschiedener Isolationsarten, -ursachen oder -aspekten wie folgt zusammen:

1. Einsamkeitsgefühle älterer Menschen sind oft die Folge eines quantitativen Rückganges der Kontakte zu Familienangehörigen. Die Reduzierung der

Kontakte zu Freunden, Bekannten und Nachbarn erscheint verglichen damit, relativ bedeutungslos.

2. Quantitative und qualitative Isolation können zur Vereinsamung älterer Menschen führen, wobei zwischen diesen Isolationsdimensionen keine signifikante Interaktionswirkung festzustellen ist.
3. Je stärker die Isolation eines Befragten erzwungen wurde, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Einsamkeitsgefühle entstehen.
4. Einsamkeitsreaktionen können als eine Funktion der Differenz zwischen tatsächlichen und erwarteten Interaktionen aufgefasst werden. Je ausgeprägter der Wunsch nach verstärkten Kontakten, umso häufiger sprechen die Befragten von Einsamkeitsgefühlen. Der Wunsch nach mehr Kontakten hängt seinerseits aber nur bedingt von dem tatsächlichen Ausmaß der sozialen Interaktion ab.
5. Die Beziehung zwischen Isolation und Einsamkeitsgefühlen muss schließlich vor dem Hintergrund des individuellen Lebensstils gesehen werden. Isolation im Alter bewirkt vor allem dann eine subjektiv empfundene Vereinsamung, wenn eine Diskontinuität der sozialen Kontakte erlebt wird. Wer sein Leben lang eher Einzelgänger mit geringem Kontaktbedürfnis war, wird die typischen Veränderungen der Lebenssituation im Alter nicht so dramatisch zu spüren bekommen. Er hat eine andere Erwartungshaltung; die Zwanghaftigkeit des fortschreitenden Disengagements im Zuge des Alterungsprozesses wird ihm nicht so stark zu Bewusstsein kommen (ebenda; 233).

In gleicher Weise definieren Dieck und Steinack (1987; Seite 268) Einsamkeit „als Funktion der Differenz zwischen erwarteten und tatsächlich stattfindenden Sozialkontakten“.

Die von Naegele und Plum 1977 durchgeführte Befragung von 600 allein lebenden über 60jährigen Frauen in drei Großstädten der Bundesrepublik ergab, „dass 23 % der Befragten (84 % von ihnen sind verwitwet) ihr Alleinleben als belastend empfinden, wobei als Hauptbelastungsfaktoren fehlende Gesprächspartner (64%) und Bedrückung durch Einsamkeit (51 %) genannt werden. Das Fehlen einer Vertrauensperson wird von 23 % angegeben; bei denen, die eine Vertrauensperson

besitzen, werden an erster Stelle die Kinder genannt. 66 % der Frauen meinen, dass es wichtig sei mit der Jugend in Kontakt zu bleiben, aber 14 % haben niemals und 31 % seltener als alle 2 bis 3 Monate Kontakt zu jungen Menschen. 33 % wünschen sich mehr Kontakt zu den Kindern und zu Verwandten, wobei mit steigendem Alter und sich verschlechternder Gesundheit dieser Prozentsatz zunimmt. 39 % fühlen sich manchmal einsam; von diesen Frauen sind 28 % sehr oft einsam, bei den über 80jährigen sind es 39 % und bei den Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand sogar 57 %.

Insgesamt zeigt sich, dass mit zunehmendem Lebensalter, verschlechtertem gesundheitlichen Befinden, fallender Schichtzugehörigkeit, wachsender Dauer des Alleinlebens und Wohnunzufriedenheit der Grad der (quantitativen) Isolation zunimmt.

„Alleinlebende Frauen ohne Kinder, mit niedrigem Einkommen und schlechtem Gesundheitszustand sind also eine in besonderem Maße von Isolation und Einsamkeit bedrohte Problemgruppe unter den Älteren“ (Dieck und Steinack 1987; Seite 268).

Auch schon die länger zurückliegenden Ergebnisse von Blume (1968) weisen nach, dass allein stehende Frauen mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen die höchste soziale Isolationsquote haben. Deutlich wird auch, dass das gesamte Kommunikationssystem älterer Menschen schichtbedingte Unterschiede aufweist. Augenscheinlich wird dies an der Aufschlüsselung erhaltener Besuche und früherer Berufszugehörigkeit, so bekommen 24 % der berenteten Arbeiter im Gegensatz zu 9 % der pensionierten Beamten keinen Besuch.

Bungard (1977; Seite 65) hebt hervor, dass es wohl kaum einen Bereich gibt, „in dem die schichtspezifischen Verhaltensunterschiede so klar analysiert werden können, wie bei der Untersuchung der Freizeitaktivität älterer Menschen“.

Nachgewiesenermaßen nimmt jedoch insbesondere das Freizeitverhalten im Alter eine bedeutsame Rolle für die Kontakthäufigkeit und Kommunikationsintensität ein.

Auf seine Bedeutsamkeit weist Schmitz-Scherzer (1969; Seite 48) hin, „das Wissen um das Freizeitverhalten und -erleben ist geradezu die Voraussetzung für das Verständnis des älteren Menschen in seiner jeweiligen spezifischen Lebenssituation. (...) Mangelndes und ungeübtes Freizeitverhalten kann gerade im Alter vorhandene Defizite im Kontaktbereich verstärken, aber auch Ursache für eine zunehmende Isolierung älterer Menschen sein. Die besondere Aufmerksamkeit ist hierbei auch auf die Beeinflussungsfaktoren des Lernens von Freizeitverhalten zu richten. Denn zum überwiegenden Teil (90 %) werden Freizeitinteressen und –verhalten bis zum 19. Lebensjahr entwickelt und im späteren Alter wieder aufgegriffen bzw. fortgeführt (vgl. Schmitz-Scherzer 1968) Demnach entwickeln sich Einstellungen und vorzugsweise Interessen in der Sozialisierungsphase und werden in der Berufsphase gefestigt.

Infolgedessen, so Bungard, beeinflusst der soziale Status (Schichtzugehörigkeit) in bedeutender Weise auch das Freizeitverhalten. Bei der Untersuchung altersbedingter Isolationserscheinungen müssen deshalb beide Variablen, Alter und Schicht, in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit gesehen und analysiert werden“ (Bungard 1977; 67).²²

3. Wohnen im Alter mit Unterstützungsbedarf Ein erstes Zwischenfazit

Ausgehend von dem beschriebenen Lebenslagenkonzept, dem Schwerpunktthema Wohnen und von den Erkenntnissen aus den dargestellten Untersuchungen soll hier ein erstes Zwischenfazit gezogen werden. Dieses Fazit berücksichtigt nicht die später noch abzuhandelnden „institutionellen“ Wohnformen, sondern legt den Schwerpunkt der Betrachtung auf die Seniorinnen und Senioren, die in Miet- oder Eigentumsverhältnissen ohne institutionell organisierten Unterstützungsbedarf wohnen.

²² Näheres zu „Unterstützungsbedarf und -formen“ sowie zu „Wohnen zu Hause“ in Kapitel 6

Die Frage, die hier aber bereits auftaucht, nämlich was als Unterstützungsbedarf definiert wird, ist durch die Berücksichtigung mehrerer Kriterien zu beantworten. Zunächst einmal definiert die Person selbst den Unterstützungsbedarf und sorgt sich um die Realisierung. Darüber hinaus gibt es individuelle gesetzliche Ansprüche auf Unterstützung und Unterstützungsformen für Personen, die nicht mehr in der Lage sind, die Unterstützung ganz oder teilweise zu organisieren. Bei den gesetzlichen Leistungen gibt es den Unterschied zwischen Pflicht- und freiwilligen Leistungen.

Am eindeutigsten sind hier die einschlägigen gesetzlichen Ansprüche aus der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch XII und IX, wie z. B. Eingliederungshilfe.

Weiterhin ist relativ eindeutig, welche freiwilligen Leistungen²³ der Kommune bestehen. Gerade Letzteres nimmt Bezug auf die so genannten „Kann-Leistungen“ und wird im Detail meist über Leistungsverträge oder über projektbezogene Förderanträge definiert. Hierbei wird allerdings die Grenze zwischen personenbezogenen Leistungen und institutioneller Förderung schon überschritten. Gleichwohl dient die institutionelle Förderung, z. B. im Bereich der offenen Altenhilfe, der Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen, sie sind aber nicht unmittelbar die Empfänger.

In die juristisch fixierten Leistungsansprüche gehen fachliche und fiskalische Kriterien ein. In der aktuellen sozialpolitischen Diskussion wird fast stereotyp auf erkannte Bedarfe geantwortet: Wer soll das bezahlen? Es ist nun nicht die Aufgabe, in diesem Teilbericht eine sozialpolitische Diskussion zu führen, allerdings sollen hier Risiken beschrieben werden und ihre Folgen für die Lebensgestaltung älterer Menschen. Wie auf diese Risiken reagiert werden soll oder muss, wird sich in der fachlichen und partizipativ gestalteten Diskussion und letztlich der sozialpolitischen Entscheidung

²³ hier werden exemplarisch aufgeführt: Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen, Sofortprogramm ambulante Altenpflege, Beratungsstellen zur Unterstützung ehrenamtlichen Engagements wie z. B. Angebote des Institutes für Sozialarbeit e. V. (seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt), Anlaufbüro Seniorengruppen (Caritasverband Frankfurt e. V.), Förderung der Altenclubs und -treffs von unterschiedlichen Wohlfahrtsverbänden und Kirchen, sowie der Wohnraumberatung des VdK, HIWA (Beratungsstelle für ältere Migrantinnen und Migranten HIWA, Deutsches Rotes Kreuz Bezirksverband Frankfurt am Main). Diese Aufzählung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit!

zeigen. Aber bereits die Tatsache, dass die Diskussion über die Bedarfe breiter angelegt ist als noch zu der Zeit der klassischen Altenhilfepläne, verweist auf eine neue fachliche Grundlegung. Wenn es gelingt, die beteiligten Instanzen hinsichtlich der Zukunftsgestaltung „älter werden“ zu aktivieren und in einen Entscheidungszusammenhang einzubinden, ist der beste Grundstock für ein Bürgerengagement gelegt. Dass die demografische Zukunftsfrage „älter werden“ nicht ohne Aktivierung der Betroffenen gelingt, kann angesichts der Bevölkerungsentwicklung nicht ernsthaft bestritten werden.

In diesem Sinn sollen erste Risikobereiche hier zusammengefasst werden:

- Soziale Kontakte sind im positiven Fall Akte der Anteilnahme und der Solidarität. Körperliche, finanzielle, soziale oder psychische Einschränkungen können im Alter schneller zum Rückzug oder gar zur Isolation führen. Insbesondere Frauen sind aufgrund der Tatsache, dass sie in der Bevölkerungsstatistik die größte Gruppe darstellen, besonders gefährdet.
- Körperliche Einschränkungen, insbesondere in der Mobilität (verstärkt durch ungünstige Wohnverhältnisse, z. B. fehlender Aufzug, schlechte quartiersbezogene Infrastruktur), sind häufig die erste Ursache für reduzierte Lebensqualität.
- Eingeschränkte Mobilität korrespondiert schnell mit Einschränkungen der direkten Kommunikation, einem der Grundbedürfnisse. Indirekte Kommunikation wie Telefon, Radio, Fernsehgeräte und zunehmend auch PC und Internet gewinnen an Bedeutung. Hier bestehen dann Zusammenhänge mit der finanziellen Situation, aber auch wiederum mit der gesundheitlichen. Was kann ich mir leisten? Gerade im Alter ist es bekannt, dass staatliche Hilfen weniger in Anspruch genommen werden. Besonders bei vorhandenen Mobilitätseinschränkungen und möglicherweise zusätzlichen gesundheitlichen Einschränkungen (hören, sehen) sind bereits hier niederschwellige und/oder zugehende Hilfen notwendig. Gerade hier müssen unter präventiven Gesichtspunkten neue Ansätze überlegt werden. Präventive Maßnahmen entschleunigen i. d. R. eine Abwärtsspirale der Lebensqualität.

- Neben der Mobilität außerhalb der Wohnung gibt es die Mobilität in der Wohnung. Auch hier kann zumindest durch offensive Information und Aufklärung selbstbestimmtes und selbstständiges Leben unterstützt werden, z. B. durch Wohnraumanpassungsberatung.
- Kommunikation und Mobilität als wesentliche Faktoren für Risiken wirken sich auf weitere existenzielle Aktivitäten aus wie Ernährung, Hygiene, aber auch körperliche Vitalfunktionen. Inwieweit die medizinische oder pflegerische Versorgung ausreichend ist, werden wir hinsichtlich der ambulanten Versorgung in den folgenden Kapiteln darstellen; bzw. der Aspekt der medizinischen Versorgung wird im Teilbericht IV „Gesundheitliche Versorgung“ ausgeführt.
- Wichtig ist allerdings bei fast allen Fragen der Grundbedürfnisse die Motivation für bestimmte Handlungen, also die Frage: Warum soll ich das machen? Mit anderen Worten: welche Antwort kann auf die Frage gegeben werden: Was kann ich denn noch (für euch) tun? Hier drückt sich bei der Betonung auf das „Noch“ nicht nur ein Risikopotential aus, das in der Sackgasse der Isolation, der Depression oder gar des Suizids enden kann, es drückt sich für die Mehrzahl der Seniorinnen und Senioren auch ein Potential aus, das es zu unterstützen und damit zu entfalten gilt. Dieses Potential richtet sich auf die eigene Familie, das nachbarschaftliche Umfeld und auch auf das Gemeinwesen. Konrad Hummel hat im Zusammenhang seiner Untersuchungen zum bürgerschaftlichen Engagement als handlungsleitende Motivation der Senioren folgende Haltung formuliert: „Ich tue was für mich, gemeinsam mit anderen, für andere“. Somit ergibt sich also in der Aufgabenstellung für die Entwicklung zukünftiger Altenhilfe erneut der Aspekt, die differenzierte Motivationslage der Senioren hinsichtlich des bürgerschaftlichen Engagements zu erschließen und zu fördern. Ansätze dazu finden sich bei allen Wohlfahrtsverbänden wieder. Insbesondere sind hier das Institut für Sozialarbeit e. V.²⁴ und das Anlaufbüro Seniorengruppen des Caritasverbands Frankfurt e.V. schwerpunktmäßig tätig. Nähere Ausführungen dazu, d.h. zu den Arbeitsfeldern und den Methoden der Unterstützung wurden im ersten Teilbericht verfasst.

²⁴ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt

4. Alternative Wohnformen für Risikogruppen bei älteren Menschen

4.1 Definitionen

Bei der fachlichen Diskussion über alternative Wohnformen für Risikogruppen bei älteren Menschen (Demenzranke, Hochbetagte, Isolierte, Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung, Suchterkrankte, Wohnungslose, Migranten u. a.) ist von der Grundannahme auszugehen, dass es sich nur deshalb um Alternativen handelt, da man sie aus der Position der angebotenen Problemlösungen/Hilfsangebote her betrachtet bzw. definiert. Wäre die Pflegeversicherung z. B. nicht ausschließlich somatisch ausgerichtet, könnten die Personen der Risikogruppen auch in Standardwohnungen betreut werden. Erst wenn es fachlich indiziert ist, könnte etwa die Aufnahme in eine Wohngemeinschaft als „therapeutische Maßnahme“ sinnvoll sein.

Zu den Risikogruppen gehören:

- Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen
- Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen
- Menschen mit Revitalisierungen traumatischer Ereignisse
- Menschen mit Suchterkrankungen
- Menschen in der Isolation
- Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen
- Menschen mit dissozialen Verhaltensweisen
- Menschen mit Vermüllungssyndrom
- Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder bereits wohnungslos sind
- Menschen mit spezifischen Migrationserfahrungen²⁵

²⁵ Da es für diesen Personenkreis eine eigenständige Untersuchung geben wird, sollen hier keine weiteren Betrachtungen durchgeführt werden.

4.2 Wohngemeinschaften

Zu den bedeutendsten Krankheiten des Alters zählt die Demenz.

Demenzkrankungen können viele Ursachen haben, wobei die Alzheimer-Krankheit die häufigste ist. Demenzkrankungen mit ihren in unterschiedlicher Zusammensetzung auftretenden Störungen geistig-seelischer Leistungen wie Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und praktisches Geschick haben gravierende Auswirkungen auf die gesamte Lebenssituation der Betroffenen.

In den letzten Jahren wurden im Rahmen der Fachdiskussion über die angemessene Versorgung Demenzkranker eine Reihe neuer Pflege- und Versorgungsmodelle hervorgebracht.

Dazu gehören Wohngemeinschaften, die hier näher dargestellt werden, da diese auch für andere Risikogruppen eine alternative Wohnform sein können. Dass das Interesse älterer Menschen, vor allem der noch jüngeren Alten an gemeinschaftlichem Wohnen im Alter grundsätzlich wächst, zeigt die repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main. Knapp 15 % der Befragten sagen, dass gemeinschaftliches Wohnen für sie persönlich auf jeden Fall in Frage käme. Darüber hinaus sagt knapp die Hälfte der Befragten, dass gemeinschaftliches Wohnen im Alter unter Umständen für sie in Frage käme. Nur ein gutes Drittel der Befragten steht der Frage eines gemeinschaftlichen Wohnens im Alter ablehnend gegenüber.²⁶

Die Vorstellungen was Wohngemeinschaften eigentlich ausmacht und wie sie sozial- und ordnungspolitisch einzuordnen sind, sind noch nicht eindeutig geklärt.

Insbesondere bei den außerhalb einer stationären Einrichtung befindlichen Projekten besteht bei den beteiligten Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens eine große Unsicherheit, wie solche Wohngemeinschaften einzuordnen sind. Dabei beschäftigt

²⁶ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage W.19, N = 1.011 = 100%, siehe Anhang Nr. 10.2

die Kostenträger und Heimaufsichtsbehörden insbesondere die Fragestellung: Heim oder nicht Heim.

Grundsätzlich lassen sich gemäß der 2003 erschienenen Broschüre „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei den derzeitigen Wohngemeinschaftsformen vier verschiedene Typen kategorisieren:

Der integrierte stationäre Typus

Damit ist in der Regel die Aufteilung eines Pflegeheims in teilautonome Pflegeeinheiten gemeint, die familienähnlichen Charakter haben sollen und sich weitgehend selbst versorgen. Als Beispiel können die französischen „Cantous“ genannt werden.

Der ausgegliederte stationäre Typus

Hier wird versucht in einem normalen Wohnumfeld (Mehrfamilienhaus) die pflegerische Versorgung unter dem organisatorischen Dach einer stationären Einrichtung zu realisieren. Als Beispiel ist die heimverbundene Wohngemeinschaft in Wetter bei Marburg zu nennen.

Bei beiden Formen entstehen in der Regel die gleichen Heimentgelte wie in den konventionellen Pflegeeinrichtungen. So ergab die Rückfrage im Altenpflegeheim Wetter, dass die Pflegesätze für die Bewohnerinnen und Bewohner der heimverbundenen Wohngemeinschaft identisch mit denen der konventionellen Pflegeeinrichtung sind.

Es ist bisher nur einigen Heimbetreibern gelungen, für die Versorgung demenzkranker Heimbewohnerinnen und Heimbewohner spezielle Pflegesätze auszuhandeln, die eine den Bedürfnissen dieses Personenkreises angemessene Versorgung sichern.

Ein positives Beispiel ist das Pflegeheim Polle in Niedersachsen, das neben bereits bestehenden Heimentgelten eine zusätzliche Entgeltvereinbarung für die Versorgung

einer besonderen Gruppe von demenziell erkrankten älteren Menschen abschließen konnte. Es handelt sich um die Pflege von verhaltensauffälligen, mobilen älteren Menschen, die an einer mittleren bis schweren Demenz leiden und deren Aufnahme in der Regel über die Psychiatrien erfolgte.²⁷

Der ambulante Typus mit zentraler Bezugsperson

Hiermit sind Wohngruppen gemeint, für die eine kontinuierlich präsente Ansprechperson zur Verfügung steht. Darüber hinaus werden grund- und behandlungspflegerische Verrichtungen im Rahmen der etablierten Regelversorgung von selbstgewählten ambulanten Diensten erbracht. Als Vorbild für diesen Typus gilt das „Anton-Piek-Hofje“ in Haarlem/Niederlande.

Der ambulante Typus mit ausschließlicher Versorgung durch einen oder mehrere ambulante Pflegedienste

Die Versorgungsstruktur dieser Wohngemeinschaftsform orientiert sich an dem tatsächlichen Pflegebedarf der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner und den entsprechenden Ansprüchen an die Kostenträger. Diese Ansprüche werden zusammengefasst und von der Summe wird die notwendige ambulante Pflege und Betreuung finanziert. Dieser Typus wird repräsentiert durch die Wohngemeinschaften in Berlin und Ostwestfalen.

Bei beiden Formen gibt es keine Pflegesätze wie in Heimeinrichtungen. Die älteren Menschen haben den Status als Mieter. Pflege und Betreuung werden nach den Kriterien der ambulanten Pflege angeboten. In der 2003 erschienenen Broschüre „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird auf den Seiten 22 - 24 angegeben, dass in den meisten Wohngemeinschaften zwischen 200 und 325 Euro an Mietkosten entstehen, mit etwa 220 - 245 Euro pro Monat an Wirtschaftsgeld für Nahrungsmittel, allgemeine Toilettenartikel, Waschmittel u. a.

²⁷ vgl. hierzu Dürrmann, Peter (Hrsg.) Besondere stationäre Dementenbetreuung, Vincentz Verlag, Hannover 2001, Kapitel 6, S. 168

gerechnet werden muss sowie mit Pflege- und Betreuungskosten zwischen 2500 und 3000 Euro entstehen.

4.3 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Die obige Differenzierung unterscheidet sich aus der Nutzersicht durch die Integration in ein Heim (Wohnung/Wohnbereich im Heim) oder durch die Art der Betreuung einer Gruppe in einer Wohnung. Wir werden deshalb die oben aus analytischen Gründen vorgenommene Differenzierung wieder auflösen, da die Probleme bei der Realisierung ähnlich sind.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften, die noch relativ neu in der Altenpflegelandschaft sind, stellen einen Paradigmenwechsel im Verhältnis von Pflegeanbietern zu den betroffenen älteren Menschen dar. Wie in der traditionellen ambulanten Pflege im Einzelhaushalt bestimmen hier die Wohngemeinschaftsbewohnerinnen und -bewohner bzw. deren Angehörige oder gesetzliche Betreuer, wer Pflege und Betreuung bereitstellt, wie sie strukturiert sein sollen, mit wem die Wohnung geteilt wird, wie die Wohnung ausgestattet wird und was gegessen und getrunken wird. Dies setzt engagierte Angehörige bzw. rechtliche Betreuer voraus.

Gemäß der oben erwähnten Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bieten ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen folgende Vorzüge:

- Integration in ein ganz normales Wohnumfeld
- Ausstattung und Tagesabläufe wie in jedem anderen Privathaushalt – bei Bedarf mit entsprechender Wohnraumanpassung
- Möglichkeit der Beteiligung von pflegebereiten und -fähigen Angehörigen am „Dienstplan“ (und damit Kostenreduktion)
- Beteiligung der Krankenkassen als Kostenträger behandlungspflegerischer Maßnahmen, da sozialrechtlich „eigener Haushalt“

- Beteiligung der Bewohner an allen relevanten Haushaltstätigkeiten (Kochen, Einkaufen, Reinigung etc.)
- Stärkung der Rolle der Betroffenen, ihrer Angehörigen und rechtlichen Betreuer im Hinblick auf die Gestaltung der Personalauswahl, der Pflegeabläufe und -prioritäten und des Alltags

Trotz der genannten Vorzüge haben ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen bislang nicht die Verbreitung erreicht, die zu erwarten wäre.

Als grundsätzliche Erschwernisgründe für das Zustandekommen von Wohngemeinschaften sind im Fall der geförderten Wohnungen sowohl die Einkommensgrenzen als auch das Problem der Zweckentfremdung zu nennen, die entsteht, wenn eine „Einrichtung/Institution“ die Wohnung anmietet.

Ansonsten werden in der oben erwähnten Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend folgende weitere Erschwernisgründe genannt:

1. Große Wohnungen oder Häuser, die den Ansprüchen einer kollektiven Pflegeform genügen, sind auf dem deutschen Wohnungsmarkt schwer zu finden. Bewährt haben sich Größenordnungen mit 6 bis 8 Pflegebedürftigen, sowohl unter gruppendynamischen als auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten.
2. Es gilt, Bewohner bzw. Angehörige/gesetzliche Betreuer an einen Tisch zu bringen, die sich über die gemeinschaftliche Nutzung einer Wohnung/eines Hauses verständigen.
3. Die Suche nach einem oder mehreren Pflegeanbietern, die fachpflegerisch und organisatorisch in der Lage sind, die Wohngemeinschaft zu versorgen.
4. Die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs der einzelnen Bewohner und eine entsprechende Klärung der Ansprüche mit den unterschiedlichen Kostenträgern.
5. Die Organisation des Personaleinsatzes auf der Grundlage der Gesamteinnahmen durch die Wohngemeinschaftsbewohner.

6. Die kontinuierliche Begleitung des Projekts durch regelmäßige Angehörigen- und Betreuerentreffs. Reflexionen mit Mitarbeitern der beteiligten Pflegedienste und allen anderen beteiligten Institutionen.

4.4 Situation in Frankfurt am Main

In Frankfurt am Main gab und gibt es in den letzten Jahren verschiedene Versuche, ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenzkranke ältere Menschen einzurichten, deren Status ist jedoch noch nicht eindeutig geklärt.

Geklärt ist bisher der Status der im Jahr 2004 von der Evangelischen Gesellschaft zum Betrieb von Wohn-, Alten- und Pflegeheimen gGmbH in Frankfurt am Main, Höchst, offiziell eröffneten Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte ältere Menschen, die hier exemplarisch vorgestellt wird. Dabei handelt es sich um eine mit dem Hessischen Amt für Versorgung und Soziales auf der Grundlage des § 25a Heimgesetz (Erprobungsklausel) abgestimmte besondere Wohnform, die einerseits Sicherheit wie in einem Heim bieten möchte, andererseits aber durch ein vertrautes Wohnumfeld und durch vertraute Alltagsstrukturen soviel Normalität und Individualität wie möglich erhalten möchte. Die Evangelische Gesellschaft zum Betrieb von Wohn-, Alten- und Pflegeheimen gGmbH tritt nicht nur als Vermieter von Wohnraum auf, sondern zeichnet auch verantwortlich für die Rund-um-die-Uhr-Betreuung der demenziell erkrankten Bewohner. Die Betreuung umfasst die Beaufsichtigung (Vermeidung von Selbst- und Fremdgefährdung) und die pflegerische Versorgung der Bewohner, soweit sie nicht über SGB-Leistungen abgedeckt ist, sowie unter Einbeziehung der Angehörigen die Hilfestellung bei der alltagsorientierten Lebensgestaltung (Zubereitung von Mahlzeiten, Abwasch und andere Haushaltstätigkeiten) sowie die Unterstützung bei Freizeitaktivitäten.

Von Seiten der Fachöffentlichkeit ist es prinzipiell zu begrüßen, wenn in Frankfurt am Main neben den bereits vielfältig bestehenden ambulanten, teilstationären und stationären Betreuungsangeboten für demenziell erkrankte ältere Menschen weitere Wohngemeinschaften entstehen und dabei in Abstimmung mit dem Hessischen Amt

für Versorgung und Soziales verschiedene Betreuungsstrukturen konzeptionell erprobt werden. Für die Wohngemeinschaften müssen fachliche Kriterien entwickelt werden, damit Interessenten wissen, auf was sie bei der Auswahl achten müssen. Ferner ist die Frage der Qualitätskontrolle zu regeln.

Auch für die anderen Risikogruppen bei älteren Menschen sollten in Frankfurt am Main nach Ansicht der Fachöffentlichkeit neben den bereits bestehenden Betreuungsangeboten alternative Wohnformen mit einer an der jeweiligen Zielgruppe orientierten profunden Konzeption erprobt werden. Zur Vermeidung von Substandards sind eine laufende Kontrolle der Qualität und eine Evaluation notwendig.

Auf Grundlage einer Vereinbarung²⁸ mit dem Jugend- und Sozialamt führt der Träger KONTAKT – Freie Alten- und Krankenpflege e. V. mit Erfolg das mittlerweile verstetigte Modell(projekt) „Wohnen und Pflegen im Verbund“ durch. Darin werden Klienten aus den eingangs genannten Risikogruppen²⁹ nach dem Gestaltungsprinzip des betreuten Einzelwohnens versorgt. Die Vergütung besteht in individuellen Monatspauschalen, die jeweils einzelfallbezogen mit dem Jugend- und Sozialamt vereinbart werden. Die Pauschalvergütung erlaubt es dem Träger, stets zielgerichtet und mit großer Flexibilität auf die vielfältigen unterschiedlichen Problemlagen und Bedürfnisse des Klientels zu reagieren. „Wohnen und Pflegen im Verbund“ wurde von 1997 bis 1999 mit Unterstützung des Jugend- und Sozialamtes vom Caritasverband Frankfurt e. V. und Kontakt e. V. als Modellprojekt durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts wurde durch Prof. Dr. A. Evers von der Universität Gießen geleitet³⁰.

Die Anzahl der Hochaltrigen wird in Zukunft weiter erheblich anwachsen. Der Anteil der Menschen ab 80 Jahren, der in Deutschland um 1900 erst rund 0,5 % der Bevölkerung ausmachte und gegenwärtig auf ca. 4 % angestiegen ist, dürfte bis 2050 auf etwa 12 % weiter steigen.

²⁸ gemäß § 93 BSHG (Vertragsabschluss vor dem 01.01.2005)

²⁹ Zur Definition der Risikogruppen siehe 4.1 dieses Kapitels

³⁰ Der Endbericht mit dem Titel „Flexibel, pfleglich, kostensparend – ein innovatives Konzept ambulanter Hilfe und Pflege“ wurde im April 1999 von Prof. Dr. A. Evers und Dipl. oec. trop. A. Ühlein vorgelegt.

Für Hochaltrige, die mehrheitlich allein leben, sowie für Isolierte kommen betreute Wohngemeinschaften als Alternative zu den bestehenden ambulanten Hilfe- und Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung, dem betreuten Wohnen oder dem Umzug in eine stationäre Einrichtung durchaus infrage. Das Wohnen in der eigenen Wohnung mit Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten bietet in der Regel wenig Unterstützung bei der Bewältigung psychischer und sozialer Probleme. Dies sind vor allem fehlende soziale Kontakte, Antriebsarmut und der Verlust von Alltagsfähigkeiten. Auf der anderen Seite ist das Leben in einer Gruppe zwar geeignet, Vereinsamung zu verhindern, es stellt aber auch erhöhte Anforderungen an die Fähigkeit, Konflikte zu bewältigen und Interessensausgleiche zu finden.

Bei noch geringem Unterstützungsbedarf können auch die vom Institut für Sozialarbeit e. V.³¹ vermittelten Wohnpartnerschaften zwischen alten und jungen Menschen ein interessanter Ansatz sein. Hier ziehen junge Menschen, die sich in einer Ausbildung befinden, in die Wohnung älterer Menschen und unterstützen diese bei Bedarf. Dafür können sie kostenlos oder gegen geringes Entgelt bei ihnen wohnen.

Als besonderes Problem ist die Situation älterer Behinderter zu sehen, insbesondere wenn sie aus dem beschützten Beschäftigungsverhältnis wegen Rente herausfallen und damit auch den Anspruch auf einen Wohnheimplatz verlieren. Auch hier können, wenn andere Hilfe- und Unterstützungsstrukturen nicht möglich bzw. sinnvoll sind, betreute Wohngemeinschaften, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren, eine Lösung darstellen.

Für obdachlose bzw. von Obdachlosigkeit bedrohte Menschen, bei denen meist eine Suchtproblematik besteht, und deren Zahl im Steigen begriffen ist, bietet das Angebot des Vereins „Lichtblick aktiv Schwester Sigrid e. V.“ eine Alternative, die hier exemplarisch vorgestellt wird.

³¹ seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt

Im Haus Lichtblick Eschersheimer Landstraße 149/151 leben in Form einer Wohngemeinschaft derzeit 30 vorwiegend ältere Menschen ab dem fünfzigsten Lebensjahr in Einzelzimmern mit Waschgelegenheit. Es handelt sich dabei um ehemals obdachlose bzw. von Obdachlosigkeit bedrohte Männer und Frauen. Alle Bewohnerinnen und Bewohner haben einen Mietvertrag. Angeboten werden vier Mahlzeiten am Tag. Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten Hilfe beim Baden, Reinigen der Wäsche, werden zu Ärzten, Ämtern und Gesprächsterminen begleitet. Wenn jemand damit nicht zurechtkommt, wird auch die Geldeinteilung übernommen. Pflegerische Hilfen werden von einem Pflegedienst, der ins Haus kommt, übernommen. Sonn- und Feiertage werden besonders hervorgehoben. Ausflüge, Feste und Gottesdienste gehören dazu.

Die Einrichtung weiterer Angebote dieser Art ist dringend notwendig.

Stärker als die Zahl der Älteren insgesamt wird die Zahl der älteren Migranten zunehmen. Während es zurzeit rund 600.000 Migranten im Alter von 60 Jahren und darüber in Deutschland gibt, werden es im Jahr 2030 fast 3 Millionen sein. Viele haben ihre Kinder und Enkel in Deutschland und werden ihren Lebensabend in Deutschland verbringen, können sich jedoch nicht mehr auf die soziale Versorgung durch ihre Familie verlassen, weil sich auch bei den Zugewanderten die Familienbeziehungen grundlegend ändern. Auch in Frankfurt am Main wird die Zahl und der Anteil älterer Migranten deutlich zunehmen und damit auch die Notwendigkeit, neue Wohnformen zu entwickeln, die sich an der Bedarfssituation dieser Personengruppen orientieren.

5. Unterstützte Wohnformen

5.1 Altenwohnanlagen

5.1.1 Bestandszahlen

Bei Altenwohnanlagen handelt es sich um Häuser, die ausschließlich Seniorenwohnungen aufweisen. Dabei existiert keine einheitliche Definition, was unter einer solchen verstanden werden kann. Mit den Anforderungen speziell von

betreuten Wohnanlagen hat sich in Hessen zwar eine Arbeitsgruppe auseinander gesetzt und Empfehlungen ausgesprochen³²; es fehlen jedoch rechtlich verbindliche Festlegungen hinsichtlich einer seniorengerechten baulichen und technischen Gestaltung der Anlagen sowie Art und Umfang einer möglichen Betreuung vor Ort.

Da über das konkrete Angebot und die Nachfrage nach freifinanzierten Seniorenwohnungen sowie die Belegungspraxis der Vermieter keine verwertbaren Erkenntnisse vorliegen, wird folgend nur über den Bereich der öffentlich geförderten Wohnungen bzw. der daraus resultierenden Erfahrungen berichtet.

Das Frankfurter Angebot an öffentlich geförderten Seniorenwohnungen erstreckt sich auf insgesamt 149 Wohnhäuser. Die Mehrzahl befindet sich jedoch in etwa 75 größeren Anlagen.

Daraus ergibt sich, dass auch Seniorenwohnungen ohne Anlagecharakter im Stadtgebiet zu finden sind. Außerdem Wohnungen, die zwar als Seniorenwohnung bezeichnet werden, aber unter normale Bestandswohnungen gestreut wurden. Zum Teil haben sie keine Unterschiede hierzu und kein Betreuungsangebot, auch keine Notrufanlage, aufzuweisen.

Im öffentlich geförderten Bereich stehen rund 6.000 Wohnungen für Seniorinnen und Senioren zur Verfügung. Es handelt sich hierbei regelmäßig um 1-2-Zimmer-Wohnungen.

In den vergangenen Jahren ist durch die Erschließung neuer Baugebiete ein geringer Zuwachs an Seniorenwohnungen zu verzeichnen. Es werden nach Kenntnis der Kommunalen Wohnungsvermittlung in absehbarer Zeit noch weitere rund 200 öffentlich geförderte Seniorenwohnungen entstehen.

³² Betreutes Wohnen im Alter – Fachliche, bauliche und rechtliche Anforderungen an Wohnanlagen des betreuten Wohnens in Hessen – Hrsg.: Hessisches Sozialministerium, September 2002, S. 4

Eine Zusammenstellung aller Wohnmöglichkeiten ist durch das Institut für Sozialarbeit e. V.³³ im Internet zur Verfügung gestellt worden (www.seniorenwohnungen-frankfurt.de); sie soll regelmäßig aktualisiert werden und gibt Aufschluss zu Beschaffenheit, Lage und Ausstattung der Häuser und Wohnungen sowie zu den sonstigen Leistungen im Sinne eines Betreuungsangebots.

Auch das Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main hat Informationen zum Wohnen und zu Wohnmöglichkeiten im Internet veröffentlicht (www.frankfurt.de unter dem Stichwort „Seniorenwohnanlagen mit Betreuung und Seniorenwohnungen“ und unter http://www.frankfurt-handicap.de/dl/2005_04_20_Behi_Wohnen.pdf).

Demnach stehen außerdem etwa 130 ehemals öffentlich geförderte sowie rund 700 weitere Wohnungen, also insgesamt die sehr viel geringere Anzahl von 830 auf dem freien Markt vermietete Seniorenwohnungen zur Verfügung, die sich nicht als Residenzen verstehen.

In den 46 Stadtteilen Frankfurts schwankt der Versorgungsgrad mit Seniorenwohnungen zwischen 0 (z. B. Altstadt) und 13,9 % (Gutleutviertel). Im Teilbericht I wird näher auf den Versorgungsgrad der Stadtteile eingegangen.

5.1.2 Bestandsqualität und Modernisierungsbedarf

Bei den mit öffentlichen Mitteln geförderten Anlagen handelt es sich um einen sehr heterogenen Bestand, der bedingt durch Baualter und Anzahl der Wohneinheiten, ganz unterschiedliche Standards hinsichtlich Ausstattung und – soweit vorhanden – Qualität des Betreuungsangebots aufweist.

Die Wohnungen selbst sind zwischen 25 und 70 qm groß. Nach modernen Maßstäben muss in der Mehrzahl, nämlich dem älteren Bestand, infrage gestellt werden, ob sie dem Anspruch der Zweckbestimmung für „ältere“ oder „alte Menschen“ noch gerecht werden. Ein großer Anteil der Anlagen wurde in den 60er und 70er Jahren gebaut, als die normalen Bestandswohnungen häufig noch nicht

³³ seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt

über moderne Sanitärausstattung verfügten; dagegen sind heute in den normalen Bestandswohnungen vergleichsweise bessere Wohnbedingungen vorzufinden³⁴.

Diese Situation gilt auch für Frankfurt am Main. Oft stellen beispielsweise Zugang oder Bewegungsflächen der Anlagen oder der jeweiligen Wohnung ein Problem dar. Hilfsgeräte, wie ein Gehwagen, können dadurch nicht uneingeschränkt genutzt werden. Eine Vielzahl weist die ursprünglichen Bäder mit Sitzbadewannen auf, die den allgemeinen Sicherheitsbedürfnissen alternder Menschen keineswegs Rechnung tragen und beim Eintritt einer Behinderung nicht nachgerüstet werden können. Viele Wohnungen verfügen über nur einen Wohnraum mit Schlafnische, so dass die Ausschöpfung an sich vorhandener Möglichkeiten der kostengünstigeren Pflege vor Ort, auch Unterstützung durch Verwandte, oder andere Aktivitäten durch die räumliche Enge eingeschränkt ist.

Für die Auswahl der neuen Wohnung ist andererseits für mehr als die Hälfte der Frankfurter Seniorinnen und Senioren, die an einen Umzug denken, die Eignung der Wohnung für ältere Menschen ein besonders wichtiger Gesichtspunkt.³⁵

Die langfristige Vermietbarkeit der vorhandenen Wohnungen an den gewünschten Personenkreis ist dadurch bereits jetzt infrage gestellt; nicht nur in Frankfurt sondern „vielerorts haben die Wohnungsunternehmen Schwierigkeiten, ihre traditionellen Altenwohnungen weiter an die ursprüngliche Zielgruppe zu vermieten“³⁶.

Andererseits ist eine bauliche Nachbesserung oder der Umbau von Wohnanlagen zur Erweiterung oder Verbesserung des Kontingents an geeignetem Wohnraum für Ältere selten zu beobachten. Auch an sich überschaubare Investitionen oder individuelle Maßnahmen bleiben oft aus. Dabei ist in der Wohnungswirtschaft unumstritten, dass der altengerechten Bestandsentwicklung eine herausragende

³⁴ DW 12/ 2004, S. 60

³⁵ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage W.18. Gemäß der Antworten zu Frage W.15 denken 135 von 1.011 Befragten an einen Umzug: Für 51,5% dieser 135 wäre die Eignung der Wohnung für ältere Menschen ein besonders wichtiger Gesichtspunkt d. h. N = 135 = 100%; siehe Anhang Nr. 10.2

³⁶ a. a. O.

Bedeutung³⁷ zukommt und es oft nur kleinerer Eingriffe bedarf, um die Wohnqualität enorm zu erhöhen, ohne dass dies alle Maßgaben der DIN 18025 erfüllt und damit besonders kostenintensiv sein muss³⁸. Auch wird betont, dass damit eine erhebliche Verlängerung der Mietdauer – oft bis zu zehn Jahren – einhergehen kann, da das Verbleiben in den eigenen Wänden für die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen so lange als möglich erwünscht ist³⁹.

Darauf angesprochen äußern die Frankfurter Vertreter der Wohnungswirtschaft, dass neben Wirtschaftlichkeitsaspekten auch infrage stehe, ob die Maßnahmen zu dem gewünschten Erfolg, nämlich einer größeren Nachfrage durch die Seniorinnen und Senioren, führe. Auch in der Literatur wird betont, dass zu überprüfen sei, welche Bestandswohnungen sich für eine Umstrukturierung im Sinne eines marktgerechten Wohnungsangebots für Ältere eignen⁴⁰.

Im Übrigen darf aus Sicht der Kommunalen Wohnungsvermittlung nicht außer Acht bleiben, dass eine umfangreiche Sanierung oder Zusammenlegung von Wohnungen, z. B. mit dem Ziel einer größengerechten Anpassung, durchaus zu Mietpreisen führen kann, die im Bereich öffentlich geförderter Wohnungen nicht mehr vertretbar sind.

Nach § 554 a BGB sind Wohnungseigentümer grundsätzlich verpflichtet, gewünschten Umbaumaßnahmen, die durch den Eintritt einer Behinderung notwendig werden, zuzustimmen, es sei denn, dass aus technischen Gründen ein solcher Umbau nicht möglich ist. In diesem Fall erfolgt die Planung der Maßnahme und Nachrüstung der Wohnung durch Eigeninitiative und im Verantwortungsbereich des Mieters. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Generation der heute 70jährigen noch davon geprägt ist, persönliche Ansprüche nicht aktiv einzufordern⁴¹. An sich mögliche individuelle Umbaumaßnahmen, die geeignet

³⁷ a. a. O.

³⁸ DW 3/2003, S. 62

³⁹ DW 12/2004, S. 60

⁴⁰ DW 2/2003, S. 36

⁴¹ DW 3/2003, S. 62

wären, einen Umzug zu verhindern, finden daher außerordentlich selten statt – auch nicht in Altenwohnungen.

Aus den Wohnberatungsstellen ist zudem bekannt, dass nur eine verschwindend geringe Anzahl von Mietern von dieser gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit eines Umbaus Kenntnis hat und die meisten der größeren Frankfurter Wohnungsgesellschaften (bezogen auf den geförderten und nicht geförderten Bestand) regelmäßig von ihrem Recht Gebrauch machen, sich den Rückumbau vertraglich vom Mieter zusichern zu lassen. Dadurch sind die Maßnahmen für die Mieter finanziell oft nicht mehr überschaubar oder tragbar (in der Regel werden die erforderlichen Maßnahmen von den öffentlichen Kassen nur - teilweise - bezuschusst, siehe Anhang Nr. 10.1).

Vor dem Hintergrund einer hochaltriger werdenden Gesellschaft steht im Bereich der öffentlich geförderten Wohnungsversorgung letztlich infrage, ob der zukünftige Bedarf an behindertenfreundlichen und damit seniorengerechteren Wohnungen gedeckt werden kann.

Zu den Gründen des tatsächlich gerade erwogenen Umzugs äußerten von 135 Frankfurter Seniorinnen und Senioren in der Telefonbefragung, ihre derzeitige Wohnung sei für das Alter nicht geeignet (diese Nennung rangiert mit 30,3 % auf Platz 3 der genannten Gründe). Eine nicht altengerecht ausgestattete Seniorenwohnung wird für diese Personengruppe also keine Wohnalternative bieten.⁴²

⁴² Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage W.17, siehe Anhang Nr. 10.2

In der überwiegenden Mehrzahl wünschten die umzugswilligen Seniorinnen und Senioren eine kleinere Wohnung (47 %) oder ein Haus mit Betreuungsangeboten (34,6 %).⁴³

Immerhin 45,4 % geben an, speziell Altenwohnungen aus eigener Anschauung zu kennen. Zwei Drittel davon äußern, aus ihrer Sicht gäbe es an diesem Angebot nichts auszusetzen, ohne jedoch zu erkennen zu geben, dass eine solche Wohnung für sie persönlich infrage kommt. Auf der anderen Seite geben 29,2 % an, Altenwohnungen seien für sie grundsätzlich nicht interessant.⁴⁴

5.1.3 Nachfrageverhalten

Neben den oben beschriebenen Gründen kann aus den Erfahrungen der Kommunalen Wohnungsvermittlung geschlossen werden, dass der besondere Charakter der teilweise sehr großen Anlagen, manchmal Hochhäusern, mit der Folge, dass hier Seniorinnen und Senioren mehr oder weniger „unter sich“ sind, die ungenügende Erschließung mit öffentlichen Verkehrsmitteln und das jeweilige, mehr oder weniger ausgeprägte, Betreuungsangebot für dieses Desinteresse eine gewichtige Rolle spielen. Erfahrungsgemäß besteht in Frankfurt am Main außerdem eine sehr geringe Nachfrage für Objekte in Stadtrand- oder aus anderen Gründen unattraktiveren Lagen. Anlagen oder Wohnungen, die auf mehreren Ebenen Defizite aufweisen, werden schwerer angenommen. Dagegen bestehen für einige wenige Häuser Wartezeiten zwischen zwei und sieben Jahren; hierbei handelt es sich regelmäßig um solche, die bestimmte Personengruppen ansprechen und/oder gleichzeitig eine angegliederte Pflegeabteilung aufweisen.

Überdurchschnittlich groß ist der Bedarf an Wohnungen für Paare, wobei eine nicht unerhebliche Anzahl von Bewerbern eine Drei-Zimmer-Wohnung nachfragt und sich schließlich – da eine solche Versorgung im öffentlich geförderten Wohnungsbau nicht vorgesehen ist – selbst versorgt.

⁴³ ebenda

⁴⁴ ebenda

Für das vorhandene Angebot gilt: Mehr als 60 % der im Rahmen der sozialen Wohnungsvermittlung angebotenen Wohnungen werden von den Bewerberinnen und Bewerbern entweder erst gar nicht besichtigt (oder nur von außen in Augenschein genommen) oder nach der Besichtigung aus den genannten Gründen abgelehnt.

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass die überwiegende Mehrzahl der Bewerberinnen und Bewerber ohnehin erst bei Eintritt eines gesundheitlichen Handicaps den Umzug in eine Seniorenwohnung erwägt. Auch bundesweit wählen etwa nur 2 % der über 65jährigen aus freien Stücken einen Umzug in das betreute Wohnen⁴⁵. Über die Seniorenwohnung hinaus entwickelt sich seit Jahren ein immer differenzierter werdender Markt an Wohnmöglichkeiten, der von der selbst organisierten Hausgemeinschaft über verschiedene Formen des betreuten Wohnens reicht⁴⁶. Somit besteht – auch in Frankfurt am Main – eine gewisse Konkurrenz der für Senioren infrage kommenden Möglichkeiten des altengerechten Wohnens, häufig auf höherem Niveau, was letztlich nicht ohne Auswirkung auf die Vermietbarkeit der Seniorenwohnungen im beschriebenen Standard bleibt.

Um Leerstände in den schlecht ausgestatteten und/oder ungünstig gelegenen Wohnanlagen, die öffentlich gefördert wurden, zu vermeiden, hat die Kommunale Wohnungsvermittlung gelegentlich auch der Vermietung an andere Bewerberinnen und Bewerber zugestimmt. So sind beispielsweise Studenten im Rahmen eines Belegungskonzepts gezielt in Seniorenwohnungen vermittelt worden.

5.1.4 Vergabekriterien und -praxis

Die Wohnungen in den Altenwohnanlagen sollen jedoch grundsätzlich an Menschen ab 60 Jahre vergeben werden. Nur in Ausnahmefällen (z. B. bei Eintritt einer Behinderung) sollen Personen ab 50 Jahre berücksichtigt werden, die dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen. Die gesetzlich indizierte Beachtung des Förderzwecks „ältere“ oder „alte Menschen“, stellt damit eine Behinderung der

⁴⁵ DW 12/2004 S.60

⁴⁶ a. a. O.

Umzugswilligen insofern dar, als die in der Telefonbefragung festgestellte Umzugsbereitschaft zwischen 50 und 55 Jahren am stärksten ausgeprägt ist.⁴⁷

Um eine öffentlich geförderte Seniorenwohnung zu beziehen, ist nach dem Wohnraumförderungsgesetz eine so genannte Bindungsbescheinigung erforderlich. Die Wohnungsvermittlung ist nur an Personen möglich, die die gesetzlichen Voraussetzungen zum Bezug einer solchen Wohnung erfüllen; aktuell darf nach Abzug der festgelegten Pauschalbeträge für Kranken- und Rentenversicherung und ggf. Steuern die festgelegte Höchstgrenze von 13.200 Euro für einen Ein-Personen-Haushalt bzw. 19.600 Euro⁴⁸ für einen Zwei-Personen-Haushalt jährlich nicht überschritten werden. Bei der Berechnung wird das Vorliegen einer Schwerbehinderung oder Pflegestufe besonders berücksichtigt.

Hierzu ist anzumerken, dass nach den Ergebnissen des Mikrozensus allenfalls zwei Fünftel der Rentnerhaushalte in Hessen über ein Einkommen verfügen, das voraussichtlich in den Erfassungsbereich des Gesetzes fällt⁴⁹, wobei gleichzeitig der Bestand an bezahlbaren altengerechten Wohnmöglichkeiten auf dem freien Markt in Frankfurt – wie erwähnt – sehr gering ist.

Folgerichtig werden aufgrund eines Stadtverordnetenbeschlusses aus 1995 Seniorinnen und Senioren grundsätzlich auch als wohnungssuchend erfasst, wenn ihr Einkommen die gesetzlich vorgeschriebene Grenze um bis zu 40 %

⁴⁷ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, hier: gemäß Grafik 6 gibt es 994 Antworten nach Altersgruppen zu der Frage „Denken Sie an einen Umzug“, d. h. N = 994 = 100%. Davon denken 27,6% der Altersgruppe 50 bis 55 Jahre an einen Umzug, 16,3 % der Altersgruppe 56 bis 60 Jahre, 10,2 % der Altersgruppe 61 bis 65 Jahre, 8,7% der Altersgruppe 66 bis 70 Jahre, 5,4 % der Altersgruppe 71 bis 75 Jahre, 9,4% der Altersgruppe 76 bis 80 Jahre und 6,1 % waren 81 Jahre und älter.

⁴⁸ § 20 WoFG

⁴⁹ Pressemitteilung 75/2003 des Hess. Statistischen Landesamts; von gut einer Million Rentnerhaushalte verfügten im April 2002 zwei Fünftel über ein monatliches Nettoeinkommen unter 1.300 Euro, zwei weitere Fünftel bis 2.600 Euro. Während in den mittleren Einkommensbereich vor allem viele Haushalte von allein stehenden Rentnern hineinwuchsen, war dies im oberen Einkommensbereich bei den Haushalten von Rentnerhepaaren der Fall. Drei Zehntel der allein stehenden Rentnerhaushalte mussten mit weniger als 900 Euro netto monatlich auskommen.

überschreitet⁵⁰. Dass somit tatsächlich ein Einkommen von etwa 18.500 Euro im Ein-Personen-Haushalt bzw. 27.400 Euro im Zwei-Personen-Haushalt jährlich erreicht werden darf, führt jedoch zu einer nur marginalen Öffnung für Personen, die sich im mittleren Einkommensbereich bewegen. Tatsächlich muss davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl Älterer, die den Wunsch haben eine Wohnanlage zu beziehen, weder die Einkommensvoraussetzung des Wohnraumförderungsgesetzes erfüllen, noch die Chance auf Vermittlung in eine solche freifinanzierte Wohnung haben, und auch die verhältnismäßig hohen monatlichen Entgelte in Wohnstiften nicht aufbringen können. In Frankfurt sind dem Wohnen in einer Seniorenwohnung oder Altenwohnanlage damit enge Grenzen gesetzt.

Im Jahr 2003 waren bei der Kommunalen Wohnungsvermittlung 609 Ein-Personen- und 178 Zwei-Personen-Haushalte gemeldet, die die Vermittlung in eine Seniorenwohnung wünschten. Im selben Zeitraum wurden 369 Wohnungen vergeben.

Während in der Gesamtzahl der Wohnungssuchenden die ausländischen und binationalen Bewerberinnen und Bewerber einen größeren Anteil, nämlich jeweils etwa 23,3 %, ausmachten, waren sie unter den Seniorinnen und Senioren nur mit rund 11 % und 19 % vertreten.

Für alle im so genannten ersten Förderweg mit öffentlichen Mitteln geförderten Wohnungen, werden auf der Grundlage des Frankfurter Vertrages⁵¹ von Seiten des Amtes für Wohnungswesen mögliche Bewerberinnen und Bewerber, die in einem Auswahlverfahren für die spezielle Wohnung in Frage kommen, benannt.

Die Vergabe der Wohnungen wird insbesondere auch in den Frankfurter Registrier- und Vergaberichtlinien⁵² geregelt; demnach werden Einzelpersonen Wohnungen bis

⁵⁰ Magistratsbeschluss Nr. 1599 v. 06.10.1995 in Ausführung der Anregung der Stadtverordnetenversammlung v. 14.09.1995, § 4877; demnach sind auch Bürgern mit mittleren Einkommen Wohnungen in Altenwohnanlagen zur Verfügung zu stellen, wenn diese bereit sind, eine Fehlbelegungsabgabe zu entrichten

⁵¹ Frankfurter Vertrag vom 18.03.1999

⁵² Frankfurter Registrier- und Vergaberichtlinien i. d. F. von 1999

50 qm und Zwei-Personen-Haushalten bis rund 70 qm vorgeschlagen. Die Auswahl berücksichtigt auch die zeitliche Dringlichkeit der Wohnungssuche.

Die Stadt Frankfurt besitzt ein Bewerbervorschlagsrecht, wobei allerdings die Wohnungsunternehmen eine Auswahl vornehmen können (im Regelfall unter drei Bewerbern). Ablehnungen sind regelmäßig nur aus gewichtigem Grund und im Ausnahmefall möglich.

Vor dem Hintergrund der von der Summe her eng beschränkten Fördermittel geben die einschlägigen Richtlinien des Landes Hessen den Bauherren enge Fördergrenzen bezogen auf die Wohnungsgröße vor.

Eine komfortablere, von den Seniorinnen und Senioren häufig so gewünschte Versorgung, wäre – da sie letztlich zu Lücken in der Finanzierung der von den weiteren Personengruppen benötigten Wohnungen führte – auch nicht vertretbar. Durch die derzeit schwierige Lage auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt, bei gleichzeitiger Verringerung der Anzahl der Wohnungsbelegrechte der Stadt Frankfurt am Main in den letzten Jahren, bestehen bereits jetzt Problemlagen in der Versorgung mit öffentlich geförderten Wohnungen. Zudem stellte sich bezogen auf die bestehenden Einkommensgrenzen nach dem Wohnraumförderungsgesetz die Frage der Finanzierbarkeit solcher größerer Wohnungen durch die hier angesprochene Klientel.

In etwa demselben Einkommensrahmen⁵³ werden außerdem Seniorenwohnungen aus der so genannten einkommensorientierten Wohnungsbauförderung vergeben; sie machen unter den 6.000 Wohngelegenheiten nur den Bruchteil von ca. 100 Wohneinheiten aus. Interessenten können sich unter Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung, die das Amt für Wohnungswesen nach Prüfung der Einkommens- und Lebenssituation ausstellt, direkt beim Vermieter um eine solche Wohnung bemühen.

⁵³ § 88 d II. WoBauG; Einkommensgrenze demnach 19.430 Euro für 1-PHH, 27.610 Euro für 2-PHH

5.1.5 Fachliche Anforderungen an Altenwohnanlagen

Um im Einzelnen auf die Qualität der Wohnanlagen – speziell in Frankfurt am Main – eingehen zu können, ist zunächst zu klären, welche konkreten Anforderungen an die Wohnanlagen als solche zu stellen sind. Daneben ist außerdem die Formulierung „Betreuung“ begrifflich auszufüllen.

In Hessen haben sich in einer landesweiten Arbeitsgruppe unter Federführung des Hessischen Sozialministeriums die Vertreterinnen und Vertreter der Verbände, der Kommunen, des Hessischen Landesamtes für Versorgung, des Ministeriums für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung sowie des Ministeriums für Finanzen in einem zweijährigen Prozess darauf verständigt, welche Anforderungen in Wohnanlagen des betreuten Wohnens im Alter erfüllt werden sollten⁵⁴.

Es wurden vier Leistungsbereiche (hier in anderer Reihenfolge) unterschieden:

- Gestaltung des Miet- und Betreuungsvertrages⁵⁵
- bauliche Anforderungen für eine barrierefreie Wohnung (DIN 18025)
- Grundleistungen/Grundservice, wofür in der Regel eine monatliche Grundpauschale gezahlt wird
- Wahlleistungen und weitergehende Hilfen, die frei wählbar sind und bei Bedarf genutzt und einzeln mit den jeweiligen Diensten abgerechnet werden

Zur Vertragsgestaltung hat die Arbeitsgruppe des Hessischen Ministeriums folgende Empfehlungen formuliert: Beim Mietvertrag handelt es sich um einen normalen Mietvertrag, der nicht mit dem Service- bzw. Betreuungsvertrag gekoppelt ist und folgende Anforderungen erfüllen soll:

- Die Haustechnik und der haustechnische Service sollten mit einer detaillierten Leistungsbeschreibung geregelt sein.

⁵⁴ Betreutes Wohnen im Alter – Fachliche, bauliche und rechtliche Anforderungen an Wohnanlagen des betreuten Wohnens in Hessen – Hrsg.: Hessisches Sozialministerium, September 2002

⁵⁵ a. a. O. S. 4

- Die Reinigung und Instandhaltung aller Gemeinschaftsflächen und Gemeinschaftsräume, die Bürgersteigreinigung, die Schneeräumung und die Pflege der Außenanlagen sind sicherzustellen.
- Die Kündigung richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Zum Nachteil des Mieters abweichende Vertragsbestimmungen sind unwirksam. Der Vermieter hat nicht das Recht zu bestimmen, dass die Wohnung wegen Pflegebedürftigkeit verlassen werden muss.
- Die Vertragsdauer sollte unbegrenzt sein.
Mieterhöhungen werden nach den BGB-Vorschriften geregelt bzw. dem Wohnungsbindungsgesetz.

Für Wohnungen in den Frankfurter Seniorenwohnanlagen werden tatsächlich normale Mietverträge abgeschlossen (allerdings wird der Abschluss eines Vertrages über die Abnahme der Betreuungsgrundleistung gefordert, s. 5.1.2).

5.2 Altenwohnanlagen mit baulichen und technischen Unterstützungen

Bei der Planung, Ausführung und Einrichtung von Wohnanlagen des betreuten Wohnens sind die auch für andere Bauten maßgeblichen Vorschriften zu beachten. Dabei handelt es sich um die:

- Hessische Bauordnung (HBO)
- Förderrichtlinien für Wohnungen, die im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung gefördert werden
- DIN 18024 Teil 1 – Barrierefreies Bauen; Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze – Planungsgrundlagen
- DIN 18025 Barrierefreie Wohnungen – Planungsgrundlagen

Nach der bereits genannten Empfehlung der Arbeitsgruppe im Sozialministerium sollen die Wohnungen selbst abgeschlossen sein und über eine Größe von

mindestens 40-45 qm für Ein-Personen-Haushalte und 50-57 qm für Zwei- Personen-Haushalte verfügen. Sie sollen ausgestattet sein mit Vorraum (Diele), Küche, Wohn- und Schlafräum, die voneinander abgetrennt sind, sowie Bad, WC, Abstellraum und Freisitz (Terrasse, Balkon, Loggia). Darüber hinaus sollen sie barrierefrei sein von Schwellen, mindestens eine Türbreite von 90 cm haben, vor allem im Bad und in der Küche genügend Bewegungsfreiheit bieten sowie offen sein für Veränderungen nach den individuellen Bedürfnissen der Bewohner.

Die Wohnung soll eine „selbstständige Haushaltsführung ermöglichen und den Sicherheitsbedürfnissen entsprechen.“ [...] „In jeder Wohnung soll die technische Infrastruktur für die Notrufsicherung vorhanden sein. Daneben soll eine ganzjährige Beheizung nach individuellem Bedarf möglich sein. Die Wohnanlage soll über Räume zur gemeinschaftlichen Nutzung verfügen, ein Büro, das auch als Informations- und Kommunikationszentrum dienen kann, und ab 20 Wohnungen einen Gemeinschaftsraum vorsehen.

Wesentlich für die selbstständige Haushalts- und Lebensführung ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe auch die Lage des Gebäudes, die sich in der Nähe von Orts- und Stadtteilzentren befinden und über eine ausreichende Anzahl von Parkplätzen für die Bewohner verfügen soll.

Darüber hinaus soll eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr bestehen. Um den täglichen Bedarf z. B. an Lebens- und Arzneimitteln entsprechend abdecken zu können, sollen die wichtigsten Einrichtungen in der Nähe sein (maximal 300 Meter Entfernung). Die Integration in das allgemeine soziale und kulturelle Umfeld ist bei der Planung einer Wohnanlage unbedingt zu berücksichtigen.⁵⁶

Bei den Frankfurter Wohnungen handelt es sich um abgeschlossene Wohneinheiten, die jedoch für Ein-Personen-Haushalte mit einer Größe ab 25 qm nicht immer der empfohlenen Größenordnung entsprechen. Auch die weiteren technischen Ausstattungsmerkmale, die den speziellen Bewegungsbedarf oder den

⁵⁶ a. a. O. S. 6-7

Sicherheitsbedürfnissen von Seniorinnen und Senioren im Sinne der Empfehlung entsprechen würden, sind nicht regelmäßig zu finden, es sei denn, die Anlagen sind jüngeren Baualters. Die DIN 18025 (Barrierefreiheit) wird regelmäßig nicht in allen Punkten erfüllt.

In den größeren Wohnanlagen ist ein Aufzug vorhanden, meist auch ein Betreuungsbüro sowie ein Gemeinschaftsraum. In wenigen Fällen sind Wohnanlagen, meist aufgrund einzelner, z. B. wegen Behinderung durchgeführter, Umbaumaßnahmen, nachgerüstet worden. Dadurch sind in Gebäuden, die über keinen Aufzug verfügen oder Barrieren aufweisen, gelegentlich z. B. Rampen oder Treppenlifte vorhanden.

Die Wohnanlagen sind über das ganze Stadtgebiet verteilt vorzufinden; es sind Anlagen im Innenstadtbereich sowie Anlagen in Wald- oder Feldrandlage vorhanden. Eine gute, bestenfalls barrierefreie Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr oder infrastrukturelle Erschließung ist nicht immer gewährleistet.

Insgesamt betrachtet ist insofern keine Standardisierung feststellbar.

Die überwiegende Anzahl der Wohngelegenheiten verfügt über ein vorinstalliertes Notrufsystem und den Notruf als solches. Neben den vorinstallierten Rufsystemen kann bei Vorhandensein eines Telefonanschlusses in der Wohnung auch ein Hausnotrufsystem der verschiedensten Anbieter problemlos aufgestellt werden. Bei beiden Systemen handelt es sich um eine mit der Telefonanlage gekoppelte Verbindung mit einem pflegerischen oder unterstützenden Dienst. Über die in der Wohnung installierten Zug- oder Knopfmechanismen oder Hals- und Armbänder, kann ad hoc ein Notruf veranlasst werden. Die Auslösung bewirkt, dass eine Hilfsperson, die über einen Wohnungsschlüssel verfügt, gerufen und/oder Angehörige entsprechend verständigt werden. Dieser Dienst, wird von jeher gegen Abschluss eines Betreuungsvertrages angeboten, kann jedoch auch in jeder beliebigen Wohnung installiert werden. Auch hier variieren die Angebote und

Leistungen der unterschiedlichen Träger; teilweise werden Zivildienstleistende oder Hausmeister eingesetzt, teilweise eigens geschultes Pflegepersonal.

5.3 Altenwohnanlagen mit personellen Unterstützungen

5.3.1 Empfehlungen und Kriterien für die Betreuungsqualität in Hessen

Nach den Empfehlungen der landesweiten Arbeitsgruppe sollte auch der Service- oder Betreuungsvertrag nicht mit dem Mietvertrag gekoppelt werden. Er muss Wahlfreiheit hinsichtlich des Leistungserbringers enthalten, sowie eine klare Trennung zwischen Grund- und Wahlleistungen. Es soll darauf geachtet werden, dass

- eine detaillierte Leistungsbeschreibung nach Art und Umfang für die Grundleistungen, die mit einer Pauschale abgegolten werden, vorliegt
- eine Regelung für die Preiserhöhung enthalten ist, die ohne Leistungserweiterung nur nach dem Preisindex für die Lebenshaltungskosten in Hessen möglich ist.
- die Leistungserbringer bei der Grundleistung benannt sind
- Regelungen zum Datenschutz enthalten sind⁵⁷

Außerdem ist Information und Beratung der Bewohner eine fachliche Anforderung an die Grundleistungen:

Eine persönlich und fachlich geeignete Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner sollen mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde in der Wohnanlage anbieten. Zu den Aufgaben gehört auch ein beratendes Erstgespräch mit interessierten älteren Menschen oder Bewerbern unter Beteiligung des Vermieters bzw. Bauträgers und des Dienstleisters vor Vertragabschluss. Das Erstgespräch soll umfassende Informationen über das Wohnangebot bieten und damit der persönlichen Entscheidungsfindung dienen.

⁵⁷ a. a. O. S. 8

Über pflegerische und hauswirtschaftliche Dienste, ärztliche Versorgung und qualifizierte Fachberatung soll informiert werden. Diese Dienste und Hilfen sollen bei Bedarf zeitnah vermittelt und die Vermittlung auch überprüft werden.⁵⁸

Das Beratungsangebot soll sich auch auf Fragen zur alltäglichen Lebensführung, umfassende Informationen über Hilfsangebote zur Bewältigung des Alltags, Freizeitgestaltung und praktische Unterstützung bei der Antragstellung für Leistungen, die der Pflege, Betreuung und ärztlichen Versorgung dienen, beziehen. Die Kommunikation innerhalb und außerhalb der Hausgemeinschaft soll gefördert werden, Kooperation und Vernetzung mit der regionalen Altenhilfe sollen unterstützt und das bürgerschaftliche Engagement für Altenhilfe und Altenpflege soll verstärkt werden.⁵⁹

Damit diese Aufgaben kompetent und qualifiziert wahrgenommen werden können, sind nach Auffassung der Arbeitsgruppe Kenntnisse der Gesprächsführung, der wesentlichen Inhalte der sozialen Gesetzgebung, der regionalen, kulturellen Angebote sowie der Ersten Hilfe notwendig.⁶⁰

Räume zur gemeinschaftlichen Benutzung sind in erster Linie das Besprechungsbüro als Informationszentrum und bei Wohnanlagen ab 20 Wohnungen ein nutzungsoffener Gemeinschaftsraum. Empfohlen werden darüber hinaus multifunktional nutzbare Flächen oder Räume z. B. für Gymnastik, Fitness, Übernachtungsmöglichkeit für Gäste, Cafeteria.⁶¹

⁵⁸ a. a. O. S.4

⁵⁹ a. a. O. S.12

⁶⁰ a. a. O. S. 5

⁶¹ a. a. O. S.15

Für die Grundleistung wird in der Regel eine monatliche Pauschale gefordert, auch wenn die Bewohnerinnen und Bewohner diese zunächst nicht in Anspruch nehmen⁶² (Kostenübernahme nach SGB XII).

Unter Wahlleistungen sind hauswirtschaftliche Hilfe, ambulante und pflegerische Leistungen nach SGB V und XI, Mahlzeitendienste, Einkaufsdienste, Fahr- und Begleitdienste zu verstehen, sowie der Notruf, sofern er nicht Bestandteil der Grundleistungen ist. Wahlfreiheit muss aus Sicht der Arbeitsgruppe auch hinsichtlich der Leistungserbringer bestehen. Sie dürfen nicht an den Mietvertrag oder über den Betreuungsvertrag an den Träger der Anlage gebunden sein. Für den Notruf als Wahlleistung spricht, dass er in jeder Wohnung individuell hergestellt werden kann und zwar erst dann, wenn er benötigt wird.⁶³

5.3.2 Betreuung in Frankfurter Altenwohnanlagen

In Frankfurt am Main stellt sich das Wohnen in Seniorenwohnanlagen sehr unterschiedlich dar, auch hinsichtlich der personellen Unterstützungsleistungen.

Häufig finden sich in den Anlagen kostenpflichtige Dienstleister vor Ort oder wenigstens in der Nähe; in vielen Fällen können sie nur in zeitlicher Beschränkung in Anspruch genommen werden (Frisör, Fußpflege usw.).

In den größeren Wohnanlagen werden gelegentlich gesellige Angebote gemacht, die – neben den Kosten für die Betreuung – keine zusätzlichen Kosten für die Bewohner verursachen. Sie sind häufig offen gestaltet, so dass sie auch von anderen Bürgern im Stadtteil mitgenutzt werden können. Teilweise sind regelmäßig Seniorenclubs in der Altenwohnanlage.

Zur personellen Betreuung ist auszuführen, dass Betreuungspersonen seinerzeit fast flächendeckend als Grundleistung des Wohnkonzepts „Seniorenwohnung mit

⁶² a. a. O. S.5

⁶³ a. a. O. S.5

Betreuung“ eingesetzt waren. Sie standen als persönliche Ansprechpartner wenigstens tagsüber zur Verfügung.

In den öffentlich geförderten Wohnungen wurde und wird daher – neben den Unterlagen, die zur Entscheidung über die Wohnungsbewerbung erforderlich sind – auch der Abschluss eines Betreuungsvertrages gefordert. Ansonsten ist lediglich die Vermittlung in eine Seniorenwohnung ohne Betreuung, nicht in eine Wohnanlage, möglich.

Einheitlichkeit kann jedoch auch bezogen auf das Betreuungsangebot der Anlagen nicht erwartet werden. Es variiert zwischen einer Tag- und Nacht-Betreuung, die sowohl den Notruf wie auch Kontakt- und Konfliktvermittlung, Informationsdienste und/oder die Durchführung von Veranstaltungen, Kontaktaufnahme mit Pflegehelfern oder Handwerkern und Ähnliches sicherstellt.

Zusätzlich zur Miete werden – vom Zusatzangebot unabhängig – mit dem Betreuungsvertrag monatlich 16,40 Euro erhoben. Dabei wird eine Leistungsbeschreibung hinsichtlich des Hausnotrufes sowie der Sprechstunden und Aufgaben des Betreuungsdienstes (einschließlich der Verpflichtung der Wohnungsöffnung bei erkennbarer längerer Abwesenheit) vorgenommen.

Der im Verhältnis niedrige Betreiberbetrag ist durch Subventionierung des Magistrats möglich. Inzwischen sind jedoch Qualität und Quantität dieser Betreuung, wie erwähnt, undurchsichtig und infrage gestellt. Persönliche Betreuung wird oft nur noch über zeitlich eng beschränkte Phasen angeboten. Gelegentlich wird in den Anlagen, infolge gekürzter Zuschüsse und der Aufkündigung von Betreuungsverträgen durch die Mieter, in der Tat nur noch ein Notruf, teilweise durch unterschiedlich qualifiziertes Personal, angeboten.

Dabei hat sich die persönliche Unterstützung, insbesondere auch zur individuellen Anforderung (und Steuerung) von Hilfsangeboten, grundsätzlich bewährt. Auch nach

den Erkenntnissen des Instituts für Sozialarbeit e. V.⁶⁴, die in Zusammenhang mit der Erstellung der Datenbank über die Seniorenwohnungen in Frankfurt gesammelt wurden, wirkt sich „wirkliche“ Betreuung im Bedarfsfall positiv auf die Hausgemeinschaft und das Umfeld aus.

Die Fortsetzung des bisher vorgesehenen Betreuungskonzepts, nämlich die Bindung der Wohnungsanmietung an die vertragliche Abnahme der Betreuung, erfordert die Aufrechterhaltung der Solidargemeinschaft der Bewohnerinnen und Bewohner in diesem Sinn. Die in letzter Zeit häufiger beobachtete Kündigung des Betreuungsverhältnisses, muss letztlich zur Einschränkung der Dienste führen. Das Gelingen des Konzepts setzt insofern auch eine hohe Kooperationsbereitschaft der Vermieter voraus.⁶⁵

Wie ausgeführt, werden durch diese Voraussetzungen die fachlichen Empfehlungen des Hessischen Ministeriums, den Mietvertrag und den Betreuungsvertrag voneinander unabhängig anzubieten, nicht eingehalten.

Die Vorgehensweise Frankfurts entspricht jedoch der jüngeren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH)⁶⁶; demnach ist die Verknüpfung von Mietvertrag und Betreuungsvertrag zulässig, da es sich beim betreuten Wohnen für jeden Interessenten erkennbar um eine spezielle Wohnform handelt und nicht nur um die Vermietung einer Wohnung. Vor dem Hintergrund, dass die für die Betreuung zu zahlende Pauschale bezogen auf die Gesamtanlage kalkuliert wird, sind nach Auffassung des Gerichtes Wohnung und Betreuungsleistung untrennbar miteinander verbunden.

Nur in wenigen Ausnahmefällen wird durch die Betreuungsträger in den öffentlich geförderten Seniorenwohnanlagen der Abschluss eines zusätzlichen Vertrages, der eine zeitlich begrenzte Pflege im Krankheitsfall sicherstellen soll, gefordert.

⁶⁴ seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt

⁶⁵ Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Teilbericht I zur Partizipativen Altersplanung

⁶⁶ Beschluss des BGH vom 16.09.2003, Az. VIII ZR 187/03

Wohnanlagen, die der Empfehlung des Hessischen Ministeriums entsprechen, also die Abnahme von Betreuungsgrund- und -wahlleistungen in Unabhängigkeit vom Mietvertragsabschluss ermöglichen, gibt es in Frankfurt nicht. Grundsätzlich besteht aber in Häusern, die Seniorenwohnungen ohne den Abschluss eines Betreuungsvertrags bieten (oder auch in jeder anderen Wohnung), die Möglichkeit, Betreuungs- und andere Dienstleistungen der verschiedenen Anbieter und Träger – je nach Angebot – selbst zu organisieren.

Fazit:

Bezogen auf die Möglichkeiten des betreuten Wohnens in Seniorenwohnanlagen erscheint in Residenzen der Versorgungs- und Betreuungsstandard sowohl hinsichtlich der Grund- als auch der Wahlleistungen deutlich höher zu sein.

Die Frankfurter Wohnungswirtschaft wird sich bezogen auf Bestand und Neubau deutlicher auf alters- und behindertengerechte Bedarfe einstellen müssen. Alle Investitionen müssen die wesentlichen Aspekte altersgerechten Wohnens berücksichtigen.

Der Bezug einer Seniorenwohnung und Einkauf individuell favorisierter Grund- und Wahlleistungen von unterschiedlichen Anbietern erscheint uns bezogen auf die Größe des Stadtgebietes und das (schrumpfende) Budget der Träger nicht realisierbar.

5.4 Betreutes Wohnen

Der Begriff „betreutes Wohnen“ für Senioren ist nicht gesetzlich geschützt und ein Sammelbegriff für unterschiedliche Konzeptionen und Wohnformen. Die Definition aus der Nomenklatur des Deutschen Vereins (1992) hierzu:

„Betreutes Wohnen bedeutet die Sicherstellung beziehungsweise verlässliche Organisation von Betreuungsleistungen in Kombination mit dem Wohnen. Die

Spannbreite der Betreuungsleistungen reicht von einfachen handwerklich-technischen oder pflegerisch-hauswirtschaftlichen Hilfen bis zu einer Pflege, die mit der Betreuung in einer stationären Einrichtung vergleichbar sein kann. Betreutes Wohnen muss nicht an eine besondere Wohnform (zum Beispiel eine Altenwohnung) gebunden sein. Gemeinschaftseinrichtungen zur Förderung der Mietergemeinschaft und pflegerisch-technische Funktionsräume, zum Beispiel Personaldienstzimmer, Pflegearbeitsraum, zentraler Abstellraum, erleichtern und unterstützen die Betreuung.

Erläuterung:

Für Angebote betreuten Wohnens besteht in der Altenhilfe ein großer und wachsender Bedarf. Der alte Mensch soll auch bei beginnender Abhängigkeit von Hilfe und Pflege möglichst lange in seinem bisherigen Lebensbereich verbleiben können.

Es ist unter sozialen und geriatrischen Gesichtspunkten bedenklich und baulich-technisch vermeidbar, dass eine beginnende Pflegebedürftigkeit eine Heimunterbringung zur Folge haben muss. Auch die persönliche Sicherheit des alten Menschen, das Bewusstsein, im Bedarfsfall jederzeit Hilfe zu erhalten, würde durch ein solches Angebot wesentlich gesteigert. Angehörige und Bekannte (zum Beispiel auch die Mietergemeinschaft) können in die Pflege einbezogen bleiben beziehungsweise werden (Aktivierung des sozialen Netzes). Die Betreuung soll nach Art und Umfang der jeweiligen Hilfebedürftigkeit des alten Menschen flexibel angepasst werden können.

Wichtig ist, dass die benötigten Betreuungsleistungen über eine Fachkraft – als eigenes Angebot oder durch Vermittlung von Angeboten anderer Träger – sichergestellt sind. Dabei geht die Vermittlung beziehungsweise Organisation von Hilfen über ein bloßes Verweisen auf die zuständigen Stellen hinaus; die benötigten und vereinbarten Dienstleistungen müssen dem hilfebedürftigen Mieter tatsächlich erschlossen beziehungsweise für ihn mobilisiert werden.⁶⁷

⁶⁷ Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Nomenklatur der Altenhilfe, 2. Auflage 1992

Betreutes Wohnen kann von älteren Menschen in Anspruch genommen werden, die sich beim Wohnen eine Kombination von Eigenständigkeit und Sicherheit und von völliger Selbstversorgung bis zu umfassenden Hilfsangeboten wünschen.⁶⁸

Betreutes Wohnen kann sowohl als Organisation regelhafter Dienstleistungen in der privaten Wohnung verstanden werden als auch als Hilfeleistung in Altenwohnanlagen.

Viele Angebote in den Altenwohnanlagen unterscheiden sich kaum von einem Wohnen in der angestammten Wohnung, sofern dort die baulichen Gegebenheiten stimmen, ein intaktes soziales Netz vorhanden ist und bei Bedarf die entsprechenden Dienstleistungen eingekauft werden können.

5.4.1 Betreutes Wohnen als Gestaltungsprinzip

Betreutes Wohnen findet zurzeit überwiegend organisiert in Wohnanlagen statt, in die ältere Menschen bei Bedarf und Interesse einziehen.

Den Umzugsgrund „Ich möchte in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen“ nannten 48,7 % der Seniorinnen und 15,8 % der Senioren.⁶⁹

Unklar ist dabei, welche Vorstellungen von „Betreuung“ mit dem Umzugswunsch verbunden werden, da die einzelnen Betreuungsangebote stark variieren und für die Betroffenen unübersichtlich und wenig transparent sind.

Einige Hinweise für die Betreuungswünsche der über 50jährigen geben die Ergebnisse einer Befragung, die die Gesellschaft für Konsumforschung im Jahr 2002

⁶⁸ Sozialnetz Hessen, Wohnen in jedem Alter (www.sozialnetz-hessen.de)

⁶⁹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Gemäß der Antworten zu Frage W.15 denken 135 von 1.011 Befragten an einen Umzug. Gemäß der Antworten zu Frage W.17 möchten 34,6% der 135 in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen. Gemäß Grafik 4 sind Aussagen nach Geschlechtszugehörigkeit nur für 134 der 135 Antwortenden möglich. Demnach möchten 48,7% Frauen und 15,8% Männer in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen, wobei N = 134 = 100% ist, siehe Anhang Nr. 10.2

durchgeführt hat. Die Ergebnisse zeigen, dass Ältere ein großes Interesse an haushaltsnahen Dienstleistungsangeboten haben. Unter haushaltsnahen Dienstleistungen werden vor allem Dienste verstanden, die auf eine Unterstützung von Privathaushalten im Alltag zielen.⁷⁰ Die Frage lautete:

Welche Dienste oder Angebote sollten schnell und problemlos für Sie verfügbar sein? Die Nennungen der 70 bis 79jährigen sind in Klammern gesondert aufgeführt:

Notrufzentrale: 37 % (38 %)

Pflegedienste: 34 % (35 %)

Putz- und Haushaltshilfen: 34 % (40 %)

Mahlzeitendienste: 24 % (28 %)

Einkaufsdienste: 24 % (28 %)

Begleitung zum Arzt/zur Behörde: 23 % (28 %)

Fahrdienste: 21 % (24 %)

Gartenarbeit/Winterdienst/Hausordnung: 19 % (20 %)

Wäschedienste: 17 % (21 %)

Kleinere handwerkliche Tätigkeiten: 17 % (21 %)

Reparaturdienste: 16 % (18 %)

Treffpunkt für Senioren/Freizeitangebote: 15 % (17 %)

Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen: 14 % (21 %)

Beratungsstellen: 12 % (11 %)

Hilfe bei Finanzangelegenheiten: 9 % (11 %)⁷¹

Die Mehrzahl der älteren Menschen möchte in den „eigenen vier Wänden“ wohnen bleiben. Ein Umzug in eine betreute Wohnanlage wird nur von wenigen gewünscht.⁷²

Allerdings stehen älteren Menschen heute mehrere Optionen offen. Weil das Wohnen in prägender Weise auf die Lebensverhältnisse und das Wohlbefinden

⁷⁰ Dr. C. Weinkopf: Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere, S. 5-7

⁷¹ Gesellschaft für Konsumforschung 2002, 50 plus 2002, S. 256

⁷² R. Narten in: „Vermeidung von Leerständen durch besondere Wohn- und Serviceangebote für ältere Menschen“, S. 60 (ca. 2 % der über 65-Jährigen)

Einfluss nimmt, kann angenommen werden, dass ältere Menschen für speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Wohnformen gewonnen werden können. Wohnen im Alter ist ein Gestaltungsfeld, das zunehmend hohe Aufmerksamkeit bei älteren Menschen wie auch bei Unternehmen genießt. Serviceleistungen rund ums Wohnen können ein marktfähiges Angebot sein, das Menschen in ihren bisherigen, nicht betreuten Wohnungen gemacht wird. Die Betreuung älterer Menschen in ihren privaten Wohnungen eröffnet der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft, aber auch vielen Dienstleistungsunternehmen neue Chancen. Allgemein gewinnen mit zunehmendem Alter – und vor allem bei eintretenden gesundheitlichen Einschränkungen – wohnungsnaher Dienstleistungen und solche des Alltagsmanagements an Bedeutung. Wohnungsnaher Dienstleistungen tragen zur Förderung des selbstständigen Wohnens bei. Ein entsprechendes Angebot kann den Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen.⁷³

Kritisch hierzu allerdings Joachim Brech, Wohnverbund Frankfurt e.V.: „Wohnen heißt Privatheit, die eigenen vier Wände. Liegt hier, im Wohnenbleiben, nicht eine Ursache für Einsamkeit und Isolation, für den Abbau der geistigen und körperlichen Fähigkeiten (...)?“⁷⁴

Auch aus diesen Gründen wird das Augenmerk verstärkt auf mögliche Wohnalternativen gerichtet. Neue Wohnformen für ältere Menschen sollten einem ganzheitlichen Denken entsprechen und das Wohnquartier als Lebensraum verstehen, in dem baulich-technische und soziale Konzepte und Maßnahmen zusammenwirken. Die Ebene der Nachbarschaft, des Wohnumfeldes und der Wohnung ist in diesen Handlungsansatz eingeschlossen.⁷⁵

⁷³ M. Cirkel, J. Hilbert, C. Schalk: „Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter“, S. 60-63

⁷⁴ J. Brech: Wir werden immer älter – sind die richtigen Fragen schon gestellt? in: Neues Wohnen fürs Alter, S. 42

⁷⁵ Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main, S.16

5.4.2 Zugänglichkeit von Dienstleistungen

Leistungen der Pflegeversicherung haben zweifellos zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen geführt, aber nur für diejenigen, die bereits erhebliche gesundheitliche Einschränkungen aufweisen und deren Hilfebedarf vor allem im Bereich der Pflege besteht. Es gibt aber eine große Gruppe von Älteren, die noch keine Leistungen der Pflegekassen erhalten, aber gleichwohl Unterstützung benötigen.⁷⁶

Ein zentraler Ansatzpunkt für ein verbessertes und erweitertes Angebot haushaltsnaher Dienstleistungen für Ältere besteht zweifellos in einer stärkeren Verknüpfung und Koordinierung von unterschiedlichen Dienstleistungen. Ältere Menschen legen großen Wert auf Vertrauen und eine leichte Zugänglichkeit von Dienstleistungen. Verbesserte Angebote bzw. Zugänge lassen sich vor diesem Hintergrund auf unterschiedliche Weise erreichen:

1. Durch Kooperation verschiedener Dienstleistungsanbieter: Beispiele für Kooperationen unterschiedlicher Anbieter finden sich in Altenwohnanlagen, die mit diversen Dienstleistern zusammenarbeiten, um so die unterschiedlichen Bedarfe abzudecken.
2. Durch eine Diversifizierung des Angebotes bestehender Anbieter: Zum Beispiel Pflegedienste, die neben reinen Pflegeleistungen, die aus der Pflegeversicherung finanziert werden, bei Bedarf auch rein hauswirtschaftliche Hilfen oder Transportdienste erbringen, die dann gegebenenfalls privat finanziert werden. Allerdings verhindert in vielen Fällen die Höhe des Stundensatzes die Inanspruchnahme.
3. Durch eine verstärkte Einrichtung von Beratungsstellen oder Service-Einrichtungen, die die Transparenz über bestehende Angebote erhöhen, den Zugang zu unterschiedlichen Anbietern erleichtern und möglichst auch eine Qualitätssicherungsfunktion übernehmen.⁷⁷ Die Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen (BuV) sowie der

⁷⁶ Dr. C. Weinkopf: Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere, S.35

⁷⁷ Dr. C. Weinkopf, haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere, S. 37

Besondere Sozialdienst für ältere Bürger und Bürgerinnen (BSD) bieten stadtteilbezogen Informationen, Beratung und Vermittlung folgender Leistungen:

- Ambulante Hilfen (Pflegedienste, hauswirtschaftliche Dienste, Essen auf Rädern, Hausnotruf und weitere Hilfen in der häuslichen Umgebung)
- Tages- und Kurzzeitpflege
- Pflegeheimplätze

Darüber hinaus besteht aber auch ein Bedarf an Bündelungen von Informationen und Dienstleistungen für andere Kundengruppen und Dienstleistungstypen, zum Beispiel im handwerklichen Bereich. Der Ausbau bestehender Beratungsangebote zu „Servicestellen selbstständigen Wohnens im Alter“ könnte Hilfe bei unterschiedlichen Alltagsproblemen bieten – z. B. von der Vermittlung oder Bereitstellung einer Haushaltshilfe (für den regelmäßigen Grundbedarf oder aber auch für bestimmte Phasen besonderer Hilfebedürftigkeit – etwa nach einem Krankenhausaufenthalt), über die Vermittlung eines Begleitungs- und Beratungsdienstes bei schwierigen Behördenangelegenheiten und Fahrdiensten bis hin zur Suche nach interessanten und attraktiven Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. Solche Servicestellen könnten sich auf die Unterstützung in spezielleren Lebenssituationen hin orientieren, in denen unterschiedliche Dienstleistungen benötigt werden – zum Beispiel auf das Management des altengerechten Umbaus eigener Häuser oder Wohnungen, oder aber, falls ein Umzug erforderlich ist, auf die Abwicklung aller damit einhergehenden Angelegenheiten.

Dies würde den Zugang zweifellos erleichtern und zu einer höheren Transparenz über bestehende Angebote beitragen. Kombiniert werden könnte dies mit der Offenlegung von Preisen für bestimmte Dienstleistungen, Arbeitsstunden und Anfahrtspauschalen.⁷⁸

Je nach Zielgruppe, Zielsetzung und Aufgabenspektrum sind derartige Beratungs- oder Servicestellen in unterschiedlichen Trägerschaften denkbar. In Feldern, wo anbieterunabhängige Beratung und ein breiter Zugang sinnvoll und notwendig

⁷⁸ a. a. O. S. 38

erscheinen, sollte die Kommune dafür Sorge tragen, dass entsprechende Angebote ausgebaut und umgesetzt werden. Dies kann sowohl durch ein eigenes kommunales Angebot als auch durch Initiierung bzw. finanzielle Unterstützung von Angeboten in anderer Trägerschaft erfolgen.⁷⁹

5.4.3 Wohnungsausstattung

Die Lebensqualität im Alter wird neben den bereits dargestellten wirtschaftlichen und sozialen Faktoren wesentlich davon bestimmt, wieweit die Wohnung, das nähere Wohnumfeld und das Wohnquartier den Bedürfnissen und Belangen älterer Menschen entsprechen.⁸⁰

Von den Befragten, die an einen Umzug denken, antworteten auf die Frage: „Wie wichtig ist Ihnen bei der Wahl einer neuen Wohnung, dass diese im Hinblick auf die Ausstattung und die Zugänglichkeit für ältere Menschen geeignet ist? Wäre das ein besonders wichtiger Gesichtspunkt, nur einer von mehreren Gesichtspunkten oder ist es Ihnen egal?“ Es werden nur die Nennungen zu: wäre ein besonders wichtiger Gesichtspunkt aufgelistet:

50-55 Jahre	28,3 %
56-60 Jahre	59,3 %
61-65 Jahre	55,0 %
66-70 Jahre	61,5 %
71-75 Jahre	100,0 %
76-80 Jahre	75,0 %
81 Jahre und älter	100,0 % ⁸¹

⁷⁹ a. a. O. S 39

⁸⁰ Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main, S. 16

⁸¹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Gemäß der Antworten zu Frage W.15 denken 135 von 1.011 Befragten an einen Umzug. Gemäß Grafik 5 sind Aussagen nach Altersgruppen nur für 132 der 135 Antwortende möglich, demnach ist N = 132 = 100%, siehe Anhang Nr. 10.2

Das Interesse an einer altersgerecht gestalteten Wohnung ist in der Altersgruppe der 71 bis über 81jährigen vermutlich aufgrund nachlassender Mobilität und zunehmender körperlicher Einschränkungen, besonders hoch. Allerdings:

„Mit steigendem Alter gewinnt zwar das Kriterium der Seniorengerechtigkeit der Wohnung an Gewicht, doch ist hier zu berücksichtigen, dass in den höheren Altersklassen kaum noch jemand an einen Umzug denkt:

Das Fazit ist, dass in dem Alter, in dem die Weichen für seniorengerechtes Wohnen noch relativ leicht gestellt werden können, weil man ohnehin aus dem einen oder anderen Grund umziehen möchte, das Kriterium der Seniorengerechtigkeit bei weitem nicht so deutlich in den Vordergrund tritt, wie dies im Sinne einer bedarfsgerechten Altersplanung wünschenswert wäre.“⁸²

Die Selbstständigkeit erhaltende bzw. -fördernde Gestaltung der Wohnung ist ein zentrales Merkmal von Wohnqualität. Eine adäquat gestaltete Wohnung kann – im Sinne eines präventiven Technik- und Dienstleistungsansatzes – dazu beitragen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben.⁸³

Wieweit die öffentlich geförderten Seniorenwohnanlagen, in denen „betreutes Wohnen“ angeboten wird, dem Anspruch einer altersgerechten Wohnungsgestaltung nach heutigen Maßstäben entsprechen, ist schwer zu verifizieren, da insbesondere über die Ausstattung der Sanitärbereiche (Dusche, Badewanne, Sitzbadewanne) keine vollständigen Daten vorliegen.

Die altengerechte Gestaltung bzw. Umgestaltung der individuellen Wohnung eröffnet insbesondere dem Handwerk neue Betätigungsfelder. Die Gestaltungsmöglichkeiten sind außerordentlich groß: Barrieren werden aus dem Weg geräumt, Stolperfallen und Ausrutschmöglichkeiten beseitigt, die Bäder breiter und schwellenarm gestaltet und mit zusätzlichen Haltegriffen und Sitzmöglichkeiten versehen. Intelligente

⁸² a. a. O., S. 10

⁸³ M. Cirkel, J. Hilbert, C. Schalk: „Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter“, S. 60

Haustechnik erleichtert nicht nur die Alltagsorganisation, sie vermindert darüber hinaus Risiken, die z. B. durch den Umgang mit technischen Geräten entstehen. Unterstützungsleistungen für ältere und beeinträchtigte Menschen können durch akustische Signale für Blinde und optische Orientierungsmöglichkeiten für Hörbeeinträchtigte, Gedächtnishilfen oder Sicherheitstechnik geleistet werden.

Wesentlich ist dabei, die Wünsche älterer Menschen zu berücksichtigen und abzugleichen, was ihren Alltag zu vertretbaren Kosten schnell und nachhaltig erleichtert.⁸⁴

5.4.4 Ältere Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf

„Personen mit besonderem Betreuungsbedarf sind Personen, die aufgrund dementieller Erkrankungen, Behinderungen oder seelischen Beeinträchtigungen, sozialer Isolation, dissozialer Verhaltensweisen oder ehemaliger Wohnungslosigkeit einen über den Pflegebedarf hinausgehenden, erhöhten psycho-sozialen Betreuungsbedarf haben. Hier wird eine abgestimmte Kombination von Hilfen aus unterschiedlichen Bereichen benötigt. Die Situation älter werdender Behinderter mit Pflegebedarf ist ebenfalls zu berücksichtigen.“⁸⁵

Im Rahmen des Sofortprogramms für stationäre und ambulante Altenpflege⁸⁶ sollen im ambulanten Bereich „aktivierende und qualitätsgesicherte psycho-soziale Angebote zur Verbesserung der Betreuung der Personengruppe beitragen. Ziel der pflegeergänzenden Projekte ist insbesondere die Förderung niedrigschwelliger Angebote (zugehende Beratung, Besuchsdienste), um einen direkten Zugang zu den Betroffenen, die häufig allein stehend sind und zurückgezogen leben, zu erleichtern. Verstärkte Beratungsangebote in der häuslichen Umgebung sollen hierdurch

⁸⁴ a. a. O., S. 60-61

⁸⁵ Förderrichtlinie zur Umsetzung des Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung - §734 aus der 39. Sitzung vom 14.12.2000, S. 2

⁸⁶ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Sofortprogramm zur Verbesserung der psycho-sozialen Betreuung im Bereich ambulanter und stationärer Hilfen der Altenpflege, Grundlage: Beschluss der Stadtverordnetenversammlung, § 7384 vom 14.12.2000; siehe auch Kapitel 6.1.7.3

ermöglicht werden. Durch die geförderten Projekte sollen auch pflegende Angehörige entlastet werden.“⁸⁷

Außer dem Sofortprogramm mit Projektcharakter gibt es in den Sozialrathäusern „im Prinzip eine zugehende Arbeit mit älteren Menschen, doch hat diese aufgrund über Jahre hinweg gestiegener Fallzahlen bzw. aufgrund zusätzlicher Arbeitsvollzüge in der Betreuung der einzelnen Klienten nur einen geringen Stellenwert. Eine Ausweitung der zugehenden und kleinräumig orientierten Arbeit wird von der Sache her als wünschenswert erachtet.“⁸⁸

Es kann davon ausgegangen werden, dass es unter den oben genannten Personengruppen ältere Menschen gibt, bei denen der persönliche Zugang und die Bereitschaft zur Annahme einer notwendigen Hilfe sehr problematisch ist. Der Hilfebedarf dieser Menschen wird oft erst durch Mitteilungen von Vermietern, Nachbarn oder nahe stehenden Personen in akuten Krisensituationen bekannt.

Die Auswirkungen von Vereinsamung und Isolation betreffen besonders allein stehende, gesundheitlich beeinträchtigte und finanziell schlechter gestellte ältere Menschen. Diese Gruppe der subklinisch unglücklichen und ungesunden alten Menschen wird von den professionellen Helfern und Diensten wegen der geringen Ausprägung der Symptomatik nicht versorgt. Die Symptome sind andererseits aber schwer genug, um die Betroffenen an der Teilhabe an den Angeboten für Seniorinnen und Senioren oder der Suche nach Unterstützung zu hindern. Soziale Isolation kann bei Hochaltrigen zu einer zunehmenden Vernachlässigung, Körperschwäche, dem Entstehen von psychischen Störungen bis zum Tod durch Verhungern führen.⁸⁹

Die repräsentative Befragung ergab, dass soziale Isolation und Rückzug zunehmen, je mehr die Gehfähigkeit im Alter eingeschränkt ist. Bei Menschen die auf einen

⁸⁷ a. a. O., S.2

⁸⁸ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe: Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 4, 1. Auflage, Frankfurt am Main Oktober 2003, S. 221

⁸⁹ Dr. J. Wojnar: Folgen sozialer Isolation bei älteren Menschen – Hilfen durch spezifische Betreuung, S. 2-4

Rollstuhl angewiesen sind, gaben 37,5 % eine hohe soziale Isolation an, 50,0 % eine mittlere und 12,5 % eine geringe. Keiner der Befragten gab an, dass soziale Isolation nicht vorhanden sei. Im Vergleich dazu die Gruppe älterer Menschen, denen das Gehen zwar schwer fällt, die aber noch keine Hilfsmittel benötigen: Soziale Isolation hoch nannten 9,2 %, mittel 32,1 %, gering 31,5 %, nicht vorhanden 27,2 %.⁹⁰

Daher erscheint es notwendig, für ältere Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf gezielt zugehende Angebote zu entwickeln. Ein Beispiel hierfür könnte das Konzept für das „betreute Wohnen für behinderte Menschen“ sein, das sich seit Jahren bewährt hat und ausgebaut werden soll. Die Zielgruppen und die fachlichen Anforderungen an eine Betreuung sind im Rahmen einer Vereinbarung⁹¹ festgeschrieben. Die Aufnahmegrenze wird ab dem 65. Lebensjahr gezogen. Wer allerdings schon vorher im Rahmen des betreuten Wohnens versorgt wurde, kann bleiben.

Hierbei handelt es sich um ein Betreuungsangebot in Form aufsuchender sozialpädagogischer bzw. sozialtherapeutischer Betreuung und Begleitung von Menschen, die im Sinne des § 53 SGB XII wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind. Das Betreuungspersonal ist nicht ständig anwesend, eine zugehende kontinuierliche Betreuung ist aber gewährleistet. Die Betreuung ist im Wesentlichen auf psychosoziale Hilfen und Beratung abgestellt. Durch die Kombination mit ambulanten Diensten, Beratungsstellen und Selbsthilfeverbänden kann dem Menschen mit einer Behinderung die Eigenständigkeit bzw. Selbstständigkeit bewahrt und gefördert werden, um eine Aufnahme in eine stationäre Wohnform zu vermeiden. Rechtzeitige Krisenintervention ist durch die kontinuierliche Betreuung möglich.

⁹⁰ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003

⁹¹ Vereinbarung „Betreutes Wohnen für behinderte Menschen“

5.4.5 Zukünftige Relevanz

Da die Alterung der Bevölkerung nicht allein auf einen Anstieg der Lebenserwartung, sondern ganz wesentlich auf einen Rückgang der Geburten zurückzuführen ist, werden für viele Menschen die Möglichkeiten geringer, mit und über Verwandte und insbesondere Kindern in soziale Netzwerke eingebunden zu sein. Viele der Versorgungsleistungen, die für ältere Menschen erbracht werden, werden von Verwandten und hier insbesondere von (Schwieger-)Kindern erbracht.⁹²

Bundesweit erhielten 21,9 % der 70 bis 85jährigen Befragten des Alters-Survey's 1996 instrumentelle Hilfe (Einkaufen, kleinere Reparaturen, Saubermachen der Wohnung) von ihren erwachsenen Kindern, die außerhalb des Haushaltes leben, und 7,1 % solche Hilfen von ihren nicht im Haushalt lebenden Enkelkindern.⁹³

Viele Menschen werden künftig im Alter nicht mehr über familiäre Netzwerke verfügen, die heute wesentlich zur sozialen und psychischen Stabilisierung beitragen. Wie werden diese Personen ihren Alltag bewältigen, wenn verwandtschaftliche Unterstützungsnetzwerke nicht mehr vorhanden sind? Können Staat und Gesellschaft oder die Betroffenen selber hierfür Ersatz schaffen?⁹⁴

Mehr als 90 % der Menschen ab 60 Jahre lebten 1994 (als Mieter oder Eigentümer) in den eigenen vier Wänden. Aber das Leben in der eigenen Wohnung wird schwieriger, wenn die körperlichen Kräfte und die Beweglichkeit abnehmen: Das Aufstehen aus dem Sessel oder von der Toilette fällt schwer, die Armaturen in Küche und Bad sind nur noch unter großer Mühe zu bedienen oder der Schritt über die Schwelle auf den Balkon hinaus oder über den Rand der Dusche wird zu einem unüberwindlichen Hindernis. In vielen Fällen kann durch Wohnraumanpassungsmaßnahmen geholfen werden. Kommt man nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht und stehen Personen, die Hilfe und Unterstützung in der eigenen Wohnung leisten

⁹² Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt am Main 2003, S. 12

⁹³ vgl. M. Kohli, H. Künemund: Der Alters-Survey: die zweite Lebenshälfte im Spiegel repräsentativer Daten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 20/2003, S. 18-25

⁹⁴ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt am Main 2003, S. 13

können, nicht zur Verfügung, ist der Umzug in eine Seniorenwohnung oft die naheliegendste Lösung. Das Wohnen in einer Seniorenwohnung stellt meist eine Form des „betreuten Wohnens“ dar. Seniorenwohnungen sind in der Regel in Altenwohnanlagen zusammengefasst.⁹⁵

Altenwohnanlagen können aus den oben genannten Gründen auch als Ersatz für andere nicht oder nicht mehr vorhandene Formen der Versorgung gesehen werden.⁹⁶

Wegen der steigenden Zahl alter Menschen und der jetzt schon absehbaren Absenkung des Rentenniveaus besteht in Zukunft ein hoher Bedarf an preisgünstigen altengerechten Wohnungen. Darüber hinaus wird es zu einer erhöhten Nachfrage hinsichtlich Wohnraumanpassungsmaßnahmen kommen, die das Ziel haben, die Wohnungen alter Menschen altersgerecht umzugestalten. Welche Versorgungsquoten hier erreicht werden müssen, ist weitgehend offen. Zurzeit gibt es keine allgemein verbindlichen Versorgungsziele, aus denen man für Frankfurt eine Über- oder Unterversorgung ablesen könnte.⁹⁷

Im Rahmen der repräsentativen Befragung gaben 50 % der 71 bis 75jährigen als Umzugsgrund an: „Meine Wohnung ist für das Alter nicht geeignet“.⁹⁸

5.4.6 Fazit

Betreutes Wohnen befindet sich als neue Wohnform immer noch in einem Entwicklungsprozess, bei dem sich sowohl die baulichen Anforderungen als auch die Betreuungskonzepte weiter ausdifferenzieren werden. Allein die Tatsache, dass die Zahl älterer Menschen in Zukunft weiter steigen wird, ist noch keine Garantie dafür,

⁹⁵ a. a. O. S.46

⁹⁶ a. a. O., S.81

⁹⁷ a. a. O. S. 80-81

⁹⁸ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Gemäß der Antworten zu Frage W.15 denken 135 von 1.011 Befragten an einen Umzug. Aussagen nach Altersgruppen sind nur für 130 der 135 Antwortenden möglich, demnach ist N = 130 = 100%

dass die zurzeit vorhandenen und geplanten Sonderwohnformen für ältere Menschen auch langfristig nachgefragt werden.⁹⁹

Es ist anzunehmen, dass Sonderwohnformen weniger nachgefragt werden, wenn die bisherige Wohnung altengerecht ausgestattet ist, bzw. nachgerüstet werden kann. Gleichzeitig müssten auch haushaltsnahe Dienstleistungen zur Verfügung stehen.

Der Verbleib in der eigenen Wohnung wird auch in Zukunft der häufigste Wohnungswunsch der älteren Menschen sein. Gleichzeitig wird es – wahrscheinlich häufiger als heute – ältere Menschen geben, die sich bewusst für eine andere Wohnform entscheiden oder in eine Wohnform mit erhöhter Betreuungssicherheit wechseln müssen/möchten. Für diese Menschen entwickelt sich in jüngster Zeit ein immer differenzierter werdender Markt an Wohnmöglichkeiten, der von der selbst organisierten Hausgemeinschaft über verschiedene Formen des betreuten Wohnens bis hin zu Pflegewohngruppen in einem normalen Wohnhaus reicht.

Wohnen ist nicht nur geprägt vom räumlichen, sondern auch maßgeblich vom sozialen Umfeld. Zukunftsfähige Wohnformen liegen nicht in der Sonderwohnform für einzelne Zielgruppen. Vielmehr bedarf es nachhaltiger Konzepte, die eine gesellschaftliche Durchmischung ermöglichen und flexibel in der baulichen Gestaltung und räumlichen Nutzung sind.¹⁰⁰

5.5 „Heimverbundenes“ Wohnen

5.5.1 Definition

In Frankfurt am Main befinden sich 17 Altenwohnanlagen in unmittelbarer Nachbarschaft zu verschiedenen Altenpflegeheimen. Die Größe dieser Altenwohnanlagen schwankt zwischen vier (Bockenheim) und 219 (Eckenheim) Wohnungen. Die Träger dieser Einrichtungen sind sowohl Gemeinnützige als auch Private und Stiftungen.

⁹⁹ R.Narten: Vermeidung von Leerständen durch besondere Wohn- und Serviceangebote für ältere Menschen, S.600

¹⁰⁰ Wohnen in jedem Alter, Sozialnetz Hessen

Bei diesen Wohnanlagen kann davon ausgegangen werden, dass sie sowohl über die bauliche und technische Ausstattung als auch über die personelle Unterstützung verfügen, über die wir im vorangegangenen Kapitel geschrieben haben. Sie wollen der Erwartung einer immer größer werdenden Anzahl älterer Menschen gerecht werden, auch bei nachlassender Leistungsfähigkeit oder bei zunehmender Hilfebedürftigkeit weitestgehend selbständig und sicher wohnen zu können.

Die Nähe der Wohnanlage zu einem Altenpflegeheim entspricht dem Wunsch vieler älterer Menschen, in einer Form „betreuten Wohnens“ zu leben und im Falle erforderlich werdender stationärer Pflege in einer „eher vertrauten“ Umgebung (gewohnter Stadtteil und Wohnumfeld) bleiben zu können. Der Erwartung mancher älterer Menschen, als Mieterin oder Mieter der Wohnanlage im Falle hoher Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung von Pflegekräften des benachbarten Pflegeheims mitversorgt zu werden, kann allerdings nicht entsprochen werden. Auch für diese Mieterinnen und Mieter ist unter Umständen der Umzug in ein (ggf. das benachbarte) Altenpflegeheim unumgänglich, wenn sie ihren Haushalt nicht mehr selbstständig führen können. Entscheidend ist hier der jeweilige Mietvertrag. Juristisch betrachtet ist der Passus „Auszug bei Pflegebedürftigkeit“ bedenklich.

5.5.2 Merkmale des „heimverbundenen“ Wohnens

Als einheitliches Merkmal dieser Wohnanlagen können Mieterinnen und Mieter die Gemeinschaftseinrichtungen und -räume (z. B. Grünanlage, Park, Cafeteria, Bibliothek), wie auch größtenteils die gemeinschaftsfördernden Angebote des Altenpflegeheims zur Freizeitgestaltung ohne zusätzliche Kosten mitnutzen. Dazu zählen jahreszeitliche Feste, Ausflüge, Gottesdienste, Film-, Dia- und Kaffeenachmittage sowie Ausstellungen. Zur Verfügung stehen teilweise auch Einkaufsmöglichkeiten, z. B. in einem kleinen Supermarkt, regelmäßig organisierte Fahrten in Einkaufszentren bzw. -straßen, ein Waschsalon, ein Frisör, ein Internetcafé oder auch eine Arztpraxis.

5.5.3 Leistungen aus dem „Betreuungsvertrag“ und andere Leistungen

Mit dem Mietvertrag schließen Mieterinnen und Mieter in den meisten Fällen auch einen „Betreuungsvertrag“ ab. Betreuungsleistungen werden in der Regel durch pauschale Kostenbeiträge aller Mieterinnen und Mieter und teilweise durch Zuschüsse der Stadt Frankfurt am Main finanziert.

Zu den durch die Stadt Frankfurt bezuschussten Betreuungsleistungen zählen

- die Sicherstellung eines 24-Stunden-Notrufs und Erste Hilfe bei Notfällen
- die persönliche Beratung durch regelmäßige, allgemein bekannt gegebene Sprechstunden von qualifiziertem Betreuungspersonal
- bei Bedarf Vermittlung ärztlicher, pflegerischer oder hauswirtschaftlicher Hilfen in der Wohnung

Die Träger der Altenwohnanlagen, die sich in unmittelbarer Nachbarschaft zu einem Altenpflegeheim befinden, unterscheiden ihre Angebote des „betreuten Wohnens“ in Grundleistungen und Wahlleistungen.

Zu den Grundleistungen zählen einheitlich

- persönliche Beratung und Betreuung, vornehmlich durch so genannte Altenbetreuer/innen und Sozialarbeiter/innen
- regelmäßige Sprechstunden durch den Sozial- oder Betreuungsdienst, z. B. zur Unterstützung im Umgang mit Behörden oder bei persönlichen Angelegenheiten
- Notrufbereitschaft rund um die Uhr mit Erster Hilfe
- Vermittlung ärztlicher und pflegerischer Hilfe
- Vermittlung von Unterstützung bei der Haushaltsführung in der Wohnung
- Hilfestellung bei notwendiger Klinikeinweisung
- Hilfestellung bei einem Umzug in ein Altenpflegeheim (auf Wunsch bevorzugte Aufnahme im benachbarten Altenpflegeheim)
- Unterstützung durch den haustechnischen Service
- Angebote zur Freizeitgestaltung
- Teilmöblierung (Küche, z. T. Einbauschränk, Wertfach)

Vereinzel gehören zu den Grundleistungen zudem

- die wöchentliche (z. T. „regelmäßige“) Reinigung der Fußböden und Fenster und die Müllentsorgung
- 24-Stunden-Pfortenservice
- Einzugshilfen zur ersten Orientierung
- Angebote religiöser Betreuung
- eine erhöhte Betreuung bei kurzzeitiger Erkrankung (maximal 14 Tage pro Jahr)
- turnusmäßige Renovierung der Wohnung
- Vorhalten von Gästezimmern für Angehörige oder Bekannte (gegen Entgelt)
- in Einzelfällen täglicher Mittagstisch im Speisesaal des benachbarten Altenpflegeheims (bei Bettlägerigkeit ggf. Bringservice der Mahlzeit zur gemieteten Wohnung)

5.5.4 Kosten der Betreuungsleistungen

Unabhängig davon, ob Betreuungsleistungen von den Mieterinnen und Mietern in Anspruch genommen werden oder nicht, sind pauschale Kostenbeiträge zwischen 16,40 Euro und bis über 90,- Euro monatlich zu entrichten.

Leistungsentgelte, die sich untrennbar zusammensetzen aus der Miete (z. B. für eine geräumige, hochwertig und behindertengerecht ausgestattete Einzimmerwohnung), den Mietnebenkosten, den Verwaltungskosten und den Betreuungsleistungen (umfassende Grundleistungen), können über 1.400,- Euro monatlich betragen. Hierbei werden Regelungen für die Rückvergütung von Betreuungsleistungen bei Abwesenheit angeboten.

Eine Anpassung der Betreuungskosten an die persönlichen Bedarfe der einzelnen Mieterinnen und Mieter lässt die pauschale Finanzierung (insbesondere bei umfassenden Grundleistungen) nicht zu. Eine Wahlmöglichkeit von einzeln abzurechnenden Service- oder Betreuungsangeboten für Mieterinnen und Mieter wäre wünschenswert.

Zu den Wahlleistungen, für die zusätzliche Entgelte verlangt werden, zählen

- Dienstleistungen, die innerhalb der Wohnanlage oder des benachbarten Altenpflegeheims in Anspruch genommen werden können, wie Fußpflege, Frisör, Lebensmittel- und Getränkeservice, Apothekenservice, Krankengymnastik und Massage
- Hilfen, die bei Bedarf organisiert werden können, wie z. B. ein Wäscheservice für Bett- und Leibwäsche, Begleitung und Fahrten, z. B. zum Arzt, Vorlesedienste, handwerkliche Dienstleistungen (Reparaturen), Wohnungsreinigung (wenn nicht bereits Teil einer Monatspauschale) sowie Abwasch oder Einkaufsdienst
- die regelmäßige Reinigung der Wohnung (wenn nicht bereits Teil einer Monatspauschale)
- Vollverpflegung im Speisesaal des Altenpflegeheims (auch Teilverpflegung ist wählbar)

In etwa 2/3 (ca. 68 %) der Seniorenwohnungen in unmittelbarer Nachbarschaft zu einem Altenpflegeheim halten die Träger „hauseigene“ Pflegedienste als Wahlleistung vor. Um den Mieterinnen und Mietern im Falle von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit einen möglichst langen Verbleib in der Wohnung zu ermöglichen, können Dienste in Anspruch genommen werden für Behandlungspflege (z. B. Medikamente verabreichen, Injektionen, Blutdruckkontrollen, Wundversorgung), bzw. bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) für Grundpflege (Waschen, Baden, Duschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Hilfe bei Ausscheidungen, Aufsuchen und Verlassen des Bettes, Lagerung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, ggf. enterale Ernährung über Sonde, Mobilisation, Begleitung) sowie für hauswirtschaftliche Hilfeleistung. Für die häusliche Versorgung können grundsätzlich alle Personen unter den bei den Kranken- bzw. Pflegekassen zugelassenen Pflegediensten auswählen.

5.6 Residenzen

Das Wohnen in Residenzen bietet für gut situierte Seniorinnen und Senioren eine Alternative zum betreuten Wohnen. Solche Anlagen verfügen neben Wohnungen, die selbständiges Leben im Kreis Älterer ermöglichen, auch über eine Pflegeabteilung,

die kranke oder später pflegebedürftig gewordene Bewohner aufnimmt. Gegen Bezahlung können neben ambulanten Pflegeleistungen die jeweils im oder am Haus vorhandenen Serviceangebote und Veranstaltungen in Anspruch genommen werden. In Frankfurt am Main gibt es etwa 650 solcher Wohngelegenheiten in folgenden Häusern:

- Henry und Emma Budge Stiftung
- Curanum-Betriebs-GmbH
- Dt. ev. reformierte Gemeinde und Ev. Regionalverband Frankfurt am Main
- Alloheim Seniorenresidenzen AG
- Versorgungshaus und Wiesehüttenstift

sowie die

- Gemeinschaft Deutsche Altenhilfe (GDA), die Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband ist. Sie betreibt neben weiteren bundesrepublikanischen Einrichtungen das Wohnstift Frankfurt am Zoo, das hier exemplarisch hinsichtlich der Anlage und des Konzepts beschrieben werden soll¹⁰¹.

In der Wohnanlage stehen 324 Appartements zwischen 27 und 84 qm zur Verfügung. Die Wohnanlage befindet sich in einer Gartenanlage; sie weist außerdem Räume zur individuellen Nutzung und Veranstaltungsräume auf (Musikzimmer, Bibliothek, Saal mit Bühne u. a.). Ein Garagenplatz kann angemietet werden.

Je nach Größe der Wohnung sind laufende Zahlungen (Monatsentgelte) zwischen rund 1.270 Euro und 3.315 Euro zu entrichten; für die zweite, nicht pflegebedürftige, Person werden rund 279 Euro erhoben. Zum Abschluss des so genannten Wohnrechtsvertrages ist außerdem die einmalige Zahlung eines verzinsten Darlehens zwischen rund 11.800 Euro und 30.700 Euro erforderlich, welches nach Auszug zurückgezahlt wird. Die Verzinsung wird auf die monatlich zu entrichtenden Entgelte angerechnet.

Die vorhandenen Wohnungen werden teilmöbliert (Küche und Bad) und jeweils gut ausgestattet zur Verfügung gestellt. Die Bäder sind mit barrierefreier Dusche

¹⁰¹ Die Zukunft gestalten, das Leben genießen, Wohnstift Frankfurt am Zoo - Hrsg. GDA GmbH

seniorengerecht ausgestattet; in den Etagenbädern können außerdem Wannenbäder genommen werden.

In den Monatsentgelten sind hier die Neben- und Reinigungskosten, ein tägliches Mittagessen, die Notrufmöglichkeit über 24 Stunden sowie die Bereithaltung des teilweise kostenfreien Serviceangebotes inbegriffen (Rezeptionsbereitschaft, Pflegeleistungen, Waschplätze mit Trockenautomat, Nutzung des Schwimmbades und der Sauna, weitere Mahlzeiten im hauseigenen Restaurant, Gästewohnung, zusätzliche Reinigungswünsche und Reparaturen). Ein Veranstaltungsprogramm mit täglichen Angeboten bietet Kommunikations- und Unterhaltungsangebote sowie ein gesundheitsbezogenes Spektrum.

6. Unterstützungsformen für älter werdende und alte Menschen

6.1 Prinzipien der Unterstützung

6.1.1 Einführung

Die Menschen werden – durchschnittlich gesehen – immer älter. Da Krankheiten im Alter häufiger sind als in jüngeren Jahren, wird die Anzahl kranker alter Menschen absolut gesehen ansteigen. Von diesen wiederum wird die Medizin viele heilen, manche aber werden chronisch krank und viele werden die letzte Zeit ihres Lebens als pflegebedürftige alte Menschen verbringen, auf Hilfe angewiesen. Die Art des Alterns hat hierbei einen wesentlichen Einfluss auf das Risiko zur Pflegebedürftigkeit. Hier ist das Schlagwort „erfolgreiches Altern“ zu erwähnen, das unter anderem von dem Entwicklungspsychologen und Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin, Paul Baltes, mitgeprägt wurde. Erfolgreiches Altern beschreibt die Fähigkeit, auch im späten Leben eine möglichst positive Gewinn-Verlust-Bilanz zu erreichen.¹⁰²

¹⁰² www.geo.de/GEO/medizin_psychologie/2002_07_GEO_1...?SDSID; Fachaufsatz: Paul Baltes, Erfolgreiches Altern – Adding life to years

Fest steht, dass auch die Prävention erheblich dazu beiträgt, das Risiko von Pflegebedürftigkeit zu minimieren. Eine stärkere Förderung der Prävention wäre also die logische Schlussfolgerung zur längeren Erhaltung der Selbstständigkeit, jedoch ist zweifelhaft, ob sie alleine einen positiven Effekt bringen würde, da man schon heute viele Betroffene und Patienten finden kann, die trotz bestehenden Bedarfs die Möglichkeiten der Rehabilitationsmedizin kaum oder gar nicht in Anspruch nehmen. Erschwerend kommt hinzu, dass in Folge eines weit verbreiteten defizitär orientierten Altersbildes und fehlender aktueller wissenschaftlicher und geriatrischer Erkenntnisse die Kompetenzen und Rehabilitationspotenziale von Betroffenen nicht wahrgenommen und somit in der weiteren Behandlungs- und Hilfeplanung nicht berücksichtigt werden. Daher wäre es fahrlässig, sich ausschließlich auf präventive Maßnahmen zu konzentrieren.

Trotz dieser fundierten wissenschaftlichen Prognose sprechen viele Anzeichen dafür, dass die älter werdenden und alten Menschen künftig noch viel stärker aus ihrer Privatheit und Passivität heraustreten und versuchen werden, am gesellschaftlichen Leben mitgestaltend und mitbestimmend teilzunehmen. Dies begründet sich darin, dass Selbstständigkeit schon in frühen Jahren zunehmend vermittelt und bis ins höchste Alter angestrebt wird.

Jedenfalls wird sich die gesellschaftliche Stellung des älter werdenden Menschen ändern, z. T. weil die älteren Menschen dies wollen, z. T. weil sie dies in der Zukunft auch müssen. „Bisherige Muster der Integration älterer Menschen werden sich wandeln, hin zu Formen notwendig stärkerer Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben. Der sog. ‚wohlverdiente Ruhestand‘ [...] entspricht bei 20 bis 30 Jahren nachberuflicher Lebenszeit nicht mehr der gesellschaftlichen Realität und auch nicht den individuellen Plänen und Erwartungen.“¹⁰³ Im Leben der älteren Menschen werden Möglichkeiten der Arbeit in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens (z. B. Teilhabe am kulturellen Leben, Engagement in verschiedenen Vereinen oder im sozialen Bereich, ...), sowie Selbsthilfe eine zunehmende Rolle spielen.

¹⁰³ www.aelterwerden-in-frankfurt.de/aktuell/Karl.pdf

Daher ist ein Umdenken in Richtung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen in der sozialen Altenpolitik- und -arbeit notwendig, wenn man sich nicht erneut von vorhersehbaren und vorhergesagten Entwicklungen überraschen lassen will. Dieses Umdenken findet allerdings nur sehr langsam und erst in Ansätzen statt.

Generell wird in der Zukunft die Eigeninitiative der alten Menschen in allen – privaten wie öffentlichen – Lebensbereichen neben der Sorge des Staates gefragt sein. Dennoch ist eine soziale Daseinsfürsorge für Benachteiligte unverzichtbar, da man nicht erwarten kann, dass sich hilfebedürftige Menschen selbst helfen können, und muss an vielen Stellen noch ausgebaut und verbessert werden.

6.1.1.1 Definition von Beratung¹⁰⁴

Beratung wird definiert als ein nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt/optimiert bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgabe/des Problems verbessert werden. Beratung vollzieht sich im Medium sozialer Interaktion und wird daher im weiteren Sinne als Kommunikationsprozess zwischen zwei oder mehr Interaktionspartnern verstanden. Beratung ist gegebenenfalls auch Ergänzung zu Einzelgesprächen durch die Teilnahme des Ratsuchenden an einem Interventionsprogramm oder an einer Selbsthilfegruppe. Beratung liefert dem Ratsuchenden ein Modell dafür, wie er seine Probleme analysieren, Entscheidungen treffen und möglichst selbstständig und selbst kontrolliert Lösungen herbeiführen kann.

6.1.2 Beratungsformen

6.1.2.1 Beratung mit Komm-Struktur¹⁰⁵

Die Beratung mit der so genannten „Komm-Struktur“ setzt voraus, dass der Ratsuchende auf eigene Initiative den Ratgeber zur Hilfe auffordert. Mit der Komm-

¹⁰⁴ Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, 14. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004, S. 122

¹⁰⁵ Nittel, Dieter, Qualitative Analysen von Personen der Risikogruppe und von Interventionsmustern in: Modellprojekt „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen“, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Band 259, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln 1990, S.172 – 173

Struktur in der Beratungsarbeit ist implizit verbunden, dass der Ratsuchende dem Ratgeber unausgesprochen das Mandat erteilt, einen bestimmten Abschnitt in seiner Lebenswirklichkeit zum Gegenstand seiner Arbeit zu machen. Der Ratsuchende verlässt die Beratung mit einem bestimmten Problemlösungsmodell, und er muss dieses Modell in seiner Alltagswelt selbst umsetzen und realisieren, ohne dass ihm hierbei der Professionelle beisteht.

6.1.2.2 Telefonberatung

Ein weiterer wichtiger Informations- und Beratungsschwerpunkt ist der telefonischen Beratung beizumessen.

Das Seniorentelefon in Köln existiert seit knapp acht Jahren.¹⁰⁶ Kürzlich wurde es mit dem Behindertentelefon zusammengeführt. Damit stehen in Köln nur für die telefonische Beratung 2,5 Stellen für beide Zielgruppen zur Verfügung.¹⁰⁷

Aufgabe dieses Beratungsinstruments ist erstens die Datensammlung. In einer Millionenstadt kann kein Mensch mehr behaupten, ohne Computer alle Angebote zu kennen. „Wir verfügen für die Beratung über die aktuellen Daten zu so gut wie allen senioren- und behindertenspezifischen Angeboten der Themenschwerpunkte Wohnen, Pflege, persönliche Hilfen und Beratung, Rente, finanzielle Hilfen und Vergünstigungen, Freizeit, Bildung, Kultur, Gesundheit, Erholung und Sport“.¹⁰⁸ Die Daten werden gesammelt, sortiert und für die Beratung aufbereitet und stehen dann sowohl den Bezirkssozialämtern als auch den Seniorenberaterinnen und -beratern der Wohlfahrtsverbände zur Verfügung.

Die zweite große Aufgabe des Seniorentelefons ist die telefonische Kurzberatung und Information von Ratsuchenden. „2003 hatten wir dreieinhalbtausend Anrufe“.¹⁰⁹ Die dritte Aufgabe ist die Aussendung von Materialien nach Bedarf.

¹⁰⁶ www.forum-seniorenarbeit.de, S.5

¹⁰⁷ www.forum-seniorenarbeit.de, a. a. O.

¹⁰⁸ www.forum-seniorenarbeit.de, a. a. O.

¹⁰⁹ www.form-seniorenarbeit.de, a. a. O.

Das Internet kann keine persönliche Beratung ersetzen. Es kann aber auch für Ältere Beratungszugänge öffnen und ein nützliches Medium der Information und Kommunikation sein.

In Frankfurt bestehen derzeit drei telefonische Anlaufstellen: das Seniorentelefon, das Römertelefon und das Telefon für pflegende Angehörige.

Ein Seniorentelefon existiert in Frankfurt am Main im Rathaus für Senioren in Trägerschaft des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe e. V..¹¹⁰ Hierbei geht es vor allem um Hilfe und Beistand bei Problemen verschiedener Art in anonymen Telefongesprächen. Es wird eine Telefonberatung zu den Themen Essen auf Rädern, Hausnotruf, ambulante Dienste, Seniorenreisen, Seniorenclubs, Alten- und Pflegeheime sowie Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung angeboten.¹¹¹ Gleichzeitig erfolgt die Weitervermittlung zu den Abteilungen des Rathauses für Senioren und anderen städtischen Dienststellen. Hiernach wurde im November 2003 im Rahmen der repräsentativen Befragung gefragt.¹¹² Auf die Frage: „Kenntnis und Nutzung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen in Frankfurt: Seniorentelefon“ antworteten 25,3 % der 61 bis 65jährigen mit „kenne ich nicht“, 61,1 % derselben Altersgruppe mit „kenne ich dem Namen nach“, 12,6 % dieser Personengruppe mit „kenne ich, noch nicht genutzt“ und 1,0 % mit „kenne ich, schon genutzt“. Auf dieselbe Frage antworteten 41,5 % der 81jährigen und älteren Personen mit „kenne ich nicht“, 46,3 % dieser Personengruppe mit „kenne ich dem Namen nach“, 8,5 % mit „kenne ich, noch nicht genutzt“ und 3,7 % dieser Altersgruppe mit „kenne ich, schon genutzt“.

¹¹⁰ www.aelterwerden-in-frankfurt.de/wegweiser/beratung_sehen3.php?id=17015 ,Stand: 20.04.2005

¹¹¹ www.aelterwerden-in-frankfurt.de, a. a. O.

¹¹² Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: N = 1.000 = 100%, vgl. Auswertungsergebnisse Grafik 7, siehe Anhang Nr. 10.2

Ferner ist an dieser Stelle auf das Römertelefon aufmerksam zu machen. Danach wurde im November 2003 ebenfalls im Rahmen der repräsentativen Befragung gefragt. Auf die Frage: „Kenntnis und Benutzung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen in Frankfurt: Römertelefon“ antworteten 10,6 % der 61 bis 65jährigen mit „kenne ich nicht“, 42,9 % derselben Altersklasse mit „kenne ich dem Namen nach“, 22,7 % der angegebenen Personengruppe mit „kenne ich, noch nicht genutzt“ und 23,7 % mit „kenne ich, schon genutzt“. Bei den 81jährigen und älteren Personen antworteten auf dieselbe Frage 30,5 % mit „kenne ich nicht“, 35,4 % dieser Altersgruppe mit „kenne ich dem Namen nach“, 13,4 % mit „kenne ich, noch nicht genutzt“ und 20,7 % der angegebenen Personengruppe mit „kenne ich, schon genutzt“. ¹¹³

Das Telefon für pflegende Angehörige ist in Trägerschaft des Caritasverbandes Frankfurt e. V. Es ist besetzt mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, die meist eigene Erfahrungen in der Angehörigenpflege haben. Nach einer intensiven Schulung und der fachlichen Begleitung durch eine hauptamtliche Mitarbeiterin stehen sie an Werktagen als Gesprächspartner zur Verfügung.

Durch räumliche Nähe, einengende Beziehungsmuster und körperliche Überanstrengung geraten Pflegende in eine Situation, aus der sie sich schwer lösen können. Die Grenzen der Bedürfnisse zwischen Pflegendem und Gepflegtem verschwimmen. Das führt zur Unzufriedenheit, Frustration und in vielen Fällen zu dem Gefühl, „ausgebrannt“ zu sein, keine Reserven mehr zu haben.

Angehörige brauchen in der Regel Begleitung auf drei unterschiedlichen Erfahrungsfeldern:

- a) Sie sind emotional herausgefordert durch die Erlebnisse, die mit der Beziehungs- und Pflegearbeit verbunden sind.
- b) Sie leiden unter sozialer Vereinzelung.

¹¹³ ebenda
Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung:
N = 1.000 = 100%, vgl. Auswertungsergebnisse Grafik 8, siehe Anhang Nr. 10.2

- c) Sie benötigen Managementfähigkeiten und organisatorisches Geschick im Umgang mit dem Dienstleistungssektor.

Ziele des Angebots Telefon für pflegende Angehörige sind:

1. Ratsuchende fühlen sich angenommen mit ihren Sorgen und Gefühlen.
2. Sie erhalten Wissen, Information und Beratung, sodass eigene Entscheidungen getroffen werden können.
3. Sie dürfen heftige Gefühle zeigen und lernen, keine Angst vor Emotionen zu haben.
4. Problemlösungskompetenzen werden gefördert.
5. Ratsuchende erhalten die Möglichkeit, innere Distanz nehmen zu können.
6. Selbstbewusstsein und Selbstwertschätzung werden gestärkt.

Aus der repräsentativen Befragung lässt sich folgendes Ergebnis ableiten: Das Römertelefon ist im Allgemeinen bekannter und wird auch öfter genutzt als das Seniorentelefon. Zu differenzieren ist hierbei lediglich nach der Alterskategorie. Die 61 bis 65jährigen nutzen das Seniorentelefon weniger als die 81jährigen und Älteren. Demgegenüber nehmen die 61 bis 65jährigen das Römertelefon mehr in Anspruch als die 81jährigen und älteren Personen.

Aus dem geringen Bekanntheitsgrad des Seniorentelefons leitet sich für die weitere Schwerpunktsetzung von Altersplanung und Sozialer Alternspolitik ein konkreter Handlungsbedarf ab.

6.1.2.3 Beratung mit Bring-Struktur

Der Begriff „zugehende Beratung“ hat zwei unterschiedliche Bedeutungen.

Zum einen ist dieser räumlich zu interpretieren. Bei Menschen, die aus körperlichen oder seelischen Gründen nicht mehr mobil oder bettlägerig sind bzw. aus psychosozialen Gründen oder Unkenntnis Angebots- und Hilfevorplanung nicht nutzen können oder wollen, muss die Beratung zu Hause erfolgen. Die Hausbesuche ermöglichen der Beraterin/dem Berater zugleich einen Einblick in die Lebenssituation

des älter werdenden Menschen. Es handelt sich hierbei um die so genannte „Bringstruktur“ der Beratung. Der Beratungsprozess läuft in einem Drei-Phasen-Modell ab:

1. Gesprächseröffnung, Orientierungs- und Vertrauensaufbauphase (Ansprechen des Problems, der Situation, Aufbau einer Arbeitsbeziehung, Zieldefinition, Informationssammlung)
2. Problembearbeitungsprozess bzw. Klärungs- und Veränderungsphase (Erarbeitung von Erklärungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, Reflexion, Suche nach Alternativen, Anstöße zur Entscheidungsfindung)
3. Gesprächsabschluss bzw. Bewertungs- und Abschlussphase (Bewertung der Arbeit, Begleitung von Veränderung und Entscheidung, Evaluation der Wirksamkeit)¹¹⁴

Innerhalb der jeweiligen Phasen werden mit unterschiedlichem Gewicht Basiskompetenzen des Beraterverhaltens gefordert. Hierzu zählen Fertigkeiten des Situationsarrangements, des Vertrauensaufbaus, der Problemanalyse, der Informationserhebung und -strukturierung, der Entwicklung von Verhaltensalternativen, von Konfliktlösungen und umweltverändernden Anstößen (Leitbegriffe „Verstehen“, „Leiten“, „Beziehung-Klären“).¹¹⁵

Professionelle Beratung ist kein beliebiges Reden, sondern ein systematisches, problembezogenes Arbeiten anhand handlungsleitender theoretischer Beratungskonzepte. Beratung ist mit unterschiedlichen Arbeitsaufgaben für Berater und Klient verknüpft.¹¹⁶ Dazu zählt zunächst die Vorbereitung (Vorbereitung, Organisation, äußere Gestaltung), Kontakt und Einstieg (Gestaltung der Erstbegegnung, Aufbau von Vertrauen und Arbeitsbeziehung, Bestimmung des Problems und erster Arbeitsziele), diagnostische Analyse (Sammeln von Informationen, Aufgreifen von Betroffenheiten, Eingrenzung auf spezielle Fragen oder Probleme), Problembearbeitung (Vermitteln von Informationen, gemeinsame

¹¹⁴ Wenniger, Gerd. Lexikon der Psychologie A bis E, Bd. 1. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg-Berlin 2000, S. 201 bis 202

¹¹⁵ Wenninger, a. a. O.

¹¹⁶ Wenninger, a. a. O., S. 204.

Suche nach Alternativen, Lösungen, Handlungsmöglichkeiten, Hilfen zum Erkennen von Bedingungsbeziehungen, Anstöße zu Entscheidungen, Übung und Durchführung geplanter Änderungen) sowie Erfolgskontrolle und Beratungsabschluss (Überprüfung der Veränderung, Rückmeldung über Beratungsverlauf, Vereinbarung über weiteres Vorgehen).¹¹⁷

Zugehend in einem zweiten Sinne ist intensive Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Vorträge in der Stadt und bei Altnachmittagen, Berichte in der Presse, Vertretensein bei Veranstaltungen, Informieren über bestehende Beratungs-, Unterstützungs- und Hilfsangebote.

Eine weitere wichtige Aufgabenstellung nehmen Stadtteilkonferenzen ein.¹¹⁸ Denn Städte sind ein tragfähiges Fundament zur Förderung von Gesundheit, weil sie zuständig sind für die regionale Planung von Lebens- und Arbeitsfeldern, einen Einbezug der Bürgerinnen und Bürger in kommunale Planungs- und Entscheidungsprozesse ermöglichen und den zentralen Lebensraum für einen Großteil der Bevölkerung bilden.¹¹⁹ Die Sicherstellung der Grundbedürfnisse aller Bevölkerungsschichten in Bezug auf Wasser, Energie, Wohnen, Einkommen, Ernährung, Sicherheit und Arbeit, ein hochwertiges und für jedermann zugängliches Maß an öffentlicher Gesundheits-, Krankheits- und Bildungsversorgung sind nur einige der wichtigsten Aspekte, die in dem Sozialsystem Stadt organisiert werden.¹²⁰ Demzufolge können Stadtteilkonferenzen dazu beitragen, die Bürger zu informieren, zu aktivieren und sie zu Mitgestaltern/Mitakteuren kommenden Planens/Handelns werden zu lassen.

¹¹⁷ Wenninger, a. a. O.

¹¹⁸ Es ist festzustellen, dass es noch keine flächendeckenden Stadtteilkonferenzen in Frankfurt am Main gibt und dass ihre Zielgruppen beispielsweise auch Kinder und Jugendliche sind. In Bornheim existiert eine Stadtteilkonferenz. Für älter werdende und alte Menschen können stadtteilbezogen z. B. der Arbeitskreis Altenarbeit Bornheim/Nordend (AABN) und der Arbeitskreis „Älterwerden in Niederrad“ genannt werden.

¹¹⁹ www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/pdf/studtext.pdf, Stand: 18.04.2005

¹²⁰ www.sgw.hs-magdeburg.de, a. a. O.

6.1.2.3.1 Persönliche Assistenzdienste als selbst organisierte Unterstützungsform für ältere Menschen

Bei den persönlichen Assistenzdiensten handelt es sich um einen speziellen Teilbereich ambulanter Unterstützung, der alten Menschen und Menschen mit Behinderungen offen steht. Persönliche Assistenzdienste zeichnen sich dadurch aus, dass die Organisation der Hilfe von den Pflegebedürftigen selbst erfolgt. Durch die Selbstorganisation werden die Selbstbestimmungsrechte gestärkt, eine Anpassung auf den individuellen Bedarf ist leichter möglich.

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind die persönlichen Assistenzdienste, die Hilfen in allen Lebenslagen bieten, gesetzlich nicht mehr vorgesehen. Deshalb ist die Existenz persönlicher Assistenzdienste gefährdet. Das Hauptproblem der Kommunen liegt hierbei in der Finanzierung, da das SGB XI in diesem Fall die Gewährung der Pflegesachleistung (§ 36) ausschließt.

Es gibt derzeit schätzungsweise 500 Assistenznehmer in Deutschland. Bei den Assistenzgebern handelt es sich hauptsächlich um Studenten.

Persönliche Assistenz umfasst praktische Hilfen zur Alltagsbewältigung. Im Einzelnen sind das:

- Pflegehilfen
- Mobilitätshilfen
- Kommunikationshilfen
- Psychosoziale Hilfen
- Kulturtechnische Hilfen
- Haushaltshilfen
- Handreichungen¹²¹

Vorteile der Persönlichen Assistenzdienste bestehen in einem Zuwachs an Autonomie und Selbstbestimmung. Es entwickelt sich eine größere Unabhängigkeit, auch von der Familie. Des Weiteren werden die oft mit der Pflege der Angehörigen

¹²¹ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Persönliche Assistenzdienste für Senioren und Behinderte – Bedarf und erforderliche Rahmenbedingungen. 1997. Satz + Druck: Düsseldorf. S. 127

überforderten Familien entlastet. Entgegen der allgemeinen Vermutung sind persönliche Assistenzdienste oft kostengünstiger als normale Pflegedienste. Außerdem stellt die persönliche Assistenz eine echte Alternative im Bereich „Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung“ (ISB) dar.

Nachteile und Bedenken werden gesehen in der aufwändigen Organisation der persönlichen Assistenz. Weiterhin besteht das Risiko von Lücken in der Betreuung, Schwierigkeiten in der Assistenzbeziehung werden nicht aufgefangen und es gibt keine rechtliche Absicherung dieses Modells. Auch schreckt viele Menschen das oft langwierige Genehmigungsverfahren ab, das dadurch entsteht, dass das Modell nicht ausreichend bekannt ist.¹²²

6.1.3 Beratungsbedarfe älter werdender und alter Menschen

Beratungsbedarfe älter werdender und alter Menschen nehmen einen besonderen Stellenwert ein. Unter Bedarf – im Kontext von Beratung, Hilfe und Unterstützung zu Altersfragen – verstehen wir im Folgenden Qualität und Quantität von Problemen und Krisen rund um Fragen des Alterns, die durch bestimmte psychosoziale Leistungen vermindert oder gelöst oder sogar verhindert werden können.¹²³

Beratungsbedarf älterer Menschen lässt sich differenzieren in:

1. einen manifesten Bedarf, der einerseits in der Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten deutlich wird und andererseits formulierte Bedürfnisse von potenziell Hilfesuchenden umfasst (unabhängig davon, ob diese von bestehenden Einrichtungen tatsächlich befriedigt werden können)
2. einen latenten Bedarf, d. h. eine von Außenstehenden aufgrund beobachteter Notlagen konstatierte Bedürftigkeit

¹²² ebenda, S. 109 – 111

¹²³ Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche. Justus-Liebig-Universität Gießen, 2002

Ein Beratungsbedarf älterer Menschen besteht aber auch im Rahmen der gesellschaftlichen Teilhabe und des bürgerschaftlichen Engagements. Dazu zählen:¹²⁴

- die Suche nach nachberuflichen Tätigkeitsfeldern (sowohl ehrenamtlich als auch auf Mini-Job-Basis)
- medizinische Vorsorgemaßnahmen, insbesondere Ernährungsberatung und altersgerechte Fitness- und Sportberatung
- kulturelle und soziale Beratung

Variablen, die hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfen als bedeutsam angesehen werden, sind:

- Geschlecht und Alter
- Haushaltsgröße
- Verfügbarkeit informeller sozialer Netzwerke
- körperlicher und psychischer Gesundheitszustand
- subjektive Sicht auf gesundheitliche und andere Einschränkungen
- Wirksamkeitserwartungen, psychische Hemmungen
- Sprachkenntnisse/Ethnizität/kultureller Hintergrund
- externer Druck
- eigene finanzielle Möglichkeiten
- Bildung
- Lebensstil und zeitgeschichtliche Erfahrungen
- Anpassungs- und Veränderungsfähigkeit

6.1.3.1 Beratungs- und Unterstützungsbedarfe von Risikogruppen

Zu erwähnen ist, dass nicht jedermann den gleichen Zugang zu bestehenden Beratungsdiensten und -systemen hat. Benachteiligt sind insbesondere Risikogruppen, wie z. B. Personen mit besonderem Betreuungsbedarf, Migranten, Menschen mit Behinderungen.

¹²⁴ www.forum-seniorenarbeit.de , a. a. O.

Zu den Personen mit besonderem Betreuungsbedarf sind diejenigen einzuordnen, die aufgrund demenzieller Erkrankungen, Behinderungen, seelischer Beeinträchtigungen, sozialer Isolation, dissozialer Verhaltensweisen oder ehemaliger Wohnungslosigkeit einen über den Pflegebedarf hinausgehenden, erhöhten psychologischen Betreuungsbedarf haben.¹²⁵ Hier wird eine abgestimmte Kombination von Hilfen aus unterschiedlichen Bereichen benötigt.

Die Situation älter werdender Menschen mit Behinderungen ist ebenfalls zu berücksichtigen.¹²⁶

Die Verwendung des Begriffs „Risiko“ unterstellt, dass ältere Menschen beim Zusammentreffen mehrerer Risikomerkmale gefährdet sind, in Zukunft ihren Haushalt und die Alltagsaufgaben nicht mehr selbstständig bewältigen zu können.¹²⁷

Zu den Risikomerkmale gehören: hohes Alter, allein lebend, geringes Einkommen, gesundheitliche Probleme, geringe soziale Kontakte. Es wurde festgestellt, dass der Anteil der Frauen umso größer wird, je mehr Risikomerkmale zusammentreffen.¹²⁸

Um Risikopatienten helfen zu können, kommen Befragungen mit den Betroffenen in Betracht, welche im Rahmen eines ersten zugehenden Besuchs durchgeführt werden.

An einen Erstbesuch bei der „Befragung“ kann dann gut angeknüpft werden, wenn die Befragten weiteren Kontakten gegenüber aufgeschlossen sind. Umgekehrt bestehen Legitimationsprobleme beim versuchten Neuzugang zu jenen, die den Kontakt nach Durchführung des Gesprächs als abgeschlossen betrachten.

¹²⁵ Sofortprogramm Ambulante Altenpflege, Zwischenbericht, Stand: 19.04.2005

¹²⁶ Sofortprogramm Ambulante Altenpflege, a. a. O.

¹²⁷ Karl, F. (1985): Aktenanalyse „Konzeptionsdiskussion der Altentagesstätte Quellhöfe“. Unveröffentlichte Arbeitsmaterialien des Projekts „Zugehende Beratung“. Gesamthochschule Kassel 1985, S.112

¹²⁸ Karl, F., a. a. O., S. 59

Die Problematik des bisherigen Ansatzes der „zugehenden Beratung“ offenbart sich in der diffizilen Umsetzung und Begründung des neuerlichen Hausbesuches. Da eine Beratung nur nach Anforderung eines Ratsuchenden entstehen kann, muss der neuerliche zielgruppenspezifische Zugang als ein Angebot zur Fortsetzung des Erstgesprächs mit einer stärkeren Betonung von Aussprache und Möglichkeiten der Hilfestellung verstanden werden.

In der Ansprache der „Risikopersonen“ wählen die Sozialarbeiter folgenden Weg: Sie unterbreiten dem Adressaten zunächst ein schriftliches Beratungsangebot und melden sich nach einem gewissen zeitlichen Abstand telefonisch, um einen neuerlichen Besuch anzubieten. Als Begründung und als Anlass dient die Anfrage: „Ich würde Sie gerne wieder besuchen, um zu sehen, wie es Ihnen geht und was sich im letzten halben Jahr seit dem Gespräch ereignet hat.“¹²⁹ Um eine stigmatisierende Wirkung als „Sozialfall“ zu vermeiden, wird der nach „Risiko“-Merkmale vorgenommene Selektionsvorgang nicht benannt. Stattdessen wird in behutsamer Form an einzelne, in der Erstbefragung hervorgehobene, Problemkreise angeknüpft.

6.1.4 Wichtige Beratungsfelder im Rahmen der Altenarbeit und Altenhilfe

6.1.4.1 Psychosoziale Aufgaben der Altenarbeit und Altenhilfe

Zu den psychosozialen Beratungsaufgaben der Altenarbeit und Altenhilfe zählen insbesondere:

- Klärung der Problemlagen des Ratsuchenden, insbesondere bei der Beantragung von Leistungen der Kranken- und Pflegekasse oder zu allgemeinen Fragen im Bereich des Betreuungsrechts
- Hilfsmittelberatung
- Stärkung der Selbsthilfekräfte durch Einbeziehung bzw. Aufbau eines persönlichen sozialen Netzwerks, z. B. durch Angehörigengruppen
- Beratung, Begleitung und Unterstützung von unheilbar Kranken und/oder sterbenden Menschen bzw. deren Angehörigen, z. B. bei der Überleitung zum Hospiz- und Palliativdienst

¹²⁹ vgl. Karl, F., a. a. O., S.59 ff.

- Beratung und Unterstützung bei zunehmenden Handicaps, Unterstützungsbedarf, Krankheit, Behinderung, z. B. Beantragung eines Behindertenausweises

6.1.4.2 Beratungs- und Unterstützungsaufgaben bei entstehenden Pflegebedarfen

Die Beratungsfelder im Rahmen der Pflege umfassen:

- Beratung und Hilfe in pflegebedingten Konfliktsituationen (offene Altenhilfe: Pflegekurse für Angehörige, Angehörigenarbeit)
- Information über Betreuungsangelegenheiten und Versorgungsmöglichkeiten (Auswahl und Koordination von geeigneten Hilfen, z. B. in der häuslichen Krankenpflege, im betreuten Wohnen, in der Tages- und Kurzzeitpflege)
- Informationen über Selbsthilfegruppen, Initiativen und Vereine
- Beratungen zu Serviceleistungen
- Vermittlung von Hilfen und unterstützenden Diensten, z. B. ambulante sozialpflegerische Dienste wie Sozialstationen, Krankenpflegestationen und Nachbarschaftshilfen, Beratung, Koordination und Unterstützung bei der Überleitung in teilstationäre und stationäre Pflege, Hausbesuche zur Vorbereitung der Heimaufnahme, Mahlzeitendienste, ehrenamtliche Helferkreise, Betreuungsgruppen
- Beratung hinsichtlich der gesetzlichen Betreuung (hier geht es z. B. um das Vorgehen bei der Einrichtung einer Betreuung, aber auch um Beschwerden gegenüber Betreuern, Fragen zu Erbschaftsangelegenheiten, Informationen zu Finanzierungsmöglichkeiten)
- Beratung für die Sicherheit im Alter

6.1.4.3 Soziale Beratungsfelder

Zu den sozialen Beratungsfeldern gehören:

- persönliche Konflikt- und Verlustsituationen
- Wohnen im Alter (alternative und innovative Wohnformen, Wohnraumanpassung, Umzugsfragen)
- Organisation und Sicherstellung von Serviceleistungen

- soziale Integration, z. B. durch Informationen und Vermittlung zu eigenen und anderen Veranstaltungsangeboten
- Aktivitäten und Freizeitangebote
- Bildung
- gesellschaftliche Teilhabe
- Hilfen bei komplexen Problemlagen
- Hilfestellung zur Inanspruchnahme des persönlichen Budgets nach § 57 SGB XII (mit dieser Regelung wird Menschen mit Behinderungen nach § 53 SGB XII die Teilnahme an dem trägerübergreifenden persönlichen Budget eröffnet, z. B. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die regelmäßig wiederkehren und sich auf alltägliche regiefähige Bedarfe beziehen. Näheres hierzu regelt die Budgetverordnung.)

6.1.4.4 Interkulturelle Beratung

Zur interkulturellen Beratung zählt insbesondere die Unterstützung älterer Migrantinnen und Migranten.¹³⁰ Diese Menschen benötigen ähnliche soziale Dienste wie ältere Deutsche, wobei die Arbeitsansätze und Konzepte an den jeweiligen kulturellen und religiösen Hintergrund angepasst werden müssen. Hierbei leistet die „Charta für eine kultursensible Altenarbeit“ einen wesentlichen Beitrag zur interkulturellen Öffnung. Die Charta fordert Politik und Gesellschaft auf, den Anspruch aller älterer Menschen auf einen Zugang zu den Institutionen der Altenpflege einzulösen, eine kultursensible Altenarbeit hinsichtlich Beratung, Betreuung und Pflege sicherzustellen und entsprechende Versorgungsdefizite abzubauen.¹³¹ „Das Problem ist nur die Sprache“, ist die Antwort einer Altenpflegerin.¹³² Wenn eigene Professionalität in eine interkulturelle Beziehung eingebracht wird, sagt sie, schwinden die Barrieren auf der pflegerischen Seite.¹³³ Kultursensible Pflege dürfe nicht die Anpassung der Migrantinnen und Migranten an die Spielregeln der Institutionen voraussetzen, sondern entstehe immer wieder aus

¹³⁰ Das Altern der Gesellschaft und neue Dienstleistungen für Ältere. MittAB 4/99, S. 494

¹³¹ Charta für eine kultursensible Altenpflege – ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung, Dokumentation der Fachpolitischen Fachtagung vom 21.11.2000 in Berlin, Seite 3

¹³² Charta für eine kultursensible Altenarbeit, a. a. O. S.5.

¹³³ Charta für eine kultursensible Altenarbeit, a. a. O.

der wechselseitigen Anerkennung und aus im Pflegealltag auszuhandelnden Kompromissen.¹³⁴ Interkulturelle Kommunikation und Verständigung sowie kultursensible Pflege ist also ein beidseitiges Geschehen – das Problem liegt nicht ausschließlich bei dem, der die deutsche Sprache und Kultur nicht versteht.¹³⁵ Kultursensible Pflege entsteht in dem Maße, wie interkulturelle Konfliktlösungen entwickelt werden, die auf wechselseitiger Anerkennung und auf Kompromissen beruhen, und sich fachliches Handeln im Pflegealltag differenzieren kann.¹³⁶

Um die entsprechenden Potenziale bei der Schaffung der Dienstleistungen nutzen zu können, werden mit Blick auf ausländische Erfahrungen u. a. folgende Handlungsschritte empfohlen:

- Einbindung und Konsultation ethnischer Minderheitengruppen, z. B. durch Einbeziehung ausländischer Vereine oder relevanter Institutionen
- Stärkung der Nutzerorientierung und -beteiligung, z. B. durch Nutzerbefragungen und Einbeziehung in das Management entsprechender Dienste
- Verbesserung der Kooperation zwischen staatlich-kommunalen Stellen, privatwirtschaftlichen Initiativen und ehrenamtlichen Diensten
- Entwicklung von bedarfsgerechtem Informationsmaterial und Einbeziehung von Übersetzungsdiensten

Ähnliche Probleme ergeben sich im Umgang mit den ausländischen Pflegekräften in der stationären Pflege, die der deutschen Sprache unzureichend mächtig sind.

Hierbei spielt die bereits erwähnte Charta für ältere Menschen eine wichtige Rolle.¹³⁷ In dieser Charta sind die grundlegenden und selbstverständlichen Rechte von Menschen, die der Unterstützung, Betreuung und Pflege bedürfen, aufgeführt. Das deutsche Recht enthält an verschiedenen Stellen Verbürgungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Neben den Grundrechten des Grundgesetzes sind dies

¹³⁴ Charta für eine kultursensible Altenarbeit, a. a. O.

¹³⁵ Charta für eine kultursensible Altenarbeit, a. a. O. S.6.

¹³⁶ Charta für eine kultursensible Altenarbeit, a. a. O.

¹³⁷ www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aelttere-menschen,did=16124.html

vor allem die Rechte auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX), auf Selbstbestimmung und Selbstständigkeit (§ 2 SGB XI), auf Aufklärung und Beratung (§ 7 SGB XI), auf Vorrang der Prävention und Rehabilitation (§ 5 SGB XI), auf Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI) sowie die Rechte nach dem Sozialhilferecht und dem Heimgesetz, schließlich das für das gesamte Sozialrecht gültige Recht auf individualisierte Leistungen (§ 33 SGB I).

Neben den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen aller Altersgruppen und deren rechtlichen Vertreter und Angehörigen werden mit dieser Charta zugleich die Menschen und Institutionen angesprochen, die Verantwortung in Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen.

Nicht zuletzt will die Charta daran erinnern, dass die Gesellschaft eine besondere Verantwortung gegenüber den in Abhängigkeit geratenen Mitmenschen trägt. Die Charta richtet sich darum ebenso an die politischen Instanzen auf Bundes- oder Landesebene und mahnt deren Verpflichtung an, die zur Gewährleistung der hier beschriebenen Rechte notwendigen, auch finanziellen Rahmenbedingungen weiter zu entwickeln und sicherzustellen.

6.1.5 Case Management (CM)

Im Zentrum der Diskussion um die Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen steht der Mensch mit seinem individuell unterschiedlichen Unterstützungsbedarf – in besonderem Maße der ältere Mensch. Die Fokussierung auf den älteren Menschen hat mehrere Gründe. Der bedeutsamste Grund jedoch resultiert aus der Tatsache, dass bei älter werdenden Menschen mit pathogenem Alterungsverlauf gesundheitliche Beeinträchtigungen, Erkrankungen und funktionelle Störungen zunehmen können, die – und hier liegt die eigentliche Herausforderung an die Versorgung – nicht voneinander losgelöst und unabhängig behandelt werden können oder sollten.

Wären alle Versorgungserfordernisse, die aus den genannten Einschränkungen entstehen, isoliert voneinander zu lösen, könnte das deutsche Sozial- und

Gesundheitswesen vermutlich angemessen darauf reagieren, da es selbst aus weitgehend voneinander isolierten Elementen besteht. Doch genau dies wird der Begegnung komplexer Problemlagen und schwieriger Lebenssituationen vieler alter Menschen nicht gerecht. Es soll nicht in Frage gestellt werden, dass sich das Unterstützungs- und Versorgungssystem auch der komplexen Problemlagen vieler jüngerer Schwerst- und/oder Mehrfacherkrankter oder kranker Menschen mit Behinderungen in besonderer Weise annehmen muss. Die grundsätzliche Problematik, die hier im Folgenden aufgezeigt wird, gilt größtenteils auch für sie. Das Ineinandergreifen mehrerer verschiedener Erkrankungen, Störungen und Funktionseinschränkungen (Multimorbidität) trifft in besonderer Weise auf die Hochaltrigen – in der Regel definiert als die über 80jährigen – zu. Diese Problemsituationen machen es notwendig, dass hochaltrige Menschen eine Vielzahl von Einrichtungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen und mit unterschiedlichen Berufsgruppen in Kontakt treten müssen.

Dabei ergeben sich Übergänge zwischen Institutionen und Berufsgruppen, wie etwa der Übergang von einem Akutkrankenhaus, den dort arbeitenden Medizinerinnen und dem Krankenhaussozialdienst in die häusliche Situation unter Betreuung eines ambulanten Pflegedienstes. „Um einen Versorgungsübergang nicht zu einem Bruch der Versorgungskette werden zu lassen, ist die Vernetzung von Institutionen, Diensten und Berufsgruppen notwendig, bei der es in erster Linie darum geht, die Versorgung der betroffenen Person zu optimieren.“ (BMFSFJ 2002). Wenn zusätzlich noch soziale Faktoren berücksichtigt werden müssen, beispielsweise die Abnahme sozialer Kontakte durch das Versterben von Freunden und Bekannten, bzw. das in der Regel mit besonderer Härte verbundene Versterben von Lebenspartnern oder Angehörigen, sind Hochaltrige „für die Unterstützung und Gestaltung ihrer Lebensumstände oftmals weitgehend auf Professionelle angewiesen. Dies gilt nicht nur für die verschiedenen Unterstützungsleistungen wie medizinische Therapie, Pflege, rehabilitative oder hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch für die Organisation und Abstimmung der einzelnen Hilfen, also die Steuerungserfordernisse der Fremd- und Eigenleistungen im Alltag.“ (BMFSFJ 2002).

Insbesondere Ältere profitieren also von einer ganzheitlichen oder umfassenden Versorgung im Sinne einer Vernetzung. Darüber hinaus haben gerade Ältere im Dschungel der Gesundheits- und Sozialsysteme erhebliche Schwierigkeiten, die jeweils richtige Versorgung zu finden. Sie sind im Besonderen auf vertraute, stabile Strukturen angewiesen und durch Veränderungen eher irritiert als Jüngere, eine Tatsache, die noch stärker bei geistig Beeinträchtigten (z. B. Demenzkranken) gilt. Demenzkranke und ihre Angehörigen sowie andere Risikogruppen stellen auch in anderer Hinsicht eine Gruppe dar, die in besonderer Weise auf zugehende Beratung und vernetzte Strukturen angewiesen ist. Der Betreuungsaufwand für Menschen mit demenziellen Erkrankungen ist enorm hoch, und die Angehörigen sind extremen Belastungen ausgesetzt. In vielen Vernetzungsansätzen wird diesem Umstand bereits Rechnung getragen. Für andere Risikogruppen, die in der Regel durch das vorhandene Hilfesystem (KOMM-Struktur) nicht erreicht werden, sind zugehende Beratungsformen (BRING-Struktur), wie z. B. im Rahmen des Sofortprogramms Ambulante Altenpflege, sicherzustellen, um auch insbesondere Aspekte sozialer Benachteiligung, die sich im Alter zementieren, zu mildern.

6.1.5.1 Schnittstellen zwischen den Bestandteilen des Versorgungssystems

Seit vielen Jahren wird im Zusammenhang mit einer bedarfsangemessenen Versorgung die Problematik der Schnittstellen im Sozial- und Gesundheitswesen von unterschiedlichen Akteuren mit verschiedenen Ergebnissen bzw. Lösungsansätzen diskutiert. Bei den Schnittstellen handelt es sich um die Übergänge zwischen personellen, institutionellen, juristischen, politischen, kulturellen und zielgruppenspezifischen Anteilen des Versorgungssystems.

Ein zentraler Lösungsansatz in der Schnittstellenfrage ist die Vernetzung. Analytisch lässt sich das deutsche Sozial- und Gesundheitsversorgungssystem in die folgenden Ebenen und Subsysteme untergliedern:

- Versorgungssektoren: ambulant, teilstationär und stationär
- Versorgungsstufen: Grundversorgungs- bis Spezialversorgungseinrichtungen

- Versorgungsbereiche: Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Sterbebegleitung
- Berufsgruppen: Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorge u. a.
- professionelle und nicht-professionelle Versorgung: berufliche Hochspezialisierung (Fachkapazität) bis hin zu fachlich unbegleiteter Laienpflege (Angehörige, Nachbarn, Freunde, Freiwillige)
- Kostenträger: Gesetzliche Krankenversicherung und Soziale Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch Fünftes und Elftes Buch – SGB V und XI), private Krankenversicherung (PKV), Rehabilitationsträger (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – SGB IX), Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Rentenversicherungsträger (SGB VI) etc.
- Leistungsträger: staatlich, gemeinnützig, privat

Auch spielen mehr und mehr interkulturelle Schnittstellen eine Rolle im Versorgungsgeschehen: Sowohl auf der Seite der Pflegenden als auch auf der Seite der zu Versorgenden wird der Anteil nicht-deutschstämmiger und außereuropäischer Personen größer. Viele Migranten werden nicht in ihre Heimatländer zurückkehren und stattdessen in Deutschland familiäre und/oder professionelle Pflege benötigen. Probleme ergeben sich dann zum Beispiel durch mangelnde muttersprachliche und kultursensible professionelle Pflege. Des Weiteren müssen gerade auch religiöse und spirituelle Unterschiede berücksichtigt werden. Der Aspekt der interkulturellen Integration im Bereich der Netzwerkbildung gewinnt also an Bedeutung.

Dolmetscherdienste sind ein erster Ansatz, dieses neue Thema zu bearbeiten. Benötigt wird aber auf Dauer eine viel weit reichendere Anpassung der Pflegesituationen an die kulturellen Gegebenheiten in unserer Bevölkerung. Wir ergänzen die obige Aufzählung also um den Punkt:

- Kulturzugehörigkeit: Glauben, Ethnizität etc.

Zwischen diesen Ebenen liegen die oben beschriebenen Schnittstellen. Als Haupthypothese zur Begründung der suboptimalen Versorgung im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem gilt, dass genau an diesen Schnittstellen durch mangelnde

Koordination und Kooperation Informationen verloren gehen. Dies wiederum liegt u. a. an dem Umstand, dass diese Informationen erstens von einer Person auf eine andere Person übertragen werden müssen, sie zweitens inhaltlich und fachlich verstanden werden müssen und drittens die Meinung bezüglich der daraus resultierenden Konsequenzen geteilt werden muss. Durch verloren gegangene Informationen und unterschiedliche Meinungen und Wissensstände entstehen Therapie(ab)brüche oder -umstellungen, Doppeluntersuchungen und Versorgungslücken. Vernetzung – d. h. hier die Verkoppelung der Akteure in persönlichen Kontakten oder zumindest in adäquater bedarfs- und problemgerechter mündlicher oder schriftlicher Form – soll Versorgungsfehler oder -diskontinuitäten aufgrund von Informationsdefiziten abstellen. Ziel ist vor allem die Qualitätsverbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung der auf sie angewiesenen Menschen in unserem Gesundheitssystem.

6.1.5.2 Strukturmerkmale des CM

In der Art und Weise, wie der Begriff der „Vernetzung“ Eingang in die Diskussion um die Probleme des Sozial- und Gesundheitswesens gefunden hat, ist davon auszugehen, dass in Vernetzungsansätzen generell – also nicht nur bezogen auf Ältere – erhebliche Potenziale zur Lösung oder Reduktion insbesondere der systembedingten Probleme gesehen werden. Politik, Leistungserbringer und Kostenträger diskutieren die Vorteile und Bedingungen einer wohnortnahen Vernetzung. So unterstreicht z. B. auch der Leiter der Abteilung „Pflegeheim“, des Bundesverbandes der AOK, die Notwendigkeit der Schaffung moderner Strukturen durch mehr Vernetzung: „Es fehlt in unserem Versorgungssystem ein systematisch-strukturiertes Koordinierungssystem im Sinne eines kontinuierlich verfügbaren und schnittstellenübergreifenden Case Managements“. Durch eine „personenbezogene Koordinierung von kurativen, präventiven, rehabilitativen, pflegerischen und sozialen Hilfen“ kann vor allem die „Kontinuität zwischen ambulantem und stationärem Sektor“ gesichert werden.

Vernetzungsbemühungen scheinen aber nicht allzu selbstverständlich nur positiv bewertet zu werden – sonst würden wir nicht ständig darüber sprechen, schreiben, diskutieren, forschen. Kennzeichnend für den Diskurs ist der Mangel an „Griffigem“,

an verständlichen und nachvollziehbaren Beschreibungen und Erklärungen, unter welchen Bedingungen Vernetzung welche Ergebnisse erzielt. Weiterhin gibt es offensichtlich neben den vielen immer wieder herausgestellten positiven Aspekten eine ganze Reihe von Hindernissen, Barrieren, vielleicht auch negativen Faktoren sowie Nachteilen von und durch Vernetzung.

Die beiden wesentlichen Elemente von Vernetzung sind Koordination und Kooperation. „Koordination“ und „Kooperation“ sind definitorisch schwierige Konstrukte und ziehen damit ein ständiges Bemühen der gemeinsamen Verständigung nach sich hinsichtlich der Frage, was denn nun eigentlich unter Kooperation und Koordination zu verstehen sei. In der Literatur finden sich folgende Definitionen:

- Koordination ist die Abstimmung von Strukturmerkmalen und Teilfunktionen im Hinblick auf eine Gesamtaufgabe, sie ist folglich strukturbezogen (Bruder 1992). Holz (Holz 1998) beschreibt, dass Koordination Information und Kooperation zwischen mindestens zwei Akteuren voraussetzt. Ihrer Meinung nach besteht Koordination darin, dass die Ziele, Interessen und Tätigkeiten von Personen respektive Organisationen in Beziehung zueinander gesetzt werden, um sie aufeinander abzustimmen. Koordination setzt demnach gegenseitige Information voraus und erfordert die Einhaltung von Verabredungen und Absprachen. Wesensmerkmal der Koordination ist das strukturierte Erreichen eines gemeinsam festgelegten Zieles durch verschiedene Personen/Organisationen. Notwendige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Koordination sind unter anderem:
 - Einsatz von qualifiziertem Fachpersonal
 - klare und transparente Aufgabenzuweisungen und Kompetenzregelungen
 - transparente und auf Interaktion ausgerichtete Kanäle
 - abgestimmte und verlässliche Strukturen sowie ausreichende Finanzierung
- Kooperation bedeutet, wenn tatsächliche, sich ergänzende Handlungen innerhalb der Strukturen – gleichzeitig oder nacheinander – hinsichtlich einer Aufgabe

stattfinden (Bruder 1992). Holz sieht Kooperation als eine Arbeitsform der sozialen Arbeit zwischen Personen und Institutionen. Voraussetzung ist Kommunikation und ein Wollen der Fachkräfte und Organisationen (Holz 1998). Die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen hat 1994 das Ziel von Kooperation klar auf die Verbesserung einer patientenorientierten Versorgung der Bevölkerung bezogen. „Dem gemeinsamen Ziel, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern sind alle anderen Interessen unterzuordnen“ (Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer 1994).

Vernetzung schließlich ist, „wenn Kooperation so stetig funktioniert, dass sie zur Gewohnheit oder zur Selbstverständlichkeit zu werden beginnt. [...] Vernetzung ist also ein auf Motivation und seelische Verankerung bezogener Begriff.“ (Bruder 1992). Anders ausgedrückt: Vernetzung ist auf Dauer angelegte Kooperation (Wendt 1999).

Ein wesentlicher Grund für die zunehmenden Vernetzungsnotwendigkeiten sind – neben den immer wieder betonten wirtschaftlichen Argumenten – die starke Dezentralisierung und Ausbreitung von immer spezifischeren Angeboten sozialer und gesundheitlicher Leistungen. Vor 20 Jahren und früher wurde im Gesundheitsbereich der Großteil medizinischer Leistungen noch von Hausärzten und Krankenhäusern erbracht. Stationäre Pflege wurde in Altenheimen und ambulante Pflege durch Gemeindefrankenschwestern und später auch durch Sozialstationen geleistet. Unter den damaligen Rahmenbedingungen war die soziale und gesundheitliche Versorgungsstruktur verglichen mit der heutigen noch relativ überschaubar. Vor allem im ambulanten und teilstationären Bereich sowie hinsichtlich der verschiedenen Formen betreuten Wohnens, aber auch bezogen auf den stationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungsbereich hat eine erhebliche Ausdifferenzierung der Angebote stattgefunden.

Auch in qualitativer Hinsicht hat sich die Versorgungslandschaft deutlich erweitert. So hat gerade in den letzten zwei Jahrzehnten die Etablierung und Akzeptanz der

Berufsgruppen Krankengymnastik, Ergotherapie (vormals Arbeits- und Beschäftigungstherapie), Logopädie und vieler anderer, teilweise hoch spezialisierter Verfahren, insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich, zugenommen, wengleich aus der Sicht vieler Experten immer noch nicht in ausreichendem Maße, um eine gleich verteilte quartiersnahe Versorgung sicherzustellen.

6.1.5.3 Strukturkennzeichen des CM

- Der CM-Prozess ist i. d. R. zeitlich begrenzt. Ein Zeitrahmen wird im Hilfeplan definiert.
- Die Kontinuität in der Fallintervention und -verantwortlichkeit ist gewährleistet. Sie liegt i. d. R. bei einer Person oder ggf. bei einem Team.
- Die Implementierung von CM geschieht auf methodischer, institutioneller und regionaler Ebene. CM auf der Systemebene setzt institutionelle und regionale, das lokale Versorgungsgefüge betreffende Möglichkeiten zur Veränderung voraus.
- CM benötigt einen Auftraggeber, demgegenüber Rechenschaft über die Tätigkeit abzulegen ist.
- CM umfasst die Leistungsbereiche Informationsweitergabe, Beratung, Anleitung sowie auf der Systemebene die Steuerung von Hilfeprozessen und die Anwendung von Konzepten und Methoden der Vernetzungsarbeit. Idealerweise sollte CM im vertraglich geregelten Netzwerk autorisiert sein, professionsübergreifende Handlungsinstrumente zu entwickeln und die Zuständigkeiten innerhalb des Netzwerkes zu regeln. Empfohlen wird eine trägerneutrale Stelle (Grundlage SGB XI, § 7.3, § 8.3 und § 12.2)¹³⁸ sowohl für die Pflege- und Wohnraumberatung als auch für das Projekt- und Sozialmanagement.

6.1.5.4 Qualitätsmerkmale des CM

- CM setzt eine komplexe Problemlage und eine hohe Akteursdichte voraus.
- CM wird auf der Basis eines Qualitätsmanagements durchgeführt.

¹³⁸ § 7 SGB XI: Aufklärung, Beratung; § 8 SGB XI: Gemeinsame Verantwortung; § 12 SGB XI: Aufgaben der Pflegekasse

- Der Arbeit des Case Managers liegt eine detaillierte Produkt- und Leistungsbeschreibung zugrunde (was tut der Case Manager?).
- Strukturstandards (welche Rahmenbedingungen liegen der Arbeit zugrunde?), Prozessstandards (wie soll gearbeitet werden?) und Ergebnisqualitätsstandards (was wurde erreicht? Effektivität und Effizienz) sind benannt.
- Die Arbeitsinstrumente sind weitgehend standardisiert (z. B. softwaregestütztes Assessment, Hilfeplanung, ...). Der CM-Prozess sollte weitestgehend unabhängig von der Person des Case Managers sein.
- Die Ergebnisse werden standardisiert, systematisch und regelhaft dokumentiert und evaluiert (nach Möglichkeit auch mit Blick auf die Effizienz).
- Qualitätssichernde Maßnahmen werden prozesshaft und regelhaft benannt und durchgeführt.

6.1.5.5 Kompetenzen des Case Managers

- CM wird von Personen mit entsprechender Fachkompetenz angewendet: Das erwartbare Kompetenzprofil eines Case Managers umfasst die Bereiche berufliches Selbstverständnis, Fach- und Systemkompetenz (inklusive interdisziplinäres Fachwissen im jeweiligen Handlungsfeld), Methoden- und Verfahrenskompetenz, soziale Kompetenz, Selbstkompetenz.
- Die Kompetenzen zur Gestaltung der Einzelfall- und der Systemebene liegen in einer Hand – bei dem Case Manager, seiner Einrichtung oder bei politischen Instanzen, auf die er direkt oder indirekt Einfluss nehmen kann.

6.1.6 Wohnraumberatung – erfolgreiches Modell in Frankfurt am Main

In Frankfurt am Main berät und unterstützt die Beratungsstelle „Wohnraumanpassung“ des Jugend- und Sozialamtes und das Amt für Wohnungswesen behinderte Menschen und Senioren bei der Versorgung mit geeignetem Wohnraum.¹³⁹ Es erfolgt eine Beratung bei Wohnraumanpassungsmaßnahmen sowie die Planung und Koordination von sonstigen Maßnahmen, Hilfe bei der Antragstellung für die Finanzierung, Information

¹³⁹ Stadt Frankfurt am Main: www.frankfurt.de unter dem Stichwort „Seniorenwohnanlagen mit Betreuung und Seniorenwohnungen“ und Stadt Frankfurt am Main: www.frankfurt-handicap.de/index.php?toc=interessant&ffm=4&test=&id=94 , Stand: 19.04.2005

zu Hilfsmitteln, insbesondere zur häuslichen Sicherheit, vor allem dann, wenn Mitglieder des Haushalts an Demenz erkrankt sind.¹⁴⁰ Des Weiteren bietet die VDK Beratungsstelle für technische Hilfen und Wohnraumanpassung in der Fachhochschule Frankfurt ihre Hilfe an zu kompletter Wohnumrüstung, zu Analyse und Planung, Hilfsmitteln, verfügbaren Produkten, Funktionsweisen und Ausstattung, Preisen, Bezugsquellen und Adressen, Zuschüssen und Kostenträgern.

Gemeinsam mit dem Fachbereich Pflege und Gesundheit unterhält die Beratungsstelle eine Dauerausstellung zum barrierefreien Wohnen. Dabei werden Beispiele für Wohnraumanpassungsmaßnahmen und viele Hilfsmittel zum Ausprobieren gezeigt.¹⁴¹

Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) betreibt ebenfalls eine Beratungsstelle für Hilfsmittel und Wohnraumanpassung. Das „Netzwerk Frankfurt für gemeinschaftliches Wohnen“ besteht seit 2002 und berät Bürgerinnen und Bürger sowie Institutionen zu innovativen Wohnformen. Folgende Themen werden derzeit erarbeitet:

- a) Koordination und Vernetzung der bestehenden Wohnberatungsmöglichkeiten
- b) Beratung von Bürgerinnen und Bürgern, die eine passende Wohnform für sich oder eine Gruppe suchen
- c) landes- und bundesweiter Austausch über Wohnen und Leben im Alter
- d) Koordination aufeinander bezogenen Handelns im Bereich des gemeinschaftlichen Wohnens
- e) Beratungsangebote/Praxisbegleitung für gemeinschaftliche Wohngruppen, Wohngemeinschaften und Nachbarschaftsnetze
- f) systematische Sichtung und Dokumentation von Bedarfen und Wünschen im Bereich Wohnen

¹⁴⁰ ebenda

¹⁴¹ ebenda

g) systematische Sichtung und Dokumentation nationaler und internationaler Wohnprojekte

Die Unterstützung des Vereins durch das Anlaufbüro Seniorengruppen des Caritasverbandes Frankfurt e. V. führt zu einer gewissen Stabilisierung, allerdings ist die Finanzierung der Aktivitäten des Netzwerkes nach wie vor unsicher.

Seit 01.01.2005 gehört die Geriatrische Klinik im Hufeland-Haus mit 50 stationären Betten sowie 6 Tagesklinikplätzen zur St. Katharinen-Krankenhaus GmbH. Vorher war sie Teil eines Diakonischen Zentrums für Geriatrie und Altenhilfe im Hufeland-Haus. Zu den vielfältigen Angeboten des Zentrums im Hufeland-Haus zählen ein Altenpflegeheim, Betreutes Wohnen, Tagespflege, Kurzzeitpflege, ambulante Pflege und Therapie, Fahrdienst, Essen auf Rädern und vieles mehr. Die Klinik für Geriatrie ermöglicht vernetzt mit den anderen Hilfeinrichtungen des Hufeland-Hauses sowohl den abgestuften Übergang zurück in die häusliche Umgebung, gegebenenfalls mit Tagespflege, als auch die Aufnahme im Altenpflegeheim.

Bis zum Übergang ins St. Katharinen-Krankenhaus war die Klinik für Geriatrie im Hufeland-Haus eine Modelleinrichtung. Das Modellvorhaben wurde bis 2003 von einem Projektbeirat beraten sowie durch Herrn Dr. Ostermann von der Universität Kassel wissenschaftlich begleitet.

Im Jahr 2001 wurde zwischen dem Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main und dem damaligen Träger der Klinik für Geriatrie im Hufeland-Haus, dem Evangelischen Verein für Innere Mission eine Vereinbarung nach § 93 Absatz 2 BSHG (jetzt § 75 Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB XII) zur ambulanten Erstversorgung nach stationärer geriatrischer Behandlung (Wohnraumanpassung) abgeschlossen. Das Angebot umfasst gemäß der Vereinbarung 3 Leistungspakete:

Leistungspaket 1

Zeitbedarf bis ca. 2 Team-Stunden. In der Regel erfolgt kein Hausbesuch.

- Ermittlung und ggf. Sicherstellung des individuellen ambulanten Hilfebedarfs der Grundpflege, des hauswirtschaftlichen Bedarfs sowie der „Sonstigen Hilfen“

- Beratung des Patienten, dessen Angehörige oder ggf. des gesetzlichen Betreuers hinsichtlich der möglichen ambulanten Hilfen
- Abklärung der häuslichen Wohnverhältnisse
- Antragstellung und Kostenübernahme z. B. bei den Pflegekassen, Beihilfestellen und dem Jugend- und Sozialamt

Leistungspauschale: € 184,07

Leistungspaket 2

Zeitbedarf bis ca. 8 Team-Stunden. In der Regel erfolgt ein Hausbesuch.

- Durchführung einer IST-Analyse in der häuslichen Umgebung des Patienten
- Ermittlung und ggf. Sicherstellung des individuellen ambulanten Hilfebedarfs der Grundpflege, des hauswirtschaftlichen Bedarfs sowie der „Sonstigen Hilfen“
- Beratung des Patienten, dessen Angehörige oder ggf. des gesetzlichen Betreuers hinsichtlich der möglichen ambulanten Hilfen, Vermittlung in Tagespflegeeinrichtungen
- Installierung von Hilfen und Hilfsmitteln wie Gehhilfen, Rollstuhl, Behindertenbestecke und Geschirr, Behindertentelefon, Hausnotruf u. a.
- Vorbereitung und Organisation von kleineren Wohnraumanpassungsmaßnahmen, wie Anbringen von Haltegriffen, Toilettensitzerhöhungen, Beschaffung eines Pflegebettes oder Veränderung des vorhandenen Bettes
- Kostenklärung und Antragstellungen z. B. bei den Pflegekassen, Beihilfestellen und dem Jugend- und Sozialamt

Leistungspauschale: € 383,47

Leistungspaket 3

Zeitbedarf bis ca. 15 Team-Stunden. In der Regel erfolgen mehrere Hausbesuche.

- Durchführung einer IST-Analyse in der häuslichen Umgebung des Patienten
- Ermittlung und ggf. Sicherstellung des individuellen ambulanten Hilfebedarfs der Grundpflege, des hauswirtschaftlichen Bedarfs sowie der „Sonstigen Hilfen“

- Beratung des Patienten, dessen Angehörige oder ggf. des gesetzlichen Betreuers hinsichtlich der möglichen ambulanten Hilfen, Vermittlung in Tagespflegeeinrichtungen
- Installierung von Hilfen und Hilfsmitteln wie Gehhilfen, Rollstuhl, Behindertenbestecke und Geschirr, Behindertentelefon, Hausnotruf u. a.
- Vorbereitung und Organisation von umfangreichen Wohnraumanpassungsmaßnahmen (z. B. bauliche Veränderungen)
- Kostenklärung und Antragstellungen z. B. bei den Pflegekassen, Beihilfestellen und dem Jugend- und Sozialamt

Leistungspauschale. € 503,62

Die Leistungen gelten als vollbracht, wenn die Hilfsmittel installiert und die personenbezogenen Hilfen (Ambulanter Pflegedienst u. a.) organisiert sind.

Die oben beschriebenen Leistungsangebote sind für die betroffenen älteren Menschen wichtige Bausteine für das Gelingen des Übergangs von der geriatrischen Krankenhausbehandlung in die häusliche Umgebung, die aus unserer Sicht weiterentwickelt werden müssen und auch in den anderen Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen notwendig sind.

Ferner ist das Jugend- und Sozialamt, Fachreferat Grundsatz, Fachteam Jugendhilfe- und Sozialplanung (51.F11), Ansprechpartner für Zielgruppen/Initiativen/Träger/Investoren, die sich um die Entwicklung, Begleitung und den Aufbau von alternativen/innovativen Wohnideen, -formen und -projekten sowie um generationsübergreifende Projekte bemühen sowie bei sozialraumbezogenen und gesamtstädtischen Infrastrukturfragen zu Senioren und Menschen mit Behinderungen sowie Bauleitplanung und Investorenberatung. Die Projektbegleitung und -beratung für alternative unterstützende Wohnformen bei Risikogruppen von älteren Menschen liegt ebenfalls im Fachreferat Grundsatz, Fachteam Älterwerden, Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, existenzsichernde Leistungen (51.F12).

Das Rathaus für Senioren (51.D2, Besonderer Dienst des Jugend- und Sozialamtes) ist Ansprechpartner für Träger, interessierte und betroffene Bürger zu vertragsrechtlichen Aspekten und Angeboten des Betreuungsdienstes in Altenwohnanlagen als auch für die Wohnraumanpassung.

Wie wichtig das Thema „Wohnen“ ist, wird auch aus der repräsentativen Befragung¹⁴² älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main vom November 2003 zum Thema „Wohnperspektiven“ deutlich. Folgende Erkenntnisse sollen hier kurz skizziert werden¹⁴³.

Auf die Frage „Möchten Sie bei einem Umzug in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen?“ antworteten 53,8 % der 66 bis 70jährigen, die an einen Umzug denken, mit „trifft zu“ und 46,2 % dieser Altersgruppe mit „trifft nicht zu“. Die gleiche Frage beantworteten 60 % der 81jährigen und Älteren, die an einen Umzug denken, mit „trifft zu“, dagegen 40 % dieser Altersgruppe mit „trifft nicht zu“.¹⁴⁴ Hieraus ist zu entnehmen, dass die Mehrzahl der älteren Menschen in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen will und dieser Wunsch mit zunehmendem Alter steigt.

Eine weitere Frage lautete: „Wie wichtig ist Ihnen bei der Wahl einer neuen Wohnung, dass diese im Hinblick auf die Ausstattung und die Zugänglichkeit für ältere Menschen geeignet ist? Wäre das ein besonders wichtiger Gesichtspunkt, nur einer von mehreren Gesichtspunkten oder ist Ihnen das egal?“ Diese beantworteten 61,5 % der 66 bis 70jährigen, die an einen Umzug denken, mit „wäre ein besonders wichtiger Gesichtspunkt“ und 30,8 % mit „wäre nur einer von mehreren Gesichtspunkten“. Die gleiche Frage beantworteten 100 % der 81jährigen und

¹⁴² Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003

¹⁴³ siehe auch Ergebnisse der Erhebung „Grüner Faden“ der Aktionswoche 2004

¹⁴⁴ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003; Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Gemäß der Antworten zu Frage W.15 denken 135 von 1.011 Befragten an einen Umzug. Aussagen nach Altersgruppen sind nur für 132 der 135 Antwortenden möglich, demnach ist $N = 132 = 100\%$; vgl. Auswertungsergebnisse zu Frage W.17 i. V. m. Grafik 9, siehe Anhang Nr. 10.2

Älteren, die an einen Umzug denken, mit „besonders wichtig“.¹⁴⁵ Daran ist zu erkennen, dass bei zunehmendem Alter die Ausstattung und Zugänglichkeit der Wohnung einen besonders wichtigen Aspekt darstellt.

Eine andere Frage lautete: „In den letzten Jahren haben sich in Frankfurt eine Reihe von Gruppen und Initiativen gebildet, die gemeinschaftliche Wohnformen für ältere Menschen entwickeln, also z. B. Hausgemeinschaften, in denen jede Partei eine kleine Wohnung hat, in denen es aber auch gemeinschaftliche Einrichtungen gibt. Käme eine solche gemeinschaftliche Wohnform für Sie persönlich in Frage?“ Diese Frage beantworteten 33,6 % der 66 bis 70jährigen mit „nein, das kommt für mich nicht in Frage“, 55,7 % dieser Altersgruppe mit „kommt unter Umständen in Frage, hängt von den Bedingungen ab“ und 10,7 % mit „Ja, das kommt für mich auf jeden Fall in Frage“. Die gleiche Frage beantworteten 61,3 % der 81jährigen und Älteren mit „nein“, 28,8 % dieser Altersgruppe mit „unter Umständen“ und 10,0 % der genannten Personengruppe mit „ja“.¹⁴⁶ Aus dieser Befragung wird ersichtlich, dass mit zunehmendem Alter eine gemeinschaftliche Wohnform eher abgelehnt wird.

Die Datenlage zum Thema „Wohnumfeld“ lässt folgende Schlussfolgerungen zu: Bei fast 70 % der Befragten wurde deutlich, dass bei der Beantwortung der Frage „Auf der Straße oder in den Geschäften in der Umgebung meiner Wohnung treffe ich Leute, die ich kenne und mit denen ich ein paar Worte wechseln kann“, persönliche Kontakte in deren Wohnumfeld außerordentlich wichtig sind.¹⁴⁷ Hieraus kann abgeleitet werden, dass sich die Wohnumgebung für rd. 2/3 der Befragten informelle und soziale Kontakte bedeutet.

¹⁴⁵ ebenda,
Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Gemäß der Antworten zu Frage W.15 denken 135 von 1.011 Befragten an einen Umzug. Aussagen nach Altersgruppen sind nur für 132 der 135 Antwortenden möglich, demnach ist N = 132 = 100%; vgl. Auswertungsergebnisse zu Frage W.18 i. V. m. Grafik 10, siehe Anhang Nr. 10.2

¹⁴⁶ ebenda,
Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Frage W.19 haben alle 1.011 Befragten beantwortet. Aussagen nach Altersgruppen sind nur für 991 der 1.011 Antwortenden möglich, demnach ist N = 991 = 100%; vgl. Auswertungsergebnisse zu Frage W.19 i. V. m. Grafik 11, siehe Anhang Nr. 10.2

¹⁴⁷ ebenda,
Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Frage W.21 haben alle 1.011 Befragten beantwortet. Mehrfachnennungen waren möglich.
Zu jeder Antwortkategorie beträgt N = 1.011 = 100%; vgl. Auswertungsergebnisse zu Frage W.21, siehe Anhang Nr. 10.2

Allerdings führen nur 43 % der Befragten an, dass nette Gaststätten oder Cafés in der Nähe ihrer Wohnung vorhanden sind.

Zum Bereich „Medizinische Versorgung“ gaben 70,5 % der Befragten an, dass der Hausarzt gut zu erreichen sei. Dies führt zu dem Ergebnis, dass auch die ärztliche Versorgung älterer und älter werdender Menschen in ihrem Wohnumfeld einen wichtigen Aspekt darstellt und bei der Wohnungssuche nicht unberücksichtigt bleiben wird.

6.1.7 Psychosoziale Unterstützung im Alter

6.1.7.1 Einführung und Begriff

Der Begriff „psychosozial“ kann umschrieben werden mit „auf das Erleben und Verhalten einer Person bezogen, insoweit es ihre Interaktion mit anderen Personen oder Personengruppen betrifft“.¹⁴⁸ Es handelt sich hierbei um präventiv ausgerichtete Altenarbeit.¹⁴⁹ Prävention in der Altenarbeit bedeutet so viel wie Verhinderung von Vereinsamung, Isolation, psychischen Erkrankungen und, wenn möglich, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Organisierte, professionelle Beratungs- und Gesprächsangebote¹⁵⁰ tragen hier zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität auch im hohen Alter bei.¹⁵¹ Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass die professionelle Hilfe bürgernah und gemeindebezogen aufgebaut wird. „Sie muss die vorhandenen alltäglichen Hilfssysteme unterstützen und sich nicht an ihre Stelle setzen. Netzwerkförderung ist für den gesamten Gesundheitsbereich eine vordringliche Zielsetzung.“¹⁵²

Für die Akzeptanz von Hilfeangeboten sind in hohem Maße soziale Interaktionen, die Selbsteinschätzung sowie der Informationsstand der Betroffenen von Bedeutung.¹⁵³

¹⁴⁸ www.111er.de/lexikon/begriffe/psychosoz2.htm

¹⁴⁹ www.forum-seniorenarbeit.de/content/lang1/int_373.84.1_0.html

¹⁵⁰ U. Frenzel-Altmann: Aspekte psychosozialer Beratung alter Menschen: Geringe Hilfeakzeptanz – ein Kommunikationsproblem? In: Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V., empirica (Hrsg.): Neue Wege in der Betreuung älterer und behinderter Menschen – Chancen für eine qualitative Verbesserung der Versorgung in der häuslichen Umgebung. 1995. Empirica: Bonn, Frankfurt am Main; S. 101

¹⁵¹ ebenda; S. 99

¹⁵² Dorsch: Psychologisches Wörterbuch – 14. vollständig überarbeitete Auflage. 2004. Hans-Huber-Verlag: Bern

¹⁵³ ebenda; S. 100 - 101

Der Beratungsbedarf erhöht sich mit den demographischen und strukturellen Veränderungen des Alterns. Mittlerweile bestehen viele Angebote für älter werdende und ältere Menschen, was einerseits natürlich als sehr positiv zu bewerten ist, andererseits kann aber gerade diese Vielfalt zu Unübersichtlichkeit führen. Unkenntnis über Finanzierungsstrukturen von Hilfeleistungen und die fehlende Inanspruchnahme sind bei alten Leuten oftmals die Regel.¹⁵⁴ Insofern sind hier im Rahmen der sozialen Daseinsfürsorge Informationen sowie zugehende Beratungs- und Unterstützungsleistungen sicherzustellen.

Es gilt, und das kann insbesondere die psychosoziale Beratung leisten, Ressourcen alter Menschen zu erschließen und gezielt zu fördern.¹⁵⁵

Psychosoziale Betreuung umfasst u. a. die Förderung und Unterstützung von

- kultureller und gesellschaftlicher Teilhabe
- Besuchsdiensten
- Sterbebegleitung
- Aktivität
- Mobilisierung, Erhalt und Förderung von Kompetenzen
- Vermittlung von Psycho- und Physiotherapeuten¹⁵⁶

Sie umfasst aber auch die Betreuung und Beratung von Betroffenen und pflegenden Angehörigen. Außenstehende, neutrale Gesprächspartner bieten pflegenden Angehörigen psychosoziale Unterstützung, neben der Pflege auch die eigene, veränderte Lebenssituation in Augenschein zu nehmen; z. B. im Hinblick auf Zukunftsperspektiven, Erhalt der eigenen Gesundheit, Chancen für Interessen und soziale Kontakte und die emotionale Bewältigung der Veränderungen. Durch die Beratung des Hilfesuchenden soll der Erhalt der Pflegefähigkeit auf lange Sicht gewährleistet bzw. gefördert werden.¹⁵⁷

¹⁵⁴ www.forum-seniorenarbeit.de/content/lang1/int_373.84.1_0.html

¹⁵⁵ www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/13067.html

¹⁵⁶ www.caritas-graz.at/home.php

¹⁵⁷ www.forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_531_1.pdf

Es gilt, durch psychosoziale Unterstützung Betroffener psychisch bedingte Erkrankungen zu vermeiden.¹⁵⁸

Dies fordert vom Personal eine tiefenpsychologische sowie verhaltenspsychologische Orientierung¹⁵⁹ und die Aneignung von Grundlagen und Wissen über Rehabilitation, Förderungs- und Behandlungsmöglichkeiten älterer Menschen.¹⁶⁰

6.1.7.2 Alltagstraining in der Altenarbeit

Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung nimmt stetig zu. Angesichts dieser Entwicklung wird verstärkt die Forderung nach einer Unterstützung eines „aktiven Alterns“ erhoben. Die WHO versteht darunter „das Optimieren der Möglichkeiten für Gesundheit, (soziale) Teilnahme und (ökonomische) Sicherheit mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität alternder Menschen“.

Mit zunehmendem Lebensalter können Altersprozesse in körperlichen oder in psychischen Funktionen dazu führen, dass alltägliche Anforderungen schwieriger zu bewältigen sind. Darüber hinaus können verstärkt neue Anforderungssituationen auftreten (z. B. Tod des Ehepartners). Nachlassende Gedächtnisleistungen gehören vielfach im Alter zu den Bereichen, die auf die alltägliche Lebensbewältigung große Auswirkungen haben. Man denke z. B. nur an die Organisation der Haushaltsführung, die Bedienung technischer Geräte oder die Koordination und Einhaltung von Terminen.

Bekanntlich ist das Sichbewegen ein Wesensmerkmal des Menschen. Gerade für den älteren Menschen ist körperliche Aktivität bzw. gezielte körperliche Aktivierung überaus wichtig. Sie trägt zur Erhaltung der Selbstständigkeit in den alltäglich notwendigen Handlungen bei und ist somit ein wichtiger Beitrag zur Lebensqualität im Alter.

¹⁵⁸ ebenda

¹⁵⁹ www.dpa-bdp.de/veranstaltung,HE2005-KPP-10B,15718.html

¹⁶⁰ www.sozialnet.de/rezensionen/2005.php

In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass durch ein gezieltes kognitives und psychomotorisches Training langfristig wesentliche Parameter der körperlichen und psychischen Gesundheit und Kognition sowie zumindest kurzfristig auch die Psychomotorik aktiviert und gefördert werden, die als zentrale Ressourcen für die Selbstständigkeit im Alter einzustufen sind. Dabei ist aufgefallen, dass die Möglichkeiten, physiologische und pathologische kognitive Altersprozesse zu kompensieren, eng verbunden sind mit der individuellen kognitiven Aktivität über den gesamten Lebenslauf. Allgemeine Kompetenzen und Ressourcen, die während des gesamten Lebens die Bewältigung von Schwierigkeiten und Anforderungen erleichtern, fördern auch im Alter das Wohlbefinden und die Möglichkeit, sich seine Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten.

Das Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg entwickelte im Rahmen der 1991 begonnenen Studie SIMA (Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter) ein spezielles Training:

- Das Gedächtnistraining trainiert, unter Berücksichtigung alterstypischer Gedächtnisveränderungen, insbesondere dynamische Grundfunktionen des Gedächtnisses und vermittelt Wissen über Gedächtnisfunktionen sowie Strategien zur Kompensation altersbedingter Funktionseinbußen.
- Das Kompetenztraining trainiert direkt zugängliche personale Ressourcen, vermittelt Wissen und Strategien zur Kompensation von Altersveränderungen und löst eine Neubewertung eigener Handlungsmöglichkeiten aus. Ziel des Programms ist es, aus der Behandlung ausgewählter Alltagsinhalte beispielhafte und auf ähnliche Alltagsprobleme übertragbare Bewältigungsfertigkeiten zu lernen und Einstellungsänderungen zu bewirken.
- Das Psychomotoriktraining versucht, die Teilnehmer ganzheitlich zu aktivieren und die Bewegungskoordination durch motorische Lernprogramme zu fördern.

In der Studie konnte die große Bedeutung von Interventionsmaßnahmen nachgewiesen werden. Defizitäre Entwicklungen, vor allem in den Bereichen Gedächtnis, Gesundheit und Psychopathologie – und somit ein zunehmender Verlust

der Selbstständigkeit – können durch Trainings vermieden oder zumindest verzögert werden.

6.1.7.3 Ein Exkurs zum Sofortprogramm Ambulante Altenpflege

6.1.7.3.1 Hintergründe

In der Fachöffentlichkeit und in den zuständigen Politikbereichen herrscht zunehmend Übereinstimmung, dass es sich bei den als „Pflegetnotstand“ bezeichneten Problemen in der Altenarbeit zum großen Teil um einen „Pflegepersonalnotstand“ handelt.

Die Lebenslage älterer Menschen mit allgemeinem und besonderem Betreuungsbedarf wurde als dringend veränderungsbedürftig erachtet, da der psychosoziale Unterstützungsbedarf der Betroffenen durch die Ausrichtung des SGB XI und durch die Zeitnot des Pflegepersonals oftmals vernachlässigt wird. Dies führte zu der Beschlusslage eines altenpolitischen Maßnahmebündels (2002):

- Frankfurter Informations- und Imagekampagne zur Werbung von Nachwuchskräften
- Sofortprogramm ambulante und stationäre Altenpflege

Das Ziel der Projekte ist, den Ausbau und die Weiterentwicklung niedrigschwelliger, qualitätsorientierter psychosozialer Betreuungsangebote für älter werdende Menschen zu fördern. Dazu gehören stadtteilorientierte Angebote (zugehende Beratung, Besuchsdienste), um einen direkten Zugang zu den Betroffenen, die häufig allein stehend sind und zurückgezogen leben, zu erleichtern. Des Weiteren soll hierbei mit geeigneten und qualifizierten personen- und bedürfnisorientierten Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenslage der Betroffenen zeitnah beigetragen werden.

Ziel der Kommunalpolitik war es, bei der Entwicklung und Umsetzung des Förderprogramms die Protagonisten der Altenhilfe und die Vertreter der Pflegekassen von Beginn an einzubeziehen und zu beteiligen. In einer dafür vorgesehenen Arbeitsgruppe wurde eine Förderrichtlinie entwickelt und abgestimmt.

6.1.7.3.2 Berücksichtigung der Förderrichtlinie Sofortprogramm für ambulante Altenpflege

Mit der Förderrichtlinie zur Umsetzung des Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung (§ 7384 aus der 39. Sitzung vom 14.12.2000) stellte die Stadt Frankfurt am Main ein Sofortprogramm für stationäre und ambulante Altenpflege (hier: Ambulante Altenpflege) mit einer Mittelausstattung in Höhe von ehemals 2.000.000 DM bereit, um Maßnahmen durchzuführen, die zur Verbesserung im Bereich der psychosozialen Betreuung in der ambulanten Pflege beitragen bzw. beitragen. Es bestand die Absicht, mit dem Einsatz von städtischen Mitteln für zeitlich befristete Projekte rasche Verbesserungen im Bereich der psychosozialen Betreuung zu erzielen. Förderungswürdig waren bzw. sind ausschließlich Erprobungsprojekte und pflegeergänzende Leistungen, die zur Verbesserung der Hilfe- und Versorgungssituation beitragen. Dadurch soll unter anderem verdeutlicht werden, dass regelhafte Verbesserungen auf Dauer erforderlich sind.

Die Projekte bzw. pflegeergänzenden Maßnahmen sollen stärker den zusätzlichen Hilfe- und Betreuungsbedarf der oben bereits im Leistungsvertrag beschriebenen Personengruppen im ambulanten Bereich berücksichtigen. Aktivierende und qualitätsgesicherte psychosoziale Angebote sollen zur Verbesserung der Betreuung der Personengruppen beitragen. Ziel der pflegeergänzenden Projekte ist insbesondere die Förderung niedrigschwelliger Angebote (zugehende Beratung, Besuchsdienste), um einen direkten Zugang zu den Betroffenen, die häufig allein stehend sind und zurückgezogen leben, zu erleichtern. Verstärkte Beratungsangebote in der häuslichen Umgebung sollen hierdurch ermöglicht werden. Durch die geförderten Projekte sollen auch pflegende Angehörige entlastet werden.

6.1.7.3.3 Projekte des Sofortprogramms Ambulante Altenpflege

Alle Projektschwerpunkte konzentrieren sich grundsätzlich auf die Ziel- bzw. Risikogruppe von älteren Menschen, die infolge ihrer Lebenslage einen besonderen psychosozialen Betreuungsbedarf haben. Neben der unmittelbaren Verbesserung der psychosozialen Betreuung soll durch die Projekte verdeutlicht werden, dass regelhafte Verbesserungen auf Dauer notwendig sind.

Mit dem Sofortprogramm Ambulante Altenpflege werden vierzehn Projekte gefördert. Bei diesen Projekten konzentrieren sich vier Projekte insbesondere auf die Zielgruppe der demenziell erkrankten Menschen. In allen vier Projekten werden qualifizierte personenorientierte psychosoziale Betreuungsangebote, wie zum Beispiel individuelle Einzelbetreuung, Gruppen- und Freizeitangebote sowie Entlastungsangebote für Angehörige angeboten.

Fünf weitere Projekte konzentrieren sich auf die Zielgruppe sozial Isolierter (Vereinsamter) und älter werdender behinderter Menschen. Drei Projekte bieten zusätzlich einen spezifischen bzw. akzentuierten Zielgruppen- oder Maßnahmenswerpunkt an:

- die psychosoziale Betreuung traumatisierter älterer jüdischer Bürger
- die psychosoziale Beratung und Betreuung von Menschen mit chronischen Wunderkrankungen
- ein Besuchsdienst (Homeworker) für ältere an Aids erkrankte Menschen

Von den 14 Projekten arbeiten drei verstärkt mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Insgesamt werden 195 Personen regelmäßig über die unterschiedlichen Projekte betreut. Dabei ist der Anteil der Frauen mit 70,8 % stark vertreten, der Anteil der Männer beträgt demgegenüber 29,2 %. Nach einer ersten Analyse der Datenlage (d. h. die Erfassung der chronischen Erkrankungen nach Alter¹⁶¹) ist anzunehmen, dass im Sofortprogramm so genannte „chronisch“ Kranke betreut werden, deren Erkrankung unabhängig von ihrem Alter erworben wurde. Nur ein ganz geringer Anteil der Betroffenen hat einen regelmäßigen Kontakt. Dabei haben 20,2 % der betreuten Personen lediglich einen Kontakt in der Woche oder im Monat und nur 14,3 % einen täglichen Kontakt.

Alle Projekte werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Alle Projektanbieter erhalten beim regelmäßigen Arbeitstreffen (alle vier Wochen) fachliche Begleitung und haben die Gelegenheit zur vertieften Praxis- und Projektreflexion. Darüber hinaus werden alle Projektergebnisse durch eine umfassende Erhebung evaluiert.

¹⁶¹ Recht gleichmäßige Verteilung der chronischen Erkrankungen auf die einzelnen Altersklassen

Der Start des Sofortprogramms wurde von Beginn an durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Die nachfolgend ausgewählten Projekte dienen der Verdeutlichung zugehender Beratungsformen, insbesondere für Zielgruppen, die durch psychosoziale und seelische Beeinträchtigungen gehandicapt sind. Auf die Skizzierung aller Projektleistungen musste leider verzichtet werden, um den Rahmen des Exposé nicht zu sprengen.

6.1.7.3.3.1 Projekt „Psychosoziale Hilfen für ältere Menschen mit Behinderungen“ des Vereins "Auf der Insel e.V."
Kurzer Projektbericht für das Jahr 2004

Im Jahr 2004 wurden ca. 42 Klienten über einen längeren Zeitraum durch das oben genannte Projekt versorgt. Dabei gab es einige, vorübergehend sehr zeitintensive, Begleitungen. Dazu gehörten:

- Klienten mit Umzugswünschen
- Klienten, die vom Heim oder ihren Wohnungen in Altenwohnanlagen wechselten
- Klienten mit sehr starker Vergesslichkeit, die in ein Heim umzogen

Bei den Umzügen in Altenwohnanlagen wurden gemeinsam verschiedene Anlagen und Wohnungen besichtigt, Preise und sonstige Möglichkeiten verglichen (z. B. Verkehrsanbindungen, Einkaufsmöglichkeiten, Veranstaltungen etc.). Des Weiteren standen Überlegungen an, welche Gegenstände bzw. Möbel in die neue Wohnung mitgenommen werden sollen. Gleichzeitig wurde bei der Unterzeichnung des Mietvertrages begleitet, es wurden Umzugshilfen organisiert und ggf. neue Sachen für die Wohnung eingekauft.

Bei dem Umzug in ein Heim war neben dem Aussuchen eines adäquaten Heims und der Unterstützung des Umzugs vor allem die Zusammenarbeit mit dem Heim wichtig. Hierbei ging es insbesondere um die Weitergabe von Informationen bezüglich der Klienten (z. B. Vorlieben, Fähigkeiten, Besonderheiten), die das Eingewöhnen für beide Seiten erleichterte.

Es gab noch weitere Gründe, warum einzelne Klienten sehr zeitintensiv begleitet und unterstützt wurden. Dazu gehörten:

- Krisen durch massiven Alkoholmissbrauch
- die Verstärkung wahnhaften Verhaltens
- Suizidversuche

Hierbei war es notwendig, die betroffenen Klienten mehrmals in der Woche aufzusuchen und entsprechende Hilfen anzubieten.

Bei verschiedenen Krankenhauseinweisungen ging es darum, ältere Menschen ohne Angehörige zu unterstützen. Dabei galt es z. B. zu klären, ob der Patient vor der Einweisung gefähig und im Nachhinein eine Krankengymnastik erforderlich war. Daneben waren Einkäufe und das Wechseln der verschmutzten Wäsche hilfreich.

Als problematisch erwies sich die Vernetzung verschiedener Dienste und der Betreuer. Die Aufgaben und Ziele waren häufig nicht klar festgelegt, sodass sich untereinander Meinungsverschiedenheiten ergaben.

Zusammenfassend konnte im Rahmen der Durchführung des Projekts festgestellt werden, dass dieses neben der vorübergehenden Intensivbetreuung als eine Art „Türöffner“ fungierte. Auf der einen Seite gibt es viele ältere Menschen, die kaum jemanden an sich „heranlassen“. Demgegenüber hat sich erwiesen, dass es auch Menschen gibt, die Monate nach der ersten Ablehnung des Hilfsangebotes doch die dringend benötigte Unterstützung annehmen.

6.1.7.3.3.2 Projekt „KONTAKT – Freie Alten- und Krankenpflege e. V.“

Das Projekt des Vereins KONTAKT e.V. bietet älteren, kranken und behinderten Einwohnerinnen und Einwohnern Frankfurts qualifizierte häusliche Versorgung an.¹⁶² Es richtet sich demzufolge in erster Linie an ältere Menschen mit erworbenen oder schon im frühen Erwachsenenalter eingetretenen körperlichen, psychischen oder

¹⁶² www.aelterwerden-in-frankfurt.de/sofortprogramm/SP_Zwischenbericht.pdf ,Seite 16,
<http://www.ffm-senior.de/Sofortprogramm?>

geistigen Beeinträchtigungen, deren Auswirkungen zu sozialer Isolation, fehlender Krankheitseinsicht, dissozialen Verhaltensweisen, Suchtmittelmissbrauch, Vermüllung, Wohnungslosigkeit etc. führen können.¹⁶³ Um dem entgegenzuwirken, führt das Projekt „Kontakt“ verschiedene Maßnahmen durch. Dazu gehören vor allem zugehende Beratungsformen, aber auch konkrete Hilfen, wie z. B. das Einwirken bei Verwahrlosung und Vermüllung, Unterstützung bei Konflikten mit Nachbarn und Vermietern, um ein Verbleiben in der Wohnung zu sichern, Begleitung bei Arztbesuchen, Behördengängen und Einkäufen etc.¹⁶⁴

6.1.7.3.3 Projekt

„Diakoniestationen gGmbH – Alzheimer Gesellschaft Frankfurt e.V.“

Das Projekt „Diakoniestationen“ unterstützt an Demenz erkrankte und psychisch kranke Menschen sowie ihre pflegenden Angehörigen.¹⁶⁵ Durch das Projekt können demenziell erkrankte und Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen gezielt betreut und gefördert sowie deren Angehörige unterstützt und entlastet werden. Die Betreuungsmaßnahmen finden in der Wohnung der Klienten statt.¹⁶⁶

Die Alzheimer Gesellschaft bietet dazu begleitend ein Angehörigenseminar an. Dieses soll dazu beitragen, die Versorgung der Patienten zu verbessern, es soll zu einer Förderung des Krankheitsverständnisses und zu psychischer Entlastung bei den Angehörigen führen sowie die Hilfe zur Selbsthilfe unterstützen. Das Projekt „Diakoniestationen“ bietet folgende Maßnahmen an:

- Entlastung pflegender Angehöriger (Abend- oder Nachtbetreuer durch Laienhelfer)
- Förderung des Krankheitsverständnisses durch Beratung und Schulung für Angehörige, Nachbarn oder Betreuer sowie durch Öffentlichkeitsarbeit
- Angebote zur Freizeitbeschäftigung wie Malen, Musik machen und hören, Spielen, gemeinsames Essen, Ausflüge.

¹⁶³ www.aelterwerden-in-frankfurt.de, a. a. O.

¹⁶⁴ www.aelterwerden-in-frankfurt.de, a. a. O.

¹⁶⁵ www.aelterwerden-in-frankfurt.de, a. a. O., S. 21

¹⁶⁶ www.aelterwerden-in-frankfurt.de

6.1.7.3.3.4 Projekt „KOMM – Ambulante Dienste e. V.“

Zielsetzung des Projektes des Vereins KOMM e. V. ist die Ermöglichung einer weitgehend eigenständigen Lebensführung, die den Bedingungen der Normalisierung, Selbstbestimmung und Integration folgt.¹⁶⁷ Dazu gehören die Unterstützung eines eigenständigen Wohnens (im selbstgewählten Wohnumfeld) sowie die Erhaltung und Verbesserung einer subjektiv befriedigenden Lebensqualität. Ziel der Arbeit ist es auch, gegen Stigmatisierung, Vereinzelung und Isolation gerade bei psychisch auffälligen älteren Menschen zu wirken. Grundsatz ist der behutsame Umgang bei der Umsetzung des Unterstützungsangebotes und die Herstellung und Transparenz bezüglich möglicher Hilfen für ältere Menschen.

Das Projekt richtet sich insbesondere an ältere Menschen mit psychischen Behinderungen, Suchtproblemen, psychischen Auffälligkeiten, akuten Krisensituationen, Mehrfach- sowie Körper- und Sinnesbehinderungen.

Zu den Maßnahmen des Projektes zählen sowohl psychosoziale als auch sozialpädagogische Hilfen. Das Angebot der psychosozialen Hilfen bezieht sich auf die Stabilisierung und Förderung persönlicher Kompetenzen sowie die Bewältigung von Krisensituationen (zum Beispiel den Umgang mit dem Tod des Lebenspartners, den Umgang mit schwer wiegenden Erkrankungen und deren Einschränkungen usw.).

Beispiele für psychosoziale Hilfen sind: die Beratung in Krisensituationen, die Förderung des Gegenwartsbezuges, die Förderung und Wahrung der Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, die Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, die Förderung und Stabilisierung individueller Kompetenzen und somit auch des Selbstwertgefühls, Angehörigenberatung usw. Das Angebot der sozialpädagogischen Hilfen bezieht sich auf die Lösung von Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung und der Lebensgestaltung der älteren psychisch behinderten Menschen.

¹⁶⁷ www.aelterwerden-in-frankfurt.de/sofortprorammm/SP_Zwischenbericht.pdf ; Seite 22

6.1.8 Perspektivische Überlegungen und Ansätze zur Verstärkung von präventiver und psychosozialer Unterstützung für ältere Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf

Die Erkenntnisse aus der Auswertung der Projektarbeit „Sofortprogramm Altenpflege“ zeigen, dass ältere Menschen mit gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen bzw. drohenden oder bestehenden Behinderungen einen besonderen Betreuungsbedarf haben. Ziel ist demzufolge, eine an der Lebenslage der Betroffenen individuell orientierte Hilfestellung sowie eine Entlastung der Angehörigen zu erreichen. Hierbei bedarf es insbesondere der zugehenden Beratung und vertrauensbildender Maßnahmen, um Betroffene an das Hilfesystem heranzuführen. Dieser Aufgabe wird besondere Bedeutung beigemessen.

Bei dem zu betreuenden Personenkreis handelt es sich um Personen, die aufgrund demenzieller Erkrankungen, Behinderungen oder seelischer Beeinträchtigungen, sozialer Isolation, dissozialer Verhaltensweisen oder ehemaliger Wohnungslosigkeit einen erhöhten psychosozialen Betreuungsbedarf haben.

Um den genannten Risikogruppen helfen zu können, nimmt das Jugend- und Sozialamt Kontakt zu den Betroffenen und zu den Leistungsträgern des Sofortprogramms auf und stellt bei begründetem Bedarf eine festgelegte Anzahl von Stunden zur Erstellung eines Hilfeplanes zur Verfügung. Dazu gehören z. B. folgende Maßnahmen:

- Unterstützung zur Bewältigung von chronischen Zuständen und Krisen
- Überwindung und Minimierung gesundheitlicher Handicaps
- Beratungs- und Hilfevermittlung bei entstehendem Unterstützungsbedarf im Bereich Wohnen und Alltagsmanagement
- Unterstützung zur psychischen Stabilisation von Angehörigen und anderen Bezugspersonen
- Förderung zur Wahrnehmung sozialer Kontakte und gesellschaftlicher Teilhabe etc.

6.1.9 Selbsthilfeinitiativen, Förderung von bürgerschaftlichem und ehrenamtlichem Engagement, Nachbarschaftshilfen und Quartiersmanagement

Das breite Feld der informellen Hilfestrukturen bis hin zu den Ansätzen des Quartiersmanagements können an dieser Stelle hinsichtlich ihrer Bedeutung für ein Altenhilfesystem nicht entfaltet werden. Sie sollen aber der Vollständigkeit halber kurz charakterisiert werden. Bereits an anderer Stelle wurde darauf hingewiesen, dass die professionellen Unterstützungssysteme in den meisten Fällen gut um ehrenamtliche Hilfen ergänzt werden können und zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben eine Zukunftsgestaltung ohne bürgerschaftliches Engagement nicht vorstellbar ist.

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die gleich gelagerte Probleme haben und sich gegenseitig ohne professionell geschulte Kräfte helfen. Diese Definition trifft auch auf Selbsthilfeinitiativen zu, wobei Erstere sich einer Problembearbeitung widmen, bei der es sich um eine Daueraufgabe handelt. Selbsthilfeinitiativen sind dagegen auf die Erreichung eines bestimmten Ziels oder die Beseitigung eines bestimmten Problems hin gerichtete Gruppen. Sie sollen sich nach der Zweckerreichung auflösen.“ Es handelt sich hierbei um relativ kleine Gruppen. Die Mitglieder sind durch gemeinsame Probleme oder Interessen verbunden, wobei die Problemschwerpunkte, aus denen heraus Selbsthilfegruppen oder –initiativen gebildet werden, sehr unterschiedlich sein können.¹⁶⁸

Bürgerschaftliches und ehrenamtliches Engagement

„Das Ehrenamt (von Ehre, im Sinne von gesellschaftliche Achtung, und Amt als Position oder Aufgabenbereich) bezeichnet ein öffentliches unbezahltes Amt, das durch soziale Anerkennung (siehe dazu auch soziales Kapital bei Pierre Bourdieu) vergolten wird. Dies kann als Pflicht (traditionelles Ehrenamt, siehe Schöffe) oder auf freiwilliger Basis (neues Ehrenamt, auch Freiwilligenarbeit) ausgeübt werden und

¹⁶⁸ www.nachbarnetz-taunus.de/nachlesen_inhalt.html

wird dann häufig mit dem Begriff des bürgerschaftlichen Engagements weiter umfasst.“¹⁶⁹

Bürgerengagement umschreibt eine freiwillige Tätigkeit zum Nutzen der Gemeinschaft. In unserer Gesellschaft sind in etwa zwei Drittel der Bürger aktiv. Das heißt, sie machen etwas, das nicht nur auf die Familie oder auf den Beruf gerichtet ist.¹⁷⁰

Gerade in der Altenarbeit hat diese Entwicklung in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen. Durch die demographische Entwicklung wird die Nachfrage nach einer Identität im Alter immer größer. „Vorruheständler“ und die so genannten „jungen Alten“ suchen während ihrer längeren Rentenphase eine nachberufliche Beschäftigung, die sich oft in ehrenamtlichem Engagement ausdrückt. Dabei ist zu bemerken, dass gerade ältere Menschen Anbieter und zugleich Nutzer von bürgerschaftlichem Engagement sein können. Bürgerschaftliches Engagement wirkt „bei älteren Menschen einem Gefühl der Vereinsamung, Sinn- und Nutzlosigkeit entgegen und kann somit wieder Struktur in den Alltag bringen.“ Allerdings ist hierbei nicht aus den Augen zu verlieren, dass Bürgerengagement auf Freiwilligkeit beruht. Das bedeutet, dass Aktive über Intensität und Dauer ihres Engagements frei entscheiden wollen.¹⁷¹ Der Begriff Bürgerengagement umfasst unter anderem Ehrenamt, Selbsthilfe, Freiwilligen- und Initiativarbeit. Nach dem KGSt-Bericht 6/1999 unterteilt sich das Bürgerengagement in drei Handlungsfelder:

1. Freiwilliges Engagement und Selbsthilfeaktivitäten
2. Übernahme gemeinwohlorientierter Aufgaben durch bürgerschaftliche Gruppen
3. Weiterentwicklung des Gemeinwesens durch Beteiligung von Bürgern bzw. Bürgerinnen¹⁷²

¹⁶⁹ www.google.de/search?hl=de&lr=&oi=defmore&q=define:B%C3%BCrgerschaftliches+Engagement

¹⁷⁰ Dr. Konrad Hummel: Bürgerschaftliches Engagement und die Dialektik seiner Förderung. 2002. Stuttgart

¹⁷¹ Städtetag Baden-Württemberg AG Altenhilfe-Fachberatung: Bürgerschaftliches Engagement in den Kommunen – Rahmenbedingungen und Perspektiven aus Sicht der Altenhilfefachberaterinnen/-berater. November 2002

¹⁷² www.kda-ruhr.de/rwr/gierull-2.html

Bürgerengagement stellt eine „wichtige Ergänzung und Unterstützung der professionellen sozialen Arbeit“¹⁷³ dar. Ehrenamtliche Begleittätigkeit kann vielen älteren Menschen zu einem aktiven Leben verhelfen und gleichzeitig auch Kosten sparen.¹⁷⁴ Als motivierende Faktoren sind hier vor allem die persönliche Betroffenheit, Selbstverwirklichungsmotive und die Suche nach sozialen Kontakten genannt. Eine konzeptionelle Weiterentwicklung des Bürgerengagements innerhalb einer breiteren Förderung durch die öffentliche Hand ist nicht nur im Rahmen eines kommunalen Reformprozesses nötig, auch besteht dadurch die Möglichkeit der Kosteneinsparung im Sozial- und Gesundheitsbereich. Durch gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen werden zurzeit jährlich Leistungen von rund 40 Milliarden Euro erbracht.¹⁷⁵ „Derzeit bestehende Ansätze zur gesellschaftlichen Gestaltung des Alters und zur Unterstützung einer „tätigen nachberuflichen Lebensphase“ – wie z. B. die Förderung von Seniorenbüros, Selbsthilfeinitiativen, Seniorengenossenschaften, Seniorenvertretungen oder ehrenamtliches Engagement Älterer – versuchen, über infrastrukturelle und finanzielle Anreize, Ältere für Freizeitaktivitäten, selbst organisierte Interessenvertretung oder freiwilliges Engagement zu aktivieren.“¹⁷⁶

Nachbarschaftshilfe

„Nachbarschaftshilfe wurde ursprünglich verstanden als spontane Hilfe von Menschen zu Menschen und hat auch heute noch in dieser Form besondere Bedeutung. In der letzten Zeit hat sich neben der ursprünglichen Form der Nachbarschaftshilfe zunehmend auch eine organisierte Nachbarschaftshilfe entwickelt. Es bilden sich Helferkreise, die mittels einer Einsatzstelle Hilfeleistungen unterschiedlichster Art in einem bestimmten regionalen Bereich oder für einen bestimmten Personenkreis übernehmen. Der Anstoß zur Bildung solcher Helferkreise, die z. T. auch als Sozialdienste bezeichnet werden, geht vielfach von

¹⁷³ www.bonn.de/gruene/pages/Kommunalwahlprogramm/Soziale%20Stadt.htm

¹⁷⁴ ebenda

¹⁷⁵ [216.239.59.104/search?q=cache:lzS2GzHeQ08J:www.norbertzeller.de/Standpunkte/Generation10_09_03.pdf](https://www.216.239.59.104/search?q=cache:lzS2GzHeQ08J:www.norbertzeller.de/Standpunkte/Generation10_09_03.pdf)

¹⁷⁶ www.bpb.de/publikationen/M099YO,4,0,Freie_Zeit_im_Alterals_gesellschaftliche_Gestaltungsaufgabe.html

bestimmten Organisationen (Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, ...) aus, daneben gibt es aber auch eine große Zahl von Bürgerinitiativen, die Nachbarschaftshilfe leisten.“¹⁷⁷

Quartiersmanagement

„Das Quartiersmanagement (auch: Stadtteilmanagement) ist ein Verfahren der Stadtentwicklung. Wie in der Wortzusammensetzung anklingt, sind Merkmale dieser Strategie zum einen die Stadtteilorientierung der Förderung (Quartier), zum anderen ein innovativer integrativer und aktivierender Ansatz der Steuerung (Management).“¹⁷⁸

Projekte im Bereich Quartiersmanagement

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung (Gründung 1994) ist ein Verein zur Förderung des selbstständigen Wohnens Älterer und von Menschen mit Behinderungen. Erklärtes Ziel bei der Gründung war, die Praxis der Wohnungsanpassung voranzubringen und das Netz der Anpassungsinitiativen und Beratungsstellen enger zu knüpfen. Auf der letzten Jahrestagung 2004 wurde unter anderem das Thema Quartiersmanagement ausführlich behandelt. Zu diesem Thema gibt es bundesweit Projekte, von denen einige im Folgenden vorgestellt werden:

Projekt „Frankfurt – Soziale Stadt – Neue Nachbarschaften“

Das Projekt „Frankfurt – Soziale Stadt – Neue Nachbarschaften“ wurde Ende 1999 mit Beschluss der Stadtverordnetenversammlung ins Leben gerufen. Die ursprünglich vier geplanten Quartiersbüros hat man bis heute auf sechs erweitert. Diese befinden sich in den Stadtteilen Sossenheim, Fechenheim, Goldstein, Ginnheim, Bonames und Preungesheim. Die Verträge mit den Trägern der Quartiersbüros wurden nach erfolgreicher zweijähriger Laufzeit 2002 bereits verlängert. Ziel des Projektes ist es, „die Wohn- und Lebenssituation in Gebieten mit besonderem Entwicklungs- und Sanierungsbedarf durch eine Stärkung des sozialen

¹⁷⁷ Dt. Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit.1980.Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz; S. 534/535.

¹⁷⁸ www.google.de/search?hl=de&lr=&oi=defmore&q=define:Quartiersmanagement

Zusammenhalts sowie die Sanierung des baulichen Zustandes der Häuser und des Wohnumfeldes zu verbessern.“ Dazu ist eine enge Kooperation mit den Wohnungsbaugesellschaften unabdingbar.

Durch das Projekt sollen im Stadtteil vorhandene Kompetenzen und Potenziale gestärkt und aktiviert und die Schaffung nachbarschaftlicher Hilfen und selbst tragender Bewohnerorganisationen unterstützt werden. Durch das Initiieren von Aktivitäten zur Verbesserung der individuellen und familiären Wohnsituation und der Situation des Wohnumfeldes wird den Bewohnern die Möglichkeit gegeben, ihren unmittelbaren Lebensraum aktiv mit- und auszugestalten. Dies stärkt wiederum das Zusammengehörigkeitsgefühl und leistet einen Beitrag zur Entwicklung positiver Nachbarschaft. So wird eine Nachhaltigkeit der Arbeit der Quartiersbüros erreicht.

6.2 Informelle, familiäre Unterstützung

6.2.1 Pflegende Angehörige als zentrale Stütze der Pflegebedürftigen.¹⁷⁹

„Die Familie ist die zentrale Institution für die soziale Integration sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung älterer Menschen.“

Bundesweit werden nahezu 90 Prozent aller pflegebedürftigen alten Menschen in Privathaushalten von Angehörigen aus dem engen Familienkreis gepflegt. Familiäre Pflege wird hauptsächlich vom Ehepartner und den Töchtern geleistet. „Bei einem Drittel der Betreuten ist die Hauptpflegeperson die Partnerin (20 Prozent) oder der Partner (12 Prozent), bei einem weiteren Drittel eine Tochter (23 Prozent) oder Schwiegertochter (10 Prozent). Etwa 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Gut die Hälfte der Pflegepersonen ist zwischen 40 und 64 Jahre alt, ein Drittel 65 Jahre und älter....“ (...) „Am häufigsten werden Mutter oder Vater, am zweithäufigsten der Partner oder die Partnerin gepflegt. Dabei steht die Pflegekonstellation „Frau pflegt eigenen Mutter“ an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“....“

¹⁷⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2002, hier: Zusammenfassung S. 193-206

Mittelfristig scheinen die Voraussetzungen für die Übernahme der Pflege für Familienangehörige nicht gefährdet zu sein. Langfristig könnte es aber aufgrund sich verändernder Familienkonstellationen zu einer Minderung des familiären Pflegepotenzials kommen. Die gestiegene Lebenserwartung führte dazu, dass die familiäre Unterstützung hochaltriger Menschen keine Ausnahme mehr darstellt. Die wichtigsten Helfer(innen) sind die (Ehe-)partner(innen) der Hochaltrigen mit der Folge, dass die Pflegenden selbst nicht selten an der Schwelle zur Hochaltrigkeit stehen oder hochaltrig sind.

6.2.2 Zur Situation pflegender Angehöriger

Familiäre Pflege beginnt häufig als Partnerpflege und wird mit zunehmendem Alter der Kranken immer mehr auf die Kinder verlagert. Dabei ist die Bereitschaft der Partnerinnen und Partner und auch die der Kinder zur Pflegeübernahme hoch. Die Motivation entsteht aus Zuneigung, Solidarität und dem Gefühl der Pflicht zum gegenseitigen Austausch.

Pflegesituationen entstehen nur selten im Rahmen eines reflektierten Entscheidungsprozesses. Charakteristisch für die Pflegebeziehung sind Veränderungen der bisherigen Rollen und der damit verbundenen Verantwortlichkeiten, an die sich sowohl der Pflegebedürftige als auch die Pflegeperson anpassen müssen. Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen hat weit reichende Konsequenzen für das unterstützende Familienmitglied. So ist der Anteil der Erwerbstätigen bei pflegenden Frauen und Männern niedriger als in der Gesamtbevölkerung.

Die finanziellen Belastungen pflegender Familien sind erheblich, auch wenn die Pflegeversicherung zu einer Verbesserung der materiellen Situation pflegender Familien beigetragen hat. Hinzu kommen weitere Kostenerwägungen, unter denen Hinweise auf Opportunitätskosten ganz eindeutig im Vordergrund stehen: Verzicht auf ein eigenes Leben, auf Selbstverwirklichung, auf soziale Kontakte, auf berufliche

Chancen. Weitere Kostenerwägung-Nennungen weisen auf die psychischen und körperlichen Belastungen hin¹⁸⁰.

Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden. Drei Viertel aller pflegenden Frauen ist an mindestens einer Krankheit erkrankt. Sie leiden häufig an Rückenschmerzen/Bandscheibenschäden und/oder psychischen Erkrankungen. Etwa 40 % aller Pflegenden leiden an Krankheiten des Herz/Kreislauf- und des Muskel-/Skelettsystems. Besonders ausgeprägt sind Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden. Zwei Drittel aller pflegenden Frauen nehmen somatotrope¹⁸¹ Medikamente. Frauen greifen häufiger zu Psychopharmaka als Männer.

Pflegende Ehepartner sind dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege. Frauen fühlen sich darüber hinaus stärker belastet als Männer.

Entlastungen erfahren pflegende Angehörige durch die Aufrechterhaltung der Berufsarbeit, durch Hilfen der übrigen Familienmitglieder, aber auch durch informelle und formelle Netzwerke.

6.2.3 Prognosen¹⁸²

Welche Prognosen können in Bezug auf die zu erwartende familiäre Unterstützung entwickelt werden?

„Angehörige werden immer weniger konkrete Pflegeleistungen übernehmen ...“.

¹⁸⁰ Prof. Dr. Fred Karl, Vortrag „Wertewandel und alternde Gesellschaft – Konsequenzen für die kommunale Altenpolitik“. Gehalten auf der Fachveranstaltung „Altersplanung im Spannungsfeld zwischen Daseinsfürsorge und individueller Verantwortung“ am 08.10.2003 in Frankfurt am Main

¹⁸¹ s. a. Vierter Bericht der Bundesregierung zur Situation älterer Menschen und Gräßel 1998a

¹⁸² Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, 2003. „Bericht Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels“. Repräsentative Befragung von AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung in Hamburg, Zusammenfassung S. 23

Gründe:

- Die zukünftige ältere Generation hat weniger Kinder und Geschwister.
- Das Potenzial erwerbsloser Frauen mittleren Alters nimmt ab.
- Die Fähigkeiten und die Motivation, Pflege zu leisten, nehmen ab.
- Die Solidarität unter Angehörigen geht zurück.
- Die Pflegeversicherung als Anreizsystem verliert durch die Kostendeckelung weiter an Bedeutung.
- Die verbesserte Einkommenssituation der jetzigen älteren Generation fördert den Handlungsspielraum für selbstständiges und selbstbestimmtes Leben auch mit Pflegebedürftigkeit und unabhängig von Angehörigen.

Wie stark der Rückzug der Angehörigen aus der Pflegeübernahme konkret ausfällt, lässt sich aufgrund der vielen Faktoren, die dabei eine Rolle spielen, nur schwer vorhersagen. Setzt sich der bisherige Trend fort, ist von einem jährlichen einprozentigen Rückgang auszugehen, so dass in 20 Jahren 20 % weniger Angehörige an der häuslichen Pflege beteiligt sein werden.

6.2.4 Situation in Frankfurt am Main¹⁸³

„Die Zahl aller Pflegebedürftigen in Frankfurt am Main betrug am 15.12.2001 13.782 Personen. (...) In Hessen waren 2001 knapp 85,6 % der Pflegebedürftigen 60 Jahre und älter. Überträgt man diesen Wert auf Frankfurt am Main, dann gab es in Frankfurt am Main Ende 2001 etwa 12.000 Pflegebedürftige im Alter von 60 Jahren und darüber. (...) Rd. die Hälfte aller Frankfurter Pflegebedürftigen nahm Ende 2001 keine professionelle Hilfe (in Einrichtung oder durch einen ambulanten Pflegedienst) in Anspruch. Wenn man davon ausgeht, dass dieses Verhältnis auch bei den älteren Pflegebedürftigen (60 Jahre und mehr) gilt, dann wurden Ende 2001 rd. 6.000 ältere Personen zu Hause von Angehörigen oder anderen nicht-professionellen Pflegepersonen versorgt. Aus bundesweiten Erhebungen weiß man, dass rd. 80 % der Pflegepersonen Frauen sind. (...) Auch für Frankfurt am Main gilt, dass bei den Pflegekonstellationen an erster Stelle steht „Frau pflegt eigene Mutter“, „gefolgt von

¹⁸³ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt am Main 2003, Seiten 40-42; Bezugsgröße: Pflegebedürftige der SGB XI-Pflegestatistik

„Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“. Die Konstellation „Mann pflegt Mutter“ ist eher selten. Hilfe und Unterstützung zu leisten und zu empfangen ist für alle Beteiligten mit erheblichen Belastungen verbunden.“

26,2 % der Befragten der Repräsentativerhebung beantworten die Frage, ob sie sich um ältere Angehörige kümmern, mit „Trifft voll und ganz zu“, bei 9 % der Befragten trifft es eher zu. Der Anteil von Frauen und Männern ist bei dieser Antwort in etwa gleich. Am stärksten ist der Anteil in der Gruppe der 50 bis 60jährigen mit jeweils „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“ bei je ca. 50 % und nimmt mit steigendem Alter erwartungsgemäß ab.¹⁸⁴

In Frankfurt rechnen 35 % der über 50jährigen Menschen damit, von ihren Angehörigen gepflegt zu werden, darunter sind 29,2 % Frauen und 41,9 % Männer.¹⁸⁵ 44,4 % der Befragten schätzen ihre finanzielle Situation als schlecht ein.¹⁸⁶ Am höchsten ist die Pflegeerwartung in der Altersgruppe der 81jährigen und älteren, am niedrigsten in den Altersgruppen 61 bis 65 Jahre und 71 bis 75 Jahre¹⁸⁷.

6.2.5 Zwischenfazit

Inwieweit die Erwartungen älterer Menschen in Frankfurt bezüglich der familiären Pflegebereitschaft realisierbar sind, bleibt offen. Welche Strukturen muss es in Frankfurt geben?

¹⁸⁴ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Frage S.1 haben alle 1.011 Befragten beantwortet. Mehrfachnennungen waren möglich. Zu jeder Antwortkategorie beträgt N = 1.011 = 100%; vgl. Auswertungsergebnisse zu Frage S.1 i. V. m. Grafik 12, siehe Anhang Nr. 10.2

Dr. Schuhmacher von INBAS: „Mit kümmern ist alles das gemeint, was man alltagssprachig darunter versteht, von regelmäßigem Anrufen am unteren Ende bis zur Pflege am oberen Ende der Intensitätsskala.“

¹⁸⁵ ebenda, a. a. O., Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Frage P.2 haben alle 1.011 Befragten beantwortet, somit ist N = 1.011 = 100%. Aber: Aussagen nach Geschlechtszugehörigkeit sind nur für 1.007 der 1.011 Antwortenden möglich, demnach ist diesbezüglich N = 1.007 = 100%, vgl. Auswertungsergebnisse zu Frage P.2 i. V. m. Grafik 13, siehe Anhang Nr. 10.2

¹⁸⁶ ebenda, a. a. O., Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: N = 991 = 100%, vgl. Auswertungsergebnisse Grafik 14, siehe Anhang Nr. 10.2

¹⁸⁷ ebenda, a. a. O., vgl. Angaben bei Fußnote Nr. 185

Diesen Fragen wird im Kapitel zu Sozialen Netzwerken und Unterstützungspotenzialen nachgegangen und Vorschläge werden vorgestellt.

6.3 Semiprofessionelle Unterstützung

Eine Quantifizierung und Beschreibung aller Frankfurter semiprofessionellen Unterstützungseinrichtungen, Initiativen, Gruppen und Netzwerke war hier nicht zu leisten. Es wird angeregt, hierüber einen Überblick zu erstellen und diesen (regelmäßig aktualisiert) zu veröffentlichen.

6.3.1 Sozialpolitische Weichenstellungen

Experten rechnen damit, dass in der Bundesrepublik gegenüber heutigen 600.000 Heimplätzen in 30 Jahren 1,9 Millionen Plätze benötigt werden. Während der vom Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main im Jahr 2003 veranstalteten Fachtagung im Rahmen der „Woche Älterwerden“ hat ein Referent diese Annahme auf seine Herkunftsstadt Kassel übertragen¹⁸⁸: „In Kassel würde diese Verdreifachung bedeuten, dass wir statt der aktuell vorhandenen 1.500 Plätze in 20 Heimen dann 4.500 Plätze schaffen müssten – pro Jahr einhundert Plätze, d. h. jedes Jahr ein neues Heim“. Eine ähnliche Berechnung sollte einmal für Frankfurt am Main angestellt werden, damit deutlich wird, mit welchen Kosten in Zukunft zu rechnen ist, wenn nicht rechtzeitig und ernsthaft andere Wege eingeschlagen werden. Im Folgenden drei Aussagen von Experten-(Gremien) was zu tun wäre:

1. Die Sachverständigenkommission für den vierten Altenbericht stellt u. a. fest¹⁸⁹:
„(...) Die Gesellschaft wird diese Entwicklung nur dann finanziell verkraften können, wenn es gelingt, durch informelle Unterstützung der alleinstehenden alten Menschen und der pflegenden Angehörigen die Versorgung in der Häuslichkeit möglichst lange fortzusetzen. Freunde und Nachbarn werden hier

¹⁸⁸ Prof. Dr. F. Karl. Vortrag „Wertewandel und alternde Gesellschaft – Konsequenzen für die kommunale Altenpolitik“ am 8.10.2003 in Frankfurt am Main. Manuskript S. 17 (www.aelterwerden-in-frankfurt.de)

¹⁸⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2002, S. 217f

eine eher marginale Rolle spielen. Im Vordergrund wird die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, wie z. B. Alzheimer Gesellschaften, sowie durch freiwillig Engagierte stehen. Schon jetzt existieren hunderte unterschiedlichster Gruppen und Initiativen, die beweisen, dass mit minimalem finanziellem Aufwand eine hervorragende Betreuung von hilfebedürftigen, vor allem demenzkranken Menschen möglich ist. Die weitere Entwicklung besonders erfolgreicher Netzwerke und ihre Vernetzung mit professionellen Angeboten sind notwendig.“

2. Die Bertelsmannstiftung und das Kuratorium Deutsche Altershilfe führten drei Jahre lang ein Gemeinschaftsprojekt mit dem Namen „Leben und Wohnen im Alter“ durch. Unter der Überschrift „*Kleinräumige Vernetzung im Wohnquartier – Schlüsselrolle für die Zukunft*“ wurde während der Abschlussveranstaltung Folgendes referiert¹⁹⁰: *„Das Gemeinschaftsprojekt hat deutlich gemacht, dass dem Wohnen in der normalen Wohnung und im vertrauten Wohngebiet in Zukunft eine Schlüsselrolle zukommt. Dabei wird es nicht darum gehen, einzelne Wohnformen in Richtung auf mehr Wohnqualität, Prävention und soziale Kontakte weiter zu entwickeln, sondern vor allem darum, die unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsangebote kleinräumig miteinander zu verknüpfen und soziale Netzwerke zu stärken. Um die Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten zu sichern, ist vor allem eine Vernetzung und Integration zukunftsfähiger Wohnmodelle in bestehende Versorgungsstrukturen und Wohngebiete wichtig. (...). Letztlich geht es um eine Renaissance des Gemeinwesens. Nur so lässt es sich vermeiden, die steigende Zahl Pflegebedürftiger überwiegend in Pflegeheimen unterzubringen.“*

6.3.2 Potenziale und Möglichkeiten in Frankfurt am Main

Im SGB XII (Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe) wird an zwei Stellen auf „gesellschaftliches Engagement“ Bezug genommen. § 11 Abs. 1 SGB XII, „Beratung und Unterstützung, Aktivierung“, lautet: *„Zur Erfüllung der Aufgaben dieses Buches werden die Leistungsberechtigten beraten und, soweit erforderlich, unterstützt.“*, und in Abs. 2 heißt es weiter: *„(...) Die aktive Teilnahme am Leben in*

¹⁹⁰ Aus der Zeitschrift „Pro Alter“, Heft 2/ 2005, S. 66, Kuratorium deutsche Altershilfe

der Gemeinschaft umfasst auch ein gesellschaftliches Engagement (...).“ Und § 71 Abs. 2 Satz 1 SGB XII, „Altenhilfe“, nennt als eine von sechs insbesondere in Betracht kommenden Leistungen der Altenhilfe: *„1. Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird“*. Denn von freiwilligem Engagement profitieren nicht nur diejenigen, die durch diese Aktivität unterstützt werden. Freiwillige Aktivität, die mit dem Erbringen nützlicher Tätigkeiten, mit sozialen Interaktionen, intellektueller Anregung und Freude einhergehen, verbessert auch das Wohlbefinden der Freiwilligen. Auch dann, wenn solche freiwilligen Aktivitäten mit erheblichen zeitlichen und psychischen Belastungen verbunden sind, erfüllen sie Wünsche nach Sinngewinnung, nach Selbstentfaltung und persönlicher Befriedigung.

Die repräsentative Befragung im Rahmen der partizipativen Altersplanung ergab entsprechend ermutigende Hinweise auf vorhandene, bisher ungenutzte, Potenziale für freiwillige Aktivitäten. So wurde die Frage *„Ich habe noch freie Zeit und Energie für zusätzliche interessante Tätigkeiten“* von 31,3 % der befragten Frankfurterinnen und von 43,1 % der Frankfurter mit „trifft voll und ganz zu“ bzw. „trifft eher zu“ beantwortet. Diese Bereitschaft für *zusätzliche interessante Tätigkeiten* liegt bei den 61 bis 65jährigen bei 45 %, bei den 81jährigen und Älteren liegt sie immerhin noch bei 22 %.¹⁹¹

Es ist eine öffentliche Aufgabe, alte Menschen in ihrem Bestreben zu stärken, in weitaus höherem Maße als bisher selbst für die Gestaltung ihrer Lebenssituation verantwortlich zu sein. Im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge sollten daher Beratungs- und Unterstützungsdienstleistungen – sofern noch nicht geschehen – zur Verfügung gestellt und regelhaft¹⁹² finanziert werden. Beispielsweise:

- Beratungs- und Koordinierungsstellen für selbstständiges Wohnen im Alter

¹⁹¹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003, Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Frage S.1 haben alle 1.011 Befragten beantwortet. Aber: Aussagen nach Geschlechtszugehörigkeit sind nur für 1.010 der 1.011 Antwortenden möglich, demnach ist diesbezüglich N = 1.010 = 100%. Aussagen nach Altersgruppen sind nur für 1.000 der 1.011 Antwortenden möglich, demnach ist diesbezüglich N = 1.000 = 100%; vgl. auch Auswertungsergebnisse zu Frage S.1 i. V. m. Grafik 15, siehe Anhang Nr. 10.2

¹⁹² Gerade auch kleine Initiativen brauchen Planungssicherheit.

- Dienstleistungsagenturen
- Selbsthilfeberatung
- Unterstützungsleistungen bei der Selbstorganisation von Hilfen
- Dienstleistungen zur Unterstützung der Selbstorganisation

Wenn Beratungs- und Unterstützungsdienstleistungen neu geschaffen werden, sollte mit vorhandenen Einrichtungen¹⁹³, Initiativen und Gruppen¹⁹⁴ zusammengearbeitet werden. Außerdem sollte von einer zentralen Stelle aus regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Bürgerengagement stattfinden¹⁹⁵. Es wäre auch zu überlegen, die Beratungs- und Vermittlungsstellen und den Sozialdienst für ältere Bürgerinnen und Bürger als quartiersbezogene Dienstleister verstärkt mit der Netzwerkarbeit zu betrauen.

Weiterhin sollten gezielt Einrichtungen, die ehrenamtliche Dienste zur Entlastung pflegender Angehöriger, ehrenamtliche Besuchsdienste¹⁹⁶ und ehrenamtliche Hospizdienste¹⁹⁷ anbieten, regelhaft und nicht nur aus (zeitlich befristeten) Projektmitteln gefördert werden.

6.3.3 Versorgungsketten und Versorgungsnetze

Gegenwärtig dominieren in der Stadt Versorgungsketten in unterschiedlichen Ausprägungen. Allen ist jedoch gemeinsam, dass an ihrem Ende häufig das Pflegeheim steht. Diesem sind verschiedene andere Versorgungseinheiten wie Reha-Einrichtungen, Altenwohnanlagen, ambulante Dienste, Hausnotrufsysteme, Seniorenclubs etc. vorgelagert. Die strategische Absicht der Betreiber von Versorgungsketten besteht darin, mit möglichst vielen potenziellen

¹⁹³ z. B. den Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen

¹⁹⁴ z. B. dem Institut für Sozialarbeit e. V. (seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt), Initiativen für gemeinschaftliches Wohnen, Alzheimer Gesellschaft, Anlaufbüro Seniorengruppen des Caritasverbandes Frankfurt e.V.

¹⁹⁵ In einer festen Rubrik der Senioren-Zeitschrift könnten bspw. Initiativen mit Kontaktadressen, Treffpunkte etc. veröffentlicht werden.

¹⁹⁶ z. B. Betreuungsgruppe für demenziell erkrankte Menschen des VdK; ehrenamtlicher Besuchsdienst des Malteser Hilfsdienstes (beide z. Z. noch durch das Frankfurter Sofortprogramm ambulante Altenhilfe gefördert), Besuchsdienst des Instituts für Sozialarbeit e. V. (seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt)

¹⁹⁷ z. B. ehrenamtliche Hospizgruppen beim Evangelischen Hospital für palliative Medizin und beim Institut für Sozialarbeit e. V. (seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt)

Pflegeheimbewohnern in Verbindung zu stehen, um eine gleich bleibend hohe Belegung des Pflegeheims zu gewährleisten. Große, Klienten zuweisende Institutionen wie Krankenhäuser oder Sozialamt arbeiten erfahrungsgemäß besser mit großen Einrichtungen zusammen, den Betreibern von Versorgungsketten, da die Zusammenarbeit institutionalisiert ist und deshalb reibungsloser erscheint. Große Einrichtungen streben an, alle von ihrer Klientel benötigten Angebote selbst zu erbringen¹⁹⁸ und sich nicht zu vernetzen¹⁹⁹.

Versorgungsnetze entstehen dort, wo meist kleinere, quartiersbezogen arbeitende Einrichtungen oder Institutionen den konkreten Hilfebedarf ihrer Klienten nur in Teilen selbst decken können. Sie sind dann auf die Zusammenarbeit mit anderen formellen oder informellen Strukturen angewiesen. Versorgungsnetze sind auf freiwilliges Engagement angewiesen, Versorgungsketten nicht.

Es sollte noch stärker darauf hingewirkt werden, dass beide Versorgungsformen nicht als Alternative zueinander bestehen, sondern sich ergänzen und Synergien bilden.

6.4 Professionelle Unterstützung der Betroffenen

Im Text werden die Einrichtungen zur professionellen Unterstützung der Betroffenen unter den Begriffen „Ambulante Dienste“ oder „Pflegedienste“ zusammengefasst.

6.4.1 Pflegebedürftige in Frankfurt am Main²⁰⁰

Am 15.12.2003 erhielten 14.255 Personen in Frankfurt am Main Pflegeleistungen nach dem SGB XI. Davon erhielten 25,63 % (3.653 Personen) Leistungen für die stationäre Pflege, 24,85 % (3.542 Personen) erhielten Leistungen für die ambulante

¹⁹⁸ Outsourcing ist keine Vernetzung.

¹⁹⁹ Das steht nicht im Widerspruch zum ehrenamtlichen Engagement, z. B. in stationären Einrichtungen: Die zusätzlich geleistete Arbeit ersetzt die Leistungen der Einrichtung jedoch in keinem Teil

²⁰⁰ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, eigene Berechnung, Stand 20.12.2004, Ausgewählte Daten für Leistungsempfänger/-innen in Frankfurt am Main 1999, 2001, 2003, Tabelle Leistungsempfänger (2), Quelle: Hess. Statistisches Landesamt Wiesbaden, Die Pflegeeinrichtungen in Hessen, Ergebnisse der SGB XI-Pflegestatistiken für 1999, 2001, 2003), Frankfurt am Main 2004, siehe Anhang Nr. 10.3

Pflege und 49,53 % (7.060 Personen) erhielten ein pauschaliertes Pflegegeld. Diese Zahlen haben sich gegenüber 2001 nur unwesentlich geändert; daraus kann geschlossen werden, dass sie auch heute (März 2005) sehr ähnlich sind.

Der Anteil der Empfänger stationärer Leistungen in Frankfurt am Main ist mit 25,63 % fast identisch mit dem Landesdurchschnitt (25,88 %). Das ist bemerkenswert, da aufgrund der Frankfurter Einwohnerstruktur ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen, die in stationären Einrichtungen leben, zu erwarten war. Dieser Umstand ist ein Hinweis sowohl auf die gut ausgebaute Struktur ambulanter Pflegedienste wie auch auf die effiziente Arbeit der neun städtisch geförderten „Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen (BuV)“ und des Sozialdienstes für ältere Bürgerinnen und Bürger in den Sozialrathäusern.

Der Anteil der Empfänger ambulanter Leistungen liegt in Frankfurt am Main mit 24,85 % fast 5 Prozentpunkte über dem Landesdurchschnitt (19,81 %). Dies war erwartbar, da in Frankfurt am Main aus bekannten Gründen (mehr Einpersonenhaushalte, kleinere Wohnungen etc.) weniger Pflege durch die Familie oder Freunde leistbar ist als in anderen Teilen Hessens.

Überrascht hat hingegen der hohe Anteil von Pflegegeldempfängern mit 49,53 %; dieser liegt nur knapp 5 Prozentpunkte unter dem Landesdurchschnitt (54,33 %). Das weist auf eine hohe Pflegebereitschaft von Familien oder (häufig) auch nur einzelnen Angehörigen hin. Die Kehrseite dieser Pflegebereitschaft ist sehr oft eine Überlastung der Pflegenden, die stärker aktiv unterstützt werden sollten. Es wäre sicherlich lohnenswert, etwas mehr über die Gründe – insbesondere auch die wirtschaftlichen Gründe – der Pflegebereitschaft zu erfahren. Dies war hier jedoch nicht leistbar.

6.4.2 Pflegedienste in Frankfurt am Main

Die ambulante Pflege wird von 142 ambulanten Pflegediensten²⁰¹ mit Sitz in Frankfurt am Main erbracht; hinzu kommt eine unbekannte Anzahl von Pflegediensten aus den umliegenden Landkreisen und Städten. Einige wenige Pflegedienste sind bundesweit tätig. 117 Pflegedienste sind privat-gewerblich organisiert, die anderen sind in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege, bzw. sind Mitglied in einem Wohlfahrtsverband. Diese Zahlen sagen jedoch nichts über die Marktanteile der privaten und frei-gemeinnützigen Pflegedienste aus. Deshalb hier zum Vergleich die entsprechenden Zahlen für Hessen aus dem Jahr 2003²⁰²:

Von 787 Pflegediensten waren 57,3 % in privater, 35,7 % in frei-gemeinnütziger und 7,0 % in kommunaler Trägerschaft. Von den über 30.000 Pflegebedürftigen in Hessen wurden hingegen 42,4 % von gewerblichen, 50,2 % von frei-gemeinnützigen und 7,5 % von kommunalen Pflegediensten versorgt. (Da es in Frankfurt keine originären kommunalen Pflegeeinrichtungen gibt, kann als vorsichtiger Annäherungswert ein Marktanteil von 57,7 % der frei-gemeinnützigen Pflegedienste angenommen werden).

Fast alle Pflegedienste²⁰³ haben Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen und Rahmenverträge zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege mit den Krankenkassen abgeschlossen. Die meisten haben ebenfalls Verträge über Pflegesachleistungen nach dem SGB XI mit dem Frankfurter Jugend- und Sozialamt abgeschlossen.

6.4.2.1 Vergütungssystematik: Module und Echtzeit

70 % der Pflegedienste haben für die Grundpflegeleistungen eine Vergütungssystematik nach Leistungskomplexen (Modulen) auf Grundlage des so genannten „Wiesbadener Modells“ vereinbart (zu den vereinbarten Leistungskomplexen können kurzfristig weitere Teilleistungen hinzugewählt werden).

²⁰¹ Liste der Verbände der Pflegekassen in Hessen vom 03.02.2005

²⁰² Statistisches Bundesamt, 3. Bericht: Pflegestatistik 2003, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste, Bonn, Mai 2003

²⁰³ Ausnahmen sind Einrichtungen, die z. B. nur Hauswirtschaftsleistungen erbringen. Das Jugend- und Sozialamt zählt sie ebenfalls zu den Pflegediensten.

Den Leistungskomplexen sind Punktwerte hinterlegt, dabei entsprechen 600 Punkte einem durchschnittlichen, d. h. betriebswirtschaftlichen Zeitwert von 60 Minuten. Für 600 Punkte liegt die Vergütung in Frankfurt am Main zwischen 27,12 Euro und 28,39 Euro (zuzüglich Hausbesuchspauschale und ggf. Investitionskostenpauschale und Ausbildungszulage). 31 Pflegedienste haben eine Vergütung auf Zeitbasis (Echtzeitabrechnung, zuzüglich wie vorstehender Satz) vereinbart. Der durchschnittliche Stundensatz in Frankfurt am Main liegt bei Pflegediensten mit Zeitabrechnung bei 27,12 Euro. Die hauswirtschaftliche Versorgung wird entweder nach Zeittakten (Preis je 15 Minuten) oder ebenfalls nach Echtzeit vergütet. Auf Stunden umgerechnet beträgt diese zwischen 14,64 Euro und 15,34 Euro.

6.4.2.2 Betreuungsleistungen/ andere Verrichtungen als die in der Pflegeversicherung vorgesehenen

Das Problem der somatischen Ausrichtung der Pflegeversicherung ist in Frankfurt gut gelöst: mit der Pflege nach SGB XI und SGB XII. Die Pflegeversicherung leistet ausschließlich für 21 in die vier Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft eingeteilte und abschließend aufgezählte Verrichtungen. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind mit diesen einstufigsrelevanten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“²⁰⁴ identisch. Darüber hinausgehende Leistungen, wie z. B. psycho-soziale Betreuung, Begleitung, Alltagsmanagement oder Aufsicht, kommen im Rahmen der Pflegeversicherung nicht vor. Wenn weitere Leistungen benötigt, aber nicht von Angehörigen etc. erbracht werden können, besteht die Möglichkeit, diese selbst zu finanzieren. Wer hierzu nicht in der Lage ist, hat die Möglichkeit, weitere Leistungen, die so genannten „anderen Verrichtungen“, durch die Sozialhilfe zu erhalten.

Das Jugend- und Sozialamt hat deshalb mit über 50 Pflegediensten Verträge über „Andere Verrichtungen“ nach § 61 Abs. 1 SGB XII (früher § 69 Abs. 1 BSHG) geschlossen. Die „anderen Verrichtungen“ werden vom Frankfurter Jugend- und

²⁰⁴ § 14 SGB XI zählt auf: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenleerung, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung sowie Beheizen.

Sozialamt auch häufig als „sonstige Hilfen“ bezeichnet. Diese zusätzlichen Hilfen²⁰⁵ zu den Leistungen der Pflegeversicherung bilden die Grundlage einer angemessenen Versorgung vor allem psychisch veränderter und/oder körperbehinderter Pflegebedürftiger. Die „anderen Verrichtungen“ werden ausschließlich auf Stundenbasis vergütet.

Einige ambulante Dienste haben mit dem Jugend- und Sozialamt auch Verträge über so genannte Vielstundenpflege oder Rund-um-die-Uhr-Betreuung abgeschlossen. Dabei variieren die Tagessätze erheblich: Sie reichen von 154,15 Euro/Tag bis 466,09 Euro/Tag²⁰⁶. Grundlage dieser Leistungen sind ebenfalls die „anderen Verrichtungen“ (§ 61 Abs. 1 SGB XII)²⁰⁷.

6.4.2.3 Auslaufmodell: Zivildienst

Zivildienstleistende werden aufgrund ihrer stark zurückgegangenen Anzahl und ihrer reduzierten Dienstzeiten längst nicht mehr in der Häufigkeit wie in den 1990er Jahren eingesetzt; deshalb ist der Zivildienst für eine weitere Planung nicht mehr relevant und wird hier deshalb nicht weiter behandelt.

6.4.2.4 Hauswirtschaftliche Leistungen

Es liegen keine Angaben vor, ob von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch in ausreichendem Maße hauswirtschaftliche Versorgung angeboten wird. Hier war die Arbeitsgruppe auf Aussagen von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insbesondere aus Beratungs- und Vermittlungsstellen²⁰⁸ und Pflegediensten angewiesen. Demnach herrschte in den Jahren 2002 bis 2004 ein spürbarer Angebotsmangel, der sich jedoch für 2005 nicht mehr in der krassen Form bestätigen lässt.

²⁰⁵ Leistungsbeschreibung der „Sonstigen Hilfen“ gemäß § 2 Abs. 1 der entsprechenden Vereinbarung: 1. Andere Verrichtungen der Körperpflege, 2. Mobilität außerhalb der Wohnung, 3. Kommunikation, 4. Bereitschaft (Assistenz), 5. Beaufsichtigung, 6. Hilfen in unvorhergesehenen Situationen, 7. Hauswirtschaft.

²⁰⁶ Auflistung des Jugend- und Sozialamts, Stand 03/2001. Es ist davon auszugehen, dass zwischenzeitlich keine höheren Tagessätze vereinbart wurden; es sind in den letzten Monaten aber Träger aufgetreten, die ihre Leistungen zu niedrigeren Sätzen anbieten.

²⁰⁷ Von den monatlichen Kosten werden – sofern bewilligt – die Pflegesachleistungen nach dem SGB XI abgesetzt.

²⁰⁸ Siehe auch die deutlichen Hinweise in den Jahresberichten seit 1999 der Beratungs- und Vermittlungsstelle für ambulante und stationäre Hilfen (BuV-Stelle) Bornheim.

Worauf dies zurückzuführen ist, ist unklar: Brauchen die Betroffenen weniger Hilfen? Haben Nachbarschaftshilfen auf unspektakuläre Weise die Lücken gestopft? Hat der „graue“ Markt die Dinge geregelt? Oder haben die Betroffenen resigniert und/oder abgewartet bis sie pflegebedürftig wurden, um neben ambulanten oder stationären Pflegeleistungen weitere hauswirtschaftliche Hilfen zu erhalten? Es ist jedenfalls festzuhalten, dass seit Einführung der Pflegeversicherung und erst recht seit den Einschränkungen im Bereich Zivildienst die Angebote an haushaltsnahen Dienstleistungen stetig weiter zurückgegangen sind. Dabei wächst die Gruppe der Älteren mit leichtem Hilfebedarf kontinuierlich an.

Fakt ist, dass hauswirtschaftliche Hilfen und andere Serviceleistungen, wenn sie rechtzeitig zur Verfügung stehen und genutzt werden können, gerade Älteren mit leichtem oder beginnendem Hilfebedarf ein langes selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Deshalb sollten Initiativen, ambulante Dienste und Einrichtungen dabei unterstützt werden, diese Leistungen (wieder) vermehrt vorzuhalten. Ein gutes Beispiel hierfür ist die hauswirtschaftliche Abteilung am St. Katharinen- und Weißfrauenstift. Es wird außerdem angeregt, Daten über die Bedarfe hauswirtschaftlicher Versorgung und anderer Serviceleistungen in Frankfurt am Main zu erheben und Planzahlen für die Zukunft aufzustellen. Die Gewinnung dieser fehlenden Daten zu Bedarfslagen ist dringend geboten.

6.4.2.5 Illegal Beschäftigte in Haushalten von Pflegebedürftigen

Ein weiterer Bereich, bei dem die Arbeitsgruppe auf Spekulationen angewiesen ist, ist die Tätigkeit von illegalen Pflegekräften. Ihr Auftreten am professionellen Pflegemarkt ist weder zu quantifizieren noch zu qualifizieren, macht sich aber bemerkbar. Nicht nur²⁰⁹ weil vonseiten der Politik weder eine strikt ablehnende noch eine eindeutig befürwortende Haltung gegenüber dem Auftreten illegaler Pflegekräfte auszumachen ist, muss damit gerechnet werden, dass ihre Inanspruchnahme in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird. Um ein gewisses Maß an Pflegequalität

²⁰⁹ Auch die Schere der Qualitätsanforderungen (und damit der Preis) zwischen zugelassenen und selbstbeschafften Pflegediensten bzw. Pflegekräften geht immer weiter auseinander.

sicherzustellen, scheint es ratsam, sich intensiver mit diesen Pflegekräften und ihren Nutzern zu befassen. Warum soll es in Frankfurt anders kommen als in Rom? Dort hat die Sozialverwaltung damit begonnen, die schwarz beschäftigten Pflegekräfte, von denen die wenigsten eine pflegerische Ausbildung haben, in eigens dafür eingerichteten Kursen zu schulen²¹⁰. Ein Stillschweigen zu diesem vorhandenen Phänomen ist die schlechteste Variante.

6.4.3 Vernetzung der ambulanten und stationären Pflege

Des Weiteren wäre es nötig, den ambulanten und den stationären Pflegebereich enger miteinander zu vernetzen. Gerade die teilstationären Bereiche wie Kurzzeit- und Tagespflege sollten nicht nur als stationäre Angelegenheiten, d. h. als Vorstufe zu einem festen Einzug ins Pflegeheim, betrachtet werden. Stattdessen sollte insbesondere die Tagespflege regelhaft auch in ambulante Pflegearrangements einbezogen werden. Der bereits erwähnte Referent²¹¹ der Fachtagung im Rahmen der „Woche Älterwerden“ 2003 formulierte es damals so: *„Es bedarf vor allem auch des Ausbaus von entlastenden Infrastrukturangeboten, insbesondere im teilstationären Sektor. Hierzu gehört die Tagespflege, die aber nicht in der Weise genutzt wird, wie es sozialpolitisch und fachlich wünschenswert wäre. Tagespflegeeinrichtungen für alte Menschen müssen in Zukunft in Pflegeverhältnissen so selbstverständlich werden können wie Kindertagesstätten“*.

6.4.3.1 Die Notwendigkeit geriatrischer Versorgung im Krankenhaus

Der Teilbericht IV zur Partizipativen Altersplanung, Gesundheitliche Versorgung, beschreibt die dringende Notwendigkeit geriatrischer Versorgung älterer Menschen sowohl in der häuslichen Umgebung als auch im Krankenhaus. Im höheren Lebensalter steigt das Risiko chronischer körperlicher Erkrankungen, der Multimorbidität, worunter das Auftreten mehrerer Krankheiten zur gleichen Zeit zu verstehen ist, sowie das Risiko psychischer Erkrankungen - überwiegend depressive Störungen und demenzielle Erkrankungen - merklich an. „Zu den wichtigsten Instrumenten der Geriatrie gehört das Geriatrische Assessment. Darunter versteht

²¹⁰ Süddeutsche Zeitung, Magazin, 12. November 2004

²¹¹ Prof. Dr. F. Karl: Vortrag „Wertewandel und alternde Gesellschaft – Konsequenzen für die kommunale Altenpolitik“ am 8.10.2004 in Frankfurt am Main. Manuskript S. 19 (www.aelterwerden-in-frankfurt.de)

man einen multidimensionalen Diagnoseprozess zur Erfassung von organmedizinischen, kognitiven, psychischen, sozialen, umgebungsbezogenen und funktionalen Dimensionen. Ein besonderes geriatrisches Wissen ist notwendig, um alle so gewonnenen Informationen korrekt zu gewichten, auszuwerten und eine optimale Therapie, Rehabilitation und Betreuung zu planen. Mit zunehmendem Lebensalter ändern sich Struktur und Funktion des menschlichen Organismus. Normwerte sind im Alter verändert und müssen anders interpretiert werden. Erkrankungen im Alter zeigen oft eine uncharakteristische Symptomatik und einen atypischen Verlauf, der durch begleitende aktive oder inaktive Krankheiten (Multimorbidität) zusätzlich kompliziert wird²¹².

Seit Juli 2004 sind in Frankfurt am Main alle geplanten stationären Betten für Geriatrie in vier Einrichtungen umgesetzt und in Betrieb. Die folgenden Zahlen sind dem Teilbericht IV (Gesundheitliche Versorgung) entnommen.

- In den städtischen Kliniken Frankfurt am Main-Höchst gibt es eine Station mit 40 Betten zzgl. 20 eingestreuten geriatrischen Betten in anderen Abteilungen (Innere Medizin) sowie eine Tagesklinik mit 24 Plätzen.
- Die Frankfurter Diakonie-Kliniken verfügen über 102 stationäre Betten (davon 26 im St. Markus-Krankenhaus, 76 im Diakonissen-Krankenhaus) sowie 25 Tagesklinikplätze im Diakonissen-Krankenhaus.
- Die geriatrische Abteilung der Katharina-Kaspar-Kliniken mit Standort St. Elisabethen-Krankenhaus hat derzeit 60 Betten.
- Die Geriatrische Klinik Sankt Katharinen-Krankenhaus GmbH, Standort Hufeland-Haus, verfügt über 50 stationäre Betten sowie 6 Tagesklinikplätze und war Teil eines Diakonischen Zentrums für Geriatrie und Altenhilfe im Hufeland-Haus. Seit 01.01.2005 gehört die Geriatrische Klinik im Hufeland-Haus zur St. Katharinen-Krankenhaus GmbH.

Für ältere Menschen – insbesondere Hochaltrige - ist es in vielen Fällen eine entscheidende Weichenstellung, ob sie in einem Krankenhaus mit geriatrischer Abteilung oder in einem normalen Krankenhaus behandelt werden. Auch in den

²¹² Wojnar, Jan: Soziale Theorie und Praxis, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 5. Auflage, Frankfurt a. M. 2002, S.386f

Krankenhäusern, die über keine geriatrische Abteilung verfügen, muss das geriatrische Know-how dringend gestärkt werden.

6.4.3.2 Exkurs 1: Schnittstellen bei Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus

Einem Krankenhausaufenthalt ist meist ein akutes Ereignis vorausgegangen, das insbesondere für alte Menschen einen Einschnitt in die physische, psychische und soziale Mobilität bedeuten kann.

Die Dauer der Krankenhausbehandlung orientiert sich an medizinischen Faktoren. Der Heilungsverlauf alter Menschen, die oft gleichzeitig an mehreren – akuten und chronischen – Krankheiten leiden, verläuft nicht selten langsamer als bei jüngeren Menschen.

Unterstützungs- und pflegebedürftige Menschen benötigen vor ihrer Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder der Rehaklinik eine umfassende Abklärung, ggf. auch Vorbereitung der häuslichen Versorgung durch den Krankenhaussozialdienst oder (in einigen Krankenhäusern) die Pflegeüberleitung. Die Gefahr einer Unterversorgung nach der Krankenhausentlassung ist insbesondere bei allein stehenden Menschen durch die seit der Einführung der Fallpauschalen zur Vergütung von Krankenhausleistungen (Diagnosis Related Groups = DRGs) erhöhte Entlassungsgeschwindigkeit größer geworden.

Brüche in der Weiterversorgung verhindern, dass der durch die stationäre Behandlung erreichte Gesundheitszustand des Patienten Bestand hat und führen zwangsläufig auch zu Wiedereinweisungen (Drehtüreffekt). Dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zufolge werden 40 % der über 65jährigen Krankenhauspatienten binnen vier Wochen erneut eingewiesen, weil sie außerklinisch nicht ausreichend betreut wurden. Es ist auch davon auszugehen, dass Patienten durch die Verkürzung der Liegezeiten künftig mit umfassenderen und komplexerem Pflege- und Versorgungsbedarf entlassen werden.

Um Brüche in der Weiterversorgung zu vermeiden, sind innerhalb des Krankenhauses fest verankerte Behandlungsstrukturen zu begrüßen, die hilfs- und pflegebedürftigen Patienten eine gut vorbereitete und koordinierte Entlassung garantieren. Ein erfolgreiches Entlassungsmanagement der klinischen Sozialarbeit erfordert eine Struktur, in der alle Patienten, die einen „poststationären“ Pflege- und Hilfebedarf haben, systematisch und frühzeitig erfasst werden. Die von der Krankenhaussozialarbeit zu berücksichtigenden persönlichen, familiären, rechtlichen und finanziellen Belange des Patienten (*und ggf. die der betroffenen Angehörigen*) ziehen, nachdem eine Perspektive für die Zeit nach der Krankenhausbehandlung entwickelt wurde, u. U. zeitaufwändige Regelungen nach sich.

Darüber hinaus sind verbindliche und verlässliche (systematische) Regelungen für eine Zusammenarbeit des Krankenhaussozialdienstes mit den vielfältigen Kooperationspartnern außerhalb des Krankenhauses ein ebenso wesentliches Element. Ein Entlassungsmanagement erfordert zum einen die Kenntnis der aktuellen, regionalen Angebote und Leistungen im ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- und Sozialbereich (Rehakliniken, Pflegedienste, Hausärzte, Beratungs- und Vermittlungsstellen, Sozialdienste, Kostenträger) und die Kenntnis über Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten.

Zum anderen sollten im Einzelfall die Zuständigkeiten und Standards für eine rechtzeitige Übermittlung von Daten und Informationen verbindlich festgelegt sein (z. B. bei der Frage, ob die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt oder das Vorhandensein von Medikamenten sichergestellt ist, wie sich die Beteiligten ohne langes Herumtelefonieren erreichen, ob die Kosten für vorgesehenen Maßnahmen geregelt sind, ...).

Indizien für organisatorische Verbesserungspotenziale sind die gefürchteten Drehtüreffekte oder auch vorschnelle Heimaufnahmen. Diese sollten durch die noch intensivere Nutzung vorhandener Hilfestrukturen und eine standardisierte, engere Kooperation und Abstimmung aller an der Patientenversorgung Beteiligten (Ärzte,

Pflegekräfte und Sozialarbeiter aus den Kliniken, Hausärzte, Beratungs- und Vermittlungsstellen und Soziale Dienste, ambulante Pflegedienste, Pflegeheime u. a.) reduziert oder vermieden werden.

Um effektive Standards zu entwickeln, die Übergänge von einer versorgenden Einrichtung zur nächsten zu regeln, bedarf es der Bereitschaft aller verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen, sich einbinden und vernetzen zu lassen.

6.4.3.3 Wegweisend: Das Frankfurter Sofortprogramm Ambulante Altenpflege

Wie bereits in den Kapiteln 6.1.7.3.2 ff. dargestellt, stellt die Stadt Frankfurt am Main seit dem Jahr 2000 im Rahmen des Sofortprogramms ambulante Altenpflege jährlich Mittel in Höhe von (damals) 2.000.000,-- DM zur Verfügung, um die psychosoziale Betreuung in der ambulanten Altenpflege zu verbessern, Zielgruppe des Sofortprogramms sind „Personen mit besonderem Betreuungsbedarf“. Dies sind Personen, die aufgrund demenzieller Erkrankungen, Behinderungen oder seelischer Beeinträchtigungen, sozialer Isolation, dissozialer Verhaltensweisen oder ehemaliger Wohnungslosigkeit eine über den Pflegebedarf hinausgehenden erhöhten psychosozialen Betreuungsbedarf haben.²¹³ Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Personen mit besonderem Betreuungsbedarf in den nächsten Jahren ansteigen wird. Es wird daher vorgeschlagen, die Projekte zu verstetigen.

Im Rahmen des Sofortprogramms werden Personal- und Sachkosten von vierzehn Projekten mit unterschiedlichen Schwerpunkten gefördert: Besuchsdienste und Betreuungsgruppen mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ambulante Angebote der psychosozialen Beratung und Betreuung, Angebote für Angehörige, aber auch spezielle Angebote, die sich z. B. an Menschen mit chronischen Wunden richten. Dabei arbeiten alle Projekte nach dem Prinzip der zugehenden Beratung bzw. Hilfeleistung. Die Leistungen der Projekte des Sofortprogramms sind für die Nutzer überwiegend kostenfrei.

²¹³ Aus: „Förderrichtlinien (...) Sofortprogramm (...) ambulante Altenpflege“ vom 01.06.2001; zuletzt verlängert im Dezember 2004

Das Sofortprogramm wird vom Jugend- und Sozialamt geleitet. Die erfolgreiche Arbeit des Programms ist gut dokumentiert; im ersten Jahr wurde das Sofortprogramm durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich begleitet.

Eine Verstetigung der Arbeit des Sofortprogramms ist in den Förderrichtlinien vorgesehen und wird von der Arbeitsgruppe befürwortet.

6.4.3.4 Exkurs 2: Der „Prüfdienst ambulante Pflegeleistungen Frankfurt (PAF)“

Im Januar 2004 wurde vom Jugend- und Sozialamt, unterstützt durch die AOK-Hessen, mit dem Aufbau des „Prüfdienstes ambulante Pflegeleistungen Frankfurt (PAF)“ begonnen. Gegenwärtig wird an einer Konzeption für einen „Fachdienst ambulante Hilfe zur Pflege“ gearbeitet, in welchen der Prüfdienst überführt werden soll. Mit dieser Konzeption soll das Ziel erreicht werden, dauerhaft qualitativ hochwertige und dem individuellen Bedarf fachlich-orientierte Pflegeleistungen zu einem adäquaten Preis anzubieten²¹⁴. Hintergrund dieser Absichten sind die steigenden Kosten für die ambulanten Pflegeleistungen und (strukturbedingt) fehlende Möglichkeiten einer geeigneten Ausgabensteuerung.

Damit Kosten dämpfende Einzelentscheidungen nicht zu andauernder Unter- und Mangelversorgung führen, müssen diese grundsätzlich überprüfbar und ggf. (auch außerhalb der Sozialgerichtsbarkeit) revidierbar sein. Zentraler Bestandteil der Konzeption des „Fachdienstes ambulante Hilfe zur Pflege“ sollten deshalb die Transparenz des Prüfverfahrens und ein regelhaftes, nachvollziehbares Berichtswesen sein. Die Ergebnisse der Prüfungen sollten den Geprüften schriftlich mitgeteilt und auch begründet werden. Auch hier sollte der Aspekt „Qualitätsentwicklung im Dialog“ Einzug halten. Die derzeitige Praxis von fachlich nicht nachvollziehbaren, da nicht ausreichend kommunizierten Begründungen der Leistungskürzungen, muss verändert werden.

6.4.4 Zwischenfazit

²¹⁴ Der Konzeptionsentwurf „Fachdienst ambulante Hilfe zur Pflege“ des Frankfurter Jugend- und Sozialamt vom November 2004, nennt keine konkreten Zielvorgaben

Frankfurt am Main ist ausreichend mit ambulanten Pflegediensten versehen, die Leistungen aus dem Katalog der Kranken- und Pflegeversicherung anbieten. Hier besteht nach Ansicht der Arbeitsgruppe kein Handlungsbedarf. Es sollten aber mehr hauswirtschaftliche Angebote und Komplementäreinrichtungen vorgehalten werden.

Pflegedienste, die neben den „Katalog-Pflegeleistungen“ regelhaft weitere ergänzende Angebote vorhalten, sind noch nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Solche „Angebots-Mixturen“²¹⁵ sind zwingend notwendig, um ältere Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf (siehe oben) sowie hochbetagte, alleinlebende Pflegebedürftige mit körperlichen und psychischen Erkrankungen angemessen unterstützen und versorgen zu können. Einzelleistungen und Projekte sind für diesen Personenkreis und deren Angehörige keine sichere Perspektive. Lebensentwürfe und -planungen benötigen gerade an diesen „Sollbruchstellen“ eine konzeptionell abgesicherte und strukturell im Angebot verankerte Perspektive. Es sollte also verstärkt auf das Zustandekommen so genannter Wohlfahrtsmischungen²¹⁶ hingewirkt werden.

Wenn Geld für Controlling-Instrumente (z. B. Leistungserfassung und –dokumentation) ausgegeben wird, ist es sinnvoll, diese Instrumente nicht nur in Teilbereichen einzusetzen. Da zwischen den Sozialhilfeausgaben für die ambulanten und die stationären Pflegeleistungen eine Wechselwirkung vermutet werden kann, und um die Hilfemaßnahmen besser steuern zu können, wäre es ratsam, beide Bereiche zu erfassen (und miteinander zu vergleichen). Solange die Frage nicht beantwortet ist, inwieweit Einsparungen im ambulanten Bereich den stationären Bereich beeinflussen, bleibt es bloß bei der Vermutung, dass durch den punktuellen Einsatz von Prüf- und Controlling-Instrumenten unter dem Strich tatsächlich Geld gespart wird.

²¹⁵ Diese Mischung besteht aus Versicherungsleistungen, die durch Sozialhilfeleistungen wie andere Verrichtungen, Eingliederungshilfen (z. B. psychosoziale Betreuung), Altenhilfe, Freizeitangebote etc. ergänzt werden.

²¹⁶ Mischung aus Versicherungs-, Sozialhilfe- und Eigenleistungen, idealerweise ergänzt durch Fördermittel, um das Vorhalten von Dienstleistungen zu ermöglichen

Ähnliches gilt für Vergleiche mit anderen Kommunen: Ein Vergleich der Sozialhilfeausgaben für die ambulante Pflege ist dann aussagekräftig, wenn auch die Ausgaben für die stationäre Pflege miteinander verglichen werden. Nur aus dem Vergleich aller pflegebedingten Sozialhilfeaufwendungen lassen sich Zielvorgaben für die Stadt Frankfurt am Main entwickeln.

Zudem ist die Frage zu stellen, ob es lediglich um Kostensenkung geht, oder auch um Verbesserung der Versorgungsqualität. Ist Letzteres ebenfalls beabsichtigt, ist ein Klima der erwähnten „Qualitätsentwicklung im Dialog“ anzustreben.

6.5 Professionelle Unterstützung des Umfeldes

Der Bekanntheitsgrad von Institutionen, die professionelle Hilfe und Beratung für Angehörige anbieten, ist in Frankfurt erschreckend gering:²¹⁷

²¹⁷ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003

Geschlossene Frage A.3:²¹⁸

Ich habe hier eine Liste mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen in Frankfurt, die ich Ihnen jetzt gerne vorlesen möchte. Bitte sagen Sie mir zu jeder Einrichtung, ob Sie diese schon in Anspruch genommen haben, ob Sie diese kennen, nur dem Namen nach kennen oder nicht kennen!

Ergebnis:

Prozentuierungsbasis: 1.011 gültige Antworten je Kategorie,
Mehrfachnennungen möglich

Tabelle T4 Antworten zur Frage A.3 der Repräsentativbefragung

Kategorien (vorgegebene Antwortauswahl)	Vorgegebene Antwortauswahl			
	habe ich schon in Anspruch genommen	kenne ich, habe ich aber noch nicht in Anspruch genommen	kenne ich nur dem Namen nach	kenne ich nicht
Seniorenbeirat	1,1 %	6,1 %	37,6 %	55,2 %
Sozialbezirksvorsteher bzw. Sozialpfleger	2,7 %	6,6 %	37,6 %	53,1 %
Beratungs- und Vermittlungsstelle für ambulante und stationäre Hilfen (BuV-Stelle)	4,0 %	4,8 %	32,3 %	58,9 %
Sozialrathaus	4,9 %	8,1 %	25,1 %	61,9 %
Seniorentelefon	1,1 %	10,6 %	55,9 %	32,4 %
Rathaus für Senioren	3,2 %	5,2 %	21,1 %	70,6 %
Wohnberatungsstellen für Senioren	2,2 %	2,8 %	19,2 %	75,8 %
Selbsthilfekontaktstelle	2,0 %	2,9 %	20,9 %	74,3 %
Servicestelle BürgerInnenbeteiligung	0,1 %	1,4 %	8,8 %	89,7 %
Präventionsrat	0,8 %	1,5 %	10,2 %	87,5 %

²¹⁸ ebenda

Büro Aktiv, Freiwilligenagentur und Seniorenbüro am Institut für Sozialarbeit	2,4 %	3,8 %	16,3 %	77,5 %
Römertelefon	21,4 %	20,7 %	43,3 %	14,7 %
Bürgerberatung am Römerberg	6,7 %	9,2 %	43,4 %	40,7 %

Geschlossene Frage A.5-2):²¹⁹

Und nun möchten wir gern Ihre Meinung zu einigen Angeboten für ältere Menschen hier in Frankfurt wissen. Bitte sagen Sie uns zu jedem Angebot, ob Sie es schon einmal genutzt haben oder nicht.

Ergebnis:

Prozentuierungsbasis: 1.011 gültige Antworten je Kategorie, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle T5 Antworten zur Frage A.5-2 der Repräsentativbefragung

Kategorien (vorgegebene Antwortauswahl)	Angebot aus eigener Anschauung bekannt (vorgegebene Antwortauswahl)	Angebot nicht aus eigener Anschauung bekannt (vorgegebene Antwortauswahl)
Seniorenclubs und Seniorenbegegnungsstätten	26,3 %	73,7 %
Seniorenwohnungen	45,4 %	54,6 %
Seniorenrestaurants	10,9 %	89,1 %
Essen auf Rädern	10,6 %	89,4 %
Computerclubs und Internetcafés für Senioren	11,4 %	88,6 %
Selbstorganisierte Clubs und Initiativen für Menschen ab 50	11,1 %	88,9 %
Von der Stadt veranstaltete Tageserholungen und Reisen für Senioren	9,0 %	91,0 %

Das Rathaus für Senioren kannten 70,6 % der Befragten nicht; das Römertelefon jedoch erfreut sich mit 85,4 % eines hohen Bekanntheitsgrades und ist somit die bekannteste Einrichtung!

58,9 % aller Befragten kannten die Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen nicht! Diese Institution wird immerhin bei 10 Einrichtungen mit jeweils 2 Personalstellen vom Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt gefördert!

²¹⁹ ebenda

Auch die Wohnberatungsstellen für Senioren scheinen unbekannt zu sein: 75,8 % der Befragten kannten sie nicht.

Hospizgruppen kennen nur 28,6 % der Befragten, allerdings würden 84,5 % ein solches Angebot im Falle einer schweren Erkrankung in Anspruch nehmen.²²⁰

Die Kenntnis dieser Institutionen wären u. E. für potenzielle Nutzer und ihre Helfer sehr hilfreich.

Hier gibt es für die Stadt Frankfurt einigen Handlungsbedarf. Die genannten Einrichtungen sollen aktiv beworben werden, bspw. in allen öffentlichen Verkehrsmitteln, auf Plakatwänden, in Telefonbüchern etc. – Einrichtungen wie das Sorgentelefon für Kinder und Jugendliche konnten so in Frankfurt ihren Bekanntheitsgrad, und somit die Nachfrage, erheblich steigern.

Inhaltlich sollte die Unterstützung des Umfeldes nach folgenden notwendigen Unterstützungsstufen entwickelt werden:

Aufklärungs-/Infoarbeit, da Lebenskrisen im Vorfeld des Eintretens mental eher ausgeklammert werden und im Falle des Eintretens eine Zäsur darstellen (Hektik etc.). Aufklärungs-/Infoarbeit hat hier präventive Wirkung.

In einer (existenziellen) Krise ist ein niederschwelliger Zugang zum Hilfesystem notwendig. Hier sind u. a. organisatorische Barrieren (Öffnungszeiten, Erreichbarkeit) kritisch zu analysieren.

Die Art der Beziehung zwischen Angehörigen, Nachbarn, Freunden etc. und dem jeweiligen Experten muss wertschätzend und potenzialorientiert sein. Zuständigkeitsfragen klären/Verweise an andere o. Ä. erschweren das Entfalten eines vorhandenen Unterstützungspotenzials.

²²⁰ ebenda, N = 1.011 = 100%; vgl. Auswertungsergebnisse Fragen A.6 und A.8, siehe Anhang Nr. 10.2

Lediglich vom Institut für Sozialarbeit e. V.²²¹, vom Caritasverband Frankfurt e.V. und von der Diakoniestationen gGmbH gibt es Angebote für pflegende Angehörige, die der Problemstellung gerecht werden. Das größte Problem besteht in der Selbstverständlichkeit der Hilfe. Wie im Kapitel 6.2. ausgeführt, ist diese Pflegebereitschaft grundsätzlich zu begrüßen. Die erwähnte Selbstverständlichkeit verhindert aber oftmals die Kontaktaufnahme zu Beratungseinrichtungen. Oft ist zu hören: Wer kann mir da schon helfen, da muss man halt durch. Dadurch ist der erste Schritt zur Überforderung gesetzt. Beim Caritasverband Frankfurt e. V. wurde beispielsweise ein niederschwelliges, aufeinander bezogenes Angebot in einer Mischung aus zugehenden oder niederschwelligen Hilfen entwickelt.

So gibt es das Telefon für pflegende Angehörige, das einen niederschwelligen, da anonymen Zugang zur Beratung ermöglicht. Dort arbeiten geschulte ehrenamtliche MitarbeiterInnen, die meist aus den Selbsthilfegruppen oder Gesprächskreisen für pflegende Angehörige gewonnen werden konnten. Die Gesprächskreise haben im Vergleich zu der Telefonberatung eine höhere Zugangsschwelle. Intensive Öffentlichkeitsarbeit und vor allem die Zusammenarbeit mit Pflegediensten motiviert die pflegenden Angehörigen zur Teilnahme. Sollte ein Hausbesuch notwendig werden, insbesondere bei dementen Pflegebedürftigen oder psychisch Kranken, wird dies von den MitarbeiterInnen des Telefons oder in den Gesprächskreisen vermittelt. Die Hausbesuche haben das Ziel, die Pflegesituation zu analysieren, Maßnahmen der Wohnraumanpassung über Anleitung bei pflegerischen Maßnahmen bis hin zur Klärung der Beziehungsebene zwischen pflegendem Angehörigen und Pflegebedürftigem.

Ein vergleichbares Angebot hält, im Rahmen ihres vom Stadtgesundheitsamt geförderten Projektes „Beratung für pflegende Angehörige und Patienten“ auch die Diakoniestationen gGmbH bereit. Für Einzelgespräche und Gesprächskreise stehen eine Diplom-Psychologin und bedarfsweise auch geschulte nebenamtliche Mitarbeiterinnen zur Verfügung. Die Klienten rekrutieren sich überwiegend, aber nicht ausschließlich, aus dem Kreis der Patienten/Kunden des eigenen Pflegedienstes.

²²¹ seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt

Ein Konzept der Angehörigenarbeit muss folgende Aspekte berücksichtigen, die in Anlehnung an die Überlegungen von Irene Steiner-Hummel (Partnerinnen im Pflegeprozess) formuliert wurden:

Angehörigenorientierung als Postulat

Angehörigenorientiertes Arbeiten erweitert die Perspektive des Pflegens. Es bedeutet, den Menschen im Pflegeprozess zu unterstützen und nicht nur den Erfordernissen der Krankheit und des Hilfsbedürftigen zu genügen.

Angehörigenarbeit erfordert neue Sichtweisen und eine entsprechende Vorgehensweise bei den Helferinnen, in Organisationen und im Gemeinwesen. Dazu sind personen- und organisationsbezogene Lernprozesse notwendig, denn Angehörigenorientierung entfaltet sich im Prozess.

Leitsätze für den partnerschaftlichen Bezug zu pflegenden Angehörigen

- *„Pflegen wir mit den Angehörigen, statt neben den Angehörigen“*

Versorgungs- und Behandlungskonzepte werden abgelöst von Unterstützungskonzepten, die sich an der Lebenslage und Lebenswelt der Betroffenen orientieren. Es wird immer wichtiger mit den Angehörigen im Geflecht ihres Wohnumfeldes zusammen zu arbeiten: herauszufinden und anzustoßen, was sie selber tun können, um ihr Leben in Abhängigkeit zu meistern oder um die Hilfe zu geben, die Angehörige leisten können und wollen.

- *„Betrachten wir Pflegende als Mitarbeiterinnen; sie handeln als Experten ihres Familiensystems.“*

„Mitwirken können schafft Vertrauen und Selbstvertrauen“. Hilfe kann nur wirken, wenn sie den Adressaten erreicht. Das bedeutet, dass Hilfe oder Pflege von Fachkräften nur dann bei den Beteiligten ihr Anliegen erreicht, ihre Qualität entfaltet und entlastet, wenn sie so angeboten wird, dass sie von den Beteiligten angenommen werden kann (Akzeptanz); wenn die Beteiligten am Hilfeprozess mitwirken können (Partizipation); wenn die Helfer in Haltung und Verhalten den Beteiligten Wertschätzung für ihren Beitrag am Hilfeprozess erlebbar machen

können (Validation). Vertrauen, Transparenz und Chancen, sich einzubringen, verbessern den persönlichen Bezug zwischen uns und den Pflegenden.

- *„Jeder hat Schätze einzubringen in der Pflegesituation. Wir müssen sie uns nur eröffnen und Vereinbarungen treffen.“*

Die Qualität des Hilfeprozesses hängt davon ab, welche Ressourcen uns zur Verfügung stehen und wie wir es verstehen, sie zu mobilisieren und zu nutzen. Das ist nur möglich, wenn wir dialogisch in der Dreieckssituation arbeiten. Mit Hilfe von Pflegebündnissen und Vereinbarungen können wir dem Ausdruck geben (Triolog).

Angehörigenorientierung arbeitet mit einem Leitbild, das Pflege als einen komplexen Handlungs- und Problemlösungsprozess zwischen Menschen versteht, an dem Personen und Systeme in ihren jeweiligen Umwelten zusammenwirken, sich miteinander nach abgesprochenen Zielsetzungen vereinbaren und Ergebnisse überprüfen. Dieses Verständnis ist Standard der Fachpflege im ambulanten und stationären Bereich. Es ist einleuchtend und wird den komplexen Arbeitsschritten in der Praxis eher gerecht als die herkömmliche Funktionspflege. Es macht sichtbar, dass Pflege ein wechselseitiges und soziales Geschehen ist und nicht nur einseitige Behandlung durch eine Fachkraft.

- *„Versuchen wir, uns die Geschichte und Eigentümlichkeiten der einzelnen Familien zu erschließen.“*

„Rechnen wir mit der Macht und der Eigenheit der Familie“. Familien und Häuslichkeit stellen eigene Lebenswelten dar. Sie erschließen sich uns nicht, ohne dass wir uns ihnen zuwenden und sie studieren. Wenn wir Hilfe als Unterstützungsprozess organisieren, brauchen wir Netzwerkorientierung und Partnerschaft als Grundlage in der Zusammenarbeit mit Angehörigen.

Wir betrachten und behandeln pflegende Töchter und Söhne nicht länger wie nachgeordnete PflegemitarbeiterInnen. Sie sind nicht Teil des Berufssystems Altenpflege. Die Differenz dieser beiden Handlungssysteme ist zwingend. Wir selber

können uns nicht dieser Gesetzmäßigkeit entziehen, wenn wir als Familienmitglieder gefordert werden.

Netzwerkorientierung besagt, dass Menschen, als Angehörige in ihrem System anders handeln dürfen. Ja sie müssen es sogar, weil sie ihrer lebensweltlichen Orientierung folgen. Erst wenn wir verstehen, inwiefern eine Angehörige in ihrem System anders handeln muss, können wir nach einer gemeinsamen Problemlösung suchen, anstatt an der Differenz zu scheitern. Wir begreifen Pflege aus dem Blickwinkel verschiedener Rollen und Systeme. Dann erst erschließt sich die Bedeutung von familiären Netzwerken in ihrem Eigenwert.

- *„Ermutigen wir die Pflegenden zur Selbstpflege?“*

Innere und äußere Autonomie ermutigen: Räumliche Nähe, mangelnde Bewegungsfreiheit und abhängige Beziehungsmuster schaffen für Pflegende ein Milieu, in dem Grenzen zwischen sich und dem Gepflegten verschwimmen und sie sich schwer aus der Identifikation mit dem Gepflegten lösen können. Alle Reize, die für Durchlüftung sorgen, Menschen, Ereignisse, Themen und Aktivitäten können den Realitätsbezug stärken. Räumliche und zeitliche Nischen müssen angeregt werden. Es gilt, Kontaktmöglichkeiten, die wenig Aufwand erfordern, zu inszenieren und Möglichkeiten der inneren Distanzierung anzuregen (Autogenes Training, Entspannungsübungen, Meditation).

- *„Stärken wir das Selbstvertrauen des Pflegenden?“*

Altenpflege ist Pflege auf den Tod hin und oftmals im Erleben der Pflegenden risikoreich und unvorhersehbar. Pflegen heißt deshalb wiederholt, Hilflosigkeit und die Vergeblichkeit des eigenen Tuns zu erfahren und zu verarbeiten, Kränkung und Selbstzweifel, Wut und Trauer sind angemessene emotionale Antworten auf solch Erfahrungen. Sie belasten das psychische Gleichgewicht und sind oft Motive für psychischen und sozialen Rückzug oder unkontrollierte, irrationale Verhaltensweisen. Sie bilden jene oft so unüberwindlich erscheinende Mauer, die Pflegende für Dritte unerreichbar, „schwierig“, „störend“ „abwesend“ wirken lässt.

Auf diese inneren Prozesse können wir uns einstellen und sie durchschauen. Das hilft, sie weder persönlich zu nehmen, noch zu verleugnen. Nur dann können wir Pflegenden mit Akzeptanz und Respekt begegnen. Wir eröffnen damit uns selber und den Angehörigen die Möglichkeit, den Wert der Sorgearbeit in ihrer gesellschaftlichen und lebensbiografischen Bedeutung für alle Bürgerinnen und Bürger entwickeln zu müssen. Wir müssen aber genauso klare Überzeugungen entwickeln für die Grenzen der Belastbarkeit und Zumutbarkeit aller Beteiligten und diese auch im Prozess markieren.

In der englischen Sprache wird diese Haltung als „inspired advocacy“ beschrieben. Damit ist gemeint, parteiisch zu sein, zu schauen, dass der Pflegende zu dem kommt, was ihm als Beitrag und Aufgabe vorschwebt – bereichert um jene Ressourcen, die wir sehen und mobilisieren können in der gegenwärtigen Lebenssituation mit dem Pflegenden.

7. Abschließendes Fazit und Empfehlungen

In den einzelnen Kapiteln wurden bereits detaillierte Fazits gezogen. Deshalb sollen hier lediglich schlaglichtartig noch einmal diejenigen Bedarfe/Aufgabenstellungen genannt werden, die dort nicht erwähnt wurden und jenseits der bekannten, gesamtgesellschaftlichen Sachverhalte liegen, wie

- die demografische Entwicklung
- der spezielle Handlungsbedarf für einzelne Personengruppen
- die Feminisierung
- die Singularisierung
- die Isolation im Alter
- Hochaltrigkeit und Multimorbidität, die eine weitere Herausforderung darstellen
- die hinsichtlich ihrer Ressourcen noch nicht hinreichend entwickelten sozialen und informellen Netzwerke
- die Formulierung eines sozialpolitischen und seniorenpolitischen Leitbilds zu den anstehenden Entwicklungen

- die Analyse der Finanzierung der Unterstützungsmaßnahmen hinsichtlich der jeweiligen Wirkung und vor allem hinsichtlich der systemischen und netzwerkorientierten Gesamtwirkung

Insbesondere in den ersten Kapiteln wurde die Notwendigkeit dargelegt, **dass ein präventiv wirkendes Netzwerk im Rahmen der so genannten offenen Altenhilfe entwickelt werden muss.**

Ein erster Schritt im Rahmen präventiver Maßnahmen ist eine **öffentlichkeitswirksame Informations- und Aufklärungskampagne zum Thema „erfolgreich Älterwerden“.**

Ferner muss der Focus gegenwärtiger und künftiger Altersplanung insbesondere auf die fragilste Versorgungssituation von älter werdenden und alten Menschen gerichtet sein, die dann eintritt, wenn ältere, allein stehende Menschen mit (und ohne) multipler Problemlage nach einer plötzlichen, schwer wiegenden gesundheitlichen Krise ins Krankenhaus kommen. Denn hier stellt sich das Krankenhaus zum Teil noch als ein Ort fragmentierter Versorgung dar.

Es müssten infolgedessen vorrangig im Rahmen der Altersplanung **Wege gefunden werden, die maßgeblich und verbindlich dazu beitragen, Brüche und Defizite in der Weiterversorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.**

Des Weiteren muss der Bedarf an **informellen Unterstützungsstrukturen** (Familie und Bürgerengagement) **professionell zur Entfaltung gebracht werden**, was sinnvollerweise nicht ohne einen partizipativen und gemeinwesenbezogenen Ansatz möglich ist. Vorhandene punktuelle Ansätze sind hinsichtlich ihrer Wirkung zu analysieren und ggf. zu verallgemeinern.

Wohnraumberatung und die Entwicklung von hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen sind ein wichtiger Schritt zur Realisierung des guten

Ansatzes „ambulant vor stationär“. Allerdings besteht auch hier kein ausreichendes **Angebot**.

Altenwohnanlagen sind bezüglich ihrer sozialräumlichen Verdichtung von Problemlagen differenziert zu betrachten und entsprechende Betreuungsleistungen entsprechend zu entwickeln. Pauschale Betreuungsverträge sind kritisch zu bewerten.

Personen mit erhöhtem Risiko bedürfen eines flächendeckenden Hilfesystems. Die derzeitig vorhandenen Ansätze und Einzelprojekte müssen in der Zukunft zu einem aufeinander abgestimmten **Gesamtsystem** entwickelt werden.

Für die Zukunft gilt, dass **neu- oder umgebaute Wohnungen städtischer Gesellschaften baulich so beschaffen** sein müssen, **dass auch hochbetagte, gebrechliche oder chronisch krank gewordene Mieter weiter darin wohnen können** und nicht aufgrund von Barrieren zum Wohnungswechsel gezwungen werden.

100.000-Aufzüge-Programm

Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe ist während ihrer Erörterungen ganz besonders deutlich geworden, dass der Schlüssel zu einer altersgerechten Stadt der **barrierefreie Wohnungszugang** ihrer alt gewordenen Einwohnerinnen und Einwohner ist. Sie bitten die Mitglieder der in der Stadtverordnetenversammlung vertretenen demokratischen Parteien, sich in ihren Parteien für ein bundesweites **Investitionsprogramm zur nachträglichen Umrüstung älterer Mehrfamilienhäuser mit Aufzügen** einzusetzen.

8. Tabellen-/Grafikverzeichnis des Textteils

Tabellen- /-Grafik-Nr.	Bezeichnung	Seite
S1	Leitbild als Zielhierarchie für Versorgungsstruktur und Arbeitsweise/Methodik	2
T1	Wohnen im Alter	9
T2	Wohnen im Alter	9
G1	Haushaltsstruktur nach Geschlecht und Altersgruppen	11
T3	Wohnungsausstattungsmerkmale von Altenhaushalten 1978 in Deutschland	12
T4	Antworten zur Frage A.3 der Repräsentativbefragung	150
T5	Antworten zur Frage A.5-2 der Repräsentativbefragung	151

9. Literatur-/Quellenverzeichnis

Zu Kapitel 2: „Wohnen im Alter“

- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt a. M. 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003

Zu Kapitel 4: „Alternative Wohnformen für Risikogruppen

bei älteren Menschen“

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2001
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen, Berlin 2003
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2002
- Institut für Sozialarbeit e.V., Jahresbericht 2004, Frankfurt a. M. 2004
- Institut für Soziale Infrastruktur, Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main, erstellt im Auftrag des Instituts für Sozialarbeit e.V., Frankfurt am Main, Januar 2000
- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Frankfurt a. M. 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt a. M. 2003

- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003

Zu Kapitel 5: „Unterstützte Wohnformen“

- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), Betreutes Wohnen im Alter – Fachliche, bauliche und rechtliche Anforderungen an Wohnanlagen des betreuten Wohnens in Hessen, Wiesbaden September 2002, S. 4
- Cirkel, M., Hilbert, J., Schalk, C., Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – Expertise, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen 2004
- Brech, J., Wir werden immer älter – sind die richtigen Fragen schon gestellt, in: Neues Wohnen fürs Alter, Frankfurt a. M. 2004
- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Frankfurt a. M. 2003
- Dr. Weinkopf, C., Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere – Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung – Institut Arbeit und Technik/Wissenschaftszentrum NRW, Gelsenkirchen 2005
- Dr. Wojnar, J., Folgen sozialer Isolation bei älteren Menschen – Hilfen durch spezifische Betreuung
- Förderrichtlinien zur Umsetzung des Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung – § 734 aus der 39. Sitzung vom 14.12.2000
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) 2002; 50plus 2002, Band I (Bericht) und II (Anhang), Nürnberg 2002
- Kohli, M., Künemund, H., Der Alters-Survey: Die zweite Lebenshälfte im Spiegel repräsentativer Daten, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung: Das Parlament, B 20/2003
- Narten, R., Vermeidung von Leerständen durch besondere Wohn- und Serviceangebote für ältere Menschen, in: Die Wohnungswirtschaft (Ausg. 12, 2004)
- Sozialnetz Hessen, Wohnen in jedem Alter (www.sozialnetz-hessen.de/wohnen)

- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt a. M. 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003
- Vereinbarung zwischen dem Hessischen Sozialministerium und dem Hessischen Landkreistag, dem Hessischen Städtetag und dem Landeswohlfahrtsverband Hessen über die Zuständigkeit, die Finanzierung und den landesweit gleichmäßigen Ausbau von Angeboten im Bereich des „betreuten Wohnens für behinderte Menschen“ im Lande Hessen bis zum 31. Dezember 2008 vom 17.12.2003
- Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main – Bestandsaufnahme und Diskussion von Zukunftsperspektiven unter besonderer Berücksichtigung von älteren Menschen mit geringem Einkommen, Institut für Soziale Infrastruktur, Frankfurt a. M. 2000

Zu Kapitel 5.6: „Residenzen“

- GDA GmbH, Hrsg., Die Zukunft gestalten, das Leben genießen, Wohnstift Frankfurt am Zoo, Frankfurt a. M.

Zu Kapitel 6.1: „Prinzipien der Unterstützung“

- Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, 14. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004
- Dr. Hummel, Konrad, Bürgerschaftliches Engagement und die Dialektik seiner Förderung, Stuttgart 2002
- Dt. Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980
- Frenzel-Altmann. U.: Aspekte psychosozialer Beratung alter Menschen: Geringe Hilfeakzeptanz – ein Kommunikationsproblem? In: Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V. empirica (Hrsg.): Neue Wege in der Betreuung älterer und behinderter Menschen – Chancen für eine qualitative Verbesserung der Versorgung in der häuslichen Umgebung. Empirica: Bonn, Frankfurt a. M. 1995

- Justus-Liebig-Universität, Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche. Gießen 2002
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Persönliche Assistenzdienste für Senioren und Behinderte – Bedarf und erforderliche Rahmenbedingungen, Düsseldorf. 1997
- Nittel, Dieter, Qualitative Analysen von Personen der Risikogruppe und von Interventionsmustern in: Modellprojekt „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen“, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Band 259, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln 1990
- Prof. Dr. Karl, Fred, Aktenanalyse „Konzeptionsdiskussion der Altentagesstätte Quellhöfe“. Unveröffentlichte Arbeitsmaterialien des Projekts „Zugehende Beratung“. Gesamthochschule Kassel 1985
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003
- Wenniger, Gerd, Lexikon der Psychologie A bis E, Bd. 1. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg-Berlin, 2000
- Das Altern der Gesellschaft und neue Dienstleistungen für Ältere. MittAB 4/99
- Charta für eine kultursensible Altenpflege – ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung, Dokumentation der Fachpolitischen Fachtagung vom 21.11.2000 in Berlin

Zu Kapitel 6.2: „Informelle familiäre Unterstützung“

- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt a. M. 2003

- Prof. Dr. Karl, Fred, Vortrag „Wertewandel und alternde Gesellschaft – Konsequenzen für die kommunale Altenpolitik“. Gehalten auf der Fachveranstaltung „Altersplanung im Spannungsfeld zwischen Daseinsfürsorge und individueller Verantwortung“ am 08.10.2003 in Frankfurt am Main
- Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, 2003. „Bericht Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels“. Repräsentative Befragung von AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung in Hamburg, Zusammenfassung, Hamburg 2003

Zu Kapitel 6.3: „Semiprofessionelle Unterstützung“

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2002
- Die Verbände der Pflegekassen in Hessen, Liste vom 03.02.2005
- Förderrichtlinien (...) Sofortprogramm (...) ambulante Altenpflege“ vom 01.06.2001; zuletzt verlängert im Dezember 2004
- Frankfurter Rundschau, 11.05.2005
- Prof. Dr. Karl, Fred, Aktenanalyse „Konzeptionsdiskussion der Altentagesstätte Quellhöfe“. Unveröffentlichte Arbeitsmaterialien des Projekts „Zugehende Beratung“. Gesamthochschule Kassel 1985
Vortrag „Wertewandel und alternde Gesellschaft – Konsequenzen für die kommunale Altenpolitik“ am 8.10.2003 in Frankfurt am Main. Manuskript S. 17 (www.aelterwerden-in-frankfurt.de)
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, eigene Berechnung, Stand 20.12.2004, Ausgewählte Daten für Leistungsempfänger/-innen in Frankfurt am Main 1999, 2001, 2003, Tabelle Leistungsempfänger (2), Quelle: Hess. Statistisches Landesamt Wiesbaden, Die Pflegeeinrichtungen in Hessen, Ergebnisse der SGB XI-Pflegestatistiken für 1999, 2001, 2003), Frankfurt am Main 2004

- Statistisches Bundesamt, 3. Bericht: Pflegestatistik 2003, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste, Bonn, Mai 2003
- Süddeutsche Zeitung, Magazin, 12. November 2004
- Zeitschrift „Pro Alter“, Heft 2/ 2005, Kuratorium deutsche Altershilfe, 2005

Zu Kapitel 6.4: „Professionelle Unterstützung der Betroffenen“

- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003

10. Anhang

Anhang Nr. 10.1:

Auszug aus SGB XI

§ 40 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

[...]

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

Anhang Nr.10.2

Ausgewählte Ergebnisse der repräsentativen Telefonbefragung im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt a. M.¹

Die repräsentative Telefonbefragung "Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main" führte das Dezernat Soziales und Jugend (Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung) in Zusammenarbeit mit der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, und der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, im Herbst 2003 durch.

Eine explorative Fragebogenaktion "Frankfurt 50+, Explorative schriftliche Fragebogenaktion 2004, Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main" führte das Dezernat Soziales und Jugend (Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung) in Zusammenarbeit mit der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, und Firma EDV- und andere Dienstleistungen, Joachim Ritter, Frankfurt am Main, im Frühjahr 2004 durch. Im Gegensatz zur Repräsentativbefragung war die explorative - untersuchende - Fragebogenaktion nicht repräsentativ, aber zur Ergänzung, Abrundung, "Unterfütterung" der Repräsentativbefragung konzipiert und als aktivierender Impuls gedacht. Ergebnisse daraus sind direkt im Teilbericht II wiedergegeben.

Die Repräsentativbefragung lieferte 1011 auswertbare Interviews, die Explorativbefragung insgesamt 1453 auswertbare Fragebogen.

¹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt a. M. 2005/2006
© Team 51.F11, Jugendhilfe- und Sozialplanung des Jugend- und Sozialamtes Frankfurt am Main
Nachdruck und Verwendung der Daten nur mit vollständiger Quellenangabe, Frankfurt am Main, 2004/2006

Auswertungsergebnisse / Tabellenteil

Offene Frage P.1 (Repräsentativbefragung):

Wenn Sie das Wort "Altenpflegeheim" hören, welche Begriffe fallen Ihnen dazu als erstes ein?

Bitte nennen Sie uns drei Begriffe!

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 2042 Antworten (mögliche Antworten: 3033)

n = 2042 Antworten = 100 %

Kategorien	Anzahl der Antworten	Prozent der Antworten
positive Assoziationen	211	10,3%
negative Assoziationen	1301	63,7%
neutrale Assoziationen	477	23,4%
unter bestimmten Bedingungen positiv zu werten	53	2,6%
Summe	2042	100,0%

Auszug aus den vielfältigen Antworten zur o. g. Frage

Negative Assoziationen

Vereinsamung/Einsamkeit	9,89 %
(zu) teuer	9,59 %
zu wenig Pflegepersonal	9,30 %
möchte selbst nicht dort hin	7,42 %
zu wenig Zeit /Zuwendung	5,84 %
letzte Station/warten auf dem Tod	3,36 %
traurig/deprimierend	3,36 %
Mehrbettzimmer	2,57 %
Hilflosigkeit	2,37 %
Überfordertes/überlastetes Personal	2,18 %

Positive Negative Assoziationen

gute Betreuung/Versorgung	3,36 %
---------------------------	--------

Geschlossene Frage W.14 (Repräsentativbefragung):

Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer jetzigen Wohnung? Seit ____ Jahren

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten

(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
seit bis zu 5 Jahren	12,3 %
seit 6 bis 10 Jahren	10,1 %
seit 11 bis 20 Jahren	21,9 %
seit mehr als 20 Jahren	55,7 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage W.15 (Repräsentativbefragung):

Denken Sie an einen Umzug? Nein / ja?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten	Anzahl der Antworten
nein	86,6 %	876
ja	13,4 %	135
Summe	100,0 %	1011

Geschlossene Frage W.4 (Repräsentativbefragung):

Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung (außer Küche und Bad)

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
1 - 1,5 Zimmer	3,4 %
2 - 2,5 Zimmer	26,2 %
3 - 3,5 Zimmer	39,5 %
4 - 4,5 Zimmer	17,0 %
5 Zimmer	7,8 %
6 und mehr Zimmer	6,0 %
Summe	99,9 %

Geschlossene Frage W.5 (Repräsentativbefragung):

Hat die Wohnung ein eigenes Badezimmer mit Badewanne oder Dusche?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
nein	0,6 %
ja, Dusche	10,4 %
ja, Badewanne	56,6 %
ja, beides	32,4 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage W.7 (Repräsentativbefragung):

Wohnen Sie in einer Wohnung oder in einem Einfamilienhaus?

Ergebnis: Von 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
Wohnung	77,9 %
Einfamilienhaus	22,1 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage W.8 (Repräsentativbefragung):

In welchem Stockwerk liegt Ihre Wohnung?

Ergebnis: Von 1011 Befragten wohnen 784 nicht in einem Einfamilienhaus.
Diese bilden die Prozentuierungsbasis
(n = 784 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
Erdgeschoss	27,0 %
Souterrain, Untergeschoss, Keller	0,5 %
1. Obergeschoss	27,9 %
2. Obergeschoss	17,9 %
3. Obergeschoss	14,2 %
4. Obergeschoss	5,9 %
5. Obergeschoss	2,4 %
6. Obergeschoss und darüber	4,2 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage W.9 (Repräsentativbefragung):

Hat das Haus einen Aufzug

Kategorien	Prozent der Antworten
ja	27,4 %
nein	72,6 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage W.13 (Repräsentativbefragung):
Wir lange wohnen Sie schon in Frankfurt?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
seit bis zu 5 Jahren	2,7 %
seit 6 bis 10 Jahren	1,6%
seit 11 bis 20 Jahren	6,1 %
seit mehr als 20 Jahren	65,0 %
seit meiner Geburt	24,7 %
Summe	100,10 %

Geschlossene Frage W.16 (Repräsentativbefragung):
Wenn Sie umziehen, wollen Sie dann innerhalb ihres Stadtteils umziehen, innerhalb von Frankfurt umziehen, innerhalb des Rhein-Main-Gebietes umziehen oder wollen Sie woanders hin ziehen?

Ergebnis: Von 1011 Befragten, denken 135 an einen Umzug
(n = 135 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
innerhalb meines Stadtteils	29,0 %
innerhalb von Frankfurt	31,3 %
innerhalb des Rhein-Main-Gebietes	8,4 %
woanders hin	23,7 %
egal, kommt darauf an, der Ort ist nicht so wichtig, es kommt auf die Wohnung und den Preis an	7,6 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage W.18 (Repräsentativbefragung):
Wie wichtig ist Ihnen bei der Wahl einer neuen Wohnung, dass diese im Hinblick auf die Ausstattung und die Zugänglichkeit für ältere Menschen geeignet ist? Wäre das ein besonders wichtiger Gesichtspunkt, nur einer von mehreren Gesichtspunkten oder ist Ihnen das egal?

Ergebnis: Von 1011 Befragten, denken 135 an einen Umzug
(n = 135 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
die Eignung der Wohnung für ältere Menschen wäre ein besonders wichtiger Gesichtspunkt	51,5 %
die Eignung der Wohnung für ältere Menschen wäre nur einer von mehreren Gesichtspunkten	27,6 %
egal	20,9 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage W.17 (Repräsentativbefragung):

Was sind die Gründe dafür, dass Sie an einen Umzug denken. Ich lese Ihnen jetzt einige Aussagen vor. Bitte sagen Sie mir zu jeder Aussage, ob diese auf Sie persönlich zutrifft oder nicht!

Mehrfachnennungen möglich

Meine jetzige Wohnung gefällt mir nicht / meine jetzige Wohnung ist für das Alter nicht geeignet / die Umgebung meiner jetzigen Wohnung gefällt mir nicht / die Nachbarschaft gefällt mir nicht / ich möchte zu meinen Kindern bzw. in die Nähe meiner Kinder ziehen / ich möchte in die Nähe von anderen Verwandten oder Freunden ziehen / ich möchte zurück in meine Heimat ziehen / ich möchte ins Ausland ziehen / ich möchte aus der Großstadt wegziehen / ich hätte gerne eine größere Wohnung / ich hätte gern eine kleinere Wohnung / ich möchte von den Leuten, mit denen ich zusammenwohne, wegziehen / meine jetzige Wohnung ist mir zu teuer / ich fürchte, dass mir meine jetzige Wohnung irgendwann gekündigt wird / ich möchte eine Wohnung / ein Haus kaufen / ich möchte in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen

Ergebnis: Von 1011 Befragten, denken 135 an einen Umzug
(n = 135 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
meine jetzige Wohnung gefällt mir nicht	11,9 %
meine jetzige Wohnung ist für das Alter nicht geeignet	30,3 %
die Umgebung meiner jetzigen Wohnung gefällt mir nicht	20,7 %
die Nachbarschaft gefällt mir nicht	18,0 %
ich möchte zu meinen Kindern bzw. in die Nähe meiner Kinder ziehen	13,3 %
ich möchte in die Nähe von anderen Verwandten oder Freunden ziehen	25,9 %
ich möchte zurück in meine Heimat ziehen	12,0 %
ich möchte ins Ausland ziehen	12,4 %
ich möchte aus der Großstadt wegziehen	16,7 %
ich hätte gerne eine größere Wohnung	25,9 %
ich hätte gern eine kleinere Wohnung	47,0 %
ich möchte von den Leuten, mit denen ich zusammenwohne, wegziehen	9,6 %
meine jetzige Wohnung ist mir zu teuer	29,6 %
ich fürchte, dass mir meine jetzige Wohnung irgendwann gekündigt wird	9,1 %
ich möchte eine Wohnung / ein Haus kaufen	21,4 %
ich möchte in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen	34,6 %

Geschlossene Frage W.19 (Repräsentativbefragung):

In den letzten Jahren haben sich in Frankfurt eine Reihe von Gruppen und Initiativen gebildet, die gemeinschaftliche Wohnformen für ältere Menschen entwickeln, also z.B. Hausgemeinschaften, in denen jede Partei eine kleine Wohnung hat, in denen es aber auch gemeinschaftliche Einrichtungen gibt. Wie ist das bei Ihnen. Käme eine solche gemeinschaftliche Wohnform für Sie persönlich in Frage?

Nein, das kommt für mich nicht in Frage / das kommt für mich unter Umständen in Frage, hängt von den Bedingungen ab / ja, das kommt für mich auf jeden Fall in Frage

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
nein, das kommt für mich nicht in Frage	35,5 %
das kommt für mich unter Umständen in Frage, hängt von den Bedingungen ab	49,7 %
ja, das kommt für mich auf jeden Fall in Frage	14,8 %
Summe	100,0%

Geschlossene Frage W.21 (Repräsentativbefragung):

Wir haben hier eine Reihe von Aussagen zu Ihrer Wohnumgebung zusammengestellt. Bitte sagen Sie mir zu jeder dieser Aussagen, ob diese auf Sie persönlich voll und ganz zutrifft, eher zutrifft, eher nicht zutrifft oder überhaupt nicht zutrifft. Mehrfachnennungen möglich

Ergebnis: 1011 Befragte.

Kategorien	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
	% der Antworten	% der Antworten	% der Antworten	% der Antworten
es gibt attraktive Parks oder Grünanlagen in der Nähe	71,8 %	15,2 %	7,9 %	5,2 %
es gibt in meiner Wohnumgebung viele Stellen, die schmutzig oder schmutzdelig aussehen	12,6 %	15,4 %	30,7 %	41,3 %
die Wohnlage ist ruhig	52,9 %	23,5 %	14,0 %	9,7 %
für den täglichen Bedarf gibt es in der Nähe genügend Einkaufsmöglichkeiten	65,8 %	15,4 %	11,5 %	7,2 %
es gibt in der Nähe die wichtigsten Dienstleistungsangebote (Bank, Friseur, Reinigung usw.)	65,5 %	19,5 %	10,0 %	5,0 %
es gibt nette Gaststätten und Cafés in der Nähe	43,0 %	24,3 %	21,8 %	10,9 %
ein Briefkasten oder ein Postamt ist gut zu erreichen	53,7 %	22,0 %	15,6 %	8,7 %
es gibt in der Nachbarschaft Leute, die mir nicht so angenehm sind	13,4 %	15,8 %	26,8 %	44,0 %
mein Hausarzt ist gut zu erreichen	70,5 %	17,8 %	7,0 %	4,7 %
meine Wohnung ist gut an öffentliche Verkehrsmittel angebunden	76,9 %	16,7 %	4,7 %	1,8 %
ich fühle mich in meiner Wohnumgebung sicher	67,5 %	23,6 %	6,5 %	2,4 %
ich gehe bei Dunkelheit nicht mehr gerne auf die Straße	25,6 %	16,4 %	20,8 %	37,1 %
der Autoverkehr in meiner Wohnumgebung ist eine Belastung	14,1 %	13,6 %	29,3 %	43,1 %
ich habe Angst davor, dass in meine Wohnung eingebrochen werden könnte	19,0 %	13,6 %	29,3 %	43,1 %
auf der Straße oder in den Geschäften in der Umgebung meiner Wohnung treffe ich Leute, die ich kenne und mit denen ich ein paar Worte wechseln kann	67,4 %	20,5 %	8,9 %	3,2 %

Geschlossene Frage S.1 (Repräsentativbefragung):

Nun eine Frage, die sich auf Ihre Kontakte zu anderen Menschen bezieht. Bitte sagen Sie wieder zu jeder Aussage, ob diese für Sie persönlich voll und ganz zutrifft, eher zutrifft, eher nicht zutrifft oder überhaupt nicht zutrifft

Mehrfachnennungen möglich

Ergebnis: 1011 Befragte.

Kategorien	trifft voll und ganz zu % der Antworten	trifft eher zu % der Antworten	trifft eher nicht zu % der Antworten	trifft überhaupt nicht zu % der Antworten	keine Kinder / kein Partner / keine Enkel % der Antworten
Ich habe jemanden in der Nähe, an den ich mich jederzeit wenden kann, wenn ich Rat oder Hilfe brauche	73,6 %	12,6 %	7,8 %	6,0 %	
Wenn ich Rat oder Hilfe brauche, sind meine Kinder für mich da	55,0 %	10,8 %	5,2 %	5,2 %	23,6 %
Wenn ich Rat oder Hilfe brauche, ist mein Partner / meine Partnerin für mich da	55,6 %	3,1 %	1,9 %	3,3 %	36,2 %
ich habe einen großen Freundes- und Bekanntenkreis	48,5 %	24,5 %	19,5 %	7,5 %	
ich lerne immer wieder einmal neue Menschen kennen, die meinen Bekanntenkreis bereichern	41,1 %	27,0 %	20,6 %	11,3 %	
ich halte per E-Mail Kontakt zu Angehörigen und Freunden	22,0 %	8,7 %	8,7 %	60,6 %	
ich habe Nachbarn, die ich auch einmal um eine Gefälligkeit bitten kann	71,0 %	18,7 %	4,7 %	5,6 %	
ich bin in einem Verein, Club oder einer Gruppe aktiv	37,0 %	9,1 %	6,4 %	47,4 %	
ich bin in einer Partei, einer Gewerkschaft, einem Verband oder einem Gremium aktiv	6,4 %	4,2 %	6,1 %	83,3 %	
ich bin in einem Wohlfahrtsverband bzw. Sozialverband aktiv	7,6 %	5,4 %	6,4 %	80,5 %	
<i>Fortsetzung siehe nächste Seite...</i>					

Fortsetzung Auswertung der geschlossenen Frage S.1 (Repräsentativbefragung):

Kategorien	trifft voll und ganz zu % der Antworten	trifft eher zu % der Antworten	trifft eher nicht zu % der Antworten	trifft überhaupt nicht zu % der Antworten	keine Kinder / kein Partner / keine Enkel % der Antworten
ich bin in meiner Glaubensgemeinschaft / meiner Kirchengemeinde eingebunden	24,4 %	12,1 %	9,9 %	53,7 %	
ich bin in einer Seniorenorganisation oder Senioreninitiative aktiv	4,2 %	2,4 %	5,9 %	87,5 %	
ich engagiere mich ehrenamtlich	18,4 %	8,1 %	5,8 %	67,6 %	
ich engagiere mich aktiv für die Belange älterer Menschen	9,1 %	9,9 %	12,9 %	68,1 %	
ich habe noch freie Zeit und Energie für zusätzliche interessante Tätigkeiten	18,7 %	17,9 %	19,8 %	43,6 %	
es gibt Menschen, die mich brauchen	65,3 %	21,8 %	6,6 %	6,2 %	
ich habe jederzeit jemanden, den ich ansprechen kann, wenn ich gemeinsam mit anderen etwas unternehmen möchte	65,7 %	20,4 %	8,5 %	5,4 %	
ich fühle mich manchmal einsam	8,4 %	11,7 %	16,2 %	63,7 %	
es ist nicht leicht, Menschen kennen zu lernen, mit denen man sich gut versteht	28,0 %	26,2 %	21,7 %	21,4 %	
ich lege keinen großen Wert auf Kontakt zu anderen Menschen	5,1 %	9,1 %	21,7 %	64,1 %	
ich bin viel in meinem Stadtteil unterwegs	40,7 %	27,3 %	18,8 %	13,2 %	
ich halte durch Briefwechsel Kontakt zu Angehörigen und Freunden	29,0 %	15,4 %	17,8 %	37,7 %	
ich verlasse meine Wohnung nur, wenn es sein muss	8,8 %	5,5 %	14,7 %	71,1 %	
<i>Fortsetzung siehe nächste Seite...</i>					

Fortsetzung Auswertung der geschlossenen Frage S.1 (Repräsentativbefragung):

Kategorien	trifft voll und ganz zu % der Antworten	trifft eher zu % der Antworten	trifft eher nicht zu % der Antworten	trifft überhaupt nicht zu % der Antworten	keine Kinder / kein Partner / keine Enkel % der Antworten
ich telefoniere oft mit Freunden, Bekannten oder Familienangehörigen	73,5 %	17,7 %	5,3 %	3,5 %	
ich treffe mich oft mit Freunden, Bekannten oder Familienangehörigen	59,8 %	23,6 %	11,9 %	4,7 %	
ich weiß gut darüber Bescheid, welche Veranstaltungen und Aktivitäten es in meinem Stadtteil gibt	43,0 %	23,3 %	20,2 %	13,5 %	
ich habe ältere Angehörige, um die ich mich kümmere	26,2 %	9,0 %	8,5 %	56,3 %	
ich habe Angehörige oder Freunde, die in einem Altenpflegeheim leben	14,2 %	5,6 %	5,9 %	74,2 %	
ich habe einen Arzt, dem ich vertraue	79,4 %	12,7 %	3,1 %	4,8 %	
ich betreue von Zeit zu Zeit meine Enkel	24,8 %	5,5 %	5,8 %	15,5 %	48,3 %
ich unterstütze Angehörige (Kinder, Enkel) oder Freunde finanziell	30,8 %	18,7 %	8,7 %	41,7 %	

Geschlossene Frage P.2 (Repräsentativbefragung):

Es ist ja nicht auszuschließen, dass Sie später einmal pflegebedürftig werden. Wie ist das bei Ihnen. Rechnen Sie damit, dass Sie von Ihren Angehörigen gepflegt werden würden? Würden Sie sagen, dass Sie wahrscheinlich von Angehörigen gepflegt werden würden oder dass Sie wahrscheinlich nicht von Angehörigen gepflegt werden würden?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
ich würde wahrscheinlich gepflegt werden	35,0 %
ich würde wahrscheinlich nicht gepflegt werden	49,5 %
ich habe keine Angehörigen (mehr)	7,7 %
ich weiss es nicht	7,8 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage A.6 (Repräsentativbefragung):

Kennen Sie Angebote zur Begleitung schwerkranker Menschen (z.B. Hospizgruppen) in Frankfurt?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
ja	28,6 %
nein	71,4 %
Summe	100,0 %

Geschlossene Frage A.8 (Repräsentativbefragung):

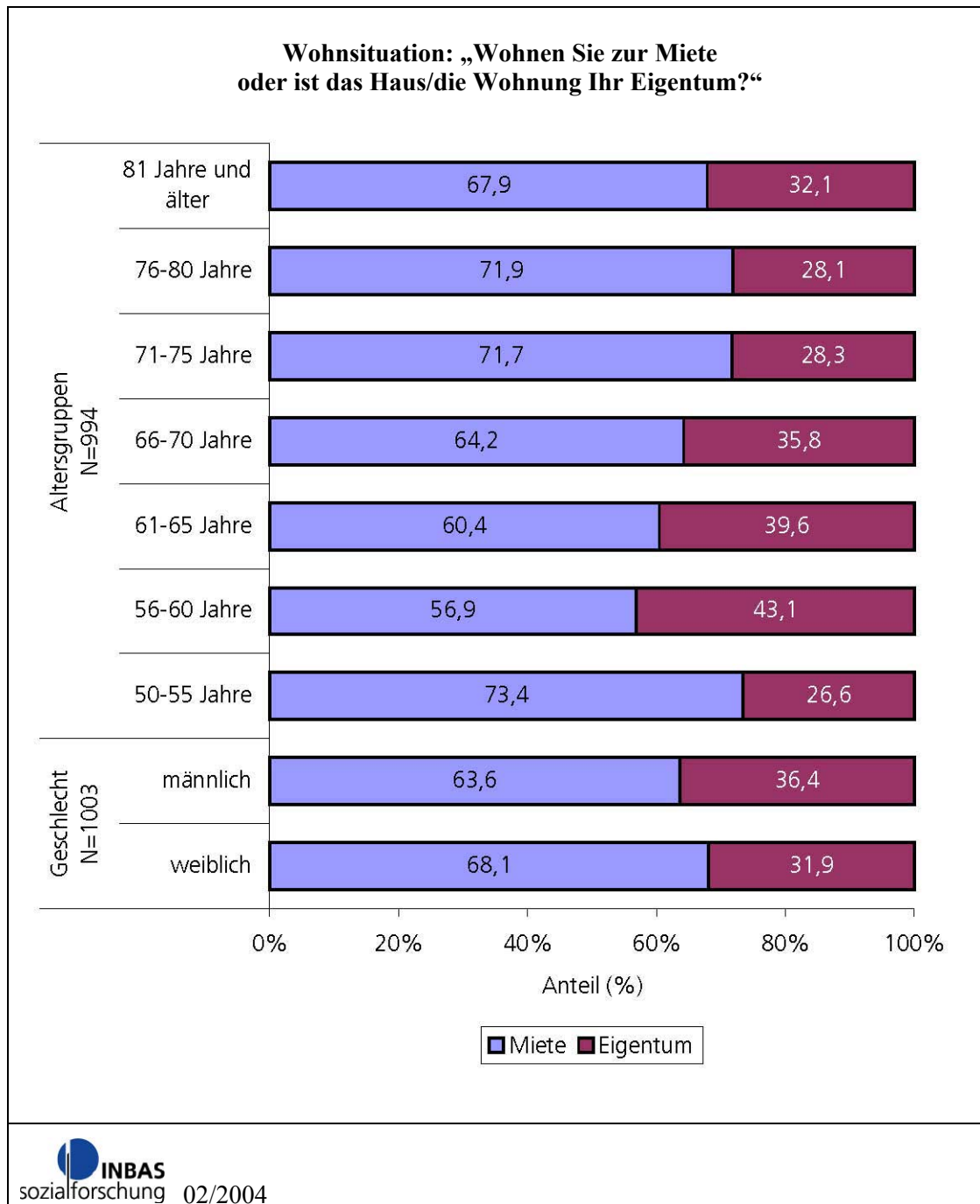
Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie ein solches Angebot im Falle einer schweren Erkrankung in Anspruch nehmen würden?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
ja	84,5 %
nein	8,7 %
weiß ich nicht	6,8 %
Summe	100,0 %

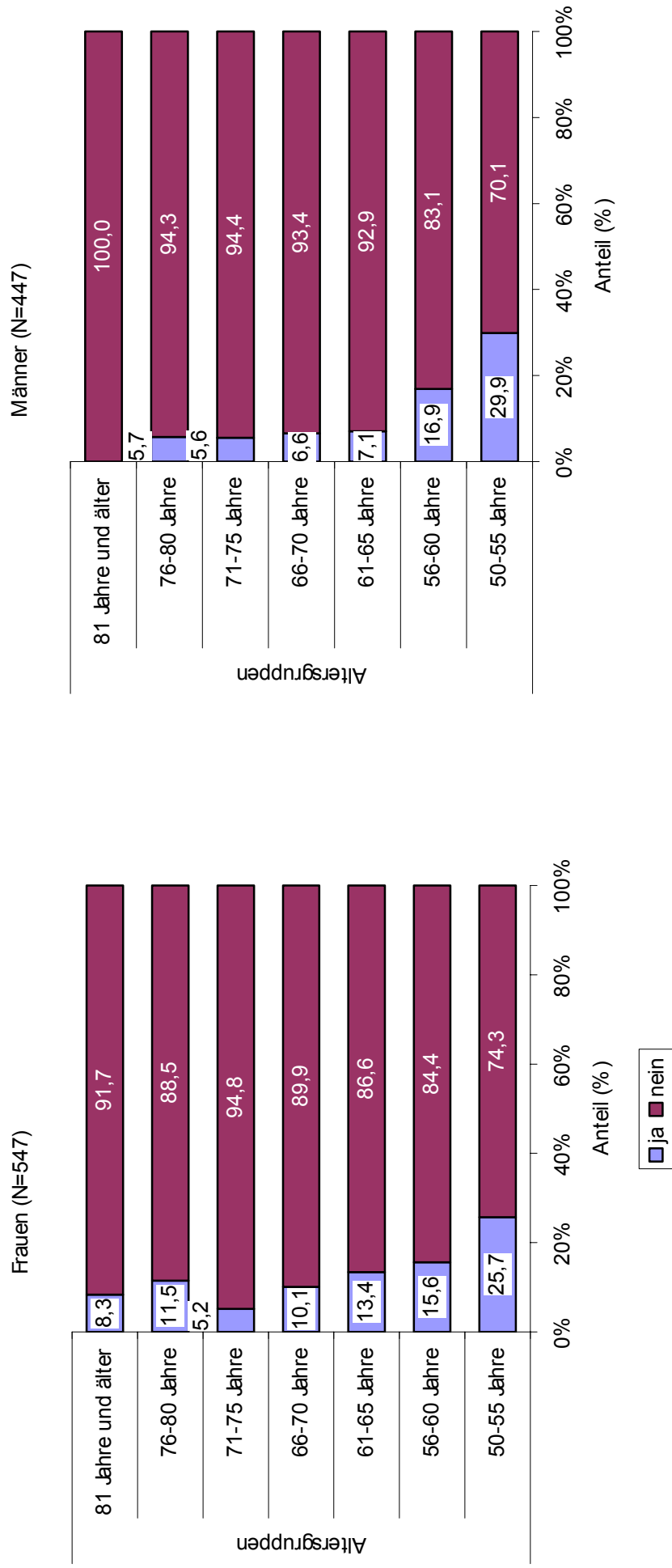
Auswertungsergebnisse / Grafikteil

Grafik 2



Frankfurt 50+
Partizipative Altersplanung
Repräsentativerhebung November 2003

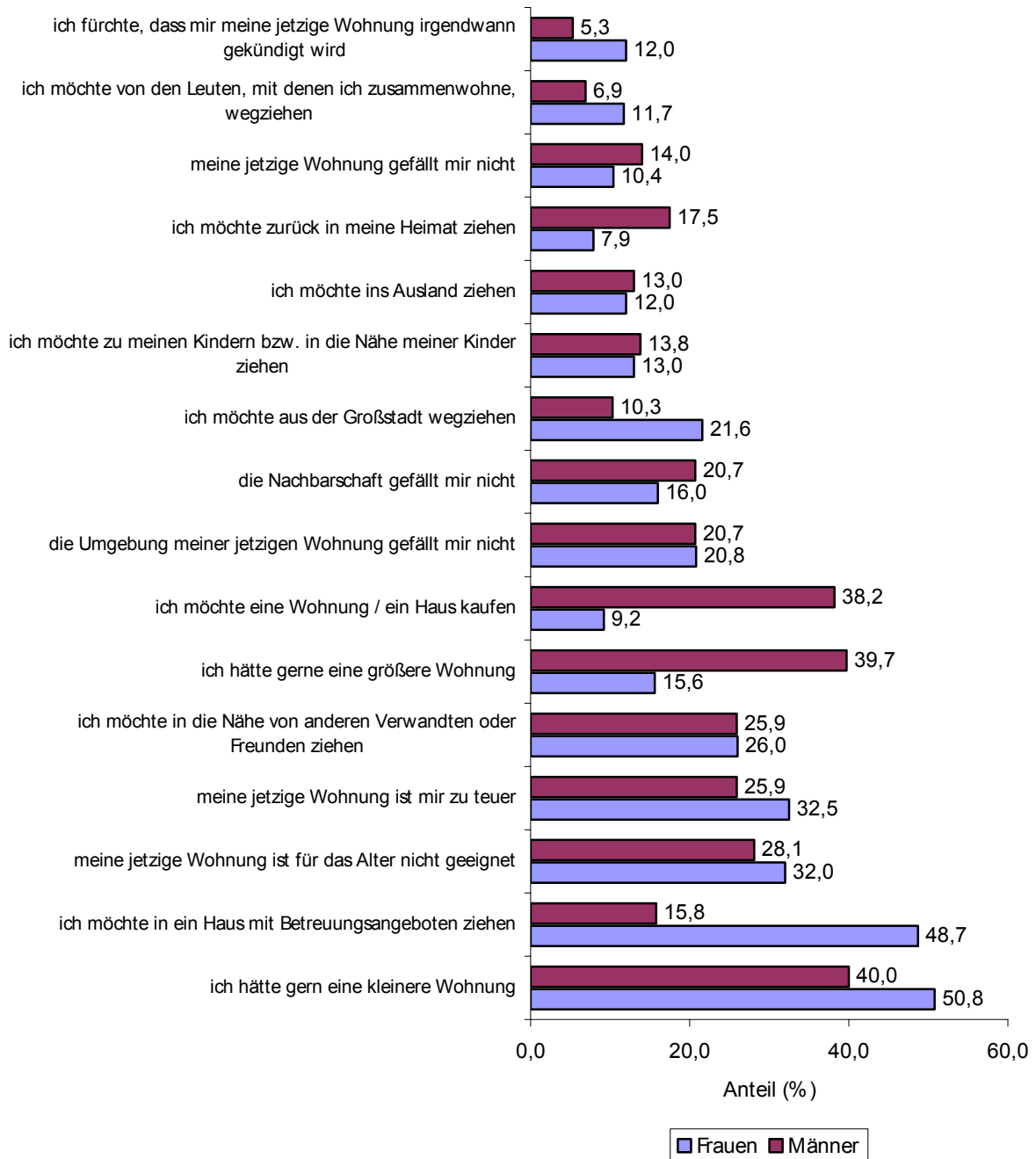
Grafik 3: Frage: „Denken Sie an einen Umzug?“ nach Geschlecht und Altersgruppen



Frankfurt 50+
Partizipative Altersplanung
Repräsentativerhebung November 2003

Grafik 4: Umzugsmotive nach Geschlecht

N=134

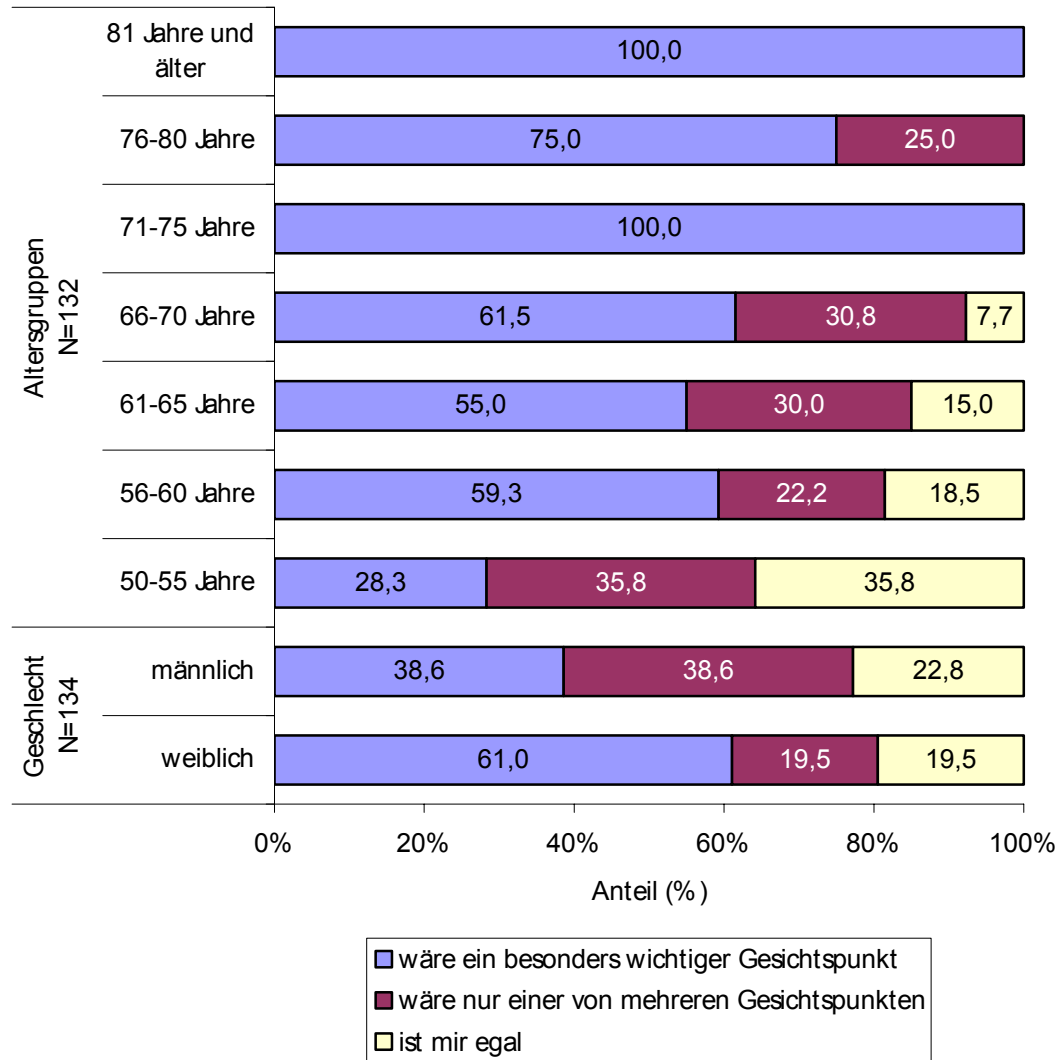


Frankfurt 50+
Partizipative Altersplanung
Repräsentativerhebung November 2003

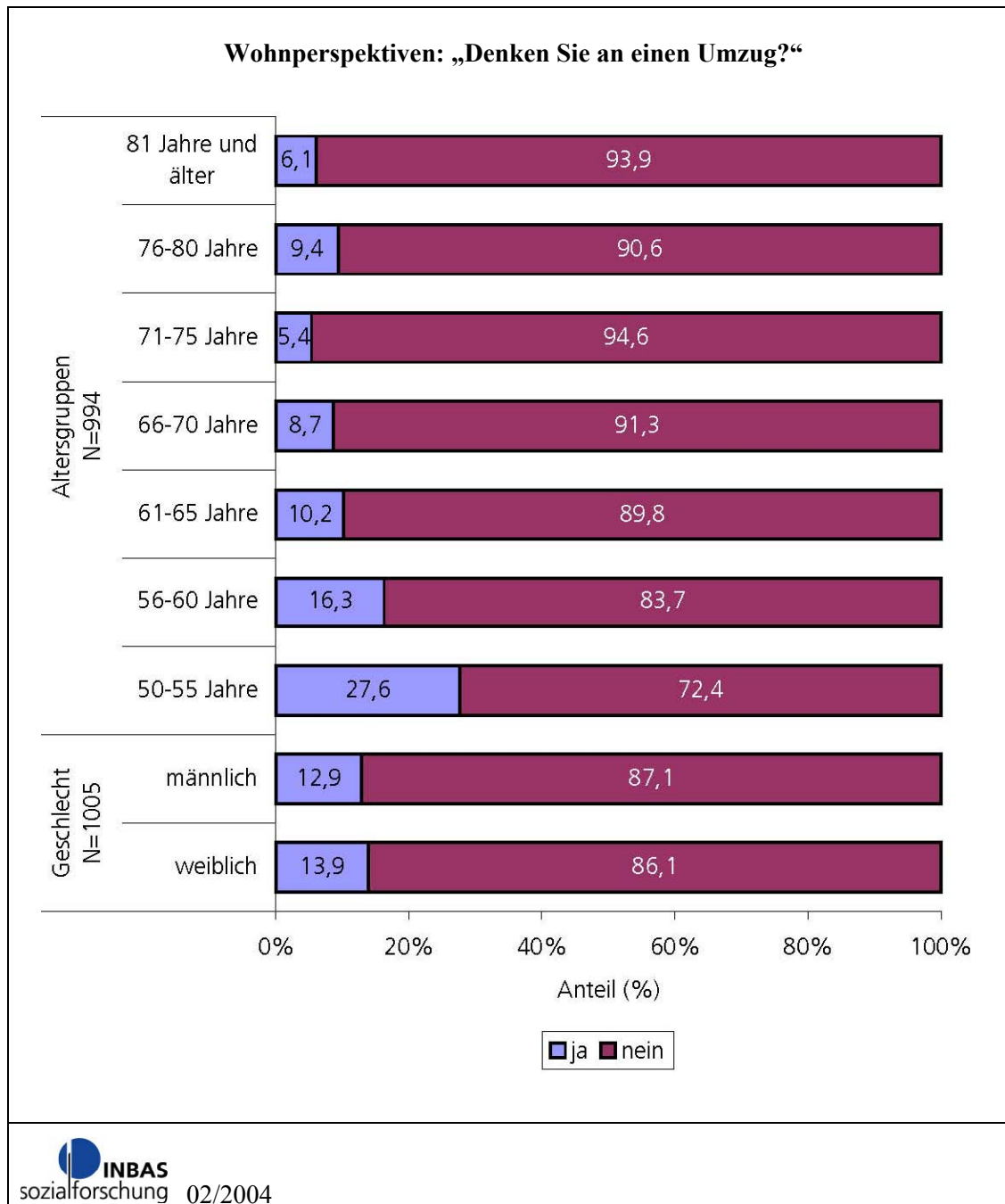
Grafik 5: Berücksichtigung der Seniorengerechtigkeit der Wohnung

Frage: „Wie wichtig ist Ihnen bei der Wahl einer neuen Wohnung, dass diese im Hinblick auf die Ausstattung und die Zugänglichkeit für ältere Menschen geeignet ist? Wäre das ein besonders wichtiger Gesichtspunkt, nur einer von mehreren Gesichtspunkten oder ist Ihnen das egal?“

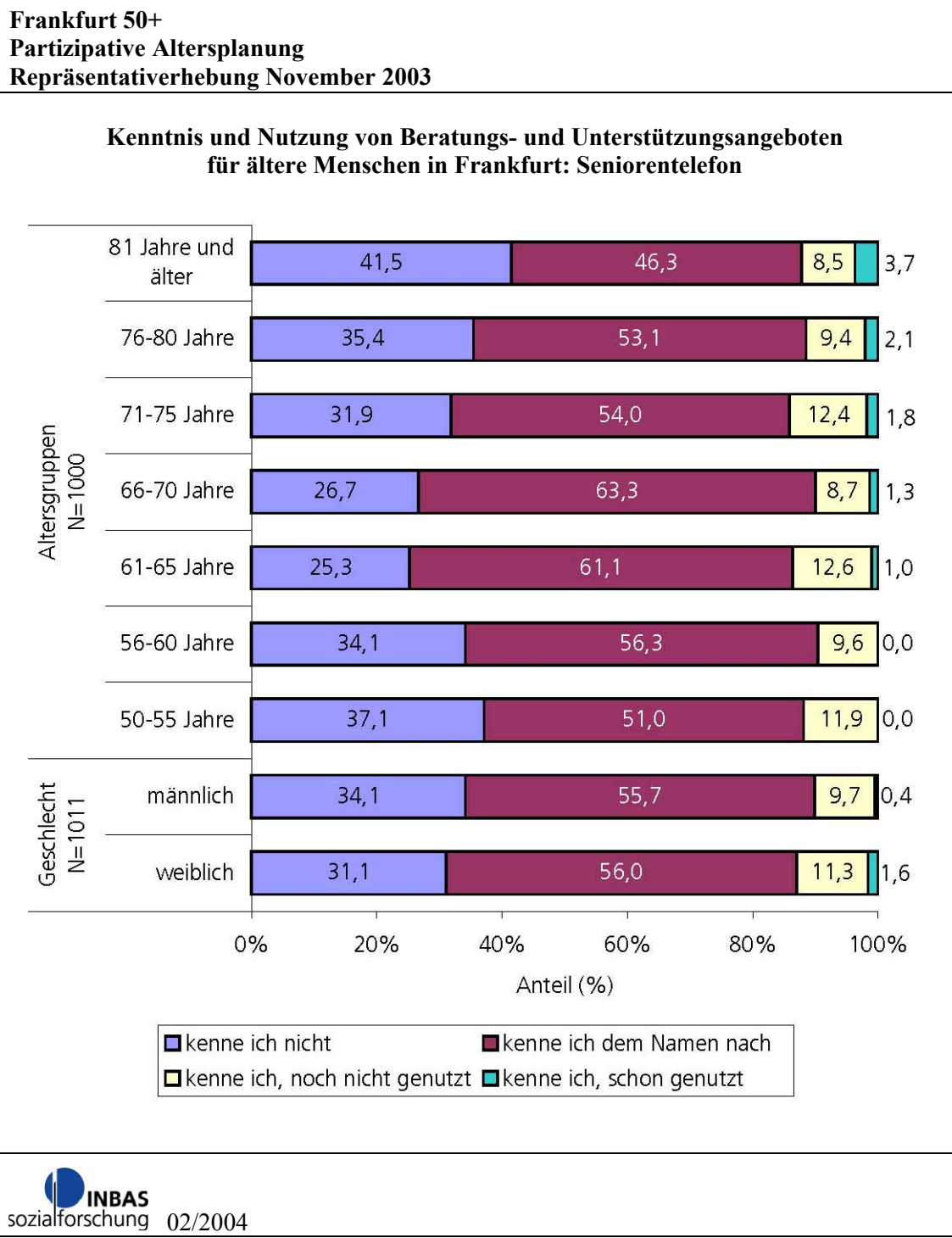
Basis: 134 Befragte, die an einen Umzug denken



Grafik 6



Grafik 7



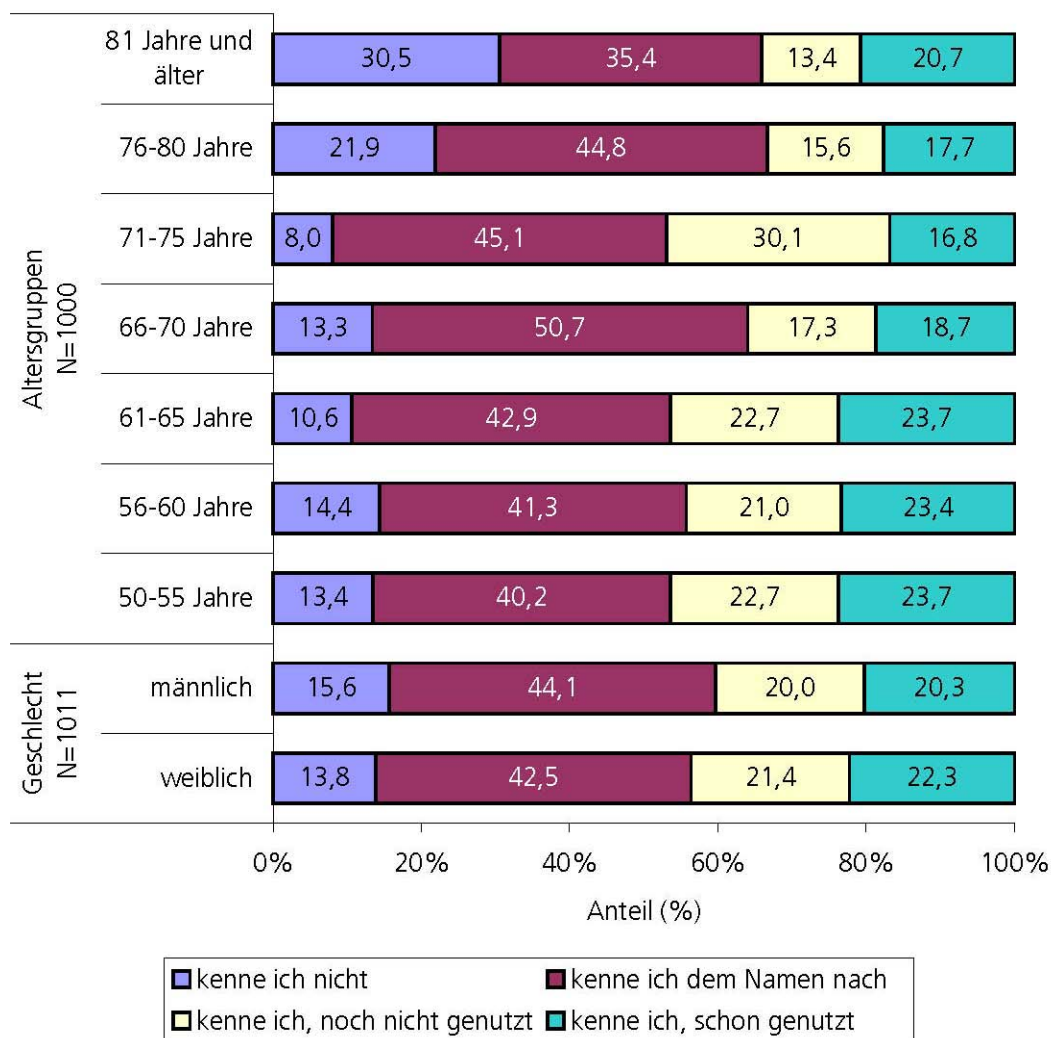
Grafik 8

Frankfurt 50+

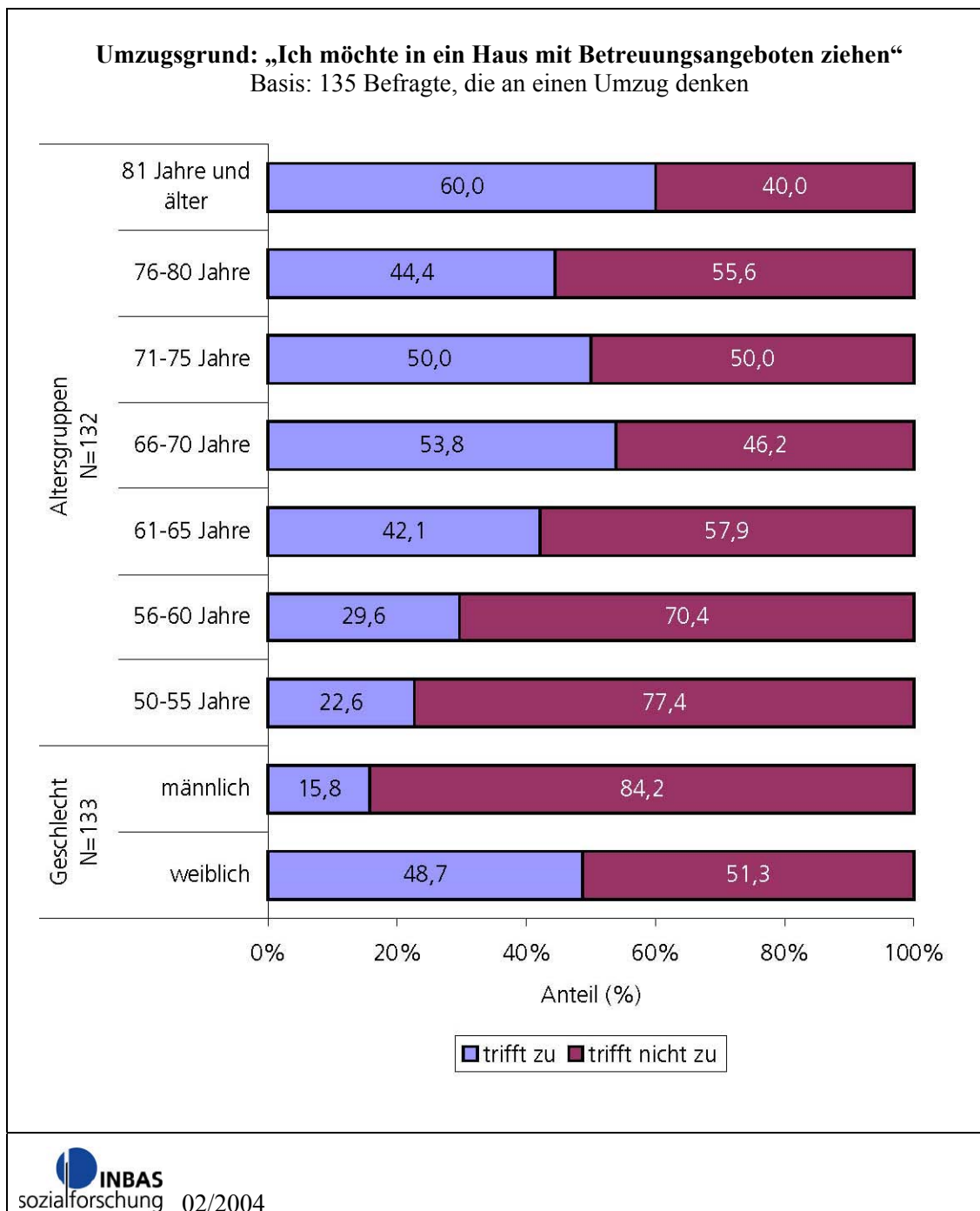
Partizipative Altersplanung

Repräsentativerhebung November 2003

Kenntnis und Nutzung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen in Frankfurt: Römertelefon



Grafik 9

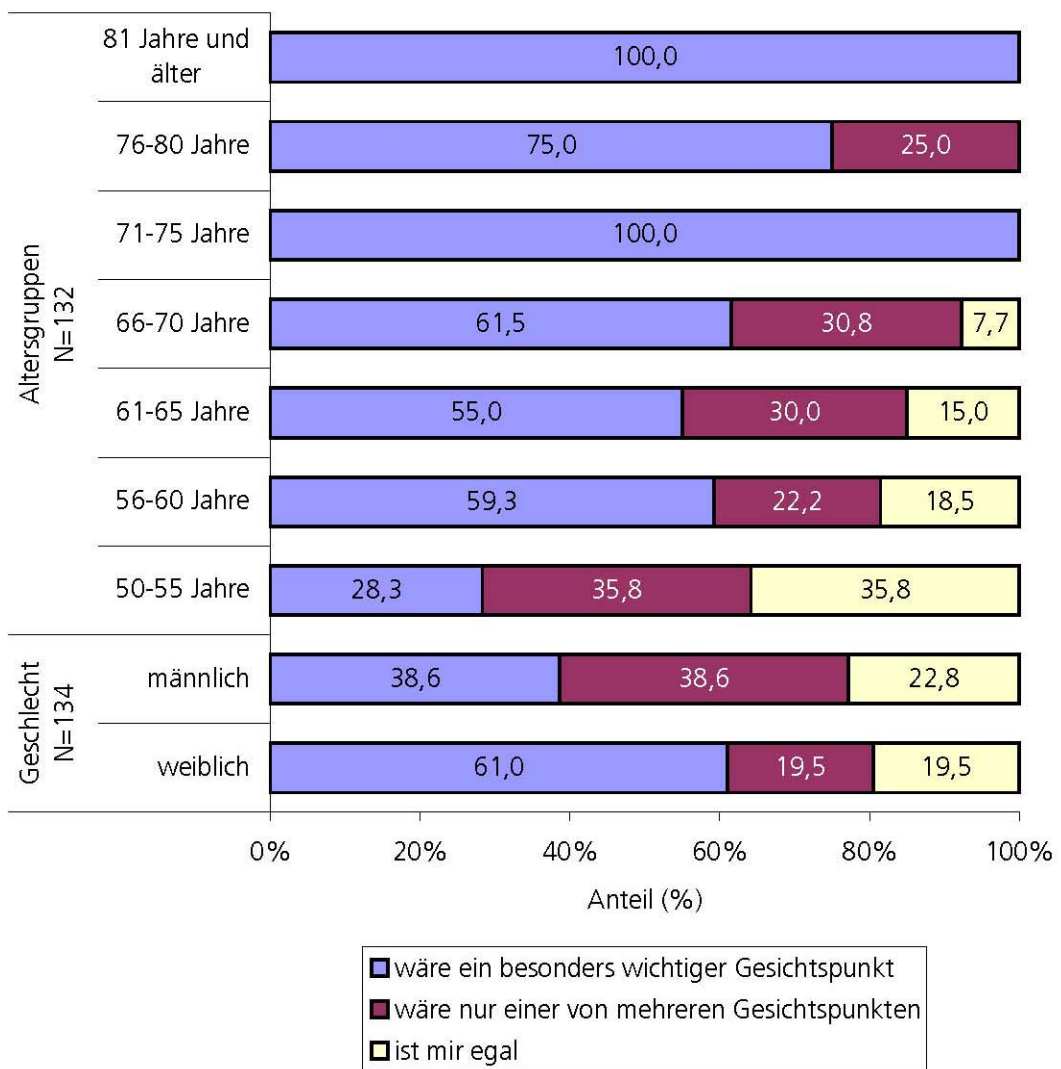


Grafik 10

**Frankfurt 50+
Partizipative Altersplanung
Repräsentativerhebung November 2003**

Umzugsperspektive: „Wie wichtig ist Ihnen bei der Wahl einer neuen Wohnung, dass diese im Hinblick auf die Ausstattung und die Zugänglichkeit für ältere Menschen geeignet ist? Wäre das ein besonders wichtiger Gesichtspunkt, nur einer von mehreren Gesichtspunkten oder ist Ihnen das egal?“

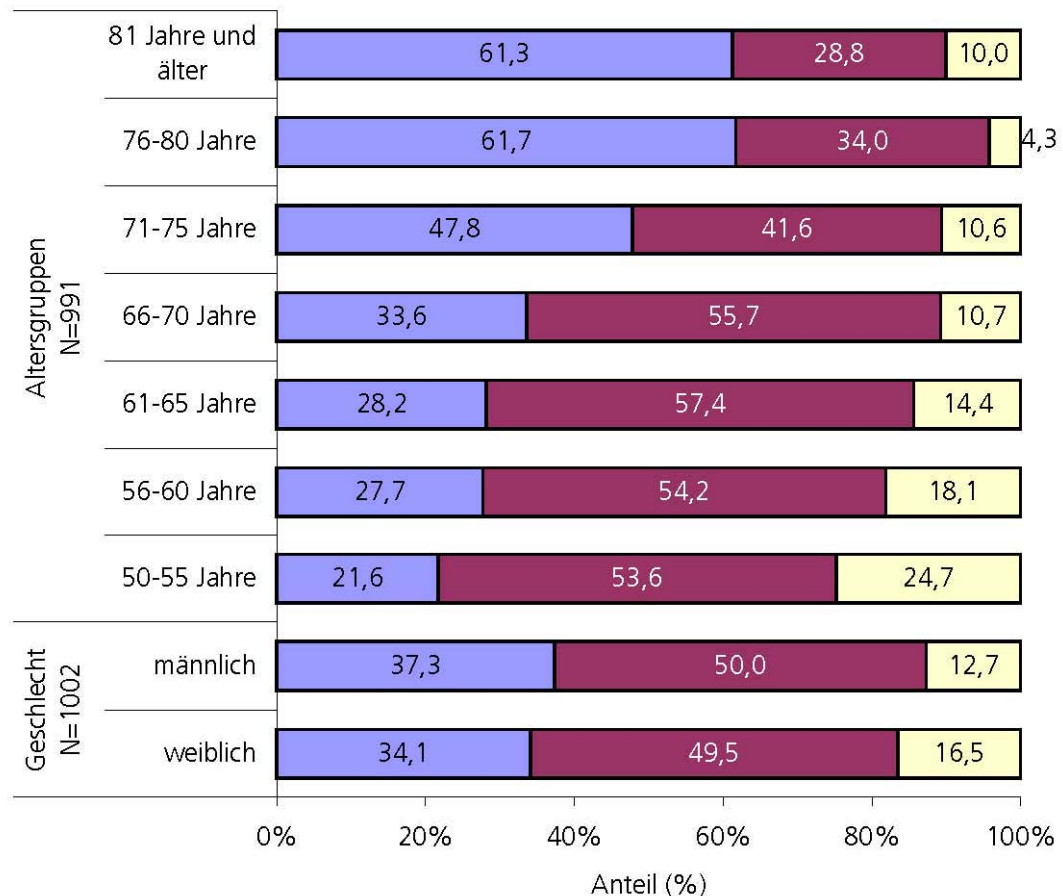
Basis: 135 Befragte, die an einen Umzug denken



Grafik 11

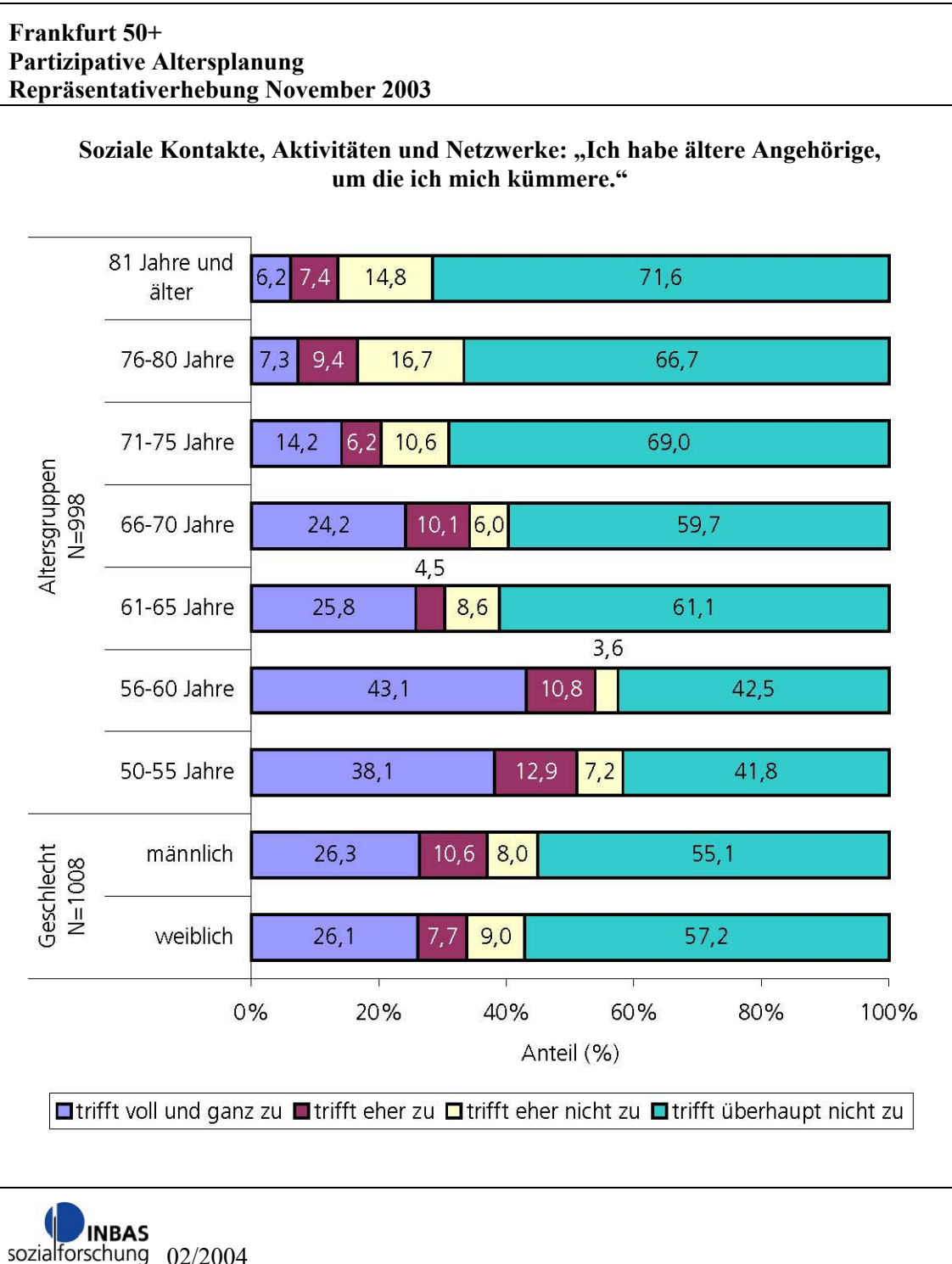
**Frankfurt 50+
Partizipative Altersplanung
Repräsentativerhebung November 2003**

Wohnperspektiven: „In den letzten Jahren haben sich in Frankfurt eine Reihe von Gruppen und Initiativen gebildet, die gemeinschaftliche Wohnformen für ältere Menschen entwickeln, also z.B. Hausgemeinschaften, in denen jede Partei eine kleine Wohnung hat, in denen es aber auch gemeinschaftliche Einrichtungen gibt. Wie ist das bei Ihnen. Käme eine solche gemeinschaftliche Wohnform für Sie persönlich in Frage?“



- nein, das kommt für mich nicht in Frage
- kommt für mich unter Umständen in Frage, hängt von den Bedingungen ab
- ja, das kommt für mich auf jeden Fall in Frage

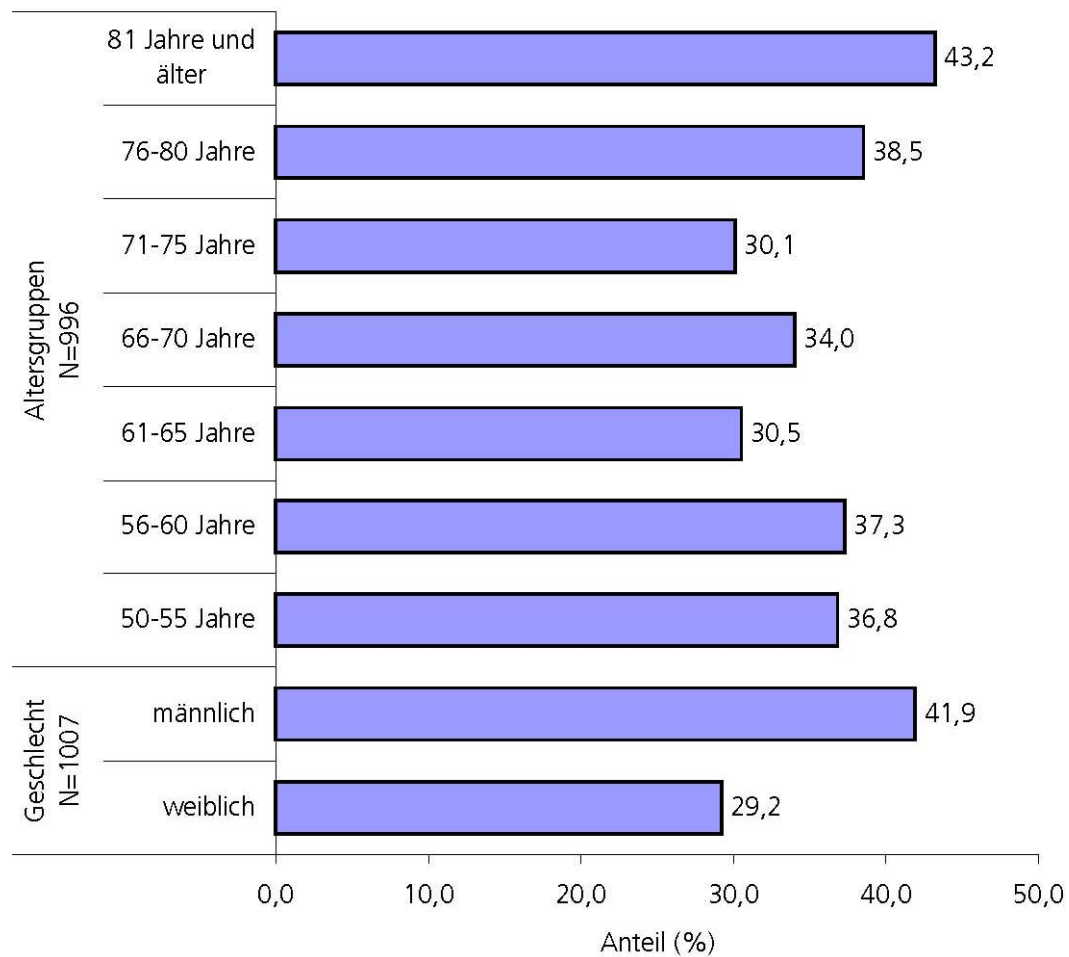
Grafik 12



Grafik 13

Frankfurt 50+
Partizipative Altersplanung
Repräsentativerhebung November 2003

Pflegeerwartung: „Rechnen Sie damit, dass Sie von Ihren Angehörigen gepflegt werden würden?“ Anteil der Antworten „Ich würde wahrscheinlich gepflegt werden“ nach Geschlecht und Altersgruppen

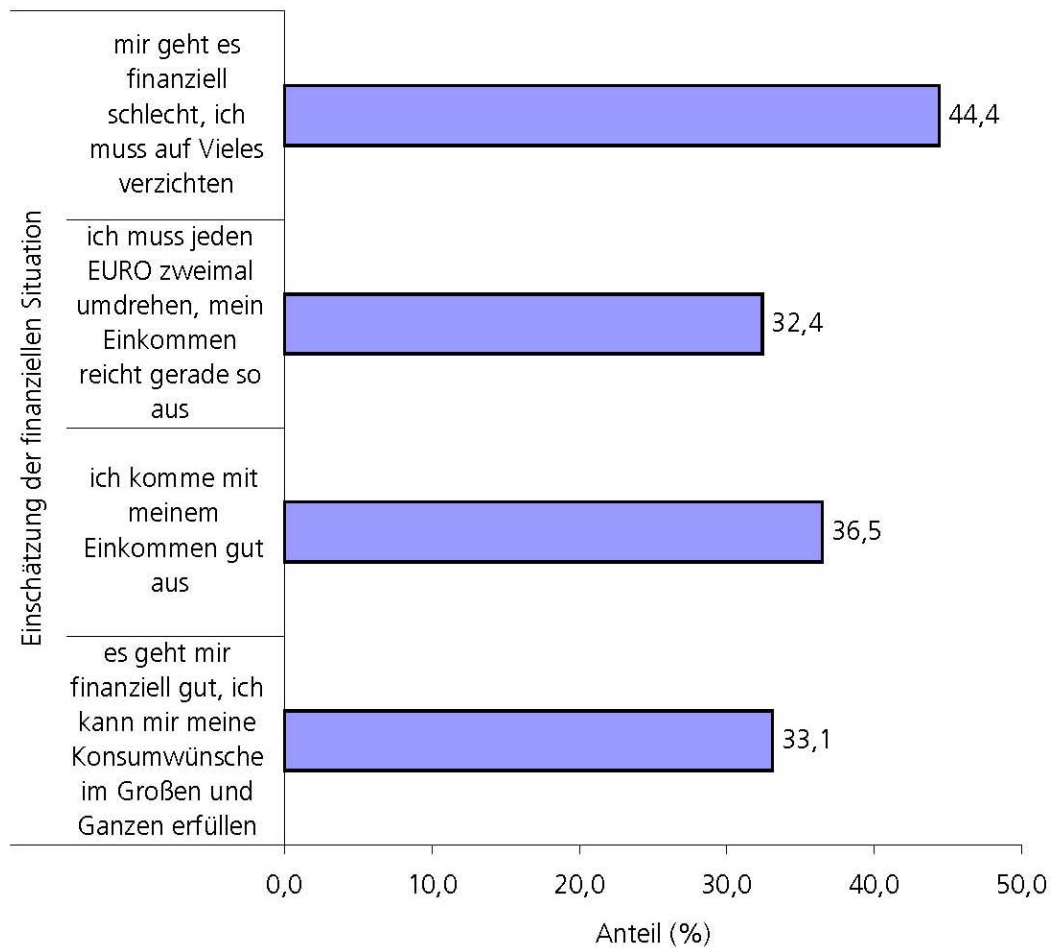


Grafik 14

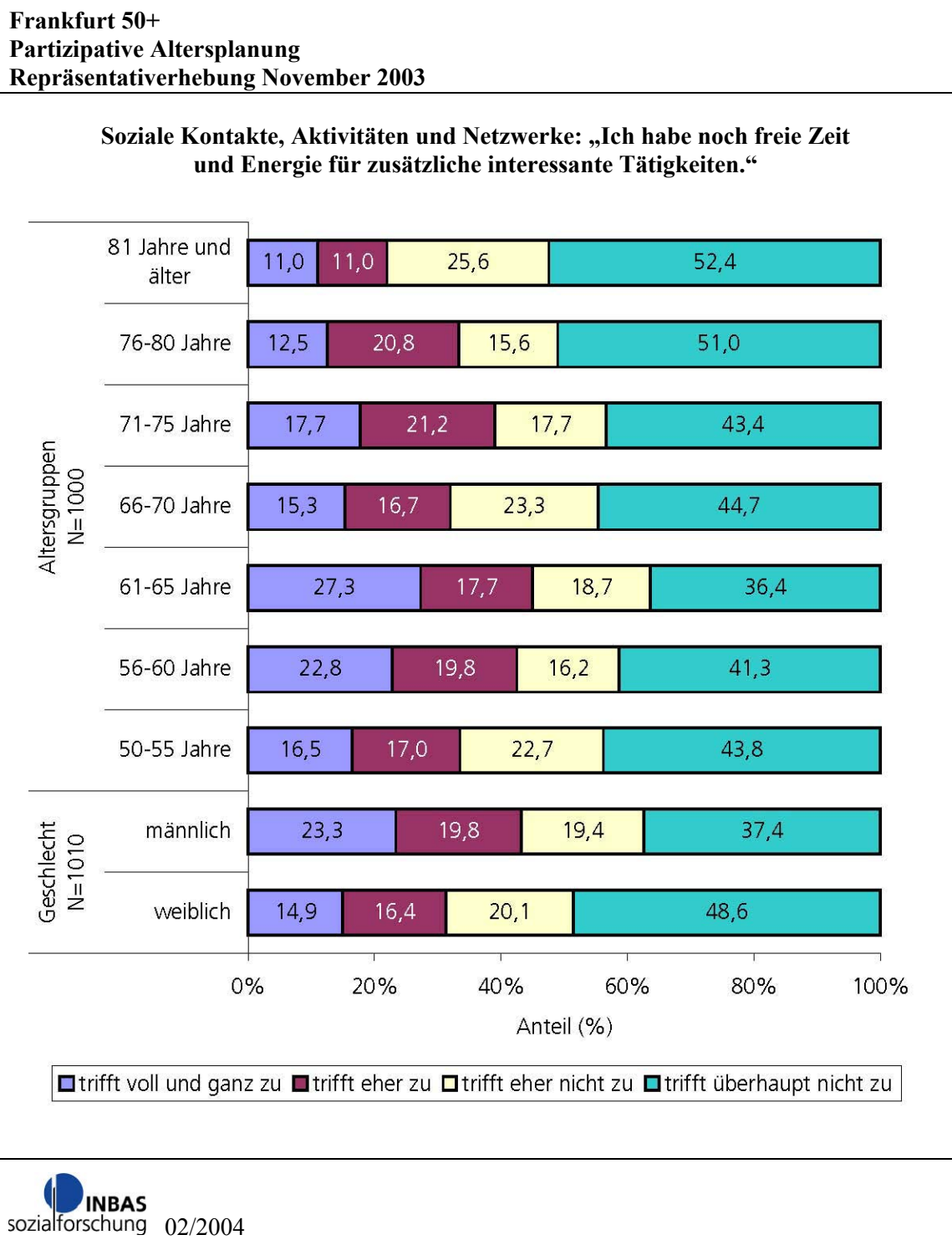
Frankfurt 50+ Partizipative Altersplanung Repräsentativerhebung November 2003

Pflegeerwartung: Anteil der Antworten „Ich würde wahrscheinlich gepflegt werden“ nach der Einschätzung der eigenen finanziellen Situation

N=991



Grafik 15



Anhang Nr. 10.3

**Ausgewählte Daten der Jahre 1999, 2001 und 2003
aus den SGB XI-Pflegestatistiken für Frankfurt am Main**

- Leistungsempfänger/-innen

Vorbemerkungen¹

Zum 15.12.1999 wurde die Pflegestatistik erstmals als Bundesstatistik mit Auskunftspflicht durchgeführt. Rechtsgrundlage für die zweijährliche Erhebung dieser Daten ist die Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung —PflegeStatV) vom 24.11.1999 (BGBl. I S. 2282) in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) — Soziale Pflegeversicherung — (Artikel 1 des Gesetzes vom 26.5.1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637), in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22.1.1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21.8.2002 (BGBl. I S. 3322).

Es handelt sich um eine zweijährliche Bestandserhebung (Vollerhebung) der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach SGB XI (zugelassene Pflegeeinrichtungen) besteht, sowie der Pflegegeldleistungen.

Erfragt werden bei den Pflegeeinrichtungen deren organisatorische Einheiten, die personelle Ausstattung, Zahl und Art der Pflegeplätze, Angaben über die betreuten Pflegebedürftigen, deren Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit sowie bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen. Daneben werden Angaben über die an die Pflegeeinrichtungen, nach Art und Höhe der Pflegeleistung, zu zahlenden Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Pflegeklassen sowie für Unterkunft und Verpflegung erhoben.

Zum Stichtag 31.12. wird vom Statistischen Bundesamt die Bundesstatistik über die Empfänger/-innen von Pflegegeldleistungen durchgeführt. Die Meldungen der Spitzenverbände der Pflegekassen stellt das Statistische Bundesamt den Ländern zur Verfügung. Erfragt werden Angaben über Pflegegeldempfänger/-innen, deren Geschlecht, das Alter, den Grad der Pflegebedürftigkeit und die Art der Pflegeleistung.

Der vorliegende Statistische Bericht enthält ausgewählte Daten für ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), Teil A, Angaben über stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Hessen, Teil B und Daten zur Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Teil C. Von den insgesamt 816 ambulanten Pflegediensten haben 787 oder 96,4 % der Einrichtungen und von insgesamt 653 stationären Pflegeheimen haben 639 oder 98 % der Einrichtungen Daten zum Stichtag 15.12.2003 dem Hessischen Statistischen Landesamt gemeldet. Von diesen Einrichtungen werden neben Ergebnissen auf Landesebene auch Daten für die hessischen Verwaltungsbezirke nachgewiesen.

Erhebungsbereich

Die Erhebung erstreckt sich auf alle ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie auf alle teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach SGB XI, zugelassene Pflegeeinrichtungen, besteht. Für die Pflegestatistik ist ausschließlich der Leistungsbereich des SGB XI relevant, generell also nur das Personal, das diese Leistungen erbringt, und nur die Pflegebedürftigen, die Leistungen auf Grund des SGB XI erhalten.

Ausgenommen sind Dienste ohne Versorgungsvertrag, die etwa nur für das Essen sorgen oder nur die Reinigungsarbeiten vornehmen sowie Krankenhäuser oder stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen; sie sind nach § 71 Abs. 4 SGB XI keine Pflegeeinrichtungen. Weiterhin ausgenommen sind Pflegekräfte, die auf Grund eines Vertrages mit einer Pflegekasse oder als angestellte Mitarbeiter/-innen Pflegebedürftige versorgen.

¹ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2004

Definitionen ausgewählter Begriffe

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieser Erhebung sind Einrichtungen

- die selbstständig wirtschaften,
selbstständig wirtschaftend ist ein Pflegedienst, wenn er Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI entweder ausschließlich oder betriebswirtschaftlich und organisatorisch getrennt von den übrigen Leistungsangeboten pflegerisch versorgt,
- die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen,
Wohnung in diesem Sinne kann auch ein fremder Haushalt, ein Altersheim oder ein Altenwohnheim nach § 1 Abs. 1 Heimgesetz sein, in dem ambulant Pflegebedürftige nicht nur vorübergehend leben. Es ist dabei unerheblich, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht. Ebenso zählen dazu Heime für Behinderte oder gleichwertige Einrichtungen. Pflegeheime nach dem SGB XI können eine solche Wohnung jedoch nicht darstellen, da hier Pflegebedürftige nicht ambulant, sondern stationär behandelt werden,
- die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)

Hierunter fallen alle Einrichtungen

- die selbstständig wirtschaften,
selbstständig wirtschaftend ist ein Pflegeheim, wenn es Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI entweder ausschließlich oder betriebswirtschaftlich und organisatorisch getrennt von den übrigen Leistungsangeboten pflegerisch versorgt,
- in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können,
- die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur voll-, teilstationären Pflege und/oder Kurzzeitpflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

Eingliedrige Pflegeeinrichtungen

Eingliedrige Pflegeeinrichtungen leisten ausschließlich ambulante **oder** ausschließlich stationäre Pflege nach dem SGB XI.

Mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen

Mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen leisten **sowohl** ambulante **als auch** teil- und/oder vollstationäre Pflege nach dem SGB XI.

Nicht-gemischte Einrichtungen

Nicht-gemischte Einrichtungen werden ausschließlich auf Grund des SGB XI tätig.

Mischeinrichtungen

Mischeinrichtungen bieten neben Leistungen nach dem SGB XI auch Leistungen auf Grund anderer Rechtsgrundlagen an, beispielsweise sonstige ambulante Hilfeleistungen nach SGB V oder betreutes Wohnen.

Art des Pflegedienstes

- Pflegedienste ohne andere Sozialleistungen: Pflegedienste, die nur Leistungen nach SGB XI erbringen.
- Pflegedienste mit anderen Sozialleistungen: Einrichtungen, die neben den Leistungen nach SGB XI auch Leistungen auf Grund anderer Rechtsgrundlagen anbieten, z. B. häusliche Krankenhilfe oder Haushaltshilfe nach dem SGB V, Hilfe zur Pflege nach dem BSHG oder sonstige ambulante Hilfeleistungen wie einen Mobilen Sozialen Dienst oder einen Mahlzeitendienst.

Mehrgliedrige Pflegedienste sind, im Gegensatz zu eingliedrigen Pflegediensten, als eigenständiger Dienst an einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) angeschlossen.

Art des Pflegeheimes

- Art des Pflegeheimes nach der überwiegenden Personengruppe: Hier wird angegeben, welche Gruppe von Pflegebedürftigen überwiegend in den Einrichtungen versorgt werden.
 - ◆ *Pflegeheime für ältere Menschen*: Hier bilden Männer und Frauen über 65 Jahre die größte Personengruppe der Pflegebedürftigen.
 - ◆ *Pflegeheime für Behinderte*: Diese Einrichtungen betreuen behinderte Menschen unabhängig von ihrem Alter.
 - ◆ *Pflegeheime für psychisch Kranke*: Bei den Pflegeheimen für psychisch Kranke sind auch die gerontopsychiatrischen Einrichtungen berücksichtigt. Auch hier werden die Pflegebedürftigen unabhängig von Ihrem Alter betreut.
- Art des Pflegeheimes nach organisatorischen Einheiten: Je nach Versorgungsvertrag kann ein Pflegeheim mehrere Pflegearten anbieten.
 - ◆ *Vollstationäre Dauerpflege nach SGB XI*
 - ◆ *Kurzzeitpflege*: Kurzzeitpflege wird als organisatorische Einheit nur gezählt, wenn sie ausschließlich oder als Teil einer ein- bzw. mehrgliedrigen Einrichtung zum Zweck der Kurzzeitpflege dient.
 - ◆ *Tagespflege nach SGB XI*
 - ◆ *Nachtpflege nach SGB XI*

Mehrgliedrige Pflegeheime sind, im Gegensatz zu den eingliedrigen Pflegeheimen, Einrichtungen mit einem ambulanten Pflegedienst mit Leistungen nach SGB XI.

Zahl der verfügbaren Plätze

Als verfügbare Plätze zählen die am Stichtag zugelassenen und tatsächlich verfügbaren Pflegeplätze, die von dem Pflegeheim gemäß Versorgungsvertrag nach SGB XI vorgehalten werden, unabhängig von den derzeit belegten Plätzen. Dabei sind die Pflegeplätze den verschiedenen Pflegearten wie Dauerpflege, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege zugeordnet.

Unter Kurzzeitpflege werden nur die dauerhaft ausschließlich für Zwecke der Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze angegeben. Zusätzlich wird noch die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze erfasst, die kurzfristig flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können, so genannte eingestreute Betten. Diese Plätze sind in der Zahl der verfügbaren Dauerpflegeplätze enthalten.

Vergütung

Die Angaben der zum Stichtag 15.12. gültigen Entgelte für

- Pflegeleistungen sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung (Pflegesätze gemäß § 84 Abs. 1 SGB XI) und
- Unterkunft und Verpflegung

entsprechen den Pflegesatzvereinbarungen ohne den Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) und ohne die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen (§ 82 Abs. 3 SGB XI).

Bei der Tages- und Nachtpflege wird der Pflegesatz für die Pflege eines ganzen Tages bzw. einer ganzen Nacht angegeben.

Art des Trägers

- Öffentliche Träger:
 - ♦ *Kommunaler Träger*: Einrichtungen, die von kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden. Hierzu gehören kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z. B. GmbH, Stiftung), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung.
 - ♦ *Sonstige öffentliche Träger*: Hierzu zählen z. B. der Bund, ein Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts.
- Freigemeinnützige Träger:
 - ♦ *Träger der freien Wohlfahrtspflege*: Hierzu gehören Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland sowie Organisationen, die den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind, z. B. Landesverbände oder örtliche Verbände.
 - ♦ *Sonstiger gemeinnütziger Träger*: Hierzu gehören die gemeinnützigen Träger, die keinem der sechs Spitzenverbände angeschlossen sind, auch die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts, die nicht den o. g. Verbänden zugeordnet wurden. Gemeinnützige Träger (zumeist in der Rechtsform des eingetragenen Vereins, der Stiftung oder gemeinnützigen GmbH) sind steuerbegünstigt und daher nach §§ 51 ff. Abgabenordnung durch das Finanzamt anerkannt.
- Private Träger: Einrichtungen, die von privat-gewerblichen Trägern unterhalten werden.

Bei Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist.

Personalbestand am 15.12.

Zum Personalbestand einer Pflegeeinrichtung gehören alle, die dort beschäftigt sind, die also in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen.

Beschäftigungsverhältnis

- Vollzeitbeschäftigte: Als Vollzeitbeschäftigte werden Personen gezählt, deren Arbeitszeit in der Regel der betriebsüblichen Arbeitszeit entspricht.
- Teilzeitbeschäftigte: Teilzeitbeschäftigte sind Personen, in deren Arbeitsvertrag nur eine kürzere als die betriebsübliche Wochenarbeitszeit vorgesehen ist. Dabei wird erfragt, ob die Person
 - ♦ über 50 % der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit beschäftigt, aber nicht geringfügig beschäftigt (400-Euro-Job) ist,
 - ♦ 50 % oder weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (400-Euro-Job) ist,

- ◆ geringfügig beschäftigt ist (400-Euro-Job). Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt.
- Praktikanten/-innen, Schüler/-innen und Auszubildende: Hierzu zählen
 - ◆ Vorpraktikantinnen und Vorpraktikanten, die bei der Einrichtung im Bereich der Pflege vertraglich beschäftigt sind.
 - ◆ Schülerinnen und Schüler, die im Rahmen ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger in der Einrichtung ein Praktikum absolvieren oder Personen, die sich im Anerkennungsjahr befinden.
 - ◆ Auszubildende, die mit der Einrichtung ein durch Berufsausbildungsvertrag begründetes Berufsausbildungsverhältnis im Bereich der Hauswirtschaft geschlossen haben.
- Zivildienstleistende: Sie werden wie die übrigen Beschäftigten erfasst.

Arbeitsanteil für die Einrichtung nach SGB XI

Der Arbeitsanteil gibt an, in welchem Maß die Beschäftigten der Einrichtungen, gerechnet auf ihre Gesamtarbeitszeit, dafür eingesetzt werden, Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) zu erbringen. Bei 100 % Beschäftigungsumfang werden also ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbracht. Bei allen anderen Anteilen werden von diesen Beschäftigten auch andere Arbeitsbereiche, z. B. häusliche Krankenpflege nach dem SGB V oder Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, betreut.

Überwiegender Tätigkeitsbereich

Für jede für die Einrichtung arbeitende Person nach SGB XI wurde eine Zuordnung des überwiegenden Tätigkeitsbereichs in der Pflegeeinrichtung getroffen. Der Begriff „überwiegender Tätigkeitsbereich“ meint dabei den Arbeitsbereich, für den der/die Beschäftigte die meiste Stundenzahl ihrer Arbeitszeit leistet.

Ambulante Pflegedienste

Zu den einzelnen Arbeitsbereichen der ambulanten Pflegedienste gehören:

- Pflegedienstleitung: Die Pflegedienstleitung umfasst die Wahrnehmung von Aufgaben, die mit der Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einer Pflegeeinrichtung zwingend verbunden sind.
- Grundpflege: Die Grundpflege wird angegeben, wenn überwiegend Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens geleistet wird. Dazu gehören:
 - ◆ die Ernährung (z. B. mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung),
 - ◆ die Körperpflege (z. B. Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung) und
 - ◆ die Mobilität (z. B. selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung).
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Dieser Arbeitsbereich besteht aus dem Einkaufen, Kochen und Spülen, dem Reinigen und Beheizen der Wohnungen der Pflegebedürftigen sowie dem Wechseln und Waschen ihrer Wäsche und Kleidung.
- Verwaltung, Geschäftsführung: Hier sind die Personen ausgewiesen, die — mit Ausnahme der Verantwortung für den Pflegebereich — überwiegend die kaufmännischen, planerischen und organisatorischen Aufgaben der Pflegeeinrichtung wahrnehmen.
- Sonstiger Bereich: Hierzu zählen alle diejenigen Tätigkeiten, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können (z. B. Personen, die überwiegend haustechnische Arbeiten ausüben).

Stationäre Pflegeheime

Für die einzelnen Arbeitsbereiche der teil- und vollstationären Pflegeheime gelten folgende Definitionen:

- **Pflege und Betreuung:** Pflege und Betreuung besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Hierzu gehört auch die Wahrnehmung von Aufgaben, die mit der Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einer Pflegeeinrichtung zwingend verbunden sind. Die medizinische Behandlungspflege ist mit einbezogen.
- **Soziale Betreuung:** Soziale Betreuung wird geleistet durch persönliche Gespräche mit dem Pflegebedürftigen sowie durch Beratung und Hilfe bei den persönlichen und seelischen Problemen des Pflegebedürftigen.
- **Hauswirtschaft:** Zur Hauswirtschaft zählen z. B. Reinigungsarbeiten oder die Vorbereitung von Mahlzeiten.
- **Haustechnischer Bereich:** Der haustechnische Bereich umfasst Hausmeistertätigkeiten oder Garten- bzw. Reparaturarbeiten.
- **Verwaltung, Geschäftsführung:** Hier sind die Personen ausgewiesen, die — mit Ausnahme der Verantwortung für den Pflegebereich — überwiegend die kaufmännischen, planerischen und organisatorischen Aufgaben der Pflegeeinrichtung wahrnehmen.
- **Sonstiger Bereich:** Hierzu zählen alle diejenigen Tätigkeiten, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können (z. B. Pförtnerdienst).

Berufsabschluss

Für jede beschäftigte Person wird ein Berufsabschluss ausgewiesen. Wenn Beschäftigte über mehrere Berufsabschlüsse verfügen, wird die höchste (im Zweifelsfall: die letzte) pflegerelevante Qualifikation angegeben.

Pflegebedürftige am 15.12.

Ambulante Pflegedienste

In die Erhebung einbezogen werden nur Personen, die Pflegesachleistungen oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach dem SGB XI erhalten und mit denen am 15.12. ein Pflegevertrag (§ 120 SGB XI) hierüber besteht. Generelle Voraussetzung ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschl. Härtefälle).

Stationäre Pflegeheime

In die Erhebung einbezogen sind nur die stationär versorgten Personen, die eine Pflegeleistung nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. Hierzu gehört die vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) sowie die teilstationäre Pflege (Tages-/Nachtpflege). Generelle Voraussetzung ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschl. Härtefällen). Abweichend hiervon werden auch die Pflegebedürftigen erfasst, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in die Pflegeeinrichtung aufgenommen wurden und Leistungen nach dem SGB XI erhalten, für die jedoch noch keine Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorliegt. Da in diesen Fällen die Zuordnung der Pflegestufe oftmals erst rückwirkend mit einem Zeitverzug von bis zu sechs Monaten erfolgt, wird dieser Personenkreis bereits zum Erhebungsstichtag berücksichtigt.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Ambulante Pflegedienste

Die Pflegebedürftigen sind einer Pflegestufe zugeordnet, es zählt die am Stichtag bewilligte Pflegestufe.

Stationäre Pflegeheime

Es zählt die am Stichtag bewilligte Pflegestufe. Soweit für Pflegebedürftige noch keine Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe erfolgt ist, sie jedoch Leistungen nach dem SGB XI erhalten, werden diese Personen in der Gruppe „bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet“ ausgewiesen.

Leistungsempfänger/-innen

Bei der Zahl der Leistungsempfänger/-innen insgesamt können Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger/-innen von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten.

Ausgewählte Daten für Leistungsempfänger/-innen in Frankfurt am Main 1999, 2001, 2003

(SGB XI-Pflegestatistik)

Merkmale	am 15.12.1999				am 15.12.2001				Veränderungen '99 / '01			
	Frankfurt a. M.		Hessen		Frankfurt a. M.		Hessen		Frankfurt a. M.		Hessen	
	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl
Leistungsempfänger/innen	13872	100,00	145445	100,00	13782	100,00	148805	100,00	-90	-0,65	3360	2,31
davon Leistungen für ambulante Pflege	3244	23,39	29506	20,29	3215	23,33	30086	20,22	-29	-0,89	580	1,97
Leistungen für stationäre Pflege zusammen und zwar	3457	24,92	37425	25,73	3712	26,93	39053	26,24	255	7,38	1628	4,35
vollstationäre Dauerpflege	3348		36153		3593		37709		245		1556	
Kurzzeitpflege	30		636		17		703		-13		67	
Tagespflege	79		625		102		641		23		16	
Nachtpflege	-		11				-		0		-11	
Pflegegeld (Stichtag jeweils 31.12. Ohne Empfänger/-innen von Kombileistungen, die schon bei der ambulanten oder stationären Pflege enthalten sind)	7171	51,69	78514	53,98	6855	49,74	79666	53,54	-316	-4,41	1152	1,47
und zwar												
Pflegestufe I	3942		41325		3958		44609		16		3284	
Pflegestufe II	2467		28547		2164		27123		-303		-1424	
Pflegestufe III	762		8642		733		7934		-29		-708	
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet			1007				751				-256	
Leistungsempfänger/-innen je 1000 Einwohner	22		24		21		24		-1		0	
Leistungsempfänger/-innen ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren			121				119				-2	

(Jugend- und Sozialamt, 51.F11/Rei, Jugendhilfe- und Sozialplanung, eigene Berechnungen, Tab.: Leistungsempfänger (2) Frankfurt a. M. 20.12.2004
Quelle: Hess. Statistisches Landesamt, Wiesbaden, Die Pflegeeinrichtungen in Hessen, Ergebnisse der SGB XI-Pflegestatistiken für 1999, 2001, 2003)

Ausgewählte Daten für Leistungsempfänger/-innen in Frankfurt am Main 1999, 2001, 2003

(SGB XI-Pflegestatistik)

Merkmale	am 15.12.2003				Veränderungen '01 / '03			
	Frankfurt a. M.		Hessen		Frankfurt a. M.		Hessen	
	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl
Leistungsempfänger/innen	14255	100,00	155002	100,00	473	0,03	6197	0,04
davon Leistungen für ambulante Pflege	3542	24,85	30712	19,81	327	0,10	626	0,02
Leistungen für stationäre Pflege zusammen und zwar	3653	25,63	40117	25,88	-59	-0,02	1064	0,03
vollstationäre Dauerpflege	3511		38432		-82		723	
Kurzzeitpflege	45		752		28		49	
Tagespflege	97		931		-5		290	
Nachpflege	-		2		0		2	
Pflegegeld (Stichtag jeweils 31.12. Ohne Empfänger/-innen von Kombileistungen, die schon bei der ambulanten oder stationären Pflege enthalten sind)	7060	49,53	84173	54,30	205	0,03	4507	0,06
und zwar								
Pflegestufe I	4037		47896		79		3287	
Pflegestufe II	2230		28007		66		884	
Pflegestufe III	793		8270		60		336	
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet			-				-751	
Leistungsempfänger/-innen je 1000 Einwohner	22		25		1		1	
Leistungsempfänger/-innen ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren			117				-2	

(Jugend- und Sozialamt, 51.F11/Rei, Jugendhilfe- und Sozialplanung, eigene Berechnungen, Tab.: Leistungsempfänger (2) Frankfurt a. M. 20.12.2004
Quelle: Hess. Statistisches Landesamt, Wiesbaden, Die Pflegeeinrichtungen in Hessen, Ergebnisse der SGB XI-Pflegestatistiken für 1999, 2001, 2003)

REIHE SOZIALES UND JUGEND STADT FRANKFURT AM MAIN

- | | | |
|----|--|------|
| 17 | Ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Vorstellungen zum Wohnen im Alter und zur Hilfe und Pflege | 2000 |
| 19 | Frankfurter Senioren-Service. Ratgeber für die ältere Generation | 1999 |
| 20 | Frankfurter Sozialbericht. Risiken und Chancen des Frankfurter Arbeitsmarktes | 2000 |
| 21 | Frankfurter Sozialbericht Teil II: Sozialhilfeempfänger | 2000 |
| 22 | Frankfurter Sozialbericht Teil III: Wohnungsversorgung | 2001 |
| 23 | Frankfurter Netzwerk. Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik in Frankfurt am Main | 2001 |
| 24 | Frankfurter Sozialbericht Teil IV: Medizinische Versorgung, Prävention und ausgewählte gesundheitliche Gefährdungen | 2001 |
| 25 | Frankfurter Sozialbericht Teil V: Segregation und Wohngebiete mit verdichteten sozialen Problemlagen | 2002 |
| 26 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt am Main Teilplan III: Erziehungsberatung für Kinder, Jugendliche und deren Familien in Erziehungsberatungsstellen in Frankfurt am Main | 2002 |
| 27 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt am Main Teilplan II: Betreuungsangebote für Kinder unter 3 Jahren in Kinderkrippen, Krabbelstuben und Tagespflegestellen | 2002 |
| 28 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt am Main Teilplan IV: Stationäre Erziehungshilfen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in verschiedenen Einrichtungsformen der Hilfe zur Erziehung | 2003 |
| 29 | Frankfurter Sozialbericht Teil VI. Chancen und Risiken einer alternde Stadt | 2003 |
| 30 | Mädchen und junge Frauen im Berufsfindungsprozess | 2004 |
| 31 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt/Main Teilplan I: Freizeitpädagogische Angebote für Kinder und Jugendliche in offenen Freizeitstätten und auf Abenteuerspielplätzen | 2004 |
| 32 | Frankfurter Sozialbericht Teil VII. Aufwachsen in Frankfurt am Main – Kinder, Jugendliche und ihre Familien: Situation und Entwicklungschancen | 2006 |
| 33 | Partizipative Altersplanung. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen. Teil I: lebenslagen und gesellschaftliche Teilhabe – Beiträge zur Partizipativen Altersplanung | 2006 |
| 34 | Partizipative Altersplanung. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen. Teil II: Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu Hause | 2006 |

