

Frankfurter Sozialbericht

Teil IV: Medizinische Versorgung, Prävention und ausgewählte
gesundheitliche Gefährdungen

HERAUSGEBER:

DER DEZERNENT

FÜR SOZIALES UND JUGEND

STADT

FRANKFURT AM MAIN

Verfasser

Dr. Herbert Jacobs

Jugendhilfe- und Sozialplanung des Dezernats für Soziales und Jugend

unter Mitarbeit von Claudia Krause

Stadtgesundheitsamt

Mit Beiträgen von:

Dr. Holger Meireis

Dr. Christian Rotter

Dr. Sonja Stark

Dr. Hans Wolter

Stadtgesundheitsamt

Regina Ernst und Gerd Fürst

Drogenreferat

Sven Arnold und Jörg Korell

AIDS-Hilfe Frankfurt e. V.

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Ute Gerhard

Prof. Dr. Diether Döring

Reiner Höft-Dzemski

Dezernat für Soziales und Jugend

F r a n k f u r t e r S o z i a l b e r i c h t

Teil IV: Medizinische Versorgung, Prävention und ausgewählte
 gesundheitliche Gefährdungen

Vorwort

Gesundheit und medizinische Versorgung sind Themen, bei denen auch solche Menschen hellhörig werden, die sich ansonsten wenig für sozialpolitische Themen interessieren. Ein ausreichender Schutz gegen gesundheitliche Gefährdungen und eine allen zugängliche ausreichende medizinische Versorgung im Falle von Unfall oder Krankheit gehören zu den Errungenschaften des Sozialstaates, auf die selbst die nicht verzichten wollen, die ansonsten eine staatlich garantierte Rundumversorgung ablehnen. Der Grund hierfür ist nicht schwer zu finden: Es ist die allen Menschen gleiche Verletzlichkeit unseres Körpers, die es für die meisten von uns selbstverständlich macht, dass jeder unabhängig von sozialem Status, Herkunft und finanzieller Leistungsfähigkeit Zugang zu medizinischen Leistungen haben soll. Gesundheit ist zwar nicht alles im Leben, aber ohne Gesundheit verlieren viele andere wünschenswerte Dinge an Bedeutung.

Nachdem der prinzipiell gleiche Zugang zu medizinischen Leistungen durch die Sozialgesetzgebung weitgehend erreicht worden war, hat man lange die Augen vor der Erkenntnis verschlossen, dass zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gibt, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleicher Weise und von den gleichen Krankheiten betroffen sind, was sich nicht zuletzt auch in unterschiedlichen Lebenserwartungen ausdrückt, und dass diese Unterschiede häufig mit sozialen Merkmalen zusammenfallen, also nicht allein auf individuelle Verhaltensunterschiede und Vorlieben (Ernährung, Sport etc.) zurückgeführt werden können.

Wenn der hier vorgelegte Teil des Frankfurter Sozialberichts Gesundheitsthemen gewidmet ist, dann drückt sich hierin auch die Sorge aus, dass nicht alle Bewohner unserer Stadt in ausreichender Weise medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und dass es Unterschiede in der Betroffenheit von Krankheiten und der Lebenserwartung gibt, über die bislang nur Vermutungen bestehen. In einem *Sozialbericht* interessiert nicht nur, ob es solche Unterschiede gibt, sondern auch, ob sie mit Unterschieden von Geschlecht, Bildung, Einkommen, Vermögen oder Stellung im Beruf einhergehen. Was man hierüber im Hinblick auf die Frankfurter Bevölkerung weiß, ist im Folgenden zusammengetragen. Hierbei zeigt sich, dass unser Wissen über den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen lückenhaft ist. Frankfurt am Main steht hier aber nicht schlechter da als andere Städte vergleichbarer Größe. Dies liegt daran, dass die Datenbestände, aus denen am ehesten Informationen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu gewinnen wären, nämlich die Dateien der Krankenkassen, für Zwecke der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung nicht

zur Verfügung stehen. Hieran wird sich auf absehbare Zeit wohl nichts ändern. Ähnliche Lücken gibt es auch im Hinblick auf unser Wissen über die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung in Frankfurt am Main. Auch wenn demnach kein umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage der Frankfurter Bevölkerung gegeben werden kann, so enthält der hier vorgelegte Bericht doch wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf einige gesundheitliche Gefährdungen. Hierzu gehören z.B. Drogenkonsum, HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung und der Zusammenhang zwischen Sozialhilfebezug und Gesundheit.

Den Kommunen als Trägern des öffentlichen Gesundheitswesens kommt in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung sowie Beobachtung und Bekämpfung meldepflichtiger Infektionskrankheiten eine unverzichtbare Aufgabe zu. Was die Stadt Frankfurt am Main auf diesem Gebiet unternimmt, wird im Folgenden dargestellt. Die medizinische Versorgung erfolgt hingegen weitgehend außerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens. Hierbei orientiert sich die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten an Richtwerten, an deren Entwicklung die Kommunen nicht beteiligt waren. Ob eine nach diesen Richtwerten als ausreichend eingestufte Versorgung es auch in den Augen derjenigen ist, die auf diese Leistungen angewiesen sind, ist eine offene Frage.

Der hier vorgelegte Teil IV des Frankfurter Sozialberichts ist das Produkt der Zusammenarbeit verschiedener städtischer Ämter. Zudem findet sich im Bericht ein Beitrag der AIDS-Hilfe Frankfurt. Schließlich sind im Anhang Darstellungen von Angeboten für Drogenabhängige und HIV-Infizierte verschiedener Träger dargestellt, die diese für diesen Bericht zur Verfügung gestellt haben. Ihnen und allen anderen, die zum Zustandekommen dieses Berichts beigetragen haben, spreche ich meinen Dank aus.

Horst Hemzal

Dezernent für Soziales und Jugend

Inhalt:

1. EINLEITUNG	7
2. MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN FRANKFURT AM MAIN.....	13
2.1 ÄRZTEDICHTE UND KRANKENHAUSBETTEN	14
2.2 MEDIZINISCHE VERSORGUNG DURCH DAS STADTGESUNDHEITSAMT	18
2.2.1 <i>Der psychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes</i>	18
2.2.2 <i>Die Roma und Sinti Sprechstunde im Stadtgesundheitsamt Frankfurt</i> (von Dr. Sonja Stark, Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main)	20
3. AKTIVITÄTEN DES STADTGESUNDHEITSAMTES IM BEREICH PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	24
3.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG (von Dr. Hans Wolter, Stadtgesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main)...	24
3.1.1 <i>Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland</i>	24
3.1.2 <i>Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe und Gesundheitsinformation</i>	25
3.1.3 <i>Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit</i>	27
3.2 INFEKTIONSKRANKHEITEN (von Dr. René Gottschalk, Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main).....	31
3.2.1 <i>Aufgaben der Abteilung Infektiologie des Stadtgesundheitsamtes</i>	31
3.2.2 <i>Die Tuberkulose</i>	32
3.3 BEFUNDE DES JUGEND- UND SOZIALÄRZTLICHEN DIENSTES (von Dr. Holger Meireis, Jugendärztlicher Dienst des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main).....	39
3.3.1 <i>Präventiver Status der Schulanfänger</i>	40
3.3.2 <i>Medizinische Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung</i>	44
3.3.3 <i>Fazit: Nutzen und Notwendigkeit der Schuleingangsuntersuchung</i>	49
3.3.4 <i>Unterschiede im Gesundheitszustand und Entwicklungsstand von schuleingangsuntersuchten Kindern</i> (von Dr. Herbert Jacobs und Dr. Holger Meireis).....	50
3.4 ZAHNGESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ZAHNGESUNDHEIT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN (von Dr. Christian Rotter, Abteilung Zahnmedizin des Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main).....	58
3.4.1 <i>Zahngesundheitsförderung</i>	58
3.4.2 <i>Die Zahngesundheit von Kindern zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr</i>	63
3.4.4 <i>Wie wird die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen weiter gefördert?</i>	66
3.4.5 <i>Förderung der Mundgesundheit in Schulen und Behinderteneinrichtungen mit hohem Kariesrisiko</i>	67
4. AUSGEWÄHLTE GESUNDHEITLICHE GEFÄHRDUNGEN.....	68
4.1 ARMUT, ARBEITSLOSIGKEIT, SOZIALHILFEBEZUG UND KRANKHEIT	68
4.2 DROGENABHÄNGIGE UND DROGENHILFE IN FRANKFURT AM MAIN (von Regina Ernst und Gerd Fürst, Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main)	74
4.2.1 <i>Drogen und Drogenkonsum</i>	75
4.2.2 <i>Registrierte Drogenabhängige in Frankfurt am Main</i>	78
4.2.3 <i>Drogentote</i>	80
4.2.4 <i>Drogenhilfe in Frankfurt am Main</i>	80
4.3 HIV UND AIDS IN FRANKFURT (von Sven Arnold und Jörg Korell, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.)	92
4.3.1 <i>Einleitung: Verhaltensprävention geht nicht ohne Verhältnisprävention</i>	92
4.3.2 <i>Deutschland im europäischen Vergleich</i>	92
4.3.3 <i>HIV und AIDS in Deutschland</i>	93
4.3.4 <i>Menschen mit HIV und AIDS in Frankfurt</i>	94
4.3.5 <i>Beratung und Hilfe für Menschen mit HIV und AIDS in Frankfurt</i>	95
4.3.6 <i>Schlussbetrachtung</i>	104
4.4 UMWELTBELASTUNGEN.....	106
4.4.1 <i>Lärm</i>	106
4.4.2 <i>Luftschadstoffe</i>	107
4.4.3 <i>Belastung durch Umweltgifte</i>	109
4.4.4 <i>Schlussfolgerungen</i>	110

5. SELBSTHILFEAKTIVITÄTEN (von Dr. Hans Wolter, Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main).....	111
5.1 DIE SELBSTHILFEKONTAKTSTELLE UND DIE SERVICESTELLE BÜRGERINNEN-BETEILIGUNG FRANKFURT	111
5.2 DAS GESUNDHEITZENTRUM SCHWANHEIM.....	115
6. SCHLUSS	116
ANHANG	121
1. SCHWERBEHINDERTE IN FRANKFURT AM MAIN	122
2. TODESURSACHEN IN FRANKFURT AM MAIN	123
3. ANGEBOTE FÜR DROGENABHÄNGIGE UND AIDS-INFIZIERTE IN FRANKFURT AM MAIN.....	124
3.1 <i>Angebote des Vereins „Jugendberatung und Jugendhilfe“ (JJ)</i>	124
3.2 <i>Angebote des Vereins Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (vae)</i>	128
3.3 <i>Das Angebot der Stiftung Waldmühle</i>	135

1. Einleitung

Gesundheit ist, einer Definition der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1948 zufolge, „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“¹ Gesund zu sein hat für die meisten Menschen in Deutschland eine herausragende Bedeutung für das subjektive Wohlbefinden.² Dies dürfte in anderen Ländern kaum anders sein.

Gegenüber den Menschen früherer Epochen und vielen anderen Weltgegenden sind in Deutschland die Voraussetzungen für Hilfen bei Krankheiten, Behinderungen und Unfällen ausgesprochen gut. Der Gesundheitszustand insgesamt ist gemessen an Indikatoren wie der Lebenserwartung, der Säuglingssterblichkeit oder der Häufigkeit früher verbreiteter Infektionskrankheiten wie z.B. Tuberkulose ausgesprochen gut. Betrug 1949/51 die mittlere Lebenserwartung der Männer noch knapp 65 Jahre, so waren es 1986/88 schon 72 Jahre. Die Frauen konnten ihre durchschnittliche Lebenserwartung im selben Zeitraum sogar um 10 auf 79 Jahre steigern.³ 1996/98 betrug die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in den alten Bundesländern für neugeborenen Jungen bei 74,4 Jahren und für neugeborene Mädchen bei 80,5. Freilich gibt es hier regionale Unterschiede. In Ostdeutschland lag die Lebenserwartung für neugeborenen Jungen zwei Jahre und für Mädchen ein Jahr niedriger.⁴

Ein Indikator für die Qualität der medizinischen Versorgung ist die Säuglings- und Müttersterblichkeit. Starben 1960 bundesweit noch 34 von 1.000 Lebendgeborenen, sank die Zahl bis 1997 auf 5. Die Zahl der Mütter, die an Komplikationen der Schwangerschaft, bei der Entbindung oder im Wochenbett gestorben sind, sank von 1.030 im Jahre 1960 auf 49 im Jahre 1997.⁵ Diese positive Entwicklung hängt mit der besseren Ernährung, der besseren Gesundheitsversorgung und dem medizinischen Fortschritt zusammen. Haben viele einstmals tödliche Krankheiten ihren Schrecken verloren, so hat andererseits die Bedeutung anderer Krankheiten zugenommen. Viele werden mit der modernen Lebensweise (Bewegungsmangel, Konsum von sog. „Genussmitteln“, Belastung mit in der Natur nicht vorkommenden Substan-

¹ Höhne, R.: Gesundheit. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit, hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. 4. Auflage, Frankfurt am Main 1997, S. 409f.

² vgl. Böhnke, P.: Wertorientierungen und Zukunftserwartungen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim (ZUMA): Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. München 2000, S.443-452, hier 443f.

³ vgl. Geißler, R.: Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung. 2. Auflage, Opladen 1996, S. 342.

⁴ vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Demographische Lage 1998 (<http://www.bib-demographie.de/demolage.htm> [Stand 5.5.2000]).

⁵ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1999, S. 181.

zen) in Verbindung gebracht, so dass die Entwicklung, die für die Überwindung vieler Übel gesorgt hat, ihrerseits wieder Risiken in sich birgt, die nur durch entsprechende Gegenstrategien in Schach gehalten werden können.

Trotz des insgesamt und insbesondere im Vergleich zu den Lebensverhältnissen früherer Generationen guten Gesundheitszustandes der Bevölkerung insgesamt gibt es Bevölkerungsgruppen, die besondere gesundheitliche Risiken tragen. Sie haben andere Krankheiten oder sterben früher als andere. Es ist z.B. bekannt, dass Bildungs- und Schichtunterschiede nach wie vor Einfluss auf die Lebenserwartung und die Betroffenheit von bestimmten Krankheiten haben. So ist die Fortdauer der Bildungsvererbung von einer Generation auf die andere und die Ungleichheit von Bildungschancen mitverantwortlich für die Streuung von Lebenserwartung nach sozialen Schichten und Klassen.⁶ Herz-Kreislauf-Krankheiten und insbesondere Herzinfarkte und plötzlicher Herztod sind in höheren sozioökonomischen Schichten seltener anzutreffen als in unteren.⁷ Ähnliche Unterschiede findet man bei den Cholesterin-Werten oder beim Bluthochdruck. Arbeitslose, Einkommensarme und von anderen „Unterversorgungen“ betroffene Personen waren 1992 in Westdeutschland mit ihrem Gesundheitszustand deutlich unzufriedener als andere Bevölkerungsgruppen.⁸ Angestellte mit niedrigem Jahreseinkommen weisen höhere Sterblichkeitsziffern auf als solche mit höherem.⁹ Insgesamt zeigen Arbeitslose, Wohnungslose, aber auch Alleinerziehende und Kinder eine deutlich überdurchschnittlich hohe Morbidität (Erkrankungshäufigkeit) und Mortalität (Sterblichkeit).¹⁰

Unterschiede im Hinblick auf die Mortalität und Morbidität bei Angehörigen verschiedener sozialer Schichten gehen mit Unterschieden in der körperlichen und psychischen Belastung, im Gesundheits- und Ernährungsverhalten, im Nutzen medizinischer Einrichtungen und in der Lebensweise einher und finden hier ihre „Erklärung“. So war die Säuglingssterblichkeit in

⁶ vgl. Becker, R.: Bildung und Lebenserwartung in Deutschland. Eine empirische Längsschnittuntersuchung aus der Lebensverlaufsperspektive. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 27 (1998), S. 133-150.

⁷ vgl. Weber, I.: Soziale Schichtung und Gesundheit. In: Geißler, R. (Hrsg.): Soziale Schichtung und Lebenschancen in Deutschland. 2. Auflage, Stuttgart 1994, S. 195-219; Hoffmeister, H./Hüttner, H.: Die Entwicklung sozialer Gradienten in den Nationalen Gesundheits-Surveys 1985-1991. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 2. Beiheft 1995, S. 113-129.

⁸ vgl. Hanesch, W.: Armut und Krankheit in Deutschland. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 2. Beiheft 1995, S. 6-26.

⁹ Klosterhuis, H./Müller-Fahrnow, W.: Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen 1994.

¹⁰ weitere Befunde sind erwähnt in: Nationale Armutskonferenz: Sozialpolitische Bilanz. Neue Wege in der Armutspolitik. Dezember 1999, Abschnitt „Armut und Krankheit“ (<http://www.diakonie.de/publikationen/nak/1999/abschnitt01.htm>).

Westdeutschland bei nichtehelichen Kindern und bei türkischen Kindern deutlich erhöht.¹¹ Dies kann auf erhöhten Stress (nichteheliche Kinder) wie auf die geringere Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen durch die Mütter (türkische Kinder) zurückgeführt werden. Auch bei der Suche nach den Ursachen für die unterschiedlich hohe Lebenserwartung und die unterschiedliche Häufigkeit bestimmter Krankheiten, wie man sie zwischen verschiedenen Bundesländern oder zwischen Regionen innerhalb Deutschlands, aber auch zwischen den Bewohnern verschiedener Staaten findet, greift man auf ähnliche Erklärungsmuster zurück.

Sozialwissenschaftlich wird die unterschiedliche Betroffenheit von Krankheiten durch risikoreiche Verhaltensweisen (wie Rauchen oder falscher Ernährung) oder ungünstigen Lebensumstände (wie Stress oder Umweltgiften) erklärt. Es sind also verschiedene und sozial ungleich verteilte Risikofaktoren, die für die in epidemiologischen Untersuchungen gefundenen Unterschiede verantwortlich sind. Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, mit der in bestimmten Bevölkerungsgruppen bestimmte Krankheiten auftreten. Risikofaktoren können, müssen aber bei konkreten Personen nicht zum Ausbruch bestimmter Krankheiten führen. So bekommen nicht alle, aber viele Raucher Lungenkrebs. Auf der individuellen Ebene hängt der Ausbruch von Krankheiten vom individuell verschiedenen Versagen von Regulationsmechanismen auf körperliche, psychische und soziale Anforderungen ab.

Krankheit ist, so der heutige Stand der medizinischen wie der sozialwissenschaftlichen Forschung, das Ergebnis komplexer und z.T. noch nicht bekannter Verursachungszusammenhänge.¹² Die Entstehungsbereiche gesundheitsgefährdender Faktoren können in der genetischen Disposition und in erlernten Bewältigungsressourcen, die dem einzelnen zur Verfügung stehen, den jeweiligen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen und in der persönlichen Lebensweise des Einzelnen einschließlich seiner Sozialbeziehungen liegen. Die körperliche und seelische Belastungsfähigkeit hat ganz entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Bewältigungsmöglichkeiten, die der Einzelne hat, hängen von subjektiven und kollektiven Lernprozessen in Bezug auf den Umgang mit Belastungen ab. Hier spielt auch der Umfang und die Qualität der persönlichen Beziehungen eine große Rolle. Ob jemand einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt ist, wird des weiteren ebenso durch die materiellen Lebens- und Arbeitsbedingungen wie durch Umwelteinflüsse bestimmt. Auch die unterschiedlichen Lebensstile (Fehl-, Mangel- oder Überernährung, Rauchen, Alkoholkonsum) sind Risikofaktoren. Viele der hier genannten Risiko- und Belastungsfaktoren hängen mit der Schichtzugehör-

¹¹ vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Kapitel 3.4 (<http://www.gbe-bund.de>).

¹² vgl. Bäcker, G./Bispink, R./Hofemann, K./Naegle, G.: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 2, 3. Aufl. Wiesbaden 2000, S. 31ff.

rigkeit der Menschen zusammen, so dass auch Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede mit Schichtunterschieden einhergehen.

Eine zentrale Orientierungsgröße von Sozialberichterstattung wie Sozialplanung ist der Umfang und der Aufbau der Bevölkerung. Die Entwicklung der Bevölkerung ist von den Komponenten Geburten, Todesfälle und Wanderung abhängig. Hierbei zeigt sich für Frankfurt am Main folgendes Bild: Von 1980 bis 1998 gab es in Frankfurt stets mehr Sterbefälle als Geburten, im Jahresdurchschnitt 1.542 Fälle, wobei die Differenz zwischen Geburten und Todesfällen in den 1980er Jahren größer war als im Zeitraum 1990 bis 1998.¹³ Dieser „natürlichen Bevölkerungsbewegung“ stehen die im Umfang weit bedeutenderen Zu- und Wegzüge gegenüber. So gab es 1998 beispielsweise 6.301 Geburten und 6.473 Sterbefälle, aber 45.830 Zuzüge und 44.283 Wegzüge. Im Zeitraum von 1980 bis 1998 gab es 44.647 mehr Zuzüge als Wegzüge aus Frankfurt, so dass der natürliche Bevölkerungsschwund mehr als ausgeglichen werden konnte. Diese Entwicklung wird sich vermutlich nicht fortsetzen. Schätzungen, die bis in das Jahr 2020 reichen, gehen für Hessen von einem leichten Anstieg der Bevölkerung bis zum Jahr 2010 aus.¹⁴ Danach wird die Bevölkerung wieder abnehmen. In den Verdichtungskernen, zu denen auch Frankfurt am Main zu rechnen ist, soll der Bevölkerungshöchststand schon im Jahre 2000 erreicht worden sein. Bis zum Jahre 2020 wird die Bevölkerung hier um etwa ein Zehntel sinken. Demgegenüber werden der ländliche Raum und die sog. „Kreise mit Verdichtungsansätzen“ deutliche Bevölkerungszuwächse zu verzeichnen haben. Besonders die Zahl der Menschen über 64 Jahren wird hessenweit und auch in den Verdichtungskernen deutlich zunehmen. Gegenüber 1995 wird deren Zahl hessenweit um etwa ein Drittel steigen. Während in den Verdichtungskernen die Steigerung mit etwa 17 % am geringsten ist, ist sie im Umland der Verdichtungskerne mit etwa 50 % am höchsten. Der Anteil der Personen über 64 an der Gesamtbevölkerung wird 2010 bei etwa 19 % und 2020 bei 20 % liegen, während er 1995 noch bei 17 % lag. Ende 1998 gab es in Frankfurt rd. 101.000 Personen über 64 Jahre. Dies entspricht einem Anteil von 16 % an den sog. „Hauptwohnsitzlern“ (rd. 624.000 Personen) und rd. 15 % an der Gesamtbevölkerung (rd. 672.000 Personen mit Haupt- oder Nebenwohnsitz).¹⁵ Insgesamt dürfte die Entwicklung in Frankfurt der Entwicklung der Regionen in

¹³ vgl. Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 1999, Tabelle 2.37.

¹⁴ vgl. Stegmüller, K./van den Busch, U.: Hilfe und Pflegebedürftigkeit in Hessen. Fortschreibung der regionalisierten Vorausschätzung bis zum Jahr 2020. HLT-Report Nr.: 560. Wiesbaden 1998, S. 7ff.

¹⁵ vgl. Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 1999, Tabellen 2.6 und 2.10.

Hessen entsprechen, die in der Schätzung als Verdichtungskerne bezeichneten werden. Ansteigen wird der Anteil Nicht-Deutscher an den älteren Personen.¹⁶

Im Rahmen des Frankfurter Sozialberichts besteht die Aufgabe dieses Teilberichts darin, besondere gesundheitliche Risiken und Gefährdungen ebenso aufzuzeigen wie bereits ergriffene oder an sich wünschenswerte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -vorsorge. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind z.B. die folgenden:

- Liegen besondere Umwelt- oder sonstige Bedingungen vor, von denen Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgehen (können) und wie wird bzw. sollte auf diese reagiert werden?
- Sind in Frankfurt bestimmte Bevölkerungsgruppen überdurchschnittlich häufig vertreten, von denen man weiß, dass sie speziellen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind?
- Ist die Versorgung mit medizinischen Einrichtungen und Ärzten bedarfsgerecht oder bestehen hier Lücken?
- Kommen in Frankfurt bestimmte Krankheitsbilder häufiger vor als sonst, so dass hier auf besondere Risikofaktoren geschlossen werden kann?
- Gibt es besondere Lücken in der Inanspruchnahme von bzw. der Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen oder Einrichtungen?
- Welche Anforderungen ergeben sich aus dem jetzigen und künftigen Bevölkerungsaufbau in Frankfurt?
- Welche Handlungsbedarfe ergeben sich aus den gewonnenen Erkenntnissen für die Stadt?

Die angesprochenen Fragen können im Folgenden nur zum Teil beantwortet werden. Dies liegt an mehreren Gründen. Zum einen gibt es keine auf das Gebiet der Stadt Frankfurt bezogene umfassende Gesundheitsberichterstattung, auf die im Rahmen des Sozialberichts zurückgegriffen werden könnte. Vielmehr ist es so, dass an verschiedenen Stellen Daten vorhanden sind, die erst zusammengeführt werden oder aufbereitet werden müssten. Zu denken ist hier z.B. an die Daten der Krankenkassen. Nirgendwo gibt es umfassendere Datenbestände

¹⁶ Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen. So beurteilen ältere Ausländer ihren Gesundheitszustand trotz ihres niedrigeren Durchschnittsalters erheblich schlechter als Deutsche. Sie sind häufiger in ärztlicher Behandlung und leiden häufiger an psychischen Erkrankungen als Deutsche. Ausländische ältere Personen sind häufiger pflegebedürftig und schwerbehindert als deutsche (vgl. hierzu Schuleri-Hartje, U.-K.: Alternde Ausländer in Deutschland - Alltags- und Gesundheitsprobleme einer hochbenachteiligten Gruppe. In: Tagungsvortrag der Tagung des Sozialverbandes VdK Deutschland, Landesverband Bayern, am 16-17- Februar 2000 (VdK Forum) in der Evangelischen Akademie Tutzing zum Thema: „Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch benachteiligte und sozial übergangene Minderheit“; Brandenburg, H.: Die Lebenssituation und Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland - Ergebnisse eines Modellversuchs. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 1/1997, S. 55-69).

zur Morbidität und Mortalität der Bevölkerung wie hier. Es sind nicht nur die Krankheiten, die Behandlungskosten und die Krankheitsdauer erfasst, darüber hinaus sind auch sozialstrukturelle Daten wie Alter, Geschlecht und Einkommen (Höhe des Beitragssatzes) vorhanden. Diese Daten stehen aber für sozialwissenschaftliche Analysen nicht zur Verfügung und sind auch nicht nach regionalen Einheiten aufgebrochen.

Auf das Manko der fehlenden Daten wird in diesem Bericht reagiert, indem verschiedene Aspekte der Gesundheit und Gesundheitsversorgung, wie sie sich aus dem Blickwinkel verschiedener im Gesundheitsbereich tätiger Institutionen ergeben, zusammengetragen werden. Für den Zusammenhang von Armut und Gesundheit wurden die Sozialhilfe-Daten des Jugend- und Sozialamtes ausgewertet. Weitere Teile stammen aus verschiedenen Abteilungen des Stadtgesundheitsamtes (Umweltmedizin, Befunde der Schuleingangsuntersuchungen und des zahnärztlichen Dienstes, meldepflichtige Infektionskrankheiten, Selbsthilfegruppen etc.). Daneben findet sich je ein Beitrag des Drogenreferats und der AIDS-Hilfe Frankfurt.

Mit den Befunden der Schuleingangsuntersuchungen und des zahnärztlichen Dienstes stehen Daten über ganze Schülerjahrgänge zur Verfügung. Leider fehlen in diesen Datensätzen Angaben zur Schichtzugehörigkeit der Eltern (Einkommen, Bildung, berufliche Stellung). Ohne diese Angaben können viele der oben aufgeworfenen Fragen nicht oder nicht befriedigend beantwortet werden. Dasselbe gilt für die Frage, ob die Frankfurter Bevölkerung besonderen Krankheitsrisiken ausgesetzt ist. Ohne entsprechende epidemiologische Daten, die im Prinzip bei den verschiedenen Krankenversicherungen vorhanden sind (aber nicht ausgewertet werden), kommt man hier nicht weiter. Auch würden Daten, die das bloße Vorhandensein eines Krankheitsrisikos anzeigen, kaum weiterhelfen, könnte man sie nicht mit eventuellen Besonderheiten der Frankfurter Bevölkerungsstruktur in Beziehung setzen.

Mit diesem vierten Teilbericht des Frankfurter Sozialberichts wird Neuland beschritten. Erstmals werden nicht nur einzelne kürzere Beiträge (wie etwa die beiden Exkurse im ersten Teilbericht zur Arbeitsmarktsituation) in einen ansonsten von einer Person erstellten Text eingefügt. Vielmehr besteht der Teilbericht Gesundheit insgesamt aus Kapiteln, die von verschiedenen Autoren verfasst wurden. Die Aufgabe der Planungsgruppe des Jugend- und Sozialamtes bestand vor allem darin, eine Gesamtkonzeption für diesen Teilbericht zu erarbeiten und die verschiedenen Beiträge zu koordinieren. Hierbei wurden die verschiedenen Beiträge zu vier Kapiteln zusammengefasst, in denen es um medizinische Versorgung (Kapitel 2), Gesundheitsprävention (Kapitel 3), besondere gesundheitliche Gefährdungen (Kapitel 4) und Selbsthilfeaktivitäten (Kapitel 5) geht.

2. Medizinische Versorgung in Frankfurt am Main

Deutschland ist ein sozialer Rechtsstaat (Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz) und verfügt über ein dichtes Netz der sozialen Sicherung. Kernstück der sozialen Sicherung ist die Sozialversicherung. Rund 90 % der Bevölkerung sind durch das Sozialversicherungssystem bei Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit und Ausfall des Erwerbseinkommens aus Altersgründen geschützt. Die Ausgaben für Gesundheit (1998 rd. 415 Mrd. DM) machen rd. ein Drittel des Sozialbudgets aus. Das waren 1998 11 % des Bruttosozialprodukts (1970: 7,5 %; 1990: 9,9%).¹⁷

Bei der medizinischen Versorgung kann zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterschieden werden. Diese beiden Versorgungsbereiche sind in Deutschland traditionell streng getrennt, bilden aber ein sich ergänzendes System. Neben niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, gibt es eine Vielzahl weiterer Einrichtungen und Betriebe, die an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt sind wie z.B. Apotheken, Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe oder Pflegeeinrichtungen.

Bis auf wenige Ausnahmen können alle Menschen aufgrund der Tatsache, dass sie über die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung Zugang zu medizinischer Versorgung haben, die Leistungen des Gesundheitssystems auch tatsächlich in Anspruch nehmen. Nichtversicherte sind, sofern sie Sozialhilfe bekommen, über die sog. „Krankenhilfe“ nach dem BSHG abgesichert. Auch wenn im Prinzip alle Menschen gleichen Zugang zu allen medizinischen Leistungen haben (sollen), differiert die Nutzung doch zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen deutlich.¹⁸ Defizite bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gibt es z.B. bei bestimmten Migrantengruppen. Insbesondere Migranten mit Sprachproblemen, niedrigem Bildungsniveau und kurzem Aufenthalt in Deutschland sind über Leistungsansprüche im Gesundheitsbereich oft nur unzureichend informiert, so das Ergebnis einer vom Amt für multikulturelle Angelegenheiten und vom Stadtgesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main in Auftrag gegebenen Studien.¹⁹ Bei der medizinischen Behandlung stellen die mangelnden

¹⁷ vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch '99. Arbeits- und Sozialstatistik. Januar 2000, Tabelle 7.2.

¹⁸ vgl. Weber, I.: Soziale Schichtung und Gesundheit. In: Geißler, R. (Hrsg.): Soziale Schichtung und Lebenschancen in Deutschland. 2. Auflage, Stuttgart 1994, S. 195-219, hier S. 212-214.

¹⁹ vgl. Bujak, Jürgen/ Deniz, Cengiz: Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Hrsg.: Stadt Frankfurt am Main, Amt für Multikulturelle Angelegenheiten und Stadtgesundheitsamt. September 1998. Grundlage dieser Studien war eine Befragung von 14 Experten aus dem Gesundheitsbereich, keine Befragung von Migranten. Dass Erhebungen zur Lebenssituation und gesundheitlichen Versorgung auch auf kommunaler Ebene machbar sind, zeigt eine Studie aus München (Landeshauptstadt München. Referat für Stadtplanung und Bauordnung: Lebenssituation ausländischer Bürgerinnen und Bürger in München. In: Schriftenreihe zur Stadtentwicklung, B 8 [1997]).

Kenntnisse der deutschen Sprache oft ein Problem dar. Migranten haben zudem oft einen anderen Umgang mit Krankheiten und ein Krankheitsverständnis, das sich mit dem schulmedizinisch ausgebildeter Ärzte nicht deckt. Von daher besteht bei ihnen ein erhöhtes Risiko, dass Probleme bei der Behandlung auftreten.. Allerdings gibt es hier wie auch bei den anderen Punkten eine große Bandbreite, welche die verschiedenen kulturellen und sozialen Hintergründe der Migranten widerspiegelt. Besondere Schwierigkeiten bei der medizinischen Versorgung haben Ausländer, die sich illegal in Deutschland aufhalten. Wenn sie etwa die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen wollen, müssen sie hierfür direkt (wie Privatpatienten) bezahlen. Dies mag bei einem einmaligem Arztbesuch noch finanziell verkraftbar sein. Aber schon ein kurzer Krankenhausaufenthalt wäre so kostspielig, dass notwendige Behandlungen oft unterblieben, ganz abgesehen von dem Risiko, dann aus der Illegalität auftauchen und mit einer Abschiebung rechnen zu müssen.²⁰

2.1 Ärztedichte und Krankenhausbetten

Die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung wird von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten durchgeführt. Jeder zugelassene Vertragsarzt bzw. Vertragszahnarzt gehört einer Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung an. Eine zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist der sog. „Sicherstellungsauftrag“. Er besagt, dass im Gebiet einer Kassenärztlichen Vereinigung eine ausreichende Zahl von niedergelassenen Vertragsärzten vorhanden sein muss und diese möglichst gleichmäßig verteilt sein sollen. Vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sind Richtlinien über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen worden. für die Festlegung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist von Verhältniszahlen auszugehen, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der zugelassenen Ärzte je Arztgruppe zur Zahl der Bevölkerung ergeben.

Der Anstieg der Ausgaben für Gesundheit spiegelt sich auch in der Zahl der im Gesundheitsbereich arbeitenden Menschen. Kamen 1970 noch 615 Einwohner auf einen Arzt (2.027 Einwohner auf einen Zahnarzt), waren es 1997 290 (1.323 Einwohner auf einen Zahnarzt).²¹ Ent-

Das Stadtgesundheitsamt und das Amt für multikulturelle Angelegenheiten führten darüber hinaus im September 1999 eine Anhörung zum Thema „Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten“ durch (vgl. Stadt Frankfurt. Amt für multikulturelle Angelegenheiten und Stadtgesundheitsamt (Hrsg.): Dokumentation Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Anhörung in Frankfurt am Main am 22. September 1999 im Plenarsaal der Stadtverordnetenversammlung im Römer. Frankfurt, März 2000.

²⁰ Auf die besondere Problematik bei der Gesundheitsversorgung von Migranten wurde durch die Gründung der Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit im Stadtgesundheitsamt reagiert (vgl. unten Abschnitt 3.1.3).

²¹ Statisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1999, S. 183.

sprechend stieg in Frankfurt die Zahl der in freier Praxis tätigen Ärzte von 1.498 im Jahre 1985 auf 1.904 im Jahre 1998, stieg also um rd. 27 %, während die Bevölkerung gerade einmal um knapp 6 % zunahm. Im gleichen Zeitraum stieg zudem die Zahl der hauptamtlichen Ärzte in Krankenhäusern um 9 % von 1.417 auf 1.545.²²

Wenn man die Ärzte (außer Zahnärzte) nach Fachgebieten unterteilt und nach dem Versorgungsgrad der Bevölkerung fragt, dann zeigt sich, dass in Frankfurt die Ärzteversorgung durchweg gut bis sehr gut ist. Hierbei wird die Zahl der Ärzte mit dem Bedarf verglichen. Die Zulassung als Kassenarzt ist daran gebunden, dass ein bestimmtes Gebiet mit Ärzten einer bestimmten Fachrichtung nicht überversorgt ist. Ist eine Region überversorgt, werden sie „gesperrt“, d.h., dass ein sich neu niederlassender Arzt keine Kassenzulassung bekommt, ohne die er aber praktisch nicht wirtschaftlich existieren kann. Über die Verhältniszahlen (Zahl der Einwohner eines bestimmten Gebietes auf einen Arzt einer bestimmten Fachrichtung) und über das Sperren bestimmter Fachrichtungen für die Niederlassung weiterer Ärzte entscheiden Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen. Die Verhältniszahlen differieren nach Fachrichtung und Besiedlungsdichte einer Region.

Durch die Zulassungsbeschränkungen sollen die Ärztezahl (und die Kosten im Gesundheitswesen) beschränkt und eine Gleichverteilung der Ärzte gesichert werden. Letztlich war die Zulassungsbeschränkung eine Reaktion auf die Erkenntnis, dass die Ausgaben für Gesundheit am ehesten von der Zahl der Ärzte und nicht vom Gesundheitszustand der zu versorgenden Bevölkerung abhängen. Da Ärzte weitgehend selbst über die Notwendigkeit bestimmter medizinischer Leistungen entscheiden (und von der Verordnung medizinischer Leistungen leben), steigen mit zunehmender Ärztezahl auch Ausgaben für Gesundheit. Allerdings werden Überversorgungen in einem bestimmten Ausmaß geduldet.

Im Oktober 2000 gab es in Frankfurt am Main 530 niedergelassene Zahnärzte. Bei einer Bevölkerungszahl von rd. 645.000²³ kamen rd. 1.217 Einwohner auf einen Zahnarzt. Bei der Bedarfsplanung für Zahnärzte wird für die kreisfreien Städte eine Richtgröße von 1.280 Einwohner pro Zahnarzt zugrundegelegt und für die kreisangehörigen Gemeinden eine von 1.680. Hierbei wird die Tatsache berücksichtigt, dass die kreisfreien Städte viele Pendler anziehen, die an dem Arbeitsort auch medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Rein rechnerisch beträgt die Versorgungsquote in Frankfurt am Main hiermit 104 %. Innerhalb von

²² vgl. Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 1999, Tabellen 2.2, 9.1 und 9.3.

²³ Das Hessische Statistische Landesamt weist für den 30.6.2000 für Frankfurt am Main eine Einwohnerzahl von 644.720 aus (vgl. <http://www.hasl.de/Abt-p/kreiszahlen/hkr01.htm>). Bei der ärztlichen Bedarfsplanung werden diese Angaben zugrundegelegt. Diese und weitere Angaben zur zahnärztlichen Versorgung in Frankfurt am Main beruhen auf Auskünften der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen.

Frankfurt gibt es allerdings keine regionalen Versorgungsrichtwerte. Frankfurt wäre also auch dann gut mit Zahnärzten versorgt, wenn sich alle im Innenstadtbereich niederlassen würden. Tatsächlich gab es hier im Oktober 2000 67 Zahnärzte, also viel mehr, als zur Versorgung der hier lebenden Einwohner notwendig wären. Demgegenüber gab es zum selben Zeitpunkt in den Ortsteilen Berkersheim, Harheim und Nieder-Erlenbach nur jeweils einen Zahnarzt. Von einer Unterversorgung von Ortsteilen kann erst dann ausgegangen werden, wenn die Erreichbarkeit der anderswo niedergelassenen Zahnärzte eingeschränkt ist. Hiervon kann aufgrund der guten Verkehrsinfrastruktur in Frankfurt aber nicht ausgegangen werden.

Tabelle 2.1.1: Ärzteversorgung (ohne Zahnärzte) in Frankfurt am Main 1999. Teilweise Doppelzulassungen.

Fachgebiet	Allgemeinmedizin	Anästhesie	Augenheilkunde	Chirurgie	Gynäkologie	Hals-Nasen-Ohren	Dermatologie	Innere Medizin	Kinderheilkunde	Nervenheilkunde	Orthopädie	Psychotherapie		Radiologie	Urologie
												ärztlich	psychologisch		
Verhältniszahl	2.269	25.958	13.177	24.469	6.916	16.884	20.812	3.679	14.188	12.864	13.242	2.577		25.533	26.611
Ist	352	49	55	36	102	44	36	188	59	61	55	113	335	34	30
Soll	284	25	49	26	93	39	31	175	45	50	49	250		25	24
Versorgungsgrad in %	124	197	112	137	110	114	116	125	128	122	112	179		135	124

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Was für die niedergelassenen Ärzte gilt, trifft auch auf die Krankenhäuser zu. Sie werden in erheblichem Umfang (rd. 40 %) von Personen, die nicht in Frankfurt wohnen, genutzt. Hierin drückt sich auch die zentrale Stellung Frankfurts im Rhein-Main-Gebiet aus. Insoweit sind auch Zahlen über die Krankenhaus-Betten je 1.000 Einwohner, wie sie üblicherweise berichtet werden, wenig aussagekräftig. Den Angaben des Statistischen Jahrbuchs Frankfurt am Main 1999 (Tabelle 9.1 und 9.2) zufolge stieg die Bettenzahl Frankfurter Krankenhäuser von 1995 bis 1998 von 7.250 auf 7.485. Die Zahl der Krankenhäuser stieg von 21 auf 23. Die Zahl der Betten auf 1.000 Einwohner stieg dadurch von 11,1 auf 11,5. Gleichzeitig sank aber die Bettenausnutzung von 82,4 auf 78,1 %. Unabhängig davon können in bestimmten Abteilungen der Krankenhäuser Engpässe bestehen. Bei der Bettenbedarfsplanung wird die jahresdurchschnittliche Auslastung zugrundegelegt. Unterschreitet diese einen bestimmten Prozentsatz, gilt dies als Indikator dafür, dass zu viele Betten in einem bestimmten Bereich vorhanden sind. In der Inneren Medizin liegt dieser Richtwert bei 85 %, in der Kinderheilkunde bei 80 %. Diese angestrebte durchschnittliche Bettenauslastung ist so angelegt, dass es möglich sein soll, auch Spitzenbelastungen abzufangen. Allerdings kommt es immer wieder vor, dass aufgrund einer hundertprozentigen Bettenbelegung (in allen entsprechenden Abteilungen der Krankenhäuser in Frankfurt) eine Verschiebung von medizinischen Eingriffen notwendig ist. Sind aber z.B. Operationen unbedingt notwendig, kann es auch schon mal dazu kommen, dass Patienten auf den Fluren untergebracht werden müssen, wenn alle Zimmer belegt sind. Selbstverständlich wird in solchen Situationen auch überprüft, ob in den angrenzenden Kreisen noch Kapazitäten frei sind. Ist dies der Fall, werden die Patienten auch dorthin eingewiesen. Bei bestimmten Krankheitsbildern wie z.B. Verletzung ist von vornherein eine bundesweite Verteilung vorgesehen.²⁴

2.2 Medizinische Versorgung durch das Stadtgesundheitsamt

Während die Hauptaufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens in der Prävention und Gesundheitsförderung besteht (siehe Kapitel 3), übernimmt es in bestimmten Bereichen auch Versorgungsfunktionen.

2.2.1 Der psychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes

Die Aufgabenstellung psychiatrischer Dienste umfasst neben der Beratung und Information von Betroffenen und ihrer Angehörigen vor allem die Gewährung vorsorgender und nachge-

²⁴ Eine Besonderheit Frankfurts im Vergleich zu anderen deutschen Städten vergleichbarer Größe besteht darin, dass die Krankenhausversorgung weitgehend in freier Trägerschaft liegt. Lediglich die Kliniken in Höchst befinden

hender Hilfen sowie die Krisenintervention. Von besonderer Bedeutung sind diese Hilfen für Betroffene, die nicht in der Lage sind, von sich aus die erforderlichen psychiatrischen Hilfen in Anspruch zu nehmen. Aufgabe der sozialpsychiatrischen Dienste ist es, die Betroffenen an geeignete Einrichtungen und Dienste zu vermitteln und ggf. eine begleitende Hilfe durch eigene Mitarbeiter sicherzustellen. Aufgrund ihrer Besonderheiten erfordern psychische Erkrankungen immer komplexe Hilfeleistungen, bei denen somatische, psychischen und soziale Aspekte zusammen kommen. Die häufig notwendigen psychosozialen Hilfen sind hierbei nicht durch den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen gedeckt.

Seit dem 1.1.2000 untersteht die sozialpsychiatrische Versorgung nicht mehr dem Sozial-, sondern dem Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main. Mit diesem Wechsel einher geht eine Neuordnung der kommunalen Psychiatrie.²⁵ Diese Neuordnung folgt vier Grundprinzipien:

- Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken
- Gemeindenahe Versorgung in Sektoren
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken
- Koordination aller Versorgungsdienste in den Sektoren

Die Abteilung Psychiatrie versteht sich als Bindeglied von Einrichtungen und Diensten unterschiedlicher Trägerschaft, als Bindeglied klinischer und ambulanter nervenärztlicher Behandlung und deren komplementärer psychosozialer Betreuung, und zum anderen auch als ergänzender Gesundheits-Service für besonders schwierig zugängliche psychiatrische Patientengruppen. Die Abteilung Psychiatrie umfasst die Fachbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie sowie Suchterkrankungen und die dezentral in vier Sektoren (Süd, West, Ost und Nord) arbeitenden Sozialpsychiatrischen Dienste. In den vier Sektoren ist jeweils ein Krankenhaus für die stationäre Versorgung zuständig. Zur Sicherstellung der psychosozialen Versorgung wurde jedem dieser Sektoren ein Verein der freien Wohlfahrtspflege zugeordnet. Die Abteilung Psychiatrie ist die verantwortliche kommunale Instanz für seelische Gesundheit. Sie nimmt in der Entwicklung der psychiatrischen Gesamtversorgung Aufgaben der Bedarfsplanung, der Evaluation, der kommunalen Organisation und Steuerung, der Koordination und Kontrolle von Kooperationsverpflichtungen wahr. Der sozialpsychiatrische Dienst hat neben seiner umfassenden gesundheitshoheitlichen amtsärztlichen Tätigkeit vor

den sich in Trägerschaft der Stadt.

²⁵ vgl. Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main: Konzept Umstrukturierung der kommunalen Psychiatrie in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main 1999.

allem beratende, helfende, vermittelnde und begutachtende Aufgaben zu erfüllen. In ihm arbeiten Ärzte und Sozialarbeiter.

Der sozialpsychiatrische Dienst der Abteilung Psychiatrie im Gesundheitsamt ist für die ortsnahe Versorgung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in den vier Sektoren des Stadtgebietes zuständig. Der Aufgabenkatalog des sozialpsychiatrischen Dienstes ist sehr umfangreich. Zu diesen Aufgaben gehören u.a. die umfassende Beratung von Patienten, ihren Angehörigen und des sozialen Umfeldes, die Hinführung zu gesundheitlichen und sozialen Hilfen, die Unterstützung bei der Antragstellung von Leistungen jeder Art, die Diagnostik, Behandlung in Notfall-, Krisen- und Konfliktsituationen und die Suizidprophylaxe, die aufsuchende ambulante Tätigkeit bei besonders gefährdeten Patientengruppen oder etwa die Kooperation mit klinischen, ambulanten und komplementären Diensten und Einrichtungen.

Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen ist Aufgabe des gerontopsychiatrischen Dienstes. Viele alte Menschen sind durch altersbedingte Veränderungen in ihrer psychischen Gesundheit gefährdet oder erkranken. Alterspsychosen oder Depressionen hindern daran, sich alleine zu versorgen. In Frankfurt am Main leben heute Hochrechnungen zufolge rd. 120.000 Menschen über 60 Jahre von denen rd. 5.000 psychisch auffällig sein dürften. In Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten und niedergelassenen Ärzten sowie den Institutionen der Altenhilfe, durch Nachbarschaftshilfe und Unterstützung von Angehörigen soll die Selbstständigkeit der alten Menschen erhalten bleiben und die Unterbringung in Pflegestationen oder Heimen möglichst lange vermieden werden. Ziele der Gerontopsychiatrie sind u.a. die Aktivierung der Selbst- und Nachbarschaftshilfe, die Unterbreitung von Hilfsangeboten für gerontopsychiatrische Patientengruppen zum Erhalt der Selbstständigkeit und die aufsuchenden Arbeit zur Unterbreitung oder Einleitung von Hilfen.

Der kommunale kinder- und jugendpsychiatrische Dienst befindet sich z.Z. im Aufbau. Dasselbe gilt für die psychische Betreuung von alkoholmissbrauchenden und -abhängigen sowie medikamentenabhängigen Menschen.

2.2.2 Die Roma und Sinti Sprechstunde im Stadtgesundheitsamt Frankfurt

(von Dr. Sonja Stark, Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main)

Wegen ihrer besonderen Schwierigkeiten bei der Nutzung medizinischer Leistungen bietet das Stadtgesundheitsamt für Sinti und Roma eine kostenlose ärztliche Betreuung an, die sog. Roma und Sinti Sprechstunde. Es ist einer der wenigen Bereiche, in denen das Stadtgesundheitsamt die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernimmt.

Sinti und Roma“ ist in der Bundesrepublik die offizielle Bezeichnung für ein Volk, das viele unter dem Namen „Zigeuner“ kennen. Dieses Volk ist eine vielfältige und stark differenzierte Minderheit in Europa. Sinti und Roma kamen zwischen dem 8. und 12. Jahrhundert aus ihrer ursprünglichen Heimat, dem indischen Punjab, über Pakistan, Iran, die Türkei und die Balkanländer nach Europa. Ihre Sprache, das Romanes, entwickelte sich aus dem indischen Sanskrit. Etwa ab dem 16. Jahrhundert wurden in ganz Europa „Zigeuner“- feindliche Gesetze erlassen. Die Polizei- und Landesverordnungen für Sachsen, Thüringen und Meissen aus dem Jahre 1589 sahen u.a. vor, dass ihnen Hab und Gut weggenommen werden kann und sie „samt Weib und Kind außer Landes getrieben“ werden sollen. Bis zum 18. Jahrhundert wurden sie in sämtlichen deutschen Ländern für vogelfrei erklärt.

Im Zeitalter der Aufklärung wurde mit entsprechenden Gesetzen (Sprachverbot, Wegnahme der Kinder...) ihre Assimilation angestrebt. Ab Mitte des 18. Jahrhunderts, als aus Ost- und Südosteuropa verstärkt Roma zuwanderten, begann man in Deutschland zunächst die ausländischen Roma und ab Beginn des 20. Jahrhunderts auch die deutschen Sinti systematisch zu erfassen. Auf dieses während des Kaiserreichs und der Weimarer Republik aufgebaute behördliche Registrationsnetz konnten einige Jahrzehnte später die nationalsozialistischen Behörden bei der Ausführung ihrer Vernichtungspolitik zurückgreifen. Aus anderen europäischen Ländern, wie Skandinavien, Frankreich, Ungarn und den Balkanländern, sind ähnliche Gesetze, Erlasse und Verordnungen bekannt.

Die damals häufig praktizierte reisende Lebensform der Sinti und Roma, die im Grunde nirgendwo geduldet waren, wurde schließlich zu ihrer Überlebensstrategie. Ihren Lebensunterhalt verdienten sie vor allem als Schmiede, Werkzeugmacher, Kesselflicker und Pferdehändler – manche auch als Musikanten und Künstler.

Die Weltpopulation der Sinti, Roma und anderer zugehöriger Gruppen beträgt heute etwa zwölf Millionen. Die größten Gemeinschaften befinden sich in den osteuropäischen Ländern und in Spanien. In der Bundesrepublik leben nach Schätzungen etwa 60.000 – 70.000 deutsche Sinti und etwa 40.000 deutsche Roma. Über die Zahl der osteuropäischen Roma, die sich derzeit in Deutschland um Asyl bewerben oder als Kriegsflüchtlinge hier leben, gibt es keine Schätzungen.

In Frankfurt am Main und dem Rhein-Main-Gebiet als Verkehrsknotenpunkt und großem Wirtschaftsballungsraum leben nach Angaben der Roma-Union Frankfurt e.V. ca. 3000 bis 5000 Roma und Sinti. Davon sind viele, in erster Linie Roma, seit dem Jahr 1989 aus Osteuropa hinzugezogen.

Die gesundheitliche Situation der Sinti und Roma in Frankfurt am Main

Aufgrund ihrer wirtschaftlichen und sozialen Situation ist die gesundheitliche Lage vieler Familien mangelhaft bis alarmierend. Besonders tangiert sind hier die Kinder. Einen Krankenschein haben viele Familien nicht, da sie keine Sozialhilfe beziehen oder sich in Frankfurt am Main nur vorläufig aufhalten.

Zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation können bei Anspruchsberechtigung Krankenscheine von den Sozialstationen ausgestellt werden. Zudem konnte durch Vermittlung des Amtes für multikulturelle Angelegenheiten eine wöchentliche Sprechstunde im Stadtgesund-

heitsamt eingerichtet werden, die in Zusammenarbeit mit der Sozialverwaltung erfolgt. Diese Sprechstunde wird von einem rumänischen Arzt durchgeführt. Die Konsultation und auch einige Medikamente sind kostenlos.

Erfahrungen der Roma und Sinti Sprechstunde im Stadtgesundheitsamt Frankfurt

Nachfrage / Besuche

Die Sprechstunde scheint für die Zielgruppe die Rolle einer muttersprachlichen Hausarztpraxis zu erfüllen. Regelmäßig werden 30-50 Patienten pro Sprechstunde gesehen. Insgesamt stellten sich schon 600 Patienten mit fast 1900 Sprechstunden-Kontakten vor.

Alters-und Geschlechtverteilung

Die Sprechstunde wird von Menschen aller Altersklassen aufgesucht. Der Kinderanteil (bis 16 Jahre) ist mit 36 % relativ hoch. Von den restlichen 64% Erwachsenen sind 2/3 Frauen und nur 1/3 Männer.

Erkrankungsspektrum

Das Erkrankungsspektrum ist vielfältig: Zahlenmäßig dominieren grippale Infekte und Infektionen der Atemwege. Ebenso Probleme im Magen-Darm Trakt, rheumatische Beschwerden, Schmerzen im Bewegungsapparat – v.a. im Rücken – Hautkzeme oder Infektionen wie bspw. Scabies (Krätze). Über 50 % der Patienten ist multimorbide, d.h. bei einem Patienten liegen mehrere Erkrankungen vor. Häufig ist der Krankheitsverlauf chronisch. Beobachtet werden kann zudem, dass die meisten Patienten ein kariöses, destruiertes Gebiss haben.

Ärztliche Hilfen

Zum größten Teil werden die Patienten direkt mit Medikamenten versorgt. Eine Auswahl gängiger Generika, die kostengünstig beschafft werden können, stehen dem Arzt zur Verfügung. Bei besonderen Erkrankungen werden Medikamente rezeptiert oder die Patienten zu einem Facharzt überwiesen. Einige Patienten mussten in eine Klinik eingewiesen werden.

Fazit

Die Roma und Sinti Sprechstunde leistet für die beschriebene Zielgruppe mit hohem sozialmedizinischem Problempotential eine wichtige humanitäre Hilfe – und das mit einem relativ geringem finanziellen Aufwand. Letztendlich werden in den Erkrankungsbildern vielfach die Folgen eines für Mitteleuropa extrem niedrigen Lebens- und Bildungsstandards sichtbar. Das

Projekt ist wichtig und sinnvoll, da es für viele benachteiligte Menschen die einzige oder erste Chance zur gesundheitlichen Versorgung darstellt. Das soziale Engagement des dort tätigen Arztes und der sonst eingebundenen MitarbeiterInnen verdient ausdrücklich Anerkennung.

3. Aktivitäten des Stadtgesundheitsamtes im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge zählen zu den zentralen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dies geschieht z.B., indem Informationen angeboten oder bestimmte Verhaltensweisen gefördert werden. Hierdurch soll die Bevölkerung in die Lage versetzt werden, gesundheitsförderliche Lebensstile zu entwickeln und zu praktizieren. Im Bereich der Seuchenhygiene und des Gesundheitsschutzes hat das Gesundheitsamt das Ziel, das Auftreten von Infektionskrankheiten zu verringern. Dies geschieht z.B. dadurch, dass die Bevölkerung durch Schutzimpfungen vor übertragbaren Krankheiten geschützt wird. Im Bereich der Umwelthygiene und Toxikologie besteht das Ziel der Arbeit des Gesundheitsamtes darin, die gesundheitliche Belastung der Bevölkerung durch Umwelteinflüsse zu verringern. Des Weiteren gehört auch die Jugendgesundheitspflege (Schuleingangsuntersuchungen, zahnärztliche Untersuchungen in den Schulen) zu den Aufgaben des Gesundheitsamtes.

3.1 Gesundheitsförderung

(von Dr. Hans Wolter, Stadtgesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main)

Das Stadtgesundheitsamt unternimmt auf verschiedenen Gebieten Bemühungen, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und die Gesundheit fördernde Aktivitäten zu unterstützen. Es handelt sich um Aktivitäten außerhalb des normalen Medizinbetriebs.

3.1.1 Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland

Die Stadt Frankfurt am Main gehört zu den zehn Gründungsmitgliedern des „Gesunde Städte“-Netzwerkes der Bundesrepublik Deutschland. Die Gründung des Netzwerkes erfolgte im Jahr 1989 im Frankfurter Römer. Heute gehören 50 Städte und Kreise zum Netzwerk. Es handelt sich überwiegend um Großstädte wie Dortmund, Dresden, Essen, Hamburg, Köln, Mainz, München, oder Stuttgart. Das Stadtgesundheitsamt koordiniert die Gesunde Städte-Aktivitäten für die Stadt Frankfurt am Main. Als Leistung der Stadt Frankfurt für das Netzwerk wird im Sachgebiet Gesunde Städte bereits seit Anfang 1997 der Internet-Auftritt für das gesamte Gesunde-Städte-Netzwerks erstellt (www.gesunde-staedte-netzwerk.de). Das Netzwerk hat seiner Kölner Entschließung von 1999 (Titel: „Chancengleichheit für ein gesundes Leben“) eine aktuelle Zielbestimmung für die Gesundheitsförderung vorgenommen:

„Gesundheitsförderung, die Menschen nachhaltig erreichen will, muss herausfinden, was Bürgerinnen und Bürger wollen und sich an deren Interessen und Kompetenzen anknüpfen. Die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an der Gestaltung ihrer Lebensräume hat eine grundlegende auch gesundheitsfördernde Bedeutung. Wer beteiligt wird, gewinnt an Selbst-

vertrauen und Verantwortungsgefühl, weil seine Kompetenzen und Erfahrungen ernst genommen und nachgefragt werden. Damit sich Beteiligung entwickeln kann, muss es in Stadtteilen verlässliche Ansprechpartner und eine Infrastruktur geben, die Bürgerinnen und Bürger für ihre Beteiligungsaktivitäten nutzen können (z.B. Gruppenraum, Telefon, Kopierer, Fax).“

Das Projekt „Gesunde Städte“ geht auf eine Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurück und hat zum Ziel, das Prinzip der Gesundheitsförderung mit neuen und unkonventionellen Maßnahmen umzusetzen. Gesundheitliche Chancengleichheit, Bürgerbeteiligung und Eigenverantwortung ebenso wie die Verantwortung aller Verwaltungsressorts und Politikbereiche für das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Menschen, also nicht nur die Medizin, sind gefordert. Gesundheitsförderung bedeutet hierbei, „die Menschen zu befähigen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und die Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen“ (Ottawa-Charta der WHO). Umsetzen lässt sich dies nur, wenn auf politischer und Verwaltungsebene der Wille zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik besteht. Gleichzeitig muss Basisarbeit in Form von Information und Animation, sowie durch die Förderung von Eigeninitiativen und Selbsthilfegruppen betrieben werden. Das Ziel der „Gesunden Stadt“ ist es, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Konzeptionen, Aktivitäten und Leistungen im Sachgebiet Gesunde Städte orientieren sich an diesem Ziel.

3.1.2 Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe und Gesundheitsinformation

Generell sollen das Wissen und die Erfahrung des/r einzelnen über Gesundheit und Krankheit, über den Körper und seine Funktionen, über Prävention und Abhilfemaßnahmen angehoben werden. Ebenso das Wissen und die Erfahrung hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems und Kenntnis seiner Funktionsweise. Wichtig ist darüber hinaus die Schärfung des Bewusstseins für soziale, politische und Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Gesundheit. Ziel der Arbeit ist sowohl die Förderung einer gesunden Lebensweise (Verhaltensprävention), als auch die Förderung der Bedingungen für Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie der Bürgerbeteiligung zum Beispiel im Stadtteil (Verhältnisprävention). Auf Anfrage erhalten Institutionen (z.B. Schulen, Vereine), Gruppen (z.B. Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen) und Einzelpersonen sowohl eine telefonische Beratung, als auch schriftliche Fachinformationen oder entsprechende mündliche Vorträge und Präsentationen zu Gesundheitsthemen.

Individuelle Gesundheitsberatung (telefonisch, schriftlich, persönlich) umfasst Informationen über Ursachen, Diagnose, Therapien und Prognose von bösartigen Erkrankungen, Ernährungstipps bei verschiedenen Erkrankungen, Informationen zu Stoffwechselerkrankungen wie

z.B. Diabetes mellitus. Bei der Organisation von Vorträgen zu bestimmten Gesundheitsthemen geht es z.B. um Behandlung von Kopfschmerzen, Organspende und Depressionen. Aktionen betreffen körperliche Fitness („Fitgehweg“) und die Impfbereitschaft.

Das Gesundheitsamt initiiert und koordiniert insbesondere auch Veranstaltungen für die Frankfurter Bevölkerung und spezifische Zielgruppen. Dazu gehören Ausstellungen, Fachanhörungen, Pressegespräche, Telefonaktionen, Straßenaktionen, Präsentationen bei öffentlichen Großveranstaltungen und Messen. Die Themen dabei sind z.B.: Gesundheit im Älterwerden, Sexualität, Ernährung, Wohnen, Frauengesundheit, betriebliche Gesundheitsförderung, gesundheitliche Versorgung der Migrantinnen und Migranten und Werbung für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Zielsetzung so wie die einzelnen Maßnahmen und angewandten Methoden der gesundheitlichen Aufklärung beinhalten in aller Regel die Kooperation und Koordination mit anderen Institutionen des Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Schulwesens. Wichtige Kooperationspartner sind darüber hinaus vor allem Einrichtungen der Selbsthilfegruppen und -zusammenschlüsse sowie Stadtteilinitiativen und Vereine, aber auch einzelne Personen, die sich ehrenamtlich betätigen. Im einzelnen handelt es sich um folgende Aktivitäten:

- **Vorträge – Ausstellungen**

Vortragsangebote im Stadtgesundheitsamt werden in der Regel mit Kooperationspartnern organisiert. Als Kooperationspartner seien beispielhaft die Selbsthilfekontaktstelle²⁶ oder das Frauengesundheitszentrum genannt. Die Themenangebote entwickeln sich auf Grund von gehäuften Nachfragen aus der Bevölkerung. Im Jahr 1999 wurden folgende Themen angeboten: „Wenn die Seele sich verfinstert“ – Depressionen; „Impfen bei Kindern“ Pro und Contra. Die Besucherzahlen lagen bei über 100 Personen und zeigen, dass die Themenauswahl auf öffentliches Interesse stieß.

Im Rahmen der Psychiatriewoche 1999 konnte die Klinik Rheinhöhe ihre Bilder und Skulpturen, die in der kunsttherapeutischen Arbeit mit Kindern entstanden sind, in den Räumen des Stadtgesundheitsamtes ausstellen. Mit einer Vernissage, die eine Schulklasse musikalisch und künstlerisch gestaltete, wurde die Ausstellung eröffnet und der interessierten Bevölkerung und Fachkreisen vorgestellt.

Im Rahmen der 100-Jahrfeier des Krankenhauses Weilmünster entstand eine Ausstellung über die Entwicklung der Psychiatrie in Frankfurt und Umgebung. Das Krankenhaus

²⁶ Die Selbsthilfekontaktstelle wird maßgeblich aus dem Haushalt der Stadt Frankfurt am Main finanziert. Über ihre Aktivitäten wird weiter unten in Kapitel 5 berichtet.

Weilmünster gehörte bis Ende 1998 zum Frankfurter Versorgungskonzept für psychisch Kranke. Mit dieser Ausstellung sollte auch die gute Zusammenarbeit der Stadt Frankfurt und Weilmünster gewürdigt werden. Mit einem Fachvortrag und einer Führung für Fachpublikum und interessierte Bürgerinnen und Bürger wurde die Ausstellung eröffnet. Während der Ausstellungszeit wurden die angebotenen Fachführungen von unterschiedlichen Berufsgruppen und Schulklassen vielfach genutzt.

- **Kooperationsprojekt zur Gesundheitsförderung im Alter**

Im gesundheitsförderndem Sinne ist es wichtig, dass die Betroffenen ihre Zukunft mit gestalten, sich auf das Alter vorbereiten und Bedingungen und eigene Wünsche und Bedürfnisse erkennen und benennen. Als Kooperationsprojekt zur Gesundheitsförderung im Alter wurde eine Veranstaltungsreihe konzipiert, organisiert und durchgeführt. Die Ziele dieses Kooperationsprojekts bestanden darin, Öffentlichkeit herzustellen und Verständnis der Generationen untereinander zu entwickeln und zu verbessern, Angebote und Defizite in Frankfurt darzustellen, Lösungen zu entwickeln und Netzwerke aufzubauen, Mut für das Alter zu machen; Frauen aus ihrer Isolierung zu holen und die Gestaltbarkeit der Lebensverhältnisse möglich zu machen, um dadurch auch eine positive Entwicklung in unserer Stadt zu bewirken. Zielgruppen der einzelnen Veranstaltungen waren neben den Frauen unterschiedlichsten Alters, Fachleute und Politiker.

3.1.3 Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit

Die neueste Entwicklung im Gesunde Städte-Bereich ist die Schaffung der Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit im Stadtgesundheitsamt. Die Tätigkeit der Koordinierungsstelle umfasst insbesondere:

- **Information, Beratung und Aufklärung:** Informationsveranstaltungen, Gesundheitswegweiser, Fort- und Weiterbildungsangeboten zur interkulturellen Kompetenzerweiterung für das Fachpersonal und Multiplikatoren.
- **Initiierung und Unterstützung von gesundheitsfördernden Aktivitäten:** Unterstützung und Förderung des Selbsthilfepotentials im Bereich der zugewanderten Bevölkerung insbesondere in strukturell benachteiligte Stadtteilen; Initiierung von Gesundheitshilfeprojekten für besondere Bevölkerungsgruppen.
- **Koordination und Moderation:** Planung und Organisation von Gesundheitskonferenzen, intersektoralen Arbeitsgruppen, Zukunftswerkstätten u.ä.; Förderung der Koope-

ration/Vernetzung verschiedener Akteure im Gesundheitswesen; Herstellung von trägerübergreifender Transparenz.

Das Stadtgesundheitsamt trägt mit seinem bevölkerungsmedizinischen Auftrag Verantwortung für die gesundheitliche (Versorgungs-)Situation der verschiedenen Migrantengruppen vor Ort. Das Stadtgesundheitsamt steht gerade in Frankfurt am Main vor einer großen Herausforderung, denn die Gesundheit der MigrantInnen ist einem besonderen Spannungsfeld ausgesetzt. Wechselwirkungen zwischen kulturspezifischen, migrationsbedingten sowie sozialökologischen Faktoren nehmen Einfluss auf die gesundheitliche Situation und Versorgung der MigrantInnen.

Auf der Seite des Versorgungssystems verhindern zahlreiche (unsichtbare) Zugangsbarrieren (z.B. mangelhafte interkulturelle Fachkompetenzen, Angst vor ausländerrechtlichen Folgen etc.) eine angemessene Inanspruchnahme der Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Altenhilfe. Darüber hinaus sind Einrichtungen mit überdurchschnittlicher Inanspruchnahme (z.B. Frauenhäuser) oder mit überregionaler Magnetwirkung möglicherweise ein Indiz für Versorgungslücken. So komplex sich die gesundheitliche Situation von MigrantInnen zeigt, so vielfältig sind die möglichen Folgen bestehender Versorgungsschwächen: Zu verzeichnen sind Fehldiagnosen, Endlosdiagnostik, verspätet einsetzende Therapie, Polypragmasie (Behandlung eines Kranken mit einer Vielzahl von Medikamenten), Chronifizierungen, Drehtüreffekte, Doctor-Hopping und verlängerte Verweildauer.

Versorgungsstrukturen, die die Belange der MigrantInnen nicht berücksichtigen, wirken sich nicht nur ungünstig auf die Gesundheit von MigrantInnen aus, sie schlagen sich auch als Kostenfaktor nieder. Die Notwendigkeit zum Handeln ergibt sich daraus, dass es Frankfurt angesichts des mit 28,6 % höchsten Anteils an ausländischer Bevölkerung unter allen Großstädten vor allem mit ständigen Veränderungen bei ethnischer Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung zu tun hat und in der Vergangenheit zu tun hatte. Die genannten Veränderungen werden häufig als gesteigerte Dynamik bei der Entwicklung gesundheitlicher Problemlagen bei der ausländischen Bevölkerung wahrgenommen, der man mit entsprechenden Sonderdiensten zu begegnen versucht. Ein kostenträchtiges „Überangebot mit Defiziten“ auch in Frankfurt am Main muss aber vermieden bzw. überwunden werden.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass sich das Auseinanderdriften der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen nach Regel- und Sonderdiensten und innerhalb der Sonderdienste wiederum nach ethnischer Zugehörigkeit beschleunigt hat. Diese Entwicklung muss dringend durch konkrete und ortsnahe Koordinierungsmaßnahmen gestoppt werden.

Die relevanten von Informationen über die gesundheitliche und psychosoziale Lage der Migranten müssen im kommunalen Bereich ermittelt werden. Lücken und Defiziten der gesundheitlichen Versorgung müssen durch koordinierte Maßnahmen und einheitliche Bemühungen für *alle* Nationalitäten begegnet werden.

Nicht zuletzt müssen Wege gefunden werden, um das gesundheitliche Laien- und Selbsthilfepotential im Migrantenbereich zu wecken.

Einzelbeispiele für Arbeitsansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention in Frankfurt am Main:

- Fremdsprachige Broschüren und Materialien im Gesundheitsbereich
- Angebot im Bereich HIV/AIDS und anderer sexuell übertragbare Krankheiten für Prostituierte ausländischer Herkunft
- Expertenstudie zur gesundheitlichen Versorgung der Migranten
- Interkulturelle Gesundheitshilfeprojekte
- Fachtagungen zu Migration und Gesundheit
- Koordination einer intersektoralen Projektgruppe "Migration und Gesundheit"
- Medizinisches Beratungs- und Behandlungsangebot für Roma und Sinti

Schwerpunktaktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit waren:

- ***Expertenstudie zur gesundheitlichen Versorgung der Migranten***

Ende 1998 erschien die schon erwähnte gemeinsame Studie des Amtes für multikulturelle Angelegenheiten und des Stadtgesundheitsamtes über Expertenmeinungen zur gesundheitlichen Versorgungslage der Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main.²⁷ Ärzte/innen und Pflegefachkräfte aus Frankfurt am Main stellen darin ihr Erfahrungen und Kenntnisse bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten dar, zeigen Defizite und Lösungsvorschläge auf.

- ***Fachanhörung zur gesundheitlichen Versorgung der Migranten im Römer***

Am 22. September 1999 fand eine Fachanhörung mit 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Plenarsaal der Stadtverordnetenversammlung statt. Diese Fachanhörung hatte den Zweck, darzustellen wie niedergelassene Ärzte und solche aus Frankfurter Krankenhäuser sowie Pflegefachkräfte und Pflegewissenschaftler mit Problemen und De-

²⁷ Bujak, Jürgen/ Deniz, Cengiz: Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Hrsg.: Stadt Frankfurt am Main, Amt für Multikulturelle Angelegenheiten und Stadtgesundheitsamt. September 1998.

fiziten bei der Versorgung der Migranten in Frankfurt am Main umgehen und welche Vorschläge die eingeladenen Expertinnen und Experten zur deren Überwindung machen. Inzwischen liegt die Dokumentation dieser Anhörung vor und kann beim Stadtgesundheitsamt angefordert werden.²⁸

- ***Intersektorale Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“***

Aufgrund der Ergebnisse der Fachanhörung im Jahr 1999 wurde die intersektorale Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ gebildet. Ihr gehören niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflegeexpertinnen, Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main-Höchst, des Arbeitskreis „Migration und psychische Gesundheit“, von gesundheitsrelevanten Initiativen von und für Migranten/innen, der kommunalen Ausländervertretung sowie der Ämter an. Die Federführung und die Moderation der Gruppe liegt bei der Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit im Stadtgesundheitsamt.

- **Gesunde Städte-Preis für Internationales Psychosoziales Zentrum**

Das bundesdeutsche Gesunde Städte-Netzwerk verleiht den sogenannten Gesunde Städte-Preis für hervorragende Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. Vom Stadtgesundheitsamt wurde dafür die Gründung des „Internationalen Psychosozialen Zentrums für erwachsene Migrantinnen und Migranten“ vorgeschlagen, entsprechend evaluiert und dem nationalen Prüfungsgremium als Vorschlag zugeleitet. Es handelt sich um ein Projekt des Internationales Familienzentrums e.V. in Frankfurt am Main, das die Versorgung von in Frankfurt am Main lebendenden Migrantinnen und Migranten, die allgemeine psychische Störungen, psychosoziale Probleme, psychosomatische Beschwerden oder chronische psychische Schwierigkeiten haben, zum Ziel hat. Dem Projekt wurde der Gesunde Städte-Preis zuerkannt und am 8. November 1999 in Köln von der Bundesgesundheitsministerin überreicht.

²⁸ Stadt Frankfurt. Amt für multikulturelle Angelegenheiten und Stadtgesundheitsamt (Hrsg.): Dokumentation Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Anhörung in Frankfurt am Main am 22. September 1999 im Plenarsaal der Stadtverordnetenversammlung im Römer. Frankfurt, März 2000.

3.2 Infektionskrankheiten

(von Dr. René Gottschalk, Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main)

3.2.1 Aufgaben der Abteilung Infektiologie des Stadtgesundheitsamtes

Nach dem Bundesseuchengesetz²⁹ obliegen der Abteilung Infektiologie des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt/Main die Aufgaben, übertragbare Erkrankungen zu verhüten und zu bekämpfen. Dies beinhaltet:

- Statistische Erfassung und Auswertung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten
- Ermittlung und Ausschaltung der Ansteckungsquelle in Zusammenarbeit mit dem Veterinäramt
- Ermittlung und Überwachung von Kontaktpersonen zu infizierten Patienten und gegebenenfalls Überwachung einer Therapie
- Einleitung von Maßnahmen zur Verhütung weiterer Ansteckung
- Überwachung von Personen, die im Lebensmittelgewerbe arbeiten oder in Gemeinschaftseinrichtungen betreut oder beschäftigt sind
- Tuberkulosefürsorge für Personen mit aktiver Tuberkulose, einer früheren Tuberkulose sowie des Personenkreises in deren Umgebung
- Röntgenservice im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung sowie für Personen ohne Zugehörigkeit im Krankenkassen-System
- AIDS – Beratung mit Durchführung von HIV – Antikörpertests
- AIDS – Aufklärung für Risikogruppen insbesondere in Schulen (AIDS-mobil)
- Entwicklung von zielgruppenspezifischen didaktischen Konzepten zur Aufklärung über Infektionskrankheiten (zum Beispiel Hepatitis -mobil)
- Kostenlose Untersuchung und Beratung auf Geschlechtskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen (zum Beispiel Prostituierte)
- Aufsuchende Hilfe zu Geschlechtskrankheiten inklusive HIV (Streetwork)

²⁹ Dieses Gesetz wurde 2001 durch das Infektionsschutzgesetz abgelöst.

3.2.2 Die Tuberkulose

Die Tuberkulose ist unverändert weltweit bei Jugendlichen und Erwachsenen die häufigsten zum Tode führende Infektionskrankheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass aktuell ein Drittel der Weltbevölkerung infiziert ist. Über 95 % aller Tuberkulosefälle treten in Entwicklungsländern auf. Wie in den Vorjahren steigen die Tuberkuloseinzidenzen in Osteuropa und der ehemaligen Sowjetunion seit dem Zusammenbruch der politischen Systeme und damit der medizinischen Versorgungsstruktur dramatisch an.

Begünstigt durch Faktoren wie HIV-Infektion, zunehmende Verarmung, Migration, medizinische Unterversorgung und unzureichende Umsetzung internationaler Empfehlungen im Rahmen nationaler Tuberkuloseprogramme ist die Tuberkulose weltweit weiter auf dem Vormarsch. Von besonderer Bedeutung für die Erkrankungssituation ist die Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen und -mortalität in Osteuropa, insbesondere in den GUS-Staaten. Die Inzidenzraten liegen dort durchschnittlich bei 43,3 pro 100 000 Einwohner.³⁰

Inadäquate Therapie durch fehlerhafte Verordnungen, Medikamentenmangel, ungenügende Therapiekontrolle und fehlende Compliance der Patienten, führen dazu, dass medikamentenresistente Tuberkulosen zunehmen. Schätzungen gehen davon aus, dass weltweit 50 Millionen Menschen mit resistenten Bakterien infiziert sind.

Die Tuberkulosesituation in der Bundesrepublik Deutschland

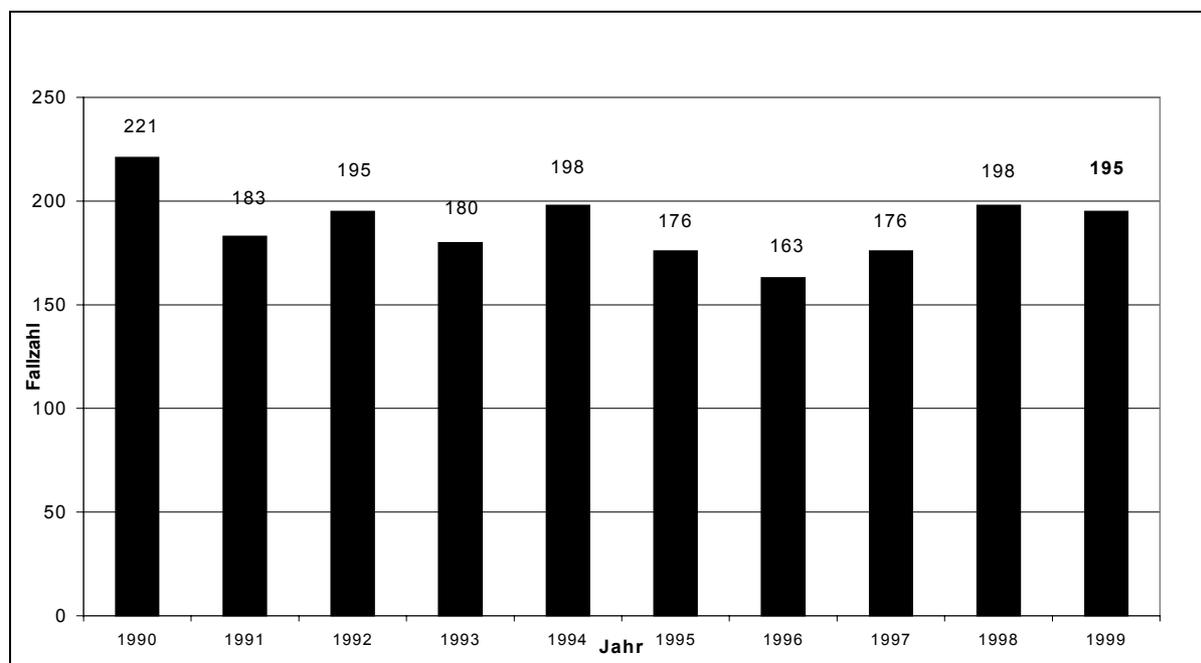
1998 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 10 440 neue Erkrankungsfälle registriert. Dies entspricht bei einer Gesamtbevölkerung von 82037011 Menschen einer Inzidenz von 12.7 pro 100 000 Einwohner. Unter den 1998 an Tuberkulose Erkrankten befanden sich 3291 Ausländer (31.5%). Dies entspricht einer Inzidenz von 44.4 pro 100 000 Ausländer. Damit lag die Inzidenz 4.7fach höher als die der einheimischen Bevölkerung. In der ausländischen Bevölkerung erkrankten, genau wie in der einheimischen, Männer doppelt so häufig an Lungentuberkulose wie Frauen. Extrapulmonale Tuberkulosen traten bei Männern und Frauen gleich häufig auf.

Die Tuberkulosesituation in Frankfurt

Dem bundesweiten Trend folgend war auch in Frankfurt bis 1991 ein deutlicher Rückgang an Fällen von aktiver Tuberkulose zu verzeichnen. Ein leicht abnehmender Trend setzte sich bis 1996 fort. Seitdem hat sich die Gesamtzahl von akut Erkrankten wieder leicht erhöht und nun

auf knapp 200 Fällen pro Jahr eingestellt. Der bislang niedrigste Wert wurde 1996 mit 163 Fällen verzeichnet, 1998 wurden 198 Erkrankte ermeldet und 1999 lag die Zahl mit 195 Erkrankten ähnlich hoch.

Graphik 3.2.1: Tuberkulosefälle in Frankfurt am Main 1990 - 1999



Von den 955 Fällen an Tuberkulose, die 1999 in Hessen gemeldet wurden, sind ca. 1/5 aller Fälle aus Frankfurt. Die Verteilung auf Tuberkulose der Lunge und Tuberkulose anderer Organe ist ähnlich, in Frankfurt werden etwas häufiger Tuberkulosefälle anderer Organe gemeldet.

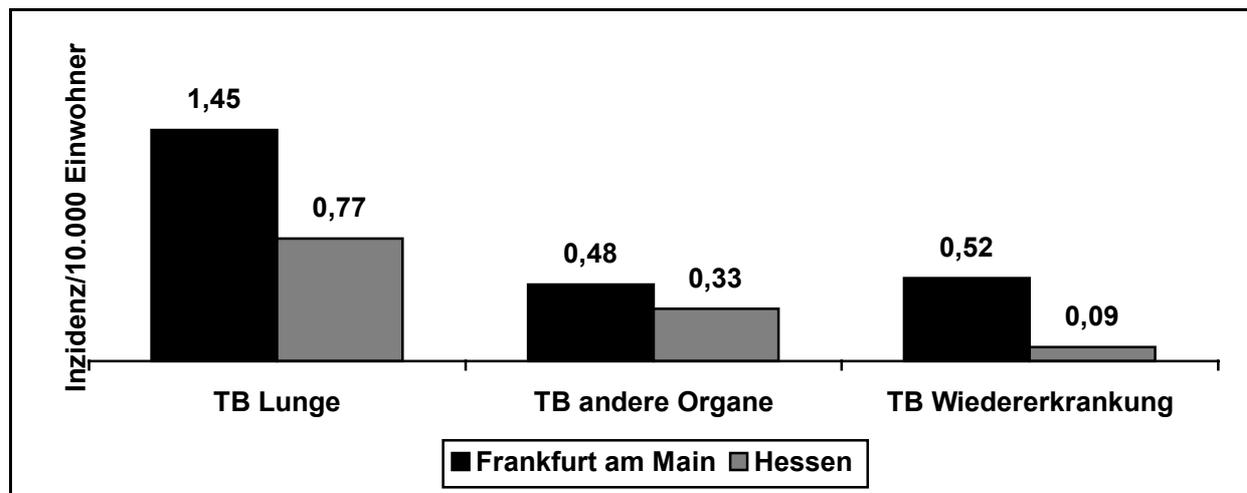
³⁰ vgl. Loddenkemper, R.; Hauer, B.; Sagebiel, D.; Froßbohm, M.: Tuberkuloseepidemiologie in Deutschland und der Welt mit Schwerpunkt Osteuropa. In: Bundesgesundheitsblatt 1999: 683-693.

Tabelle 3.2.1: gemeldete Tuberkulosefälle in Frankfurt am Main und in Hessen nach Organbefall 1999

	Diagnose	Fälle
Frankfurt am Main	TB Lunge	149
	TB andere Organe	46
	insgesamt	195
Hessen	TB Lunge	770
	TB andere Organe	185
	insgesamt	955

Im Vergleich zu Hessen liegt die Inzidenz in Frankfurt trotz eines in 1999 auch in Hessen zu verzeichnenden Anstiegs der Tuberkulosefälle mit 14,5 Fällen pro 100 000 Einwohnern um den Faktor 1,5 deutlich höher.

Grafik 3.2.2: Tuberkuloseinzidenz in Frankfurt am Main und in Hessen 1999



Da Tuberkulose in Deutschland eine Erkrankung von Risikogruppen ist, lässt sich diese ca. 50 % höhere Rate an Tuberkuloseerkrankten durch die Metropolsituation der Stadt Frankfurt mit ihrem hohen Anteil an ausländischen Mitbürgern (insbesondere aus Osteuropa), Asylbewerbern, Obdachlosen und i.v.-Drogenabhängigen erklären (s.a. Tabelle 3.2.2).

Tuberkuloseverteilung nach Nationalität, Geschlecht und Alter

Bei der Verteilung nach Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Alter ergibt sich ein ähnliches Bild wie 1998: Ca. 1/3 (71 Personen = 36,5 %) aller Tuberkuloseerkrankten sind ausländische Mitbürger und knapp 2/3 (124 Personen = 63,5 %) Personen deutscher Nationalität. Wie im

Vorjahr erkrankten in Frankfurt am Main Männer doppelt so häufig an Tuberkulose wie Frauen. 130 (67 %) der Erkrankten waren männlichen Geschlechts, 65 (33 %) Personen weiblich. Diese Verteilung findet sich auch in den Daten für Hessen und das Bundesgebiet. Eine Erklärung hierfür ist nicht mit Sicherheit möglich. Vermutlich gehören Männer häufiger zu den Risikogruppen für Tuberkulose. Der hohe Anteil ausländischer Erkrankter ist mit den relativ häufigen importierten Fällen von Tuberkulose namentlich aus den Ostblockländern zu erklären und betrifft in Deutschland insgesamt im wesentlichen Personen, die sich weniger als 4 Jahre in Deutschland aufhalten.³¹

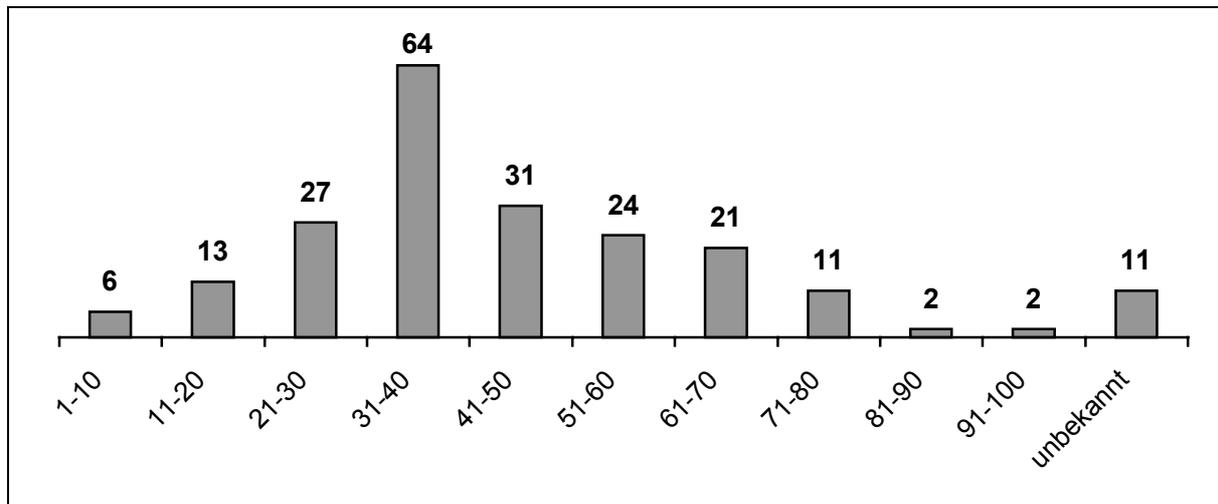
Tabelle 3.2.2: Tuberkuloseerkrankungen nach Organbefall, Geschlecht und Nationalität in Hessen und Frankfurt am Main 1999

	Hessen	Frankfurt
Lungentuberkulose	770	149
TBC anderer Organe	185	46
Männlich	591	132
Weiblich	364	63
Ausländische Mitbürger	428	113
Deutsche Mitbürger	527	82
Erkrankungen insgesamt	955	195

Interessant an den uns vorliegenden hessischen Vergleichszahlen ist, dass sich die Altersverteilung bei Männern und Frauen nicht sichtbar unterscheidet. Die Betrachtung der Altersverteilung erfolgt gemäß der Vorgabe des Landes Hessen nach Jahrgängen in 5-Jahresgruppen.

³¹ vgl. Loddenkemper, R.; Sagebiel, D.; Meyer, C; Hauer, B.; Forßbohm M.: Die Tuberkulosesituation in Deutschland 1998. In: Pneumologie, Jg. 54 (2000), S. 324-332; Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose: 25. Informationsbericht. Frankfurt/Main 1999.

Grafik 3.2.3: Tuberkulosefälle nach Alter der Betroffenen in Frankfurt am Main 1999



Auffallend an der Altersverteilung ist der hohe Anteil der 31–40 Jährigen unter den Erkrankten, wobei die Jahrgänge 1957–1963 sogar 25 % aller Betroffenen in Frankfurt stellen. Eine ähnliche Altersverteilung ergibt sich auch bei den Daten für Hessen: Auch hier liegt die Zahl der Erkrankten mit 62 Personen in den Jahrgängen 1960–1965 am höchsten. Mit zunehmendem Alter fällt das Tuberkuloserisiko wieder ab. Alte Menschen sind demnach nicht besonders gefährdet, an Tuberkulose zu erkranken, jedoch ist das Risiko, an dieser zu sterben, für ältere Mitbürger deutlich höher als für andere Altersgruppen. Das Tuberkuloserisiko von Kindern ist weiterhin als ausgesprochen gering anzusehen. Ein Grund für diese auffällige Altersverteilung ist bislang nicht zweifelsfrei gefunden worden, vermutlich hängt die Altersverteilung mit der Struktur der Risikogruppen zusammen.

Die Tuberkulosefürsorge der Stadt Frankfurt

Das Stadtgesundheitsamt Frankfurt betreut und versorgt Patienten, die an Tuberkulose erkrankt sind. Da es sich in vielen Fällen um Personen aus sozialen Randgruppen handelt, ist eine betreuende Unterstützung dieser Menschen notwendig. Ebenso wichtig sind Untersuchungen in der Umgebung von Betroffenen. Im familiären Umfeld sowie am Arbeitsplatz müssen Kontaktpersonen aufgesucht, untersucht und ggf. behandelt werden.

Überwachung und Umgebungsuntersuchungen im Jahre 1999

Bei annähernd gleichbleibender Zahlen an aktiven Tuberkulosefällen im Vergleich zum Vorjahr hat sich 1999 die Zahl der Umgebungsuntersuchungen erhöht. Wurden 1998 noch 627 Personen erfasst, die Kontakt zu einer an offener Lungentuberkulose erkrankten Person hat-

ten, konnten 1999 959 Personen im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen untersucht werden.

Ermöglicht wurde diese Steigerung der Umgebungsuntersuchungen durch eine Systematisierung und Effektivierung der Arbeitsweise im Team der Tuberkulosefürsorge. Es wurden Fließschemata für die einzelnen Fallgruppen erstellt und genau definiert, unter welchen Bedingungen Umgebungsuntersuchungen durchzuführen sind.

Im Detail wurden Umgebungsuntersuchungen durchgeführt bei:

- 685 Untersuchungen im privaten Umfeld (Familien/Bekannte/Einrichtungen)
- 274 Untersuchungen am Arbeitsplatz (Firmenumgebungsuntersuchungen)
- 468 Wiederholungsuntersuchungen durchgeführt,
- außerdem wurden 301 ausgeheilte Tuberkulosen überwacht.

Auf einen an offener Tuberkulose Erkrankten fallen somit ca. 5 Kontaktpersonen zur Überwachung an. Neben den medizinisch-anamnestischen Angaben des Erkrankten ist die genaue und sorgfältige Ermittlungsarbeit durch die zuständigen sozialmedizinischen Assistenten (SMA) ein wesentlicher Faktor bei der Suche nach eventuell infizierten Personen (passive Fallfindung).

Eine aktive Fallfindung erfolgt in Betreuungseinrichtungen für Risikogruppen, insbesondere Drogenabhängige, die sich im Methadonprogramm befinden. Durch die Immunschwäche HIV ist dieser Personenkreis oft zusätzlich gefährdet, an einer Tuberkulose zu erkranken. Zu den Risikogruppen zählen auch Alkoholranke und obdachlose Personen. Durch aufsuchende präventive Maßnahmen wurden ca. 170 Personen untersucht und drei aktive Tuberkulosefälle (= 2% der Untersuchten) entdeckt.

Die Zahl von 301 in der Überwachung befindlichen Personen, bezieht sich auf geheilte Tuberkuloseerkrankte. Diese Personen werden zur frühen Erkennung einer möglichen Reaktivierung der Erkrankung 2 Jahre (in Risikogruppen: 5 Jahre) lang überwacht.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Zahlen der Neuerkrankungen an Tuberkulose hat sich wie schon im Gesundheitsbericht 1998, bei etwa 200 Fälle pro Jahr eingestellt. Nach wie vor handelt es sich bei drei Viertel der gemeldeten Fälle um eine Lungentuberkulose. Vorausschauend für das Jahr 2000 setzt sich

dieser Trend im 1. Quartal bisher fort. Einen weiteren Schwerpunkt der Tuberkulosefürsorge wird die Betreuung der Risikogruppen im Rahmen präventiver Maßnahmen sein. Durch aufsuchende Prävention konnten schon 1999 und auch im ersten Quartal 2000, mehrere erkrankte Personen ermittelt werden. Eine enge Zusammenarbeit der sozialmedizinischen Assistenten mit den entsprechenden Einrichtungen ist hierzu erforderlich. Die Einführung des neuen Infektionsschutzgesetz Anfang 2001 dem Gesundheitsamt eine effektivere Betreuung der erkrankten Personen ermöglichen, da dann auch therapeutische Interventionen unter bestimmten Bedingungen möglich sein werden.

3.3 Befunde des jugend- und sozialärztlichen Dienstes

(von Dr. Holger Meireis, Jugendärztlicher Dienst des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main)

Die ärztliche Schuleingangsuntersuchungen hat den gesetzlichen Auftrag, die kindergesundheitlichen Voraussetzungen für den Schulbesuch zu beurteilen; hierzu zählen sowohl unmittelbare Gesundheitseinschränkungen (wie etwa ein herabgesetztes Sehvermögen, eine aufgrund chronischer Erkrankung reduzierte körperliche Belastbarkeit oder eine bislang unbemerkt gebliebener Früherkennungsbefund) als auch funktionelle Probleme (z.B. hinsichtlich der sprachlichen oder psychomotorischen Entwicklung). Auf der Grundlage des Untersuchungsbefundes werden schulärztliche Empfehlungen ausgesprochen (fachärztliche Abklärung und Behandlung, Motorikförderung, Ernährungsberatung etc. bis hin zur Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfes).

Alle zur Einschulung anstehenden Kinder sind gesetzlich verpflichtet, an dieser Untersuchung teilnehmen. Die Daten der Schuleingangsuntersuchung stellen deshalb eine Vollerhebung des Gesundheitszustands, des Impf- und des Vorsorgestatus einer ganzen Schülerkohorte dar. Die hier ausgewerteten Daten sind eine der wenigen verlässlichen Informationsquellen zum Gesundheitszustand der Frankfurter Bevölkerung, die im Augenblick zur Verfügung steht.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird auch überprüft, in welchem Umfang die vorgestellten Kinder mit kinderärztlichen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen versorgt sind. Diese Untersuchungen werden von den Krankenkassen finanziert, so dass es keine wirtschaftlichen Barrieren bei der Nutzung dieser Vorsorgeleistung gibt. Die Eltern erhalten nach der Geburt das „Kinder-Untersuchungsheft“, aus dem sie ersehen können, in welchem Alter welche Untersuchung vorgesehen ist. Die Nicht-Nutzung (Non-Compliance) des Kinderfrüherkennungsprogramms beruht z.T. auf Vergesslichkeit, zum Teil aber auch auf Überforderung der Eltern. Dabei spielen sicher auch soziale Unterschiede eine Rolle; Kinder unterer Sozialschichten sind präventivmedizinisch schlechter versorgt sind als die höherer Bevölkerungsschichten. Ähnliche Beobachtungen gibt es hinsichtlich des für Kinder empfohlenen Impfplanes; allerdings spielt in höheren Bildungsschichten eine spezifische Non-Compliance eine gewisse Rolle (Impfkritik).

3.3.1 Präventiver Status der Schulanfänger

Früherkennung

Das System kassenärztlicher Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung im Kindesalter - oft auch als Kinder-Vorsorgeuntersuchungsprogramm bezeichnet und Anfang der 70er Jahre eingeführt - beinhaltet zunächst 8, seit 1989 dann aber 9 Untersuchungen zu festen Zeitpunkten im Leben des jungen Kindes:

U1	1. Lebenstag unmittelbar nach der Geburt
U2	3.-10. Lebenstag Neugeborenenbasisuntersuchung
U3	4.- 6. Lebenswoche
U4	3.- 4. Lebensmonat
U5	6.- 7. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat zum Ende des ersten Lebensjahres
U7	21.-24. Lebensmonat im Alter von ca. 2 Jahren
U8	43.-48. Lebensmonat im Alter von ca. 4 Jahren
U9	60.-64. Lebensmonat im Alter von ca. 5 Jahren

Die Ergebnisse jeder einzelnen Untersuchung werden im gelben „Kinder-Untersuchungsheft des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ dokumentiert; jedes Kind soll ein solches Heft erhalten. Das Heft ist somit ein wichtiges Dokument für die gesundheitliche Entwicklung im Kleinkindesalter. Die Teilnahme an den U-Untersuchungen ist für die Kinder bzw. Eltern freiwillig. Nach dem hessischen Schulgesetz werden die Kinder im Normalfall schulpflichtig, sobald sie das 6. Lebensjahr vollendet haben. Anlässlich der in diesem Zusammenhang vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchung werden auch die gelben Untersuchungshefte vorgelegt und durchgesehen. Bezüglich der Vollständigkeit dieser U-Untersuchungen ergibt sich das folgende Bild:

Tabelle 3.3.1: Untersuchungsstatus von Kindern in der Schuleingangsuntersuchung 1999

unbekannt	754	Vorsorgeheft liegt nicht vor	
komplett	2.743	U2 bis U9 vorhanden	
inkomplett	1.581		
bekannt	4.324		
insgesamt	5.078		
		Anteil an allen schuleingangsuntersuchten Kindern in %	Anteil an den Kindern mit vorhandenem Vorsorgeheft in %
U2	3.817	75,2	88,3
U3	3.769	74,2	87,2
U4	3.743	73,7	86,6
U5	3.670	72,3	84,9
U6	3.628	71,4	83,9
U7	3.573	70,4	82,6
U8	3.401	67,0	78,7
U9	3.228	63,6	74,7

Knapp 15 % der Kinder können kein Untersuchungsheft vorlegen, etwa weil es verloren gegangen ist, verlegt wurde oder - häufiger - weil das Kind sich zum Zeitpunkt der Geburt und des Säuglingsalters noch nicht in der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten hat (Migration). Fast alle hier geborenen Kinder werden mit der U1 versorgt. Im ersten Lebensjahr nimmt die Beteiligung beginnend mit der U2 zwar langsam, aber bis zur U6 doch stetig ab. Die Nicht-Teilnahme wird mit dem Fortschritt des Kleinkindalters (U7 bis U9) ausgeprägter. Weniger vollständig versorgt sind Migrantenkinder, vor allem wenn die Familie erst kurz in Deutschland lebt. Darüber hinaus scheinen Kinder mit niedrigem Sozialstatus weniger häufig an den Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen; was lässt sich wegen nicht erlaubter Sozialmarker im Datensatz aber nur indirekt (aufgrund der Sozialstruktur der Stadtbezirke) erschließen lässt (vgl. unten Abschnitt 3.3.4).

Schutzimpfungen

Grundlage für die öffentlichen Impfeempfehlungen der Bundesländer und damit für jede Impfpraxis sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert-Koch-Institutes (RKI). Im Laufe der letzten Jahre sind diese Empfehlungen - der wissenschaftlichen Entwicklung folgend - mehrfach geändert worden.³² Der Begriff des vollständigen Impfstatus ist heute deutlich umfassender und schärfer definiert als etwa noch 1990. Solche erneuerten Empfehlungen schlagen erst verspätet, also mit einer mehrjährigen zeitlichen Latenz auf die anlässlich der Einschulung erhobenen Querschnittsdaten durch. Zu einer vollständigen Durchimpfung des 6jährigen Kindes gehören heute die folgende Impfungen:

- Wundstarrkrampf (Tetanus=T) , Diphtherie (=D/d), Keuchhusten (Pertussis=Pe) je 4 mal.
- Kinderlähmung (Polio=P), Hämophilus (=HIB) und Hepatitis B (=HB) jeweils 3 mal; letztere wird bei dem Merkmal „Vollständige Durchimpfung“ allerdings noch nicht berücksichtigt.
- Masern, Mumps und Röteln jeweils einmal als Kombination MMR; ab dem Schuleingang steht eine zweite Impfung an.

³² Folgende Veränderungen hat es gegeben:

- Neu-Einführungen: Haemophilus-Impfung (HIB), Hepatitis-B-Impfung (HB)
- Wieder-Einführung: Keuchhusten-Impfung (auch mit verbesserten Impfstoffen)
- Konzeptänderungen: Kinderlähmung (Polio): von der Schluck- zur Spritzimpfung; Diphtherie-Tetanus-Grundimmunisierung mit 4 statt 3 Dosen; Röteln-Impfung im Kleinkindalter für beide Geschlechter
- Streichung: Tuberkulose-Schutzimpfung BCG

Tabelle 3.3.2: Impfstatus Frankfurt S1/99

unbekannt	449	Impfpass liegt nicht vor	
komplett	2.404	min. je 4x Diphtherie-Tetanus-Pertussis 3x Kinderlähmung und HIB 1x Masern-Mumps-Röteln	
inkomplett	2.225		
bekannt	4.629		
insgesamt	5.078		
		Anteil an allen schuleingangsuntersuchten Kindern in %	Anteil an den Kindern mit vorhandenem Vorsorgeheft in %
Kinderlähmung 3x	4.381	86,3	94,6
Diphtherie 3x	4.519	89,0	97,6
Tetanus 3x	4.531	89,2	97,9
Diphtherie 4x	3.467	68,3	74,9
Tetanus 4x	3.479	68,5	75,2
Keuchhusten 4x	3.427	67,5	74,0
HIB 3x	3.783	74,5	81,7
Masern 1x	4.318	85,0	93,3
Mumps 1x	4.306	84,8	93,0
Röteln 1x	3.727	73,4	80,5
Hepatitis B 1x	2.387	47,0	51,6
Hepatitis B 3x	1.567	30,9	33,9
Tuberkulose 1x	2.336	46,0	50,5

Man erkennt einerseits die recht gute Durchimpfungssituation bei Kinderlähmung, andererseits aber auch die nicht ganz befriedigenden Verhältnisse bei Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und HIB. Die Hepatitis-B-Impfung der Kleinkinder ist gut angenommen worden und kann vermutlich in 3-4 Jahren die heutige Größenordnung der 4-fachen Kombinationsimpfung (DTPe) erreichen. Mit der Röteln-Durchimpfung der Jungen kann man - trotz positivem Trend - immer noch nicht voll zufrieden sein.

Insgesamt hat sich der Impfstatus der Frankfurter Schulanfänger in den letzten Jahren deutlich verbessert:

- Kinderlähmung (Polio): Die Versorgungsdaten sind seit Jahren auf relativ hohem Niveau (>9/10) stabil.

- Diphtherie/Tetanus: Ein hohes Niveau weist bislang erst nur dreimalige Versorgung auf; mit den empfohlenen vier Impfungen sind hingegen nur $\frac{3}{4}$ der Kinder geschützt; immerhin zeigt sich ein Anstieg seit 1997.
- Keuchhusten (Pertussis): $\frac{3}{4}$ der Kinder sind voll immunisiert; Wiederanstieg seit Anfang der 90er Jahre.
- Hämophilus-B (HIB): Gute Akzeptanz der 1990 eingeführten Impfung, Anstieg seit 1995, z.Zt. bei $\frac{4}{5}$.
- Hepatitis B: Gute Akzeptanz der 1995 eingeführten Impfung, Anstieg seit 1997; z.Zt. bei immerhin $\frac{1}{3}$.
- Masern/Mumps/Röteln (MMR): Die Masern- und Mumpskomponente ist mittlerweile auf hohem Niveau $>\frac{9}{10}$ angekommen, die Rötelnimpfung liegt erst bei $\frac{4}{5}$.

Tendenziell weniger vollständig versorgt scheinen Kinder mit niedrigem Sozialstatus zu sein, (was sich aber wegen nicht erlaubter Sozialmarker im Datensatz nur indirekt erschließen lässt) und (vor allem erst seit kurzem in Deutschland lebenden) Migranten; dies konnte 1998 auf der Grundlage der Frankfurter Einschulungsdaten der Jahre 1995 und 1996 detailliert belegt werden.

3.3.2 Medizinische Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung

Abklärungsbedürftige Befunde (AB) 1999

Die Hauptzielrichtung der Schuleingangsuntersuchung besteht in einer Sicherung der kindergesundheitlichen Aspekte und gesundheitlichen Förderung in der schulischen Betreuung der Einschüler. Darin enthalten ist der Teilauftrag der Krankheitsfrüherkennung; es geht darum, gesundheitliche Einschränkungen im Hinblick auf die Anforderungen des Arbeitsplatzes Schule zu erkennen, medizinische Befunde der Abklärung bzw. Behandlung zuzuführen und - bei bleibenden Handicaps - gegebenenfalls Ausgleichsmöglichkeiten zu finden.

Zur ärztlichen Abklärung und Behandlung dieser Befunde erhalten die Kinder/Eltern eine schriftliche Benachrichtigung, die sie bittet, die Ärzten oder den Arzt des Vertrauens - Kinder- oder Hausärzte, Augen- und Ohrenärzte usw. - aufzusuchen. Mit elterlicher Einwilligung werden die Ergebnisse der Abklärung und Behandlung an das Gesundheitsamt zurückgekoppelt.

Tabelle 3.3.3: Benachrichtigungsgrund, Anzahl der Benachrichtigungen und Anteil in % 1999 (Mehrfachnennungen möglich) (n = 1.345)

	Benachrichtigungsgrund	Anzahl der Benachrichtigungen	in % aller schuleingangs- untersuchten Kinder
11	Sehen	400	7,9
12	Schielen	19	0,4
14	Hören	146	2,9
15	Mittelohrentzündung	37	0,7
16	Vergrößerte Rachenmandeln	81	1,6
18	Vergrößerte Gaumenmandeln	20	0,4
19	Heuschnupfen	3	0,1
20	Vergrößerte Schilddrüse	16	0,3
21	Herzfehler	21	0,4
23	Bluthochdruck	21	0,4
25	Bronchitis	18	0,4
26	Asthma	4	0,1
27	Infekt	1	0,0
28	Leistenbruch	12	0,2
29	Hodenhochstand	9	0,2
30	Brustkorbdeformierung	1	0,0
31	Wirbelsäulenverkrümmung Kyphose	2	0,0
32	Wirbelsäulenverkrümmung seitlich Skoliose	41	0,8
33	Haltungsschwäche	28	0,6
35	Hüftprobleme	4	0,1
37	Fußprobleme	28	0,6
38	Ekzem	3	0,1
39	andere Hautkrankheiten	20	0,4
40	dringend behandlungsbedürfti- ges Übergewicht	238	4,7
45	Genitalprobleme	31	0,6
46	Krankheiten der Harnorgane	5	0,1
49	andere Krankheiten	72	1,4
50	Verhaltensauffälligkeiten	95	1,9
51	Bewegungsstörungen	56	1,1
52	Spastische Lähmungen		0,0
53	Sprachstörungen	319	6,3
54	Anfallsleiden	1	0,0
58	Entwicklungsverzögerung	32	0,6

Insgesamt weist mehr als ein Viertel aller Schulanfänger (27,5%) mindestens einen oder gar mehrere abklärungsbedürftige Befunde auf. Im Vordergrund stehen dabei heute weniger die unmittelbaren körperlichen Erkrankungen, die schon anlässlich der kindermedizinischen

Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung entdeckt und behandelt werden, sondern mehr funktionelle Probleme, etwa der Sinnesorgane (Sehen und Hören), des Sprechens, der Bewegungsfähigkeit und der Visuomotorik. Jedoch werden auch andere Befunde erfasst und der ärztlichen Klärung bzw. Behandlung zugewiesen. In rund 80% werden die Befunde von den kooperierenden niedergelassenen Ärzten bestätigt, so dass eine gezielte Behandlung oder Brillenversorgung möglich wird. Betrachtet man die Befunde über mehrere Jahre, dann zeigt sich, dass die geschilderten Verhältnisse seit langem äußerst stabil und lediglich geringfügige Streuungen und Verschiebungen beobachtet werden können.

Entwicklungsauffälligkeiten und Besonderheiten

Eine Gruppe von Prüfpunkten zu diesem Problemkreis ist erst 1999 neu in die Dokumentation aufgenommen worden. Die schulärztlich festgestellten Retardierungen sind Ergebnis eines Screening-Verfahrens und dürfen nicht mit den Ergebnissen ausführlicher diagnostischer Verfahren verwechselt werden, die sich ggf. anschließen. Selbst wenn es sich nur um leichte Entwicklungsverzögerungen handelt und sich an die Schuleingangsuntersuchung kein aufwendiges diagnostisches Verfahren anschließt, so ist eine schulärztlich festgestellte Retardierung doch ein Hinweis für die später mit dem Kind arbeitenden Pädagogen, dass hier bestimmter Förderbedarf vorliegen kann.

Um Entwicklungsauffälligkeiten festzustellen steht den Schulärzten eine ganze Palette von Werkzeugen („Tools“) zur Verfügung. Diese Instrumente kommen aber erst zum Einsatz, wenn sich im Kontakt mit dem Kind besondere Schwierigkeiten ergeben (Kind befolgt z.B. eine einfache Anweisung nicht.) Wenn ausgeschlossen ist, dass es sich um rein sprachliche Verständigungsprobleme handelt, kommen die erwähnten „Tools“ zum Einsatz. Die Kinder werden z.B. gebeten, zwei Bilder zu betrachten und Unterschiede zu benennen (Auf einem der Bilder fehlt z.B. ein auffälliger Gegenstand) oder aus einer Bildergeschichte eine passende Geschichte zu erzählen (Hierbei zeigt sich dann, ob das Kind die Stringenz des Handlungsablaufs erfasst hat). Da es sich bei den „Tools“ aber nur um Teile größerer Testbatterien handelt, geben die Antworten der Kinder nur Hinweise auf eventuelle vorhandene gravierendere Probleme. Ob solche vorliegen, kann im Einzelfall nur eine ausführlichere Untersuchung zeigen.

Bei der Schuleingangsuntersuchung des Jahres 1999 wurde ein Fünftel der Kinder (1.049, davon 2/3 Jungen und 1/3 Mädchen) als von den Schulärzten als entwicklungsauffällig eingestuft, was regelmäßig Konsequenzen für die Frage der schulischen Betreuung nach sich zieht. Diese Entwicklungsauffälligkeiten manifestieren sich in folgenden Bereichen:

Tabelle 3.3.4: Art der schulärztlich festgestellten Retardierung bei entwicklungsauffälligen Kindern der Schuleingangsuntersuchung 1999 absolut und in % (Mehrfachnennungen möglich)

Art der Retardierung	absolut	% der entwicklungsauffälligen Kinder
sprachliche Retardierung	527	50,3
neuromotorische Retardierung	319	30,4
Wahrnehmungsretardierung	382	36,5
psych./psychomot. Retard.	484	46,2
kognitive Retardierung	427	40,7
körperliche Retardierung	46	4,4

Viele Kinder sind gleichzeitig in mehreren Entwicklungsfeldern hinter ihren Altersgenossen zurück, andere weisen nur einen umschriebenen Problembereich auf. Jedenfalls erfordert diese Gruppe in einem überdurchschnittlich hohen Umfang zusätzliche schulärztlich-sozialpädiatrische Hilfen.

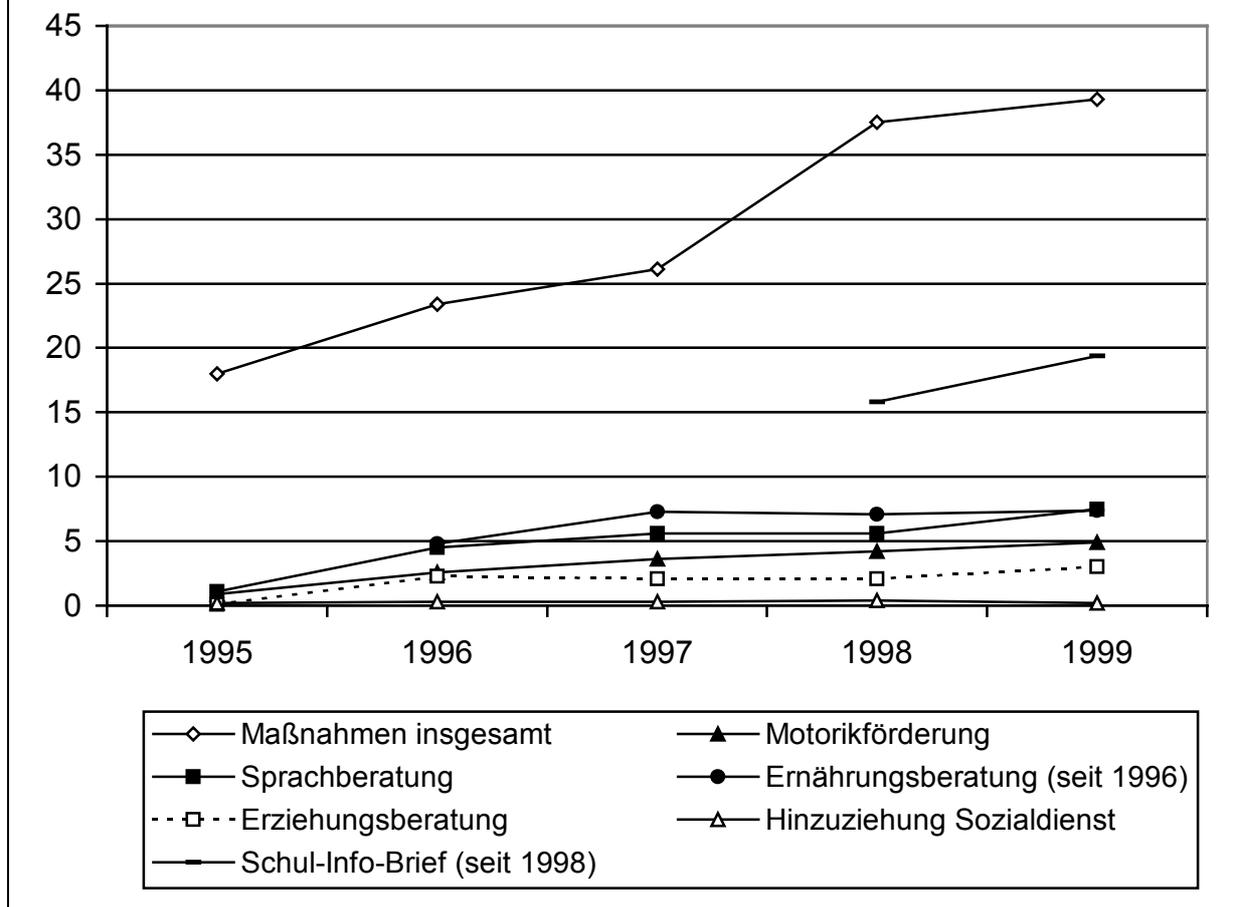
Sozialpädiatrische Maßnahmen

Im berichteten Jahre 1999 bedurften annähernd 40% aller schuleingangsuntersuchten Kinder in Frankfurt solcher Hilfestellungen (siehe Abbildung 3.3.2). Im einfachsten Fall geht es um die wiederholte Untersuchung in der schulärztlichen Sprechstunde, in anderen Fällen um die Einleitung gezielter Förder- und Hilfsmaßnahmen (z.B. Motorik, Sprache, Sozialdienst). Die Gesamtzahl der Interventionen hat sich in den letzten 5 Jahren mehr als verdoppelt. Das geht vor allem auf das Konto zusätzlicher Untersuchungs- und Beratungstermine; bei den meisten anderen Hilfen findet sich eine dezente Zunahmetendenz über die letzten Jahre.

Spezielle Schulempfehlung und Infobrief

Im Jahre 1999 benötigten annähernd 1.000 Kinder, das entspricht rund 1/5 des Jahrgangs, eine schriftliche schulärztliche Stellungnahme zur Einschulung. Die Zahl der vom regulären Schulbesuch zurückgestellten Kinder liegt bei gut 10 %; fast alle dieser Kinder werden in Vorklassen eingeschult. Als vorzeitige Schulanfänger werden gut 8 % untersucht; einem Viertel davon wird schulärztlich von der Einschulung abgeraten. Das Item „Infobrief“ wurde 1998 eingeführt; das Ergebnis ist noch im Anstieg begriffen. Alle übrigen Daten sind im Trend sehr stabil.

Abbildung 3.3.1: Sozialpädiatrische Maßnahmen insgesamt und Art der Maßnahmen zur Schuleingangsuntersuchung 1995-1999 in % der untersuchten Kinder



Körpermassen-Index (Body-Mass-Index = BMI)

Die Verteilung der Körpergrößen der einschulungsuntersuchten Kinder reicht von 0,98 bis 1,42 m, der Mittelwert liegt bei 1,19 m (Standardabweichung 0,05 m). Der Körpergewichtsmittelwert liegt bei 22,6 kg (Standardabweichung 4,2 kg), das leichteste Kind wog 11,3 kg, das schwerste 66,6 kg. Der Körpermassen-Index (BMI)³³, ein Hilfwert zur Beurteilung von Auffälligkeiten des größenbezogenen Körpergewichtes, bewegt sich um einen Mittelwert von 16,0 (Standardabweichung 2,1); die Spannweite reicht von 8,8 (starkes Untergewicht) bis 38,2 (erhebliches Übergewicht); wegen dringend behandlungsbedürftigem Übergewicht haben 238 Kinder (fast 5 %) einen Arztbrief erhalten (s.o.); weitere 375 Kinder (7,4 %) bzw. Eltern erhielten eine schulärztliche Ernährungsberatung.

³³ Der BMI wird berechnet, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch die quadrierte Körpergröße (in Metern) geteilt wird.

3.3.3 Fazit: Nutzen und Notwendigkeit der Schuleingangsuntersuchung

Jedes routinemäßige Vorsorge- und Screeningprogramm muss bereit sein, sich kritischen Fragen zu stellen. Für die Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich eindeutig, welche praktischen Konsequenzen sich für das einzelne Kind im Hinblick auf gesundheitliche Befunde, sozialpädiatrische Beratung und Hilfen sowie Unterstützung auf dem Weg in die Schule ergeben. Betrachtet man nun die gesamte untersuchte Kindergruppe unter der Fragestellung, wie viele Kinder im Sinne konkreter Konsequenzen von der schulärztlichen Untersuchung profitiert haben, so kommt man auf deutlich mehr als 50 % (siehe Tabelle 3.3.5). Man erkennt demnach, dass für mehr als die Hälfte der Kinder ein unmittelbarer und konkreter Nutzen im Sinne praktischer Hilfen resultiert. Jedoch auch für die übrigen Kinder (und ihre Eltern) hat die Untersuchung ihren Wert in der Gewissheit und Beruhigung, dass alle für die erfolgreiche Bewältigung des neuen Lebensabschnittes erforderlichen Punkte sorgfältig überprüft und in Ordnung befunden worden sind.

Tabelle 3.3.5: Praktischer Nutzen der Schuleingangsuntersuchung

	1998	1999
Keinerlei aktive Konsequenz	48,4%	46,8%
Arztüberweisung (AB)	25,1%	27,5%
Sozialpädiatrische Maßnahme (SM)	37,5%	39,3%
Schulempfehlung (SCH)	17,8%	18,2%
Einzelmaßnahme	12,7%	27,1%
Kombination AB + SM	14,8%	10,9%
Kombination AB + SCH	5,7%	0,6%
Kombination SCH + SM	13,4%	9,0%
Kombination AB + SCH + SM	5,0%	5,6%

3.3.4 Unterschiede im Gesundheitszustand und im Entwicklungsstand von schuleingangsuntersuchten Kindern

(von Dr. Herbert Jacobs und Dr. Holger Meireis)

Die bislang berichteten Daten sind allesamt Durchschnittswerte. Im Folgenden soll untersucht werden, ob es zwischen den Kindern im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand und Vorsorgestatus Unterschiede gibt. Dieses Vorhaben wird dadurch erschwert, dass bei den Schuleingangsuntersuchungen nur wenige sozialstrukturelle Merkmale der Kinder erhoben werden. Dies sind das Geschlecht, die Staatsangehörigkeit³⁴ der Kinder und der Ortsteil, in dem sie wohnen. Informationen über die Schichtzugehörigkeit der Eltern liegen hingegen nicht vor. Hinweise auf die Schichtzugehörigkeit gibt aber der Ortsteil, in dem die Kinder wohnen. Bei den Ortsteilen ist es nämlich möglich, sozialstrukturell schwache von besser gestellten zu unterscheiden. Dies geschieht im Folgenden, indem Orteile nach Sozialhilfequote und Arbeitslosenquote sortiert und in drei gleich große Gruppen eingeteilt werden. Die Ortsteile mit den niedrigsten Sozialhilfequoten bekommen eine 1, die mit mittleren Sozialhilfequoten eine 2 und die mit hohen Sozialhilfequoten eine 3. Genauso wurde im Hinblick auf die Arbeitslosenquoten verfahren. Schließlich wurden beide Werte zur neuen Variable „Belastung“ addiert. Orteile mit einem Wert von 2 haben demnach sowohl eine geringe Sozialhilfe- als auch geringe Arbeitslosenquote, während Ortsteile mit einem Wert von 6 sowohl hohe Sozialhilfe- als auch hohe Arbeitslosenquoten haben.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob es im Hinblick auf die in der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Merkmale Unterschiede zwischen den Kindern gibt, die mit ihrem Geschlecht, ihrer Staatsangehörigkeit oder relativen Häufigkeit von Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug in ihrem Ortsteil zusammenhängen.

Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Hier werden nur Kinder berücksichtigt, die in Deutschland geboren sind.³⁵ Während es im Hinblick auf die vollständige Teilnahme an allen Vorsorgeuntersuchungen kaum einen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen insgesamt gibt, hat die Staatsangehörigkeit der Kinder eine große Bedeutung: Die Differenz zwischen deutschen und ausländischen Kindern beträgt 19,6 Prozentpunkte.

³⁴ Kinder mit einem ausländischen und einem deutschen Elternteil wurden unabhängig von der tatsächlichen Nationalität als „deutsch“ bezeichnet.

³⁵ Als Kriterium hierfür wurde das Vorhandensein der U2 zugrunde gelegt, die wenige Tage nach der Geburt durchgeführt wird.

Tabelle 3.3.6: Anteil der Kinder, die an allen Vorsorgeuntersuchungen (U3 bis U9) teilgenommen haben, nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (n = 11.578)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	56,4%	77,8%	69,0%
männlich	55,4%	77,1%	68,7%
insgesamt	55,9%	77,5%	68,9%

Der Grad der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen hängt auch mit der sozialen Belastung des Ortsteils, in dem die Kinder leben, zusammen. Die Differenz zwischen Kindern aus begünstigten und stark belasteten Ortsteilen beträgt 13,6 Prozentpunkte und ist damit geringer als die zwischen deutschen und ausländischen Kindern.

Tabelle 3.3.7: Anteil der Kinder, die an allen Vorsorgeuntersuchungen (U3 bis U9) teilgenommen haben, nach sozialer Belastung des Ortsteils, in dem sie wohnen (n = 11.578)

	Belastung					insgesamt
	2	3	4	5	6	
insgesamt	75,5%	69,0%	68,0%	68,6%	61,9%	68,9%

Eine Hamburger Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bei den Kindern von Arbeitlosen und Arbeitern am geringsten, bei den Kindern von hochqualifizierten Arbeitnehmern und Freiberuflern am höchsten ist.³⁶ Dies legt den Schluss nahe, dass es auch in Frankfurt einen Zusammenhang zwischen der (mit der „sozialen Belastung“ des Ortsteils nur indirekt erfassten) Schichtzugehörigkeit der Kinder und der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen gibt.

Übergewicht

Der BMI beträgt bei den schuleingangsuntersuchten Kindern der Jahrgänge 1998 bis 2000 in Frankfurt am Main im Durchschnitt 15,9. Das Minimum liegt bei 7,3 und das Maximum bei 60,0. Bereits bei einem BMI von 17, besteht der Verdacht, dass ein Kind übergewichtig ist. Bei 21,6 % der in Frankfurt zwischen 1998 und 2000 schuleingangsuntersuchten Kinder war dies der Fall. Übergewichtige Kinder stammen, wie Tabelle 3.3.8 zeigt, häufiger aus den benachteiligten Ortsteilen als solchen mit geringeren sozialen Belastungen.

Tabelle 3.3.8: Anteil übergewichtiger Kinder (BMI von 17 oder mehr) nach sozialer Belastung des Ortsteils, in dem sie wohnen, von 1998 bis 2000 (n = 15.169)

	Belastung					insgesamt
	2	3	4	5	6	
insgesamt	19,0%	21,3%	21,7%	22,0%	24,5%	21,6%

Betrachten wir weiter, ob das Geschlecht der Kinder und ihre Staatsangehörigkeit Einfluss darauf haben, ob sie übergewichtig sind oder nicht. Während Jungen fast ebenso häufig einen BMI von 17 oder mehr haben wie Mädchen, spielt der Unterschied zwischen deutschen und ausländischen eine beträchtliche Rolle. Hier beträgt die Differenz 10,7 Punkte.

Tabelle 3.3.9: Anteil übergewichtiger Kinder nach Geschlecht und kulturellem Hintergrund von 1998 bis 2000 (n = 15.169)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	27,4%	17,8%	22,5%
männlich	27,0%	15,3%	20,7%
insgesamt	27,2%	16,5%	21,6%

Legt man ein strengeres Kriterium an und betrachtet die Kinder, die einen BMI von 20 und mehr haben, als übergewichtig, dann sind 7,2 % der ausländischen Kinder und 2,9 % der deutschen Kinder in Sinne dieses strengeren Kriteriums übergewichtig.

Retardierungen

Seit 1999 werden bei den Schuleingangsuntersuchungen verschiedene Retardierungen in einem Screeningprogramm erfasst (s.o. Abschnitt 3.3.2). Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse eines solchen schulärztlichen Screenings nur Hinweise auf Entwicklungsauffälligkeiten geben nicht mit den Befunden differenzierter diagnostischer Verfahren gleichgesetzt werden dürfen.

Sprachliche Retardierungen wurden von den Schulärzten etwas häufiger bei Jungen als bei Mädchen und deutlich häufiger bei ausländischen als bei deutschen Kindern festgestellt. Die hier als Retardierungen bezeichneten Entwicklungsrückstände bedeuten in vielen Fällen le-

³⁶ vgl. z.B. Korte, W./Zimmermann, I./Freigang, M.: Kinder, Gesundheit und Armut aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg. In: Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Sozialhilfereport Nr. 16, Oktober 1999, S. 4-11).

diglich ein mangelndes Beherrschen der deutschen Sprache und keine dauerhaften Entwicklungsrückstände. Auffällig ist, dass auch viele deutsche Kinder die deutsche Sprache nicht so beherrschen, wie man es bei ihnen erwarten dürfte und für einen erfolgreichen Schulbesuch erforderlich ist.

Tabelle 3.3.10: Von den Schulärzten festgestellte sprachliche Retardierungen bei schuleingangsuntersuchten Kindern nach Geschlecht und kulturellem Hintergrund 1999 und 2000 (n = 9882)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	11,8%	6,8%	9,3%
männlich	13,5%	9,8%	11,6%
insgesamt	14,7%	8,1%	11,3%

Dasselbe Muster wie bei den sprachlichen Retardierungen zeigt sich bei den Wahrnehmungsretardierungen und den kognitiven Retardierungen (siehe Tabellen 3.3.11 und 3.3.13). Mädchen schneiden durchweg besser ab als Jungen und deutsche Kinder besser als ausländische.

Tabelle 3.3.11: Wahrnehmungsretardierungen bei schuleingangsuntersuchten Kindern nach Geschlecht und kulturellem Hintergrund 1999 und 2000 (n = 9882)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	8,9%	3,9%	6,4%
männlich	11,0%	6,9%	8,8%
insgesamt	10,0%	5,5%	7,7%

Tabelle 3.3.12: Kognitive Retardierungen bei schuleingangsuntersuchten Kindern nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit 1999 und 2000 (n = 9882)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	12,2%	2,6%	7,4%
männlich	16,3%	5,0%	10,4%
insgesamt	14,3%	3,9%	9,0%

Im Einzelnen sehen die bislang berichteten Entwicklungsretardierungen nicht sehr dramatisch aus. Betrachtet man allerdings alle Entwicklungsretardierungen zusammen, so ergibt sich ein anderes Bild. Dies hängt auch damit zusammen, dass manche Kinder nicht nur eine Entwicklungsretardierung zeigen. Entwicklungsretardierungen treten (siehe Tabelle 3.3.13) deutlich

häufiger bei Jungen und bei ausländischen Kindern als bei Mädchen und deutschen Kindern auf. Die Differenz zwischen deutschen Mädchen und ausländischen Jungen beträgt 19,1 Prozentpunkte.

Tabelle 3.3.13: Schulärztlich festgestellte Entwicklungsretardierungen insgesamt bei schuleingangsuntersuchten Kindern nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit 1999 und 2000 (n = 9882)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	22,3%	12,6%	17,4%
männlich	31,7%	19,9%	25,6%
insgesamt	27,1%	16,4%	21,6%

Insgesamt gibt es also bei den schulärztlich festgestellten Retardierungen, die im Übrigen keine dauerhaften Entwicklungsrückstände bedeuten müssen, deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit deutschem und ausländischem kulturellem Hintergrund.

Sozialpädiatrische und sonstige Maßnahmen

Bei den Schuleingangsuntersuchungen empfohlene sozialpädiatrische und sonstige Maßnahmen sollen helfen, den festgestellten Entwicklungsretardierungen zu begegnen. Wie die folgenden Tabellen zeigen, sind die Unterschiede (gemessen an der Prozentpunktdifferenz) zwischen deutschen und ausländischen Kindern nicht so groß wie die zwischen Mädchen und Jungen.

Tabelle 3.3.14: Empfehlung für Motorikförderung bei schuleingangsuntersuchten Kindern von 1998 bis 2000 (n = 15.169)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	3,3%	2,0%	2,6%
männlich	7,1%	6,2%	6,6%
insgesamt	5,3%	4,2%	4,7%

Tabelle 3.3.15: Empfehlung für Sprachberatung bei schuleingangsuntersuchten Kindern von 1998 bis 2000 (n = 15.169)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	6,7%	6,3%	6,5%
männlich	9,0%	7,4%	8,2%
insgesamt	7,9%	6,9%	7,4%

Tabelle 3.3.16: Empfehlung für eine Ernährungsberatung bei schuleingangsuntersuchten Kindern von 1998 bis 2000 (n = 15.169)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	11,0%	5,3%	8,1%
männlich	9,1%	4,0%	6,4%
insgesamt	10,0%	4,7%	7,2%

Übergewichtige Kinder (BMI gleich oder größer 20) bekommen zu 76 % eine Empfehlung zur Ernährungsberatung.

Zurückstellungen

In den Jahren 1998 bis 2000 wurde fast jedes 10. Kind nicht als schulreif eingestuft und in die Vorklasse zurückgestellt. Dies war bei deutschen Kindern und Mädchen deutlich seltener der Fall als bei ausländischen Kindern und Jungen:

Tabelle 3.3.17: Zurückstellungen in die Vorklasse bei schuleingangsuntersuchten Kindern von 1998 bis 2000 (n = 15.169)

	ausländisch	deutsch	insgesamt
weiblich	11,3%	3,4%	7,2%
männlich	16,3%	7,3%	11,5%
insgesamt	13,8%	5,4%	9,4%

Die Zurückstellung in die Vorklasse hängt nicht nur mit der Staatsangehörigkeit der Kinder, sondern auch mit der sozialen Belastung des Ortsteils zusammen, in dem die Kinder wohnen (siehe Tabelle 3.3.18). Während nur 4,6 % der Mädchen aus den am wenigsten belasteten Ortsteilen zurückgestellt werden, sind es von den Jungen aus den am meisten belasteten Ortsteilen 14,1 %. D.h. die „Chance“ der letzteren, zurückgestellt zu werden, ist rd. dreimal so hoch, wie die der Mädchen aus den „besser gestellten“ Ortsteilen.

Tabelle 3.3.18: Zurückstellung in die Vorklasse nach sozialer Belastung des Ortsteils, in dem die Kinder leben, und Geschlecht

	Belastung					insgesamt
	2	3	4	5	6	
weiblich	4,6%	5,1%	8,6%	7,9%	9,1%	7,2%
männlich	8,7%	10,3%	11,9%	13,0%	14,1%	11,5%
insgesamt	6,7%	7,9%	10,3%	10,5%	11,6%	9,4%

Zusammenfassung und Diskussion

Insgesamt deuten die gezeigten Befunde auf Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Kindern hin. Insbesondere Jungen und Mädchen und ausländische und deutsche Kinder weisen bei vielen Merkmalen deutliche Unterschiede auf. Die größten Prozentpunktdifferenzen gibt es bei vielen Merkmalen zwischen deutschen Mädchen einerseits und ausländischen Jungen andererseits. Demgegenüber tritt der Einfluss von Schichtindikatoren, hier erfasst über die Sozialhilfequote und Arbeitslosendichte im Ortsteil, aus dem die Kinder kommen, zurück. Hierzu ist anzumerken, dass die Ortsteile vermutlich zu große räumliche Einheiten sind und in sich sehr heterogen sein können (siehe hierzu auch den folgenden Teilbericht V des Frankfurter Sozialberichts). Des Weiteren ist die Erfassung der Schichtzugehörigkeit über die sozialstrukturellen Merkmale des Ortsteils oder des Stadtbezirks nur eine Hilfskonstruktion, da bei der Schuleingangsuntersuchung Merkmale wie Beruf und Bildungsniveau der Eltern nicht erhoben werden. Schließlich darf nicht übersehen werden, dass über das Merkmal Staatsangehörigkeit schon Schichtzugehörigkeit mit erfasst wird: Ausländer sind deutlich häufiger von Sozialhilfebezug und Arbeitslosigkeit betroffen als Deutsche.

Insbesondere bei den festgestellten Entwicklungsauffälligkeiten handelt es sich nicht um exakte diagnostische Befunde, sondern um Ergebnisse eines Screenings, das den Zweck hat, solche Kinder auszufiltern, bei denen Grund besteht, nach der Schwere und dem Grund von Entwicklungsauffälligkeiten zu suchen. Bei vielen der bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Auffälligkeiten dürfte es sich um solche handeln, die sich bei einer näheren Betrachtung nicht bestätigen. Ob also die aufgezeigten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen und zwischen deutschen und ausländischen Kindern nach genauerer Untersuchung bestehen bleiben, ist offen. Wenn nicht, dann wären die festgestellten Differenzen eher Aussagen über das Verhalten der Schulärzte als Aussagen über den Gesundheitszustand von Kindern.

Einige Befunde geben Anlass zu weiteren Untersuchungen. So zeigt jedes 12. deutsche Kind sprachliche und jedes 7. ausländische kognitive Retardierungen. Sollten diese Einschätzungen sich bei genaueren Untersuchungen bestätigen, dann müsste dies u.a. Konsequenzen für die Vorschulerziehung haben. Dass viele Kinder ausländischer Eltern einer besonderen sprachlichen Förderung bedürfen, kann niemanden überraschen. Dass dies auch bei vielen deutschen Kindern der Fall ist, dürfte für viele eine neue Erkenntnis sein.

Wenn es stimmt, dass so viele ausländische Kinder sprachliche und/oder kognitive Retardierungen aufweisen und diesen nicht durch entsprechende pädagogische Bemühungen begegnet

wird (oder nicht mehr begegnet werden kann, weil sie sich schon verfestigt haben!), dann hätte dies weitreichende Konsequenzen für die späteren Lebenschancen und die soziale Position dieser Kinder: Sprachlich und intellektuelle benachteiligt können sie nur die unteren Positionen der Gesellschaft einnehmen. Die heute festzustellende geringe Bildungsbeteiligung ausländischer Kinder³⁷ dürfte sich auch in Zukunft kaum ändern. Hinzu kommt, dass ausländische Kinder überdurchschnittlich häufig unteren sozialen Schichten angehören und Kinder mit niedriger Schichtzugehörigkeit - unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit - an sich schon eine geringere Bildungsbeteiligung aufweisen.³⁸

³⁷ vgl. Jeschek, W.: Die Integration junger Ausländer in das deutsche Bildungssystem kommt nicht voran. In DIW-Wochenbericht 29/2000.

³⁸ vgl. Geißler, R.: Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung. 2. Auflage, Opladen 1996, S. 259ff.

3.4 Zahngesundheitsförderung und Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

(von Dr. Christian Rotter, Abteilung Zahnmedizin des Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main)

3.4.1 Zahngesundheitsförderung

Seit dem Inkrafttreten des 2. NOG am 1. Januar 1997 ist durch den Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, alle gesetzlich versicherten Kinder- und Jugendliche von der Geburt an bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres lückenlos zahnprophylaktisch zu versorgen. Als äußerst sinnvolle Maßnahme hat sich die Durchführung einer sog. Gruppenprophylaxe erwiesen. Wie in der Rahmenvereinbarung nach § 21 Sozialgesetzbuch Buch Fünf vorgesehen ist, wird von den Krankenkassen, den Gesundheitsämtern und den niedergelassenen Zahnärzten die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche vom 3. bis 12. Lebensjahr in Schulen und Kindergärten gefördert und aktiv auf deren flächendeckende Umsetzung hingearbeitet. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, soll die Gruppenprophylaxe bis zum 16. Lebensjahr fortgesetzt werden.

Gruppenprophylaxe – was bedeutet das?

Im Rahmen der Gruppenprophylaxe werden die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen mit Fluoridierungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Mundgesundheitserziehung verbunden. Dabei werden Putztechniken geübt und Gespräche über das Ernährungsverhalten geführt. Ziel dieser Untersuchungen ist, behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche zu erfassen, um sie zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einer zahnärztlichen Behandlung zuzuführen. Wird bei der Untersuchung ein behandlungsbedürftiger Befund erhoben, wird dies in einem Arztbrief den Sorgeberechtigten mitgeteilt. Sie werden aufgefordert, eine Behandlung beim niedergelassenen Kollegen zu veranlassen.

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen - insbesondere in der aufsuchenden Form - haben eine sozial-kompensatorische Funktion. Sie bewirken, dass *alle* Kinder und Jugendliche – unbeachtet der Zugehörigkeit einer sozialen Schicht – mindestens einmal im Jahr zahnärztlich untersucht werden. Zudem erfüllen sie eine erzieherische Funktion: Sie tragen, vor allem bei Kleinkindern, zum Abbau der Angst vor dem Zahnarzt bei und fördern im allgemeinen den Zahnarztbesuch. Zudem können durch diese Untersuchungen epidemiologische Daten gewonnen werden, die eine Aussage bspw. über das Kariesrisiko bestimmter Gruppen und die Effektivität prophylaktischer Programme zulassen.

Das Ziel der Mundgesundheitserziehung ist es, die Menschen durch die Vermittlung von Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten in die Lage zu versetzen, selbst für die Gesunderhaltung ihrer Zähne zu sorgen. Zusätzlich sollten positive zahngesundheitliche Verhaltensweisen zur sozialen Norm in Gruppen und Gesellschaft erhoben werden. Dazu ist eine Integration der Gesundheitserziehung ins tägliche Leben notwendig. Die Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte des Gesundheitsamtes wirken darauf hin, dass u.a. in Schulen zahngesundheitliches Verhalten regelmäßig umgesetzt wird.

Regelmäßige Fluoridierungsmaßnahmen zur Zahnschmelzhärtung sind kurzfristig gesehen die effektivste und effizienteste Methode zur Kariesprophylaxe. Eine optimale Wirkung wird erreicht, wenn Fluoride von den Beteiligten selbst, täglich in kleinen Dosierungen angewendet werden (fluoridierte Zahnpasta und Gele sowie Speisesalz). Durch das Angebot der Fluoridierung im Rahmen der Gruppenprophylaxe, kann sicher gestellt werden, dass auch die Kinder und Jugendlichen an dieser effektiven Prophylaxemaßnahme partizipieren, die nicht zum Zahnarzt gehen.

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Schulen und Kindergärten sind preiswert, effektiv und führen zu einer raschen Verbesserung der Gebissanierung. Es werden alle Schüler und Schülerinnen in Regelschulen der Klassen eins bis sechs untersucht. In Tabelle 3.4.1 kann man erkennen, dass der Erreichungsgrad der zahnmedizinisch untersuchten Kinder im Schuljahr 1998/99 insgesamt 92% betrug.

Tabelle 3.4.1: Kariesprophylaxe in Schulen und Zahngesundheit. Dokumentationsjahr - Schuljahr 1998/99

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN: ZAHL DER ZAHNMEDIZINISCH UNTERSUCHTEN KINDER			
	Grundschulen	weiterführende Schulen	Sonderschulen und Behinderten-Einrich- tungen
Anzahl	20.188	7.015	874
Erreichungsgrad	92 %	70 %	
PROPHYLAXEMASSNAHMEN			
Zahl der durch theoretische und/oder praktische Prophylaxeimpulse (Mundhygiene, Ernährungslenkung, Motivation zum Zahnarztbesuch) tatsächlich erreichten Kinder (Wiederholungsbesuche in derselben Gruppe)			
	Grundschulen	weiterführende Schulen	Sonderschulen und Behinderten-Einrich- tungen
1.Besuch/Jahr	4.710	1.497	128
2.Besuch/Jahr	591	0	78
MASSNAHMEN ZUR ZAHNSCHMELZHÄRTUNG			
Zahl der durch gezieltes Auftragen von Fluoridlack auf die Backenzähne tatsächlich erreichten Kinder (Wiederholungsbesuche in derselben Gruppe)			
	Grundschulen	weiterführende Schulen	Sonderschulen und Behinderteneinrich- tungen
1.Besuch/Jahr	7.925	850	295
2.Besuch/Jahr	7.859	828	249
Erreichungsgrad	36 %	12 %	

noch Tabelle 3.4.1

ZAHNGESUNDHEIT (KARIESPRÄVALENZ): dmf-t/DMF-T - Index						
Alter	dmf-t			DMF-T		
	insgesamt	Jungen	Mädchen	insgesamt	Jungen	Mädchen
6-7 Jahre	1,97	2,18	1,77	0,06	0,05	0,07
9 Jahre				0,35	0,35	0,35
12 Jahre				1,14	1,0	1,3
ZAHL DER IN DER PROPHYLAXE TÄTIGEN						
Jugendzahnärzte inklusive Abteilungsleiter			Prophylaxe-Fachkräfte			
Vollzeit	3		Vollzeit	5		
Teilzeit	2		Teilzeit	7		

Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen durch das Stadtgesundheitsamt

Die zahnmedizinische Abteilung des Stadtgesundheitsamts Frankfurt leitet die gruppenprophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Kindergärten und Schulen in Frankfurt. Die Förderung und flächendeckende Umsetzung der Gruppenprophylaxe liegt in Hessen in der Hand der Krankenkassen, Gesundheitsämter und niedergelassenen Zahnärzte (Obleutkonzept). Die drei genannten Kooperationspartner sind im örtlichen „Arbeitskreis Jugendzahnpflege“ (AKJ) vereint. Die Geschäftsstelle dieser Institution liegt im Stadtgesundheitsamt Frankfurt. Die Schulen werden zweimal jährlich von Jugendzahnärzten des Gesundheitsamtes betreut. Ursprünglich sollte die Gruppenprophylaxe in Kindergärten von niedergelassenen Zahnärzten in Form von „Patenschaften“ übernommen werden.

Leider reicht die Kapazität der niedergelassenen Zahnärzte nicht aus, um eine regelmäßige und kontinuierliche Gruppenprophylaxe durchzuführen. Um die Betreuung von etwa 100 Kindergärten der Stadt Frankfurt zu gewährleisten, konnte der Arbeitskreis Jugendzahnpflege ein besonderes Prophylaxe-Team zusammen stellen, welches diese wichtige Aufgabe übernommen hat. Dieses Team besteht aus einer Jugendzahnärztin, Zahnarthelferin und einer speziell ausgebildeten Prophylaxehelferin.

Die Aufgaben dieser „Spezialeinheit“ sind:

- Untersuchung der Mundhöhle mit Zahnstatuserhebung
- Zahnschmelzhärtung mittels Flouridlack oder Gelee
- Mundgesundheitserziehung durch Einüben von Putztechniken und Ernährungsberatung

Finanziert wird das Team durch die Krankenkassen. Da die Kassen diese gruppenprophylaktischen Maßnahmen als äußerst effizient einschätzen, unterstützen und forcieren sie die Aktivitäten in diesem Bereich. In den Schulen unterstützt der Arbeitskreis die Jugendzahnärzte mit sechs zusätzliche Prophylaxehelferinnen. Da Prophylaxemaßnahmen erst sinnvoll wirken können, wenn sie regelmäßig durchgeführt werden, erfolgt die Umsetzung mit einem Minimum von zwei Besuchen im Jahr. Für Kariesrisikogruppen ist eine Intensivierung in Art, Umfang und Häufigkeit der Maßnahmen vorgesehen. Ziel ist es, in vier weiteren Besuchen die intensivprophylaktischen Maßnahmen umzusetzen.

Verteilung und Bemessung von Prophylaxeeinrichtungen

Die regionale Verteilung von Prophylaxeeinrichtungen für Jugendzahnpflege/Gruppenprophylaxe sowie die Anzahl der dort zuständigen Jugendzahnärzte und Prophylaxefachkräfte gibt wichtige Aufschlüsse über die regionalisierten Dichteziffern im Hinblick auf eine flächendeckende Gruppenprophylaxe. Vom Bundesverband der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst wurde errechnet, dass für Frankfurt auf 60.000 Einwohner (Betreuungsbezirk) ein Jugendzahnärztliches Team (Prophylaxe-Team) für eine flächendeckende Prophylaxe als minimalster Ressourcenbedarf notwendig ist. Ein Prophylaxeteam ist in einer dezentralen Jugendzahnärztlichen Beratungsstelle angesiedelt, von wo aus sie die Schulen im zugehörigen Betreuungsbezirk aufsuchen. In den fünf Beratungsstellen werden sog. Restantenbehandlungen, das sind schwierig zu behandelnde Kinder sowie behinderte Kinder, an die zahnärztliche Behandlung herangeführt und ggf. saniert. In Frankfurt existieren z.Zt. vier Jugendzahnärztliche Teams für den Schulbereich, die von der Stadt Frankfurt bezahlt werden, zuzüglich sechs Prophylaxehelferinnen, die über den Arbeitskreis von den Krankenkassen finanziert werden. Ein zusätzliches Prophylaxe-Team versorgt ca. 100 Kindergärten. Das Team wird ebenfalls von den Krankenkassen getragen. Vergleichbar stehen in anderen Städten weit weniger Personalressourcen zur Verfügung. Aber auch für den Stadtbereich Frankfurt fehlt mindestens ein Jugendzahnärztliches Team, um eine flächendeckende, qualitativ gesicherte Prophylaxe in sämtlichen Einrichtungen zu betreiben.

3.4.2 Die Zahngesundheit von Kindern zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr

Die WHO legte als Ziel für das Jahr 2000 einen durchschnittlichen DMF-T-Index bei 12-jährigen von 2,0 fest. In Frankfurt und Hessen unterschreiten die Zähne der Kinder diesen Wert deutlich. Mit zunehmendem Alter wächst das Zahnbewusstsein. Das spiegelt sich u.a. in der Behandlungsbereitschaft wieder. Der Sanierungsgrad steigt deshalb erwartungsgemäß mit der Behandlungsbereitschaft.

Wie wird Zahngesundheit gemessen?

Das international gebräuchliche Messinstrument zur Beurteilung der Zahngesundheit ist der **dmf-t/DMF-T-Index**.

(D/d = decayed (kariös), m/M = missing, f/F = filled (gefüllt), t/T = tooth (Zähne))

Dieser Index gibt an, wie viele Zähne kariös sind bzw. wie viele auf Grund von Karies gefüllt oder extrahiert werden mussten. Die kleinen Buchstaben stehen für das Milchgebiss, die großen für die bleibenden Zähne. Hat ein Kind bsp einen DMF-Index von 2, bedeutet das, zwei Zähne des gesamten Gebisses sind kariös, auf Grund von Karies gefüllt oder mussten kariesbedingt entfernt werden. Hat man diese Indices der Kinder, kann man ablesen, wie sich der Kariesbefall im Zuge einer systematischen und flächendeckenden Kariesprophylaxe ändert.

Bei der Auswertung wird sich auf international bewährte Standardaltersgruppen bezogen. Es handelt sich um drei Gruppen:

- 6 – 7 jährige Kinder
- 9 jährige Kinder
- 12 jährige Kinder

Kariesbefall bei Kindern in verschiedenen Altersgruppen in Hessen und Frankfurt

Im Vergleich zu den Vorjahren scheint der Kariesrückgang zu stagnieren, so dass sich die dmf-t Werte bei den 6 – 7 jährigen auf ca. 2 dmf-t Zähne und bei den 12 jährigen auf ca. 1,5 DMFT Zähne einpendeln.

Tabelle 3.4.2: Mittlere Zahl kariesbefallener Zähne pro Kind in Frankfurt am Main in den Schuljahren 1998/99 und 1999/00 und in Hessen 1997 nach Alter der Schüler

		6/7jährige MG	6/7jährige DZ	9jährige DZ	12jährige DZ
dmf - t	Frankfurt 1999/2000	2.1			
	Frankfurt 1998/1999	1.9			
	Hessen 1997	2.2			
DMF - T	Frankfurt 1999/2000		0.12	0.49	1.52
	Frankfurt 1998/1999		0.06	0.35	1.13
	Hessen 1997		0.13	0.45	1.67

Nach wie vor stellt der ausgeprägt niedrige Sanierungsgrad der Milch- wie Dauerzähne der 6 – 7 jährigen eine Situation dar, die dringenden Handlungsbedarf erfordert. Es sind in dieser Altersgruppe nur 35,6% der an Karies erkrankten Milchzähne und 52,5% der Dauerzähne saniert. Man kann davon ausgehen, dass an dieser Stelle eine Wissenslücke in der Bedeutung der Milchzähne als Platzhalter und zur Mundhygieneerziehung besteht.

Tabelle 3.4.3: Sanierungsgrad der Zähne in Prozent bezogen nach Alter der Schüler in Frankfurt am Main 1998 bis 2000 und in Hessen 1997

Sanierungsgrad Zähne bezogen	6/7jährige MG	6/7jährige DZ	9jährige DZ	12jährige DZ
1999/2000	35.6 %	52.44 %	74.5 %	82.0 %
1998/1999	32.5 %	53.17 %	74.5 %	85.0 %
Hessen 1997	38.3 %	32.40 %	69.1 %	81.8 %

Man kann davon ausgehen, dass die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen stark von sozialräumlichen und schichtspezifischen Faktoren bestimmt ist. So liegen die dmf-t/DMF-T

Werte bei Kindern und Jugendlichen in Haupt-, Gesamt- und Sonderschulen deutlich höher als in Gymnasien und Realschulen. Z.B. konnte im Schuljahr 1999/2000 für die Gymnasien ein mittlerer DMF-T Wert von 0,92, für die Hauptschulen dagegen von 1,51 festgestellt werden. Die Gymnasien werden i.d.R. von Kindern und Jugendlichen besucht, deren Eltern selbst eine höhere Schulbildung haben. Die Eltern der Kinder und Jugendlichen, welche die Hauptschule besuchen, haben in der Regel selbst höchstens einen Hauptschulabschluss.

Als weiterer Beleg hierfür bieten sich die dritte Mundgesundheitsstudie (DMS III) des Instituts der Deutschen Zahnärzte von 1997 sowie die DAJ Studie von 1997 an. Beide Studien wurden bundesweit durchgeführt. In der IDZ Studie konnte ein Zusammenhang zwischen dem gruppierten Kariesbefall und der sozialen Schichtzugehörigkeit sowie der beruflichen Stellung des Vaters, dargestellt werden. Die Analysen zeigen deutliche Abhängigkeiten des Kariesbefalls von der Schichtzugehörigkeit. So ist z.B. der Anteil der Jugendlichen mit hohem Kariesbefall in der Arbeiterschicht besonders hoch.

Ausgehend von der Schulbildung der Jugendlichen selbst, können statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Schulbildung und Kariesbefall erhoben werden. So haben Jugendliche, die das Gymnasium oder vergleichbare Schulen besuchen, deutlich gesündere Zähne als Jugendliche aus anderen Schulformen.

Tabelle.3.4.3: Prozentualer Anteil naturgesunder Zähne bei Schülern nach Schulart in Frankfurt am Main 1999

Zahnstatus	Gesamte Schulen	Hauptschulen	Realschulen	Gymnasien
kariesfrei dmf/DMF-T=0	45,28 %	39,67 %	44,5 %	47,28 %
saniert f/F-T	22,07 %	36,52 %	32,76 %	33,58 %
behandlungsbe- dürftig d/D-T	32,65 %	23,8 %	22,8 %	19,14 %

3.4.4 Wie wird die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen weiter gefördert?

Das Hauptziel der Zahngesundheitsförderung durch das Stadtgesundheitsamt, nämlich die Zahngesundheit zu verbessern und damit die Mundgesundheit auf ein hohes Niveau zu bringen, ist, wie oben dargestellt, erreicht worden. Der positive Einfluss des Prophylaxeprogramms in Frankfurter Schulen ist auch bei insgesamt rückläufigem Kariesbefall deutlich erkennbar.

Erfolge bei der Prävention dürfen aber nicht zu einem Nachlassen der Prophylaxearbeit führen. Im Einzelnen wurde seit 1995 der durchschnittlichen Kariesbefall bei den 12jährigen um mindestens 30 % gesenkt, die Anzahl naturgesunder Gebisse bei den 6 - 7jährigen von 41 % 1995 auf heute 50 % gesteigert werden. Das entspricht den Hauptzielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2000.

Um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Gruppenprophylaxe (Basisprophylaxe und Intensivprophylaxe für Kariesrisikokinder) in allen Frankfurter Schulen für Kinder zwischen 12-16 Jahren zu gewährleisten, wäre die Wiedereinstellung eines Jugendzahnärztlichen Teams, das Anfang der 90iger Jahre im Rahmen des Finanzdesasters der Stadt wegrationalisiert wurde, erforderlich. Das hatte damals zur Folge, dass die Schulen eines kompletten Bezirks auf die übrigen vier Bezirke aufgeteilt werden mussten. Engpässen in der gruppenprophylaktischen Betreuung sind die Folge. Die Aufstockung der Personalressourcen gewinnt auch aufgrund der Tatsache an Bedeutung, dass im nächsten Jahr sieben neue Schulen - davon fünf Grundschulen, eine Haupt- und Realschule sowie eine kooperative Gesamtschule - in Frankfurt eröffnet werden.

Ein weiterer Schwerpunkt ist künftig sicher die Betreuung von Risikogruppen. Gerade bei Kindern der Bevölkerungsschicht mit niedrigem Einkommen und bei behinderten Kindern und Jugendlichen, sind intensivprophylaktische Maßnahmen notwendig.

Intensivprophylaktische Maßnahmen

Zu diesen Maßnahmen gehören die wiederholte Fluoridierung und Fissurenversiegelung der Zähne.³⁹ Aus der III. Deutschen Mundgesundheitsstudie des Institutes der Deutschen Zahnärzte (DMS III des IDZ) geht hervor, dass 12jährige ohne Fissurenversiegelung im Durch-

³⁹ Bei der *Fluoridierung* wird der Zahn mit Fluoridlack oder Fluoridgelee bepinselt. Im Marburger Modell konnte belegt werden, dass es durch diese regelmäßige Anwendung zu einer Kariesreduktion von bis zu 40% kommt. Bei der *Fissurenversiegelung* werden die Gruben und Fissuren v.a. der Backenzähne mit Kunststoffmaterial ausgefüllt. Die Effektivität dieser Maßnahme ist ebenfalls ein Bestandteil der beweisgesicherten Zahnheilkunde (Evident Based Dentistry). Allerdings ist dieses Vorgehen an einen Behandlungsplatz beim niedergelassenen Zahnarzt gebunden.

schnitt 2,2 Karies betroffene Zähne aufweisen, Kinder mit Fissurenversiegelung dagegen nur 1,3 Zähne. Das trifft insbesondere bei Kindern mit schlechtem Mundhygieneverhalten zu. Der Abstand verringert sich bei Kindern mit gutem Mundhygieneverhalten: Ohne Versiegelung sind im Durchschnitt 2,0, mit Versiegelung nur 1,4 Zähne von Karies betroffen. Fasst man die Ergebnisse zusammen, stellt man fest, dass durch die Versiegelung etwa ein Zahn vor Karies gerettet werden kann. Dabei profitieren die Kinder mit hohem Kariesrisiko am meisten.

Eine nach wie vor unverzichtbare Maßnahme ist das Plaqueentfernen durch Zähneputzen, optimal mit einer fluoridierten Zahnpasta. Ebenfalls wichtig ist die Pflege der Zahnzwischenräume. Gerade hier muss sorgfältig, mit Hilfe von Zahnseide, gereinigt werden.

Bei der intensivprophylaktischen Betreuung in der Schule sind neben der Basisprophylaxe, die zweimal jährlich durchgeführt wird, vier weitere Termine vorgesehen. In den weiteren Terminen wird die Basisprophylaxe intensiviert: Wiederholte Fluoridapplikation, erneutes Zahnputztraining, erweitert um Fädeln mit der Zahnseide, sowie weiterführende Ernährungshinweise.

3.4.5 Förderung der Mundgesundheit in Schulen und Behinderteneinrichtungen mit hohem Kariesrisiko

Gemäß dem 1995 beschlossenen Programm zur Förderung der Mundgesundheit Frankfurter Schulkinder, wird derzeit die Intensivprophylaxe in Schulen und Behinderteneinrichtungen mit hohem durchschnittlichen Kariesrisiko aufgebaut. Dabei werden Schulen, die eine überdurchschnittlich hohe Kariesprävalenz aufweisen als gesamte Einrichtung betreut, um eine Stigmatisierung einzelner Kinder zu vermeiden.

Die Risikoeinstufung einer Schule erfolgt mit Hilfe des EDV gestütztem Jugendzahnpflegeprogramms (JPZ) nach den von Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlenen Methoden. In Tabelle 3.3.4 zeigte sich deutlich, dass in Sonderschulen, Behinderteneinrichtungen und in Hauptschulen das Kariesrisiko der Schüler und Schülerinnen überproportional hoch ist. So besteht gerade hier Bedarf einer intensivprophylaktischen Betreuung. Die Ausarbeitung und Umsetzung dieser weiterführenden Pflegeprogramme ist das nächste Ziel der Prophylaxearbeit der Abteilung.

4. Ausgewählte gesundheitliche Gefährdungen

4.1 *Armut, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug und Krankheit*

Menschen, die in Armut bzw. einer armutsnahen Lebenslage leben, haben eine höhere Morbidität und Mortalität als Angehörige höherer sozialer Schichten.⁴⁰ So weisen Arbeitslose je nach Untersuchung im Vergleich zu Beschäftigten eine um 20 - 90 % höhere Sterblichkeit auf. Körperliche Erkrankungen treten bei Arbeitslosen um 30 - 80 % häufiger auf, psychische Leiden sogar um ca. 100 %. Bei der Einschätzung der Gesundheitszufriedenheit äußern sich Arbeitslose dreimal häufiger negativ. Arbeitslose leiden häufig an psychosomatischen Beschwerden wie Ängsten, Schlaflosigkeit oder depressiven Symptomen. Sie weisen zudem eine um mehr als zweifach höhere Mortalität auf als Erwerbstätige. Insbesondere psychosomatische Beschwerden nehmen ab, wenn Arbeitslose eine Erwerbstätigkeit aufnehmen. So zeigte eine Studie, bei der Teilnehmer von Maßnahmen der Hilfe zur Arbeit mit Arbeitslosen verglichen wurden, dass psychosomatische Belastungen wie „Nervenprobleme“, „Schlafstörungen“ und „Ermüdungserscheinungen“ bei den Teilnehmern deutlich seltener auftreten als bei den Arbeitslosen.⁴¹ Dieses Beispiel zeigt, dass sozialpolitische Handlungsfelder, die auf den ersten Blick mit dem Thema Gesundheit nichts zu tun haben scheinen, doch auf dementsprechende positive oder negative Wirkungen hin hinterfragt werden müssen. Das Beispiel zeigt auch, dass lokale Beschäftigungspolitik (hier die Tatsache, dass arbeitslosen Sozialhilfeempfängern die Möglichkeit gegeben wurde, zeitlich befristet einer Erwerbstätigkeit nachzugehen) auch Teil lokaler Gesundheitspolitik sein kann.

Kinder, die unter Armutsbedingungen aufwachsen, weisen einen schlechteren Gesundheitszustand, ein geringeres Wohlbefinden und mehr psychische Beschwerden auf als andere Kinder.⁴² Sie haben ein geringeres Selbstvertrauen und fühlen sich häufiger hilflos und einsam. Kinder arbeitsloser Eltern weisen einen schlechteren Impfschutz auf, Vorsorgeuntersuchungen werden seltener in Anspruch genommen.⁴³ Die Perspektivlosigkeit vieler arbeitsloser Menschen wirkt sich so in einer unzureichenden Gesundheitsfürsorge hinsichtlich der Kinder

⁴⁰ Die folgenden Zahlen sind entnommen: Nationale Armutskonferenz: Sozialpolitische Bilanz. Neue Wege in der Armutspolitik? Dezember 1999, Abschnitt „Armut und Krankheit“ (<http://www.diakonie.de/publikationen/nak/1999/abschnitt01.htm>).

⁴¹ vgl. Trube, A.: Fiskalische und soziale Kosten-Nutzen-Analyse örtlicher Beschäftigungsförderung. Eine exemplarische Untersuchung [Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 189]. Nürnberg 1995, S. 152-165.

⁴² vgl. Frankfurter Rundschau vom 26.10.2000: „Wenn schon die Kindheit von Armut geprägt ist... In ihrem Sozialbericht 2000 untersucht die Arbeiterwohlfahrt die Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen.“

⁴³ vgl. zur Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen Korte, W./Zimmermann, I./Freigang, M.: Kinder, Gesundheit und Armut aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg. In: Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Sozialhilfereport Nr. 16, Oktober 1999, S. 4-11.

aus. Auch in Frankfurt gibt es (siehe Abschnitt 6.1) Hinweise darauf, dass Kinder, die unter eingeschränkten finanziellen Bedingungen groß werden, in geringerem Maße an den empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Die Befunde der Frankfurter Einschulungsuntersuchungen deuten ebenfalls auf eine bessere Nutzung der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung für Kinder durch die Angehörigen höherer Schichten hin. Dieser Punkt wird weiter unten genauer ausgeführt.

Arme Menschen sind demnach häufiger krank und sterben eher als andere Personen. Was hier Ursache und was Wirkung ist, kann von Fall zu Fall unterschiedlich sein. So dürften viele Personen arm bzw. sozialhilfebedürftig sein, weil sie krank und deswegen nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt selber zu verdienen. Während bei Erwachsenen auch Krankheit zu Armut und Sozialhilfebedürftigkeit führen kann, dürfte bei Kindern die andere Wirkungskette gegeben sein. Armut und Sozialhilfebezug stellen für sie ungünstige Lebensbedingungen dar, die das Auftreten bestimmter Krankheiten begünstigen. In welchem Ausmaß dies in Frankfurt gegeben ist, ist z.Z. nicht bekannt.

In der Sozialhilfe im engeren Sinne, der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, steht Personen, die aus gesundheitlichen Gründen auf eine besondere Ernährung angewiesen sind, ein Mehrbedarfszuschlag (MBZ) zu. Ende 1998 bekamen von 38.704 Sozialhilfeempfängern 2.583 oder 6,7 % einen solchen Krankenkost-MBZ. Vor allem ältere Sozialhilfeempfänger nehmen ihn in Anspruch. Von den 50 bis 64jährigen sind es 15 % und von den über 64jährigen sogar 22,6 %, während bei Sozialhilfeempfängern unter 25 Jahren der Anteil unter 1 % liegt. Frauen (7,1 %) und Deutsche (7,8 %) sind gegenüber Männern (6,2 %) und Ausländern (5,1 %) etwas überrepräsentiert. Dies ist auf den höheren Anteil älterer deutscher Frauen zurückzuführen. Zu den Empfängern des Krankenkost-MBZ müssen noch die Sozialhilfeempfänger hinzugerechnet werden, die einen MBZ wegen Erwerbsunfähigkeit erhalten. Dies waren Ende 1998 1.897 Personen oder 4,9 % aller Sozialhilfeempfänger. Zwei Drittel dieser Personen sind 50 bis 64 Jahre alt. In dieser Altersgruppe bekommen 20,7 % der Sozialhilfeempfänger den Erwerbsunfähigkeits-MBZ. Insgesamt bekommen 501 Sozialhilfeempfänger gleichzeitig den Krankenkost- und den Erwerbsunfähigkeits-MBZ, das ist ein gutes Viertel aller Empfänger des Krankenkost MBZ. Damit erhalten 10,5 % aller Sozialhilfeempfänger einen Mehrbedarfszuschlag, der auf ihren schlechten gesundheitlichen Zustand zurückzuführen ist und die damit verbundenen Mehrausgaben kompensieren soll. Bei Personen über 50 sind demnach Sozialhilfebezug und gesundheitliche Einschränkungen eng verbunden.

Den größten gesundheitlichen Gefährdungen sind Personen ausgesetzt, die nichtsesshaft sind. Dieser Personenkreis, eine Teilgruppe der Obdachlosen, verfügt über kein Dach über dem Kopf. Wie viele Nichtsesshafte es z.Z. in Frankfurt gibt und wie sie sich zusammensetzen, ist nicht genau bekannt. In der überwiegenden Mehrheit dürfte es sich wie auch sonst im Bundesgebiet um alleinstehende Männer im Alter zwischen 20 und 50 Jahren handeln. Die Belastungen, die mit ihrer Lebensweise verbunden sind, haben bei längerer Dauer körperliche und psychische Schäden sowie vorzeitige Alterung zur Folge und verringern die Lebenserwartung um etwa 10 Jahre.⁴⁴ Bei einer bundesweiten Untersuchung von Personen, die Beratungsstellen der Caritas aufsuchen, zeigte sich, dass alleinstehende Nichtsesshafte deutlich häufiger Drogen- bzw. Alkoholprobleme haben als andere Caritas-Klienten.⁴⁵ Erschwerend kommt hinzu, dass jeweils rd. die Hälfte von ihnen keinen Kontakt zu Freunden oder Verwandten hat und ein Viertel weder zu Verwandten noch zu Freunden Kontakt hat, also nicht auf Unterstützung zurückgreifen kann, wenn diese im Falle einer Erkrankung besonders wichtig wäre. Nichtsesshafte leiden besonders unter Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, des Stütz- und Bewegungsapparates und der Atemwege. Auch die Herz-Kreislauf- und Hauterkrankungen kommen bei ihnen deutlich öfter vor als im Bevölkerungsdurchschnitt.⁴⁶

Arbeitslosigkeit geht nicht in jedem Fall, aber oft mit erheblichen finanziellen Einschränkungen einher. Arbeitslose waren ebenso wie Einkommensarme und von anderen „Unterversorgungen“ betroffene Personen 1992 in Westdeutschland mit ihrem Gesundheitszustand deutlich unzufriedener als andere Bevölkerungsgruppen.⁴⁷ Insgesamt zeigen Arbeitslose eine deutlich überdurchschnittlich hohe Morbidität.⁴⁸ Dies spiegelt sich auch in den Angaben zur Struktur der Arbeitslosen.⁴⁹ Von den 48.289 Arbeitslosen, die es Ende September 1998 im Arbeitsamtsbezirk Frankfurt (nicht deckungsgleich mit dem Stadtgebiet Frankfurt) gab, hatten

⁴⁴ Specht-Kittler, T.: Obdachlosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. In: aus Politik und Zeitgeschichte, B 49/1992, S. 31-41.

⁴⁵ Hauser, R./Kinstler, H.-J.: Zur Lebenslage alleinstehender Wohnungsloser (Nichtseßhafter). In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 73 (1993) S. 412-422.

⁴⁶ Besonders bedrohlich scheint der Anstieg von Tuberkulose-Erkrankungen unter Obdachlosen insgesamt, von denen die Nichtsesshaften nur ein Teil sind, und Angehörigen anderer sozialer Randgruppen zu sein (vgl. Kiebel, H.: Obdachlose Menschen in Deutschland. In: Der Architekt. Zeitschrift des Bundes Deutscher Architekten. Heft 6 - Orte der Ausgrenzung. Juni 1994, S. 325-330 [<http://www.userpage.fu.berlin.de/~zosch/ops/obdachlose.html>]; weitere Ergebnisse in: Rosemann, H.: Armut und Gesundheit. Wohnungslose (<http://www.sozialarbeitspsychologie.de/armg22.htm>).

⁴⁷ vgl. Hanesch, W.: Armut und Krankheit in Deutschland. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 2. Beiheft 1995, S. 6-26.

⁴⁸ weitere Befunde sind erwähnt in: Nationale Armutskonferenz: Sozialpolitische Bilanz. Neue Wege in der Armutspolitik. Dezember 1999, Abschnitt „Armut und Krankheit“ (<http://www.diakonie.de/publikationen/nak/1999/abschnitt01.htm>).

⁴⁹ vgl. Bundesanstalt für Arbeit. Landesarbeitsamt Hessen: Sonderuntersuchung über Arbeitslose. Ende September 1998, Frankfurt 1999.

25,7 % gesundheitliche Einschränkungen (darunter 6,1 % Schwerbehinderte und 19,6 % mit anderen gesundheitlichen Einschränkungen). Während bei den Angestellten unter den Arbeitslosen der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen 18,6 % und bei den Akademikern 7,1 % betrug, waren es bei den Arbeitern 31,7 %, bei den Langzeitarbeitslosen 33,4 % und bei den Arbeitslosen im Alter von 55 Jahren und mehr sogar 35,0 %. Es zeigt sich damit nicht nur, dass Arbeitslosigkeit mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen einhergeht, sondern auch, dass innerhalb der Arbeitslosen im Hinblick auf gesundheitliche Einschränkungen erhebliche sozialstrukturelle Unterschiede bestehen. Freilich ist mit den hier aufgezeigten Zusammenhängen noch nicht gesagt, was Ursache und was Wirkung ist. So gibt es für die These, dass Arbeitslosigkeit krank machen kann, deutliche Belege.⁵⁰ Aber auch die gegenteilige Ansicht, dass bestimmte Personen arbeitslos oder länger arbeitslos sind als andere, weil sie krank sind, ist nicht von der Hand zu weisen. Auf dem Arbeitsmarkt wirken selektive Mechanismen, die im Ergebnis dazu führen, dass zunächst diejenigen Arbeitssuchenden eine Stelle finden, die am leistungsfähigsten sind, und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen erst dann eine Stelle finden, wenn leistungsfähigere Bewerber nicht mehr zur Verfügung stehen.

Eine wichtige Determinante von Gesundheit ist das Gesundheits- und Ernährungsverhalten. Auch hier bestehen deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Schichten. Bei Jugendlichen, so das Ergebnis einer Befragung im Frühjahr 1994 von über 3.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen, gibt es deutliche Schichtdifferenzen im Hinblick auf den Verzehr von „gesunden Nahrungsmitteln wie Vollkornbrot, frisches Obst und Gemüse“.⁵¹ Auch im Hinblick auf die gesundheitlichen Beschwerden gibt es große Schichtunterschiede. So kommen Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Nervosität oder schlechtes Einschlafen bei Kindern und Jugendlichen unterer sozialer Schichten deutlich häufiger vor als bei Kindern hoher sozialer Schicht.⁵² Umgekehrt fühlen sich Kinder oberer sozialer Schichten rd. zweimal so häufig „sehr gesund“ wie Kinder unterer sozialer Schichten. Entsprechende Daten über den Gesundheitszustand und das Ernährungsverhalten von Frankfurter Kindern in diesem Alter liegen nicht vor, große Abweichungen von den hier berichteten Trends dürfte es aber nicht geben. Insofern stellen diese allge-

⁵⁰ vgl. z.B. Frankfurter Rundschau vom 28.5.2001: Schock, Scham und Schuldgefühle. Langzeitarbeitslosigkeit zermürbt Menschen physisch und psychisch / Ein Gespräch mit Professorin Christine Morgenroth.

⁵¹ Universität Bielefeld, SFB 227, Teilprojekt: Gesundheitsverhalten von Schulkindern: Armut und ungesunde Ernährung (<http://www.uni-bielefeld.de/SFB227/Pininfo/klock.htm> [Stand 1.9.2000]).

⁵² Klocke, A./Hurrelmann, K.: Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 2. Beiheft 1995, S. 138-151.

meinen Erkenntnisse eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung gerade im Schulsystem dar.

Eine weitere Dimension des Gesundheitsverhaltens ist die Beteiligung an Selbsthilfeaktivitäten. Die Beteiligung an Selbsthilfeaktivitäten hat im Allgemeinen eine positive Auswirkung auf den Gesundheitszustand der Beteiligten:

„Obgleich unser Wissen über die Wirkmechanismen nach wie vor sehr lückenhaft ist, erlauben vorliegende Befunde im großen und ganzen die Aussage, daß der gesundheitliche Nutzen als die erwünschte Wirkung verschiedener Formen von Selbsthilfe im Hinblick auf viele Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten, sozial unterschiedliche Gruppen in verschiedenen Weltregionen empirisch nachgewiesen ist, und zwar im Hinblick auf Befinden, Symptomentwicklung, Rezidive, Krankheitsprogression, Lebensdauer, Hilfesuchverhalten sowie rationale Inanspruchnahme von medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen. [...] Die relative klare Befundlage im Hinblick auf die positiven gesundheitlichen Wirkungen von Selbsthilfe ist im Lichte der neueren Gesundheitsforschung keine große Überraschung. Denn gelungene Selbsthilfe hat alle Merkmale von Gesundheitsförderung, schlicht gesagt: sie ist eine Form der Gesundheitsförderung.“⁵³

Die Beteiligung an Selbsthilfegruppen verlangt ein hohes Maß an sprachlichen Fähigkeiten, Reflexionswillen und Organisationsfähigkeit, alles Fähigkeiten, die bei Angehörigen mittlerer und oberer sozialer Schichten deutlich ausgeprägter sind als bei den Angehörigen unterer sozialer Schichten. Angehörige unterer sozialer Schichten sind in Selbsthilfegruppen daher in der Regel deutlich unterrepräsentiert.

Armut kann krank machen. Es gilt aber auch der umgekehrte Wirkungszusammenhang. Dies zeigt sich, wenn man die finanzielle Situation von Pflegebedürftigen betrachtet. Hierbei ist Pflegebedürftigkeit ein Lebensschicksal, das heute viele Menschen treffen kann. Sie hat sich im Laufe der Jahre zu einem allgemeinen Lebensrisiko entwickelt. Diese Entwicklung hat mehrere Ursachen. An erster Stelle ist hier die Alterung der Bevölkerung zu nennen. Da die meisten Pflegebedürftigen über 60 Jahre alt sind (s.u.) und die Lebenserwartung u.a. aufgrund des medizinischen Fortschritts und der besseren Ernährung insgesamt gestiegen ist, werden immer mehr Menschen pflegebedürftig. Der medizinische Fortschritt hat zudem dazu geführt, dass heute viele Menschen Erkrankungen und Unfälle überleben, an denen sie früher gestorben wären, infolge der erlittenen Schädigungen aber dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen sind. Z.Z. leben in Deutschland rund 1,8 Millionen Pflegebedürftige. Von diesen leben 540.000 in Pflegeheimen.⁵⁴ Pflegebedürftig sind in erster Linie Menschen, die das 60. Le-

⁵³ Rosenbrock, R.: Aufgaben und Struktur der Selbsthilfe in einer modernen Gesundheitspolitik. In: Nakos-Extra 29, August 1999, S. 18-29.

⁵⁴ Angaben nach: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Soziale Sicherung im Überblick, Kapitel „Pflegeversicherung“ (<http://www.bma.de/de/sicherung/kapit13.pdf> [Stand: Januar 2000]).

bensjahr erreicht oder überschritten haben. Rund 400.000 pflegebedürftige Menschen sind jünger als 60 Jahre, 660.000 zwischen 60 und 80 und 580.000 über 80 Jahre alt. In der Altersgruppe der 80 bis 84jährigen sind 12,5 % der Frauen und 8,7 % der Männer pflegebedürftig. Von den Personen über 84 sind 28,2 % der Frauen und 21,1 % der Männer pflegebedürftig.⁵⁵ Rechnet man diese Zahlen auf Frankfurt am Main hoch, dann gibt es knapp 10.000 pflegebedürftige Personen, die 60 Jahre und älter sind.

Pflegebedürftig im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI sind diejenigen Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (mindestens für 6 Monate) in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.⁵⁶ Seit 1995 können Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit wird man einer von drei Pflegestufen zugeordnet, deren Leistungen entsprechend gestaffelt sind. Trotz der Pflegeversicherung sind viele Pflegebedürftige auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen, da ihr Einkommen nicht ausreicht, um den von der Pflegeversicherung nicht abgedeckten Teil der Pflegekosten tragen zu können.

Auch in Frankfurt am Main sind es vor allem ältere Menschen, die auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Ende 1999 gab in Frankfurt am Main 2.235 Bedarfsgemeinschaften (mit 2.723 Angehörigen), die Hilfe zur Pflege nach dem BSHG bekamen. Von diesen bezogen 65 % neben dieser HbL-Leistung auch Hilfe zum Lebensunterhalt. Bei 57,6 % dieser Bedarfsgemeinschaften handelte es sich um alleinstehende Frauen und bei 22,0 % um alleinstehende Männer. Die Hälfte der Haushaltsvorstände der Bedarfsgemeinschaften mit Hilfe zur Pflege war 70 Jahre und älter und knapp drei Viertel hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Die durchschnittliche Dauer des Hilfebezugs (in der jetzigen Zusammensetzung des Bedarfsgemeinschaft) betrug rd. 43 Monate (Zum Vergleich: bei den rd. 22.000 Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt im Dezember 1999 betrug sie nur 29 Monate). Neben diesen Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gab es Ende 1999 in Frankfurt am Main 1.011 Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Von diesen waren 49 % Deutsche und 81,6 % Frauen. Deren Durchschnittsalter betrug 83,2, das der Männer 78,8 Jahre.

⁵⁵ Angaben nach: Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Versicherungsmakler: Lexikon, Stichwort „Pflegebedürftigkeit“ (<http://www.auv.de/lexikon/00001086.htm> [Stand 5.5.2000]).

⁵⁶ vgl. auch Hünermund, H.: Ratgeber Behinderung, Stichwort „Pflegeversicherung“ (<http://behinderung.org/pf-gesetz.htm> [Stand: 5.5.2000]);

4.2 Drogenabhängige und Drogenhilfe in Frankfurt am Main

(von Regina Ernst und Gerd Fürst, Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main)

Das Drogenhilfesystem der Stadt Frankfurt am Main orientiert sich an der Zielvorstellung, den Schaden, den illegale Drogen sowohl für die Drogengebraucher/innen selbst als auch für die Gesamtgesellschaft hervorrufen können, zu reduzieren. Um dies zu erreichen, wurden in der Frankfurter Drogenhilfe neben präventiven sowie ausstiegsorientierten Maßnahmen im letzten Jahrzehnt auch sogenannte „harm reduction“ bzw. niedrighschwellig ausgerichtete Drogenhilfeeinrichtungen etabliert. Damit wurde ein breit gefächertes Angebot von Hilfeinrichtungen aufgebaut, das spezifisch auf die unterschiedlichen psychischen, physischen und sozialen Bedingungen der Zielgruppen eingehen kann.

Vernetzung und Weiterentwicklung der verschiedenen Drogenhilfemaßnahmen in Frankfurt ist vor dem Hintergrund der Zunahme des polyvalenten Drogenkonsums von entscheidender Bedeutung. Zur Verfügung stehen präventive Maßnahmen, ein diversifiziertes Angebot im Harm-Reduction-Bereich und abstinenzorientierte Ausstiegshilfen und Therapien. Die Hilfe zum Überleben der Drogengebraucher/-innen stellt eine Hauptanforderung dieses Drogenhilfesystems dar und hat in den letzten Jahren einen bedeutenden Ausbau vor allem durch sogenannte Konsumräume, Ausweitung der Methadonvergabe, flächendeckenden Spritzentausch, etc. erfahren.

Der Ausbau der Frankfurter Drogenhilfe vollzog sich in einem langjährigen Prozess, der auch heute noch nicht abgeschlossen ist. Die Drogenhilfe hat sich immer wieder auf neue drogenspezifische Problemlagen einzustellen und muss pragmatische Lösungsansätze für diese Aufgaben finden. Insbesondere gilt es neuen Konsummustern und –formen Rechnung zu ragen, um effektive Hilfen anzubieten, die Klientinnen und Klienten tatsächlich annehmen können.

Das Drogenreferat, das im Jahre 1989 eingerichtet wurde, hat in diesem Prozess die Aufgabe, die Drogenhilfe zu koordinieren, zu initiieren und weiterzuentwickeln.

Da das Drogenthema ein ausgesprochen „komplexes“ ist, über das sich sinnvollerweise die aus unterschiedlichen Perspektiven damit befassten Disziplinen auseinandersetzen und abstimmen müssen, war es notwendig, institutionalisierte Formen der Absprache und Zusammenarbeit zu schaffen. Mit der Einrichtung der sog. Montagsrunde, in der neben dem verantwortlichen Gesundheitsdezernenten Drogenhilfeagenturen, Polizei, Staatsanwaltschaft, Staatliches Schulamt und verschiedene städtische Ämter vertreten sind, ist dies auf beispielhafte Weise gelungen.

4.2.1 Drogen und Drogenkonsum

Drogen und Sucht sind Begriffe, die in der Öffentlichkeit oft mit illegalen Drogen assoziiert werden. Insofern hat der Jahresbericht 1995/1996 hinsichtlich der folgenden Aussage keine Aktualität eingebüßt:

„Während die Gefahren des Alkoholkonsums in der Bevölkerung nach wie vor eher verharmlost werden und sich nur recht langsam ein Problembewusstsein psychoaktive Medikamente betreffend entwickelt, haben rund 30 Jahre sensationsorientierte und emotionalisierende Drogenberichterstattung in den Medien dazu geführt, dass die Einstellungen und Erwartungen großer Bevölkerungssegmente von doppelt irrationalen Vorstellungen zu illegalen Drogen geprägt sind.“⁵⁷

Da alle in Deutschland genannten Zahlen zur Beurteilung des Ausmaßes des Konsums von legalen und illegalen psychotropen Substanzen auf – zudem noch unterschiedlichen – Schätzverfahren beruhen, müssen sie - auch wenn scheinbar präzise Zahlenangaben gemacht werden - entsprechend vorsichtig interpretiert werden. Gleichwohl ermöglichen sie Aussagen über *Prävalenz* und *Trends* zum Konsum psychotroper Substanzen.

Zum Spektrum der am häufigsten gebrauchten Suchtstoffe gehören an erster und zweiter Stelle Tabak und Alkohol, es folgen beruhigende und schmerzstillende Medikamente, Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy und Amphetamine.⁵⁸

In Deutschland gibt es in der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen Erwachsenen circa 17,8 Millionen Raucher/-innen, von denen 6,7 Millionen im Mittel 20 oder mehr Zigaretten pro Tag konsumieren. Aus den jüngsten Erhebungen zum Rauchverhalten ergeben sich Hinweise auf einen wieder ansteigenden Zigarettenkonsum von Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren.^{59, 60}

Nur 5,1 Prozent der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren hat nie Alkohol getrunken. Zwar ist der Alkoholkonsum in Deutschland seit den Spitzenwerten in den 80er Jahren leicht zurückgegangen, gleichwohl liegt er im internationalen Vergleich auf relativ hohem Niveau (Platz 4).⁶¹ Bezogen auf die 18 bis 59 Jahre alte Bevölkerung weisen insgesamt

⁵⁷ Uhl, A.: Editorial. In: Sucht. 44. Sonderheft 1. Hamm 1998, S. 5.

⁵⁸ Vgl. Holz, A., Leune, J.: Suchtkrankenhilfe in Deutschland. In: DHS-Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht 1999, S.139-160.

⁵⁹ Vgl. ebenda.

⁶⁰ Die gesamten Tabaksteuereinnahmen beliefen sich 1998 auf rund 21,6 Mrd. DM, im gleichen Zeitraum gingen 38,9 Mrd. DM in den Händen der Tabakkonsumenten in Rauch auf. (Vgl. Junge, B.: Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS-Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht 1999, S. 22-51.

⁶¹ Vgl. Breitenacher, M.: Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen. In: DHS-Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht 1999, S. 7-21.

7,8 Millionen einen riskanten Alkoholkonsum⁶² auf, davon 1,5 Millionen einen abhängigen Konsum. Insgesamt zeigt die Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen rückläufige Werte.^{63, 64} Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird in Deutschland auf 1,4 Millionen Menschen geschätzt.^{65, 66} Im Jahr 1998 wurden über die Apotheken 1,59 Milliarden Packungen Arzneimittel verkauft. 36 % der verkauften Arzneimittel entfielen auf den Bereich Selbstmedikation.

Die Schwierigkeiten, valide Daten zu Konsumentenzahlen und Umfang des Konsums von psychotropen Substanzen zu erheben, sind aus naheliegenden Gründen erheblich größer, wenn sie im Bereich der Betäubungsmittel liegen. Zwar bleibt nach den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes der Konsum von Betäubungsmitteln straffrei, nicht aber alle anderen Formen des Umgangs mit illegalen Drogen (z.B. Erwerb und Besitz). Zahlen zum tatsächlichen Ausmaß des Konsums von illegalen Drogen können immer nur Schätzzahlen sein.

Nach den erstmalig im Dezember 1997 von Bühringer u. a. veröffentlichten „Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland“⁶⁷ wird davon ausgegangen, dass 250.000 bis 300.000 Personen harte Drogen konsumieren. Diese Zahl umfasst die Personen, die in den letzten 12 Monaten mindestens 20 mal Amphetamine, Ecstasy, Kokain oder Opiate konsumiert haben. Die Teilgruppe derer, die im gleichen Zeitraum mindestens 100 mal die genannten Drogen konsumiert haben, wird dabei auf 100.000 bis 150.000 Menschen geschätzt. Nach dem Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung lehnen (nach der Drogenaffinitätsstudie) von den jugendlichen Befragten (Alter: 12 – 25 Jahre), von denen ein Fünftel in ihrem Leben bereits einmal oder mehrmals eine oder mehrere illegale Drogen genommen haben, fast alle die Einnahme von Heroin ab.

Hinzu kommt die Gruppe der Cannabiskonsument/-innen. Rund 2,1 Millionen Personen haben in den letzten 12 Monaten mindestens einmal, eine Teilgruppe von 240.000 Personen in

⁶² Als riskanter Drogenkonsum gelten mehr als 20 g reiner Alkohol (Frauen) bzw. mehr als 40 g (Männer) pro Tag.

⁶³ vgl. Holz, A., Leune, J.: Suchtkrankenhilfe in Deutschland. In: DHS-Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht 1999, S.139-160.

⁶⁴ Die Einnahmen aus Bier- Schaumwein- und Branntweinsteuer beliefen sich 1998 auf 7.101 Mio. DM. Mit Werbeausgaben in Höhe von 1,2 Mrd. DM ist die Alkoholbranche mit ca. 2 % an sämtlichen Werbeausgaben der deutschen Wirtschaft beteiligt. (vgl. Breitenacher, M.: Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen. In: DHS-Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht 1999, S. 7-21).

⁶⁵ vgl. Glaeske, G: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauch- und Abhängigkeitspotential. In: DHS-Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht 1999, S. 52-71.

⁶⁶ Der Umsatz für Arzneimittel betrug 1998 52 Milliarden DM (vgl. ebenda).

⁶⁷ in: Sucht, 43.Jahrgang (1997), Sonderheft 2.

den letzten 30 Tagen 20 bis 30 Mal Cannabis konsumiert.⁶⁸ Bei den 12- bis 25jährigen hat die Bereitschaft zum Konsum von Cannabis zugenommen.⁶⁹

Trends im Drogenkonsum resp. in Drogenkonsummustern lassen sich auch anhand der von der Polizei erhobenen Zahlen der „Erstauffälligen Konsument/-innen harter Drogen“ (EKhD) erkennen, wenngleich auch hier die gebotene Vorsicht in der Interpretation der Zahlen gilt.⁷⁰

Tabelle 4.2.1: Erstauffällige Konsument/-innen harter Drogen (EKhD) in Deutschland

Jahr	1997	1998	1999
Erstauffällige Konsument/-innen* (EKhD)	20.594	20.943	20.573

(Quelle: Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 1997/98/99)

* „Jede Person wird nur einmal als Erstauffälliger Konsument harter Drogen registriert. Zur Aufhellung des polytoxikomanen Konsumverhaltens⁷¹ ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich. Die angegebene Gesamtzahl ist bereinigt und entspricht der tatsächlichen Personenzahl.“

(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; Drogen und Suchtbericht 1999; S. 91)

Tabelle 4.2.2: Erstauffällige Konsument/-innen harter Drogen (EKhD) in Deutschland nach Drogenart

	EkhD Heroin	EkhD Kokain	EkhD Amphetamin	EkhD Ecstasy	EkhD LSD	EkhD Sonstige
1996	7.421	3.930	4.026	3.609	1.191	136
1997	8.771	5.144	5.535	3.799	1.356	151
1998	8.659	5.691	6.654	2.830	1.090	190
1999	7.877	5.662	6.143	3.170	738	179

(Quelle: Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 1997/98/99)

Die Gesamtzahl der von der Polizei in Deutschland erfassten „Erstauffälligen Konsument/-innen“ harter Drogen (EKhD) hat sich im Berichtszeitraum auf über 20.000 Personen eingepen-

⁶⁸ vgl. ebenda.

⁶⁹ vgl. Holz, A., Leune, J.: Suchtkrankenhilfe in Deutschland. In: DHS-Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht 1999, S.139-160.

⁷⁰ Es muss bedacht werden, dass die erhobenen Daten nicht nur stark mit den jeweiligen polizeilichen Aktivitäten korrelieren, sondern auch mit der von einer Vielzahl von Faktoren abhängigen polizeilichen Auffälligkeit der Konsument/-innen selbst. So waren z.B. bis zum Jahr 1999 bundesweit nur im Zuständigkeitsbereich des Polizeipräsidiums Frankfurt am Main Handelsszenen für Crack bekannt, was auf gezielte Aufhellungsmaßnahmen der Frankfurter Polizei zurückzuführen war, so werden z.B. sozial integrierte Konsument/-innen von harten Drogen seltener oder nur zufällig polizeilich erfasst.

⁷¹ Unter Politoxikomanie versteht man die gleichzeitige oder aufeinander folgende Abhängigkeit von mehreren Suchtmitteln (Anmerkung von Herbert Jacobs).

delt. Auffällig ist in den letzten drei Jahren die Zunahme bei den „leistungssteigernden“ Drogen Kokain, Amphetamin. Der Trend zu „leistungssteigernden“ Drogen hält also weiterhin an, gleichzeitig ist aber auch ein Trend hin zu Mischkonsum zu beobachten.

4.2.2 Registrierte Drogenabhängige in Frankfurt am Main

Nach den Lageberichten des Polizeipräsidiums Frankfurt am Main waren im Jahr 1997 5.086, im Jahr 1998 3.138 und im Jahr 1999 insgesamt 3.205 Drogenabhängige registriert. Bei einem Vergleich mit den Zahlen aus den Vorjahren muss bedacht werden, dass diese in erheblichem Maß von polizeilichen Aktivitäten sowie Melde- und Erfassungsmodalitäten bestimmt werden und nicht zwangsläufig widerspiegeln, ob und in welchem Umfang die Drogenszene einen Zulauf bzw. eine Abnahme zu verzeichnen hat.

Die auffällige Abnahme der Anzahl der Drogenabhängigen im Jahre 1998 (und ihre Bestätigung im Jahr 1999) gegenüber dem Jahr 1997 hat mit der Einführung eines verbesserten EDV-Systems bei den Polizeibehörden zu tun, die eine systematischere Bereinigung der Anzahl der registrierten Drogenabhängigen ermöglicht.⁷²

Tabelle 4.2.3: Registrierte Drogenabhängige in Frankfurt am Main

Registrierte Drogenabhängige	1995	1996	1997	1998	1999
Gesamt	5.796	4.590	5.086	3.138	3.205
<i>davon:</i>					
Männlich	4.376 (75,5%)	3.636 (79,2%)	4.089 (80,4%)	2.607 (83,1%)	2.681 (83,6%)
Weiblich	1.420 (24,5%)	954 (20,8%)	997 (19,6%)	531 (16,9%)	524 (16,4%)

(Quelle: Polizeipräsidium Frankfurt am Main, Rauschgiftkriminalität, Lagebericht 1995/96/97/98/99)

Unverändert muss weiterhin ein erhebliches Dunkelfeld berücksichtigt werden. Aufgrund der international üblichen Schätzungen ist davon auszugehen, dass sich etwa die doppelte Anzahl der registrierten Abhängigen – also etwa 6.500 Drogenabhängige für das Jahr 1999 - in Frankfurt mit illegalen Drogen versorgen.

⁷² Wenn im Verlauf von 5 Jahren ein Drogenabhängiger nicht mehr polizeiauffällig wird, wird er aus der Kartei der registrierten Drogenabhängigen gestrichen.

Tabelle 4.2.4: Registrierte Drogenabhängige in Frankfurt am Main nach Konsum

Jahr	1997*	1998	1999
Registrierte Drogenabhängige	5.086	3.138	3.205
Heroin	3.231	1.142	738
Kokain	399	366	401
Crack	140	275	379
Amphetamin	30	85	91
Ecstasy	26	31	30
Khat			7
Polytoxikomane	764	1.239	1.559

(Quelle: Polizeipräsidium Frankfurt am Main, Rauschgiftkriminalität, Lagebericht 1997/98/99).

* Gesamtsumme und Einzelzahlen stimmen nicht überein (aufgrund EDV- Umstellung bei Polizeibehörde).

Bei den registrierten Drogenabhängigen in Frankfurt am Main wird deutlich, dass der bundesweite Entwicklungstrend zu polyvalentem Drogenkonsum sich auch in Frankfurt wieder spiegelt. Die Anzahl der Konsument/-innen einer einzigen Droge nimmt immer mehr ab.

Tabelle 4.2.5: Erstauffällige Konsument/-innen in Frankfurt am Main nach Drogenart

Jahr	1997*	1998	1999
Erstauffällige	542	611	616
Heroin	124	118	102
Kokain	123	133	91
Crack		109	134
Amphetamin	64	21	11
Ecstasy	18	1	0
Polytoxikomane		223	277
Khat		6	1

(Quelle: Polizeipräsidium Frankfurt am Main, Rauschgiftkriminalität, Lagebericht 1997/98/99)

*,Bei den vom Bundeskriminalamt erhobenen Daten sind im Gegensatz zu den Zahlen des K65 keine Mehrfacherfassungen möglich. Dementsprechend differiert die Zahl der Konsument/-innen um 213“ (Polizeipräsidium Frankfurt am Main, Rauschgiftkriminalität, Lagebericht 1997, S. 46).

Der Trend zu polyvalenten Konsummustern (Mischkonsum) wird auch bei den erstauffälligen Drogengebraucher/-innen deutlich. Die Weiterentwicklung des Drogenhilfesystems musste und muss sich von diesem Wissen leiten lassen und eine verbesserte Vernetzung/Verzahnung bereits bestehender singulärer Hilfeangebote untereinander anstreben.

4.2.3 Drogentote

Während sich die Anzahl der Drogentoten bundesweit seit 1996 wiederum erhöht hat und in Hessen seit 1996 auf sehr hohem Niveau verharret, hat sich die Zahl der Drogentoten in Frankfurt am Main mit 26 im Jahr 1999 auf einem vergleichsweise "niedrigen" Niveau eingependelt. Es kann aber bei aller gebotenen Vorsicht davon ausgegangen werden, dass die Gesamtheit der in den Frankfurt am Main realisierten Hilfemaßnahmen diese positive Entwicklung mit beeinflusst hat

Tabelle 4.2.6: Drogentote in der Bundesrepublik, Hessen und Frankfurt am Main 1990-1999

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Bundesrepublik	1.479	2.119	2.100	1.783	1.564	1.565	1.712	1.499	1.674	1.812
Hessen	209	311	271	193	165	166	137	97	139	138
Frankfurt	108	147	127	68	61	47	31	22	35	26

(Quelle: Lagebericht Rauschgiftkriminalität 1999)

4.2.4 Drogenhilfe in Frankfurt am Main

In der Einleitung wurde ausgeführt, dass die Drogenhilfe in Frankfurt am Main, Prävention, Beratung / Therapie und sogenannte „harm reduction“ (niedrigschwellige, schadensbegrenzende) Angebote umfasst. Das differenzierte Hilfesystem erreicht sowohl Jugendliche in der Party-Szene als auch den langjährigen Drogenabhängigen im Konsumraum. Ziele sind, denn Einstieg in eine Abhängigkeit zu verhindern, den Ausstieg zu ermöglichen und das Überleben Abhängiger zu sichern.

Da eine Gesamtdarstellung der Arbeit des Frankfurter Drogenhilfenetzes an dieser Stelle nicht erfolgen kann⁷³, beschränken wir uns im folgendem exemplarisch auf die Darstellung der Bereiche Crack-Street-Projekt, Methadongestützte Drogenhilfe und Konsumräume. Für eine ausführliche Lektüre verweisen wir auf den Magistratsbericht (B 632), Bericht des Drogenreferates für die Jahre 1997-1999. Einen Überblick über die 3 Säulen: Krisen- und Überlebenshilfen, Ausstiegshilfen, Suchtprävention des Frankfurter Drogenhilfesystems geben die drei folgenden Abbildungen.

⁷³ vgl. aber die unter Punkt 3 im Anhang beschriebenen Einrichtungen (Anmerkung von Herbert Jacobs)

Abbildung 4.2.1: Frankfurter Einrichtungen und Projekte der Drogenhilfe: Krisen und Überlebenshilfen

Mobile Projekte	Konsumräume	1) Kontaktcafés 2) Medizinische Akutbehandlung	Notschlafstellen	Methadongestützte Drogenhilfe -Krisenhilfe-
<ul style="list-style-type: none"> - Projekt Street-Junky - Projekt Mobile Überlebenshilfe - Streetwork - Frauennachtbus - Crack-Street-Projekt 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsumraum Niddastr. (12 Plätze) - Krisenzentrum Elbestr. (8 Plätze) - Krisenzentrum Mainzer Ldst. (7 Plätze) - Krisenzentrum Schielestr. (8 Plätze) 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Frauencafé Moselstr. (25 Aufenthaltsplätze f. Frauen) 1) Krisenzentrum Mainzer Landstr. (30 Aufenthaltsplätze) 2) Projekt Street-Junky 2) Projekt Drogennotfallhilfe, Krankenhausbetreuung 1+2) Krisenzentrum Moselstr. (41 Aufenthaltsplätze) 1+2) Krisenzentrum FriedA (100 Aufenthaltsplätze) 1+2) Krisenzentrum Schielestr. (75 Aufenthaltsplätze) 1+2) Krisenzentrum Elbestr. (15 Aufenthaltsplätze) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mainzer Ldst. (23 Betten) - Elbestraße (18 Betten) - Ostpark (50 Betten) - Schielestr. (72 Betten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Methadonfachambulanzen - Drogenhilfezentrum Bleichstraße - Krisenzentrum Moselstr. - Krisenzentrum FriedA - Ambulanz für Ausstiegshilfen; Stadtgesundheitsamt - Krisenzentrum Elbestr. - Malteser Hilfsdienst, Schielestr.

AIDS-Prävention: Spritzentausch/Kondome
in allen Krisenzentren, Drogenberatungsstellen, Apotheken, Notschlafstellen, Konsumräumen,
im Frauennachtbus, Frauencafé, Projekt Mobile Überlebenshilfe

Abbildung 4.2.2: Frankfurter Einrichtungen und Projekte der Drogenhilfe: Ausstiegshilfen

Methadongestützte Drogenhilfe

- Drogenhilfezentrum Bleichstr.
- Drogenberatung Sachsenhausen
- Ambulanz für Ausstiegshilfen, Stadtgesundheitsamt
- Drogenberatung Merianplatz
- Drogenberatung Höchst
- Frauenberatungsstelle

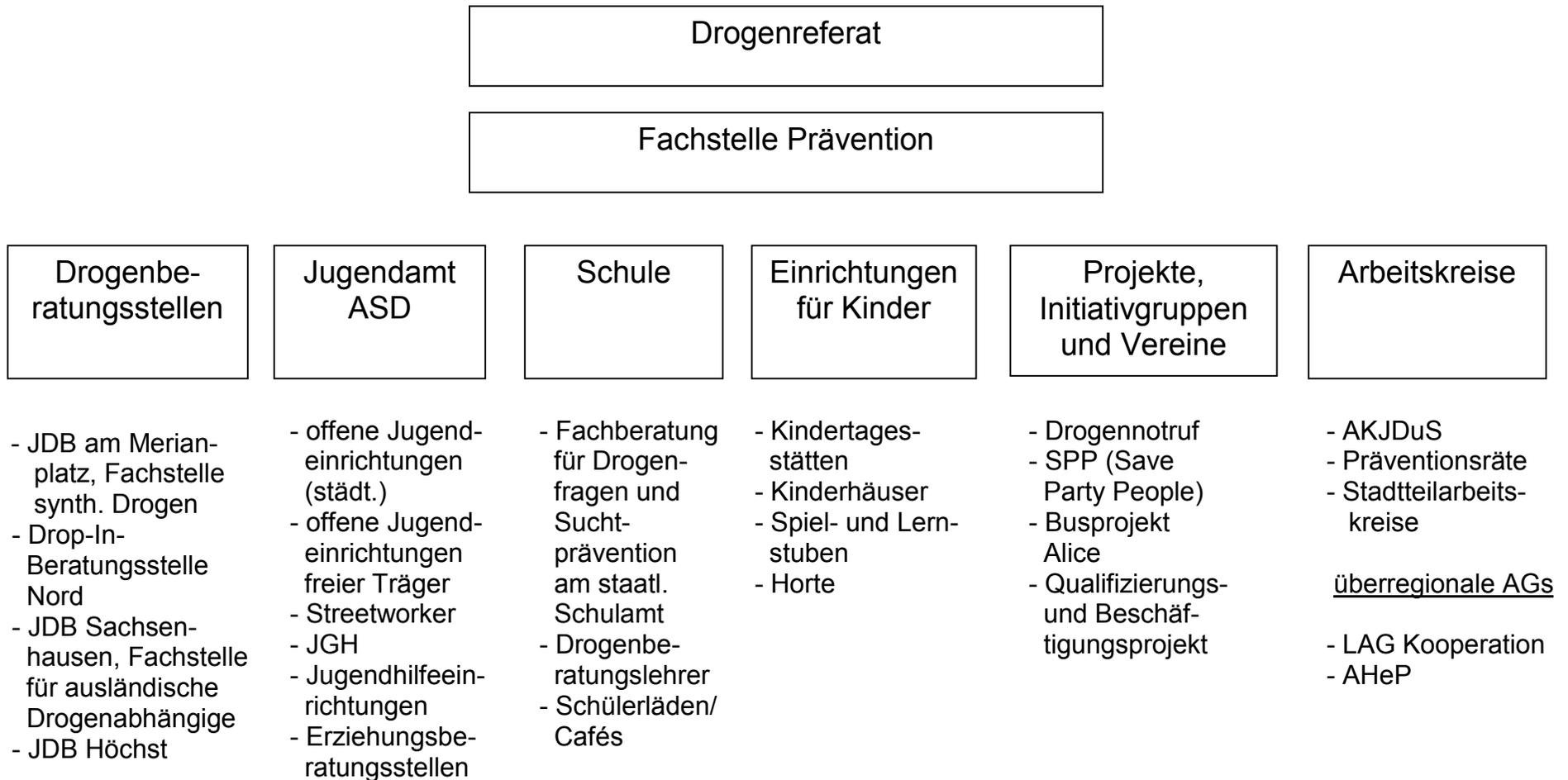
Beratung und Therapie

- „Drop-In“ Fachstelle Nord für Jugendberatung und Suchtfragen
- Drogenberatung Höchst
- Drogenberatung Merianplatz, Fachstelle für synth. Drogen
- Drogenberatung Sachsenhausen für ausländische Drogenabhängige
- Drogenhilfezentrum Bleichstr.
- Frauenberatungsstelle

Schulische und berufliche Orientierung, Qualifizierung und Beschäftigung

- Bildungszentrum Hermann Hesse (140 Plätze)
- Trainings- und Ausbildungszentrum Höchst (60 Plätze)
- Projekt Arbeit, Technik und Kultur (4 Plätze)
- Zentrum für Weiterbildung (12 Plätze)
- Frankfurter Workshop, Jobbörse
- Über die Träger der Drogenhilfe

Abbildung 4.2.3: Frankfurter Einrichtungen und Projekte der Drogenhilfe und Kooperationspartner: Suchtprävention



Crack - Street - Projekt

Die Polizei hatte 1997 etwa 200 Personen als ausschließliche Crackkonsument/-innen erfasst; nach Schätzungen von Drogenreferat, Drogenhilfe und Polizei konsumierten etwa doppelt so viele Personen Crack zusätzlich zu anderen illegalen Drogen. Handel und Konsum fanden an ständig wechselnden Orten im Gebiet zwischen Hauptbahnhof und oberer Berger Straße statt. Die einzelnen Crackszenen waren dadurch charakterisiert, dass die ihr angehörenden Personen sehr mobil, hoch agitiert, nicht ansprechbar waren und für die Maßnahmen des Drogenhilfesystems nicht zugänglich schienen. Auch bei den professionellen Helfer/-innen gab es eine große Unsicherheit und Angst. Es war der Eindruck entstanden - und dieser fand auch in den Medien seinen Ausdruck - bei Crackkonsument/-innen handelte es sich um Menschen, bei denen jede Hilfe zu spät komme. Die einzige gesellschaftliche Institution, die einen professionellen Zugang zu diesen Abhängigen hatte, war die Polizei. Immer wieder kam es zu Beschwerden der Ortsbeiräte und von besorgten Bürgerinnen und Bürgern.

Die Auswertung der internationalen Erfahrungen im Umgang mit der Crackproblematik ergab folgendes Bild:

In Deutschland lagen keine und weltweit nur wenige Erfahrungen für den helfenden Umgang mit Crackkonsument/-innen vor:

- in Rotterdam das sogenannte „Time-out- Projekt“ mit einem Bett, wo je 1 Crackabhängiger unter medizinischer und psychosozialer Betreuung eine Auszeit für mehrere Tage nehmen konnte
- in London das „Brixton – Projekt“, das mit seinem auf „safer use“ ausgerichteten Ansatz die schlimmsten Folgen des Crackkonsums abzumildern versuchte
- in Bridgeport (Connecticut) und in New York vergleichbare Safer-use-Projekte.

Es zeigte sich, dass die wenigen weltweit betriebenen Drogenhilfeprojekte für Crackkonsument/-innen aufgrund ihres „Ein-Punkt-Ansatzes“ nicht auf die Komplexität der Problemlage in Frankfurt am Main zu übertragen waren. Diese Projekte konnten keine Antwort auf die Frage geben, wie und mit welchen Mitteln Crackkonsument/-innen auf der Straße angesprochen und für Drogenhilfemaßnahmen erreicht werden können.

Aufgrund dieser Ausgangslage wurde in der Montagsrunde [Beratungsgremium des Magistrats in Drogenfragen. Tagt jeden 2. Montag unter Vorsitz von Gesundheitsdezernat Burggraf. Beteiligt sind Polizeibehörde, Staatsanwaltschaft, Staatliches Schulamt, Drogenreferat, Gesundheitsamt, Ordnungsamt, Jugend- und Sozialamt, Präventionsrat und Vertreter der Dro-

genhilfvereine] beschlossen, das „Crack-Street-Projekt“ zu starten, das in einer Art von Feldforschung herausfinden sollte, ob und wie „Crackkonsument/-innen“ ansprechbar sind und welche konkreten Hilfsangebote sie nachfragen bzw. annehmen konnten. Innovativ in diesem Zusammenhang war auch, dass das Crack-Street-Projekt eine die Fachgebiete Drogenhilfe, Jugendhilfe und Medizin umfassende interdisziplinäre Kooperation (Streetworker der AIDS – Hilfe, Streetworker des Projektes „Walkman“ der Kommunalen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Frankfurt am Main und ein Arzt des Malteser Hilfsdienstes) umfassen sollte. Finanziert wurde diese Maßnahme aus den laufenden Haushaltsmitteln des Drogenreferates, des Jugend- und Sozialamtes und zu einem Teil aus Mitteln des Spendenvereins (Gesellschaft – Bürger und Polizei für mehr Sicherheit).

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Expert/-innen und auch die Polizei keinen großen Optimismus hatten, mit diesem Projekt viel erreichen zu können. Im Gegensatz zu diesen Erwartungen im Vorfeld gelang es dem Crack-Street-Projekt nach Anfangsschwierigkeiten, nicht nur regelmäßige Kontakte zu einem Teil des Klientels aufzubauen, sondern auch konkrete Hilfsmaßnahmen, wie Vermittlungen in Übernachtungseinrichtungen, in Entgiftungen, in die Substitution, in Akupunktur, in Übergangseinrichtungen und sogar in die Langzeittherapie durchzuführen.

Von September 1997 (Beginn des Crack-Street-Projektes) bis Ende 1999 wurden vom Crack-Street-Projekt über 200 Einzelpersonen im Rahmen des „Crack-Street-Projekts“ betreut. Eine genaue Auflistung aller durchgeführten Maßnahmen ergibt zum Stand 31.12.1999 folgendes Bild:

Tabelle 4.2.7: Sozialarbeiterische Hilfen, Vermittlung in Übernachtungsmöglichkeiten und medizinische Hilfen im Rahmen des „Crack – Street – Projekt“ in Frankfurt am Main 1997 - 1999

	1997/1998	1999	gesamt
<i>Sozialarbeiterische Hilfen:</i>			
Klienten gesamt	147	189	
Begleitung zu Ämtern	75	256	331
Vermittlung in Entgiftungsbehandlung	21	62	83
Vermittlung in Übergangseinrichtung	11	12	23
Vermittlung in Therapie	3	9	12
Vermittlung in Betreute Wohngemeinschaft	7	13	20
Vermittlung in Substitution	33	52	85
Psychosoziale Substitutionsbetreuung	*	3	
Vermittlung in Krankenhäuser	*	32	

	1997/1998	1999	gesamt
Vermittlung in stationäre Jugendhilfe	14	25	39
Vermittlung in eigenen Wohnraum	2	0	2
Ausländerrechtliche Beratung	14	36	50
Rückführung (z.B. Heimatgemeinde)	15	21	36
Besuch in JVA	*	48	
Elterngespräche	*	51	
Prozessbegleitung	*	27	
Essensgutscheine	*	1.236	
<i>Vermittlung in Übernachtungsmöglichkeiten:</i>			
Übernachtungen (Personen insgesamt)	67	110	177
Hotelübernachtungen	18	51	69
La Strada (AHF)	29	34	63
Schielstraße (Eastside/IDH)	17	16	33
Elbestraße (Drogennotdienst)	0	5	5
Ostpark (FVfsH)	0	2	2
Sleep In (Jugendliche/VAE)	3	2	5
<i>Medizinische Hilfen:</i>			
Medizinische Krisenintervention auf der Straße	23	145	168
Medizinische Beratung auf der Straße	55	110	165
Substitutionsbehandlung (phasenweise ausgeschöpfte Kapazitäten)	32	36	68
Folgebehandlung in der Ambulanz Schielestraße von Substituierten des CSP	962	1.716	2.678
Akupunkturbehandlung	10	13	23
Überweisung zu Fachärzten	45	30	75
Schwangerschaftstest	6	5	11
Selektive Entgiftung bei Methadonsubstitution	5	4	9
Substitutionsbehandlung erfolgreich beendet	2	3	5
Patienten mit regelmäßig kokainfreien Urinkontrollen	*	8	
Patienten mit kokainreduzierten Urinkontrollen	6	14	20
Vermittlung in höherschwellige Substitutionsbehandlungen	4	2	6
Anbindung an psychiatrische Behandlung	9	18	27
HIV-Kombinationstherapie bei Substituierten	1	4	5

* Das Crack - Street - Projekt sollte in der praktischen Erprobung herausfinden, welche konkrete Hilfestellung für die Betroffenen jeweils möglich sei. Dies hatte zur Folge, dass erst im Laufe des Entwicklungsprozesses dieses Projektes einzelne Hilfemaßnahmen eingeführt und Zahlen für einzelne Maßnahmen erst im Jahr 1999 erhoben werden konnten.

Die Bedeutung der in einer Vereinbarung von Landeswohlfahrtsverband, Hessischem Städte- tag und Hessischem Landkreistag festgelegten Altersgrenze von 20 ½ Jahren schlug sich in der statistischen Erfassung erst im Bericht für 1999 nieder. Insofern können hier mit Aus- nahme der Vermittlungen in Hotels, in stationäre Jugendhilfe und in Übergangseinrichtungen nur Angaben für das letzte Jahr gemacht werden.

Tabelle 4.2.8: Hilfen im Rahmen des „Crack – Street – Projekt“ in Frankfurt am Main nach Alter der Klienten 1997 - 1999

	1997/1998	1999	gesamt
<i>Klienten unter 20 ½ Jahren:</i>			
Gesamt		70	
Hotel (länger als drei Nächte)	15	51	66
Rückführung (z.B. Heimatgemeinde)	*	21	
Essensgutscheine	*	1.236	
Begleitung zu Ämtern	*	235	
Ausländerrechtliche Beratung	*	4	
Besuch in JVA	*	38	
Prozessbegleitung	*	24	
Vermittlung in Krankenhaus	*	20	
Vermittlung in Entgiftung	*	29	
Vermittlung in Substitution	*	13	
Psychosoziale Substitutionsbetreuung	*	3	
Vermittlung in BWG der Drogenhilfe	*	9	
Elterngespräche	*	51	
Vermittlung in stationäre Jugendhilfe nach KJHG §§ 34, 35, 35a	14	25	39
<i>Klienten über 20 ½ Jahre:</i>			
Gesamt		119	
Begleitung zu Ämter	*	21	
Vermittlung in Entgiftungsbehandlung	*	33	
Vermittlung in Übergangseinrichtungen	11	12	23
Vermittlung in Therapie	*	7	
Vermittlung in BWG	*	4	
Vermittlung in Substitution	*	39	
Vermittlung in Krankenhäuser	*	12	
Ausländerrechtliche Beratung	*	32	
Besuch in JVA	*	10	
Prozessbegleitung	*	3	

* Hilfe 1997/1998 noch nicht angeboten

Die Ergebnisse des Crack – Street – Projektes haben nicht nur die Erwartungen aller Beteiligten übertroffen, sondern auch das Bild von den Crackkonsument/-innen deutlich verändert. Die konkreten Erfahrungen im Umgang mit den Crack und andere Drogen konsumierenden Personen auf der Straße konnten dazu beigetragen, dass das Bild vom „Crack - Konsumenten“, der andere Menschen bedroht, der aggressiv und unansprechbar ist, dem gegenüber man nur Angst empfinden kann, relativiert werden konnte. So berichten z. B. alle Mitarbeiter/-innen des Crack – Street – Projektes, dass es nicht in einem einzigen Fall zu Aggressionen ihnen gegenüber gekommen sei. Ferner belegen die oben genannten Zahlen, dass Crackkonsument/-innen durchaus konkrete Hilfen, die ihnen von Drogen- und Jugendhilfe aber auch von medizinischer Seite angeboten werden, annehmen und somit auch für den schwierigen Prozess der Reintegration motiviert und gewonnen werden können.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die positiven Ergebnisse des Crack – Street – Projektes vor dem Hintergrund der gleichzeitig wachsenden Problematik in diesem Bereich dazu geführt haben, diesen interdisziplinären Ansatz der Drogen- und Jugendhilfe weiterzuführen. Die Stadtverordneten haben deshalb im Haushalt 2000/2001 zusätzliche Mittel für „innovative Projekte im Crackbereich“ eingestellt.

Konsumräume

Ende 1996 gab es 4 Konsumräume (in der Schielestraße, Elbestraße, Moselstraße und Mainzer Landstraße) mit 31 Plätzen. Nach Umzug des Konsumraums Moselstraße in die Niddastraße im September 1997 konnte die Platzzahl von 8 auf 12 erweitert werden, so dass sie sich bezogen auf alle Konsumräume auf insgesamt 35 erhöhte. Durch im Jahr 1997 zusätzlich zur Verfügung gestellte Haushaltsmittel in Höhe von 600.000,- DM konnten die Öffnungszeiten in den Konsumräumen Elbestraße auf den Zeitraum von 06.00 – 24.00 Uhr und in der Niddastraße von 09.00 – 24.00 Uhr erweitert werden. Wegen Protesten der Nachbarschaft vor dem Umzug des Konsumraumes Moselstraße in die Niddastraße wurden die Anwohner und der Ortsbeirat vom Betreiber des Konsumraums zu einer Aussprache unter Beteiligung des Drogenreferates, der Polizei und des Dezernatsbüros eingeladen. Die Bedenken der Anwohner konnten zum großen Teil zerstreut werden.

Im Jahr 1996 kam es durchschnittlich zu 515 Konsumvorgängen täglich. Diese Anzahl erhöhte sich im Jahr 1999 auf 778. In den 4 Konsumräumen fanden im Jahr 1997 265.291, 1998 288.291 und 1999 284.032 Konsumvorgänge statt, das waren durchschnittlich 726 - 778 täglich. Dabei kam es in den Jahren 1997 zu 397, 1998 zu 651, 1999 zu 642 Notfällen. Bei ca. 50 % der Notfälle war die Hinzuziehung eines Arztes erforderlich. Die andere Hälfte der Notfälle

konnte durch das in Notfällen geschulte Personal der Konsumräume behandelt werden. Seit Bestehen der Konsumräume kam es in diesen Räumen zu keinem drogenkonsumbedingten Todesfall.

Aufgrund der Tatsache, dass die Konsumräume ein Baustein innerhalb des Drogenhilfesystems sind und sie außer der Zur-Verfügungstellung einer Konsumgelegenheit auch der Kontaktaufnahme dienen, konnten aus den Konsumräumen heraus auch eine Vielzahl von Vermittlungen in medizinische Behandlung, Übernachten, Substitution, Beratung, Schuldenberatung etc. stattfinden. Seit Anfang des Jahres 1999 wird von den Malteser Werken eine medizinische Sprechstunde im Konsumraum Niddastraße zweimal wöchentlich abgehalten. Jährlich werden ca. 1,5 Millionen Spritzen und ca. 2 Millionen Nadeln in den Konsumräumen und im Rahmen des Spritzenaustauschprogramms auf der Basis 1 : 1 getauscht, sodass das Auffinden von Spritzen im öffentlichen Raum nur noch selten in Erscheinung tritt.

Methadongestützte Drogenhilfe

Im Zeitraum von 1996 bis 1999 hat sich die Anzahl der Personen, die im Rahmen der Methadongestützten Drogenhilfe behandelt und betreut wurden, von 803 im Jahr 1996 auf 984 im Jahr 1999 erhöht.

Tabelle 4.2.9: Anzahl der Methadon Substituierten nach Art der Betreuung in Frankfurt am Main 1996-1999

	1996	1997	1998	1999
Ambulanzen	519	565	622	606
Niedergelassene Ärzt/-innen	284	314	325	378
Gesamt	803	879	947	984

Die Erhöhung der in den Ambulanzen betreuten Methadonsubstituierten konnte ohne Erhöhung der Finanzmittel – sowohl im Haushalt der Stadt als auch im Haushalt des Landes - für die Ambulanzen durchgeführt werden.

Es war aber aufgrund der hohen Anforderungen an das betreuende medizinische und sozialarbeiterische Personal notwendig, gezielte Weiterqualifizierungsmaßnahmen zu besonderen Schwerpunktfragestellungen durchzuführen. Diese waren im Einzelnen:

- psychiatrische Comorbidität (Begleiterkrankung)
- Behandlung der Kokainabhängigkeit

- motivierende Gesprächsführung

Zu den 984 Personen, die im Jahr 1999 in den von Stadt und Land geförderten 10 Ambulanzen der methadongestützten Drogenhilfe und in den Praxen von 22 niedergelassenen Ärzt/-innen substituiert wurden, müssen weitere 300-400 Personen addiert werden, die ohne genehmigungspflichtige Indikationen bei niedergelassenen Ärzt/-innen substituiert werden. Für die Stadt Frankfurt am Main kann insgesamt von 1300-1400 Substituierten ausgegangen werden.

Es muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass für diese 1.300 bis 1.400 Substituierten die Durchführung der Substitution in der Regel erst die Voraussetzung (compliance) dafür schafft, dass eine geregelte medizinische und psychiatrische Versorgung ambulant bzw. stationär durchgeführt werden kann und dass eine psychosoziale Betreuung und eine Vermittlung in weiterführende Angebote für die meisten Patienten erst durch diese Maßnahme ermöglicht wird.

Zusätzlich zur bereits bestehenden Zweigpraxis eines niedergelassenen Psychiaters in der Ambulanz „Schielestraße“ wurden Kooperationsverträge mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II an der Universitäts-Klinik Frankfurt und der Ambulanz für Abhängigkeitskrankungen am Bürgerhospital zur Durchführung von psychiatrischen Konziliardiensten (psychiatrische Diagnosen und psychiatrische Behandlung) in den Ambulanzen abgeschlossen.

Wie bekannt ist, kritisierten nicht nur die Praktiker/-innen der Drogenhilfe die Tatsache, dass mit der Methadonsubstitution unter den geltenden Eintrittskriterien (Indikationsstellungen) der NUB – Richtlinien (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) in der Regel „zu spät“ begonnen werden konnte. Es mussten neben der Opiatabhängigkeit schwere somatische oder psychiatrische Befunde vorliegen, die sich in der Regel erst nach einem mehrjährigen Drogenmissbrauch einstellen und die in der Regel mit sozialer Desintegration – z.B. Verlust familiärer und sozialer Beziehungen, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, etc. – verbunden sind.

Am 01.07.1999 sind die neuen AUB-Richtlinien (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) (siehe Anlage zum Magistratsbericht B 699 vom 04.10.1999) in Kraft getreten. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Spruchpraxis der Hessischen Substitutionskommission auf der Grundlage der neuen AUB-Richtlinien entwickeln wird.

Insbesondere bleibt auch abzuwarten, wie sich die Spruchpraxis der Hessischen Substitutionskommission auf der Grundlage des neuen § 3a „Weitergehende Zulässigkeit der Substitutionsbehandlung“ der AUB-Richtlinien entwickeln wird, da mit diesem neuen Paragraphen die Möglichkeit einer qualitativen Weiterentwicklung der Methadonsubstitution in dem Sinne

gegeben ist, dass in Zukunft in begründeten Einzelfällen Personen ohne gravierende somatische bzw. psychiatrische Vorschädigungen in die Substitution aufgenommen werden können, wenn eine drogenfreie Therapie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden kann oder die Aussicht besteht, dass durch die Behandlung eine Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann.

Kontrollierte Heroinvergabe

Der Bund, die Länder Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und die Städte Frankfurt am Main, Hannover, Köln, Karlsruhe, München, Essen haben in Aussicht genommen, die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen einer multizentrischen Studie durchzuführen. Zur Abstimmung des Prozesses wurde am 01.03.1999 unter Federführung des Bundes eine Koordinierungsgruppe aus Vertreter/-innen des Bundesministeriums für Gesundheit, den beteiligten Ländern und Städten eingerichtet. Die geplante Heroinstudie soll aus 2 Teilen bestehen:

- Arzneimittelstudie
- Sozialtherapiestudie

Eine Ausschreibung für ein Design zur Durchführung dieser Studie ist Ende September 1999 erfolgt. Ein zum Zweck einer begutachtenden Empfehlung installiertes Expert/-innengremium hat im August 2000 ihr Votum der Koordinierungsgruppe vorgelegt. Ein wissenschaftliches Institut wurde inzwischen mit der Durchführung beauftragt, sodass im Jahr 2001 mit dem Beginn des Heroinprojekts in Frankfurt am Main zu rechnen ist.

4.3 HIV und AIDS in Frankfurt

(von Sven Arnold und Jörg Korell, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.)

4.3.1 Einleitung: Verhaltensprävention geht nicht ohne Verhältnisprävention

Die AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. wurde 1985 als unabhängige, für die Interessen der Betroffenen parteiische Organisation gegründet. Von HIV und AIDS am stärksten betroffen waren damals homosexuelle Männer, daneben intravenös konsumierende DrogengebraucherInnen, männliche Prostituierte sowie (im Rahmen der Beschaffungsprostitution) weibliche Prostituierte. Unter dem Eindruck stark steigender Zahlen Infizierter und Erkrankter und einer gefährlichen Hysterie in Teilen von Politik, Medien und Gesellschaft entwickelte sich die AIDS-Hilfe Frankfurt aus der anfänglich rein ehrenamtlichen Arbeit rasch zu einer professionellen Hilfeeinrichtung, die heute mit haupt- und ehrenamtlichen Teams auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsförderung tätig ist. Die AIDS-Hilfe Frankfurt ist die größte Einzel-AIDS-Hilfe in Deutschland.

Von Frankfurt ausgehend wurde das Konzept der „strukturellen Prävention“ entwickelt, das heute die Arbeitsgrundlage aller deutschen AIDS-Hilfen bildet. Dieses Konzept sieht nicht allein das Individuum im Zentrum der Intervention, sondern nimmt gleichermaßen Einfluss auf die Verhältnisse und die Strukturen, in denen es lebt. Ziel jeglichen Handelns ist dabei, den Einzelnen zu stärken und zu befähigen, sich innerhalb seiner Systeme selbst wirkungsvoll vor einer Infektion mit HIV zu schützen und auch noch mit einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung möglichst gesund zu leben. Dabei geht die AIDS-Hilfe, basierend auf der WHO-Charta von 1986 (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung), von einem Gesundheitsbegriff aus, der mehr meint, als die Abwesenheit von Krankheit: Einen Zustand umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.

4.3.2 Deutschland im europäischen Vergleich

Verglichen mit seinen europäischen Nachbarn liegt Deutschland nach Angaben des Robert Koch Instituts (RKI) hinsichtlich der Betroffenheit von HIV und AIDS im unteren Mittelfeld.⁷⁴ Deutlich zu erkennen ist ein europäisches Nord-Süd-Gefälle. Die meisten an AIDS erkrankten Menschen leben – gemessen an der Einwohnerzahl – in Spanien, gefolgt von der Schweiz, Frankreich, Italien und Portugal. Auffallend ist in den Ländern Spanien, Italien und Portugal die Gruppe der i.v. Drogengebraucher als größte Betroffenengruppe. Dort folgen

⁷⁴ vgl. Robert Koch Institut: HIV/AIDS-Halbjahresbericht I/2000, Tabelle 11 und Abbildung 7 (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

homo- und bisexuelle Männer an zweiter Stelle. Aber auch in Frankreich und der Schweiz ist die Betroffenheit von i.v. Drogengebern nach den homo- und bisexuellen Männern auffallend hoch. In Frankreich und Spanien spielen durch Bluttransfusionen und Blutprodukten infizierte Menschen eine größere Rolle als in anderen Ländern. Darüber hinaus sind in Frankreich Patienten zu erwähnen, die aus Regionen stammen, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (sog. *Pattern-II-Länder*, z.B. Karibik oder Zentral- und Westafrika). In allen anderen europäischen Ländern - außer Rumänien und der Ukraine - sind homo- oder bisexuelle *Männer* am häufigsten von AIDS betroffen. Nach Frankreich und der Schweiz folgen Dänemark, die Niederlande, Großbritannien und Deutschland. In Ungarn, Polen, der Ukraine und der Tschechischen Republik ist die zahlenmäßige Betroffenheit von AIDS auffallend niedrig. Da sich die Auswertung des Robert-Koch Institutes sich nur auf gemeldete Fälle stützen kann, ist es möglich, dass in diesen Ländern aufgrund eines schwächeren Gesundheitssystems eine hohe Dunkelziffer besteht. Auf die individuellen Schicksale Betroffener in diesen Ländern soll an dieser Stelle nicht explizit eingegangen werden.

4.3.3 HIV und AIDS in Deutschland

Anlässlich des Internationalen AIDS-Kongresses in Durban (Südafrika) berichtete das Robert Koch Institut im Juli 2000 von 50.000 bis 60.000 Menschen, die sich in Deutschland seit Beginn der Epidemie mit HIV infiziert haben.⁷⁵ Ende 1999 lebten bei uns diesem Bericht zufolge 37.000 HIV-infizierte Menschen, davon 29.000 Männer und 8.000 Frauen. Die Zahl der Neuinfektionen mit HIV liegt in den letzten Jahren weitgehend konstant bei ca. 2000 pro Jahr. Dies waren 1999 rd. 1.500 Männer und rd. 500 Frauen. Die Zahl der neuinfizierten Kinder lag unter 20; durch die in wirtschaftlich entwickelten Ländern mittlerweile möglichen Vorbeugemaßnahmen konnte die Mutter-Kind-Übertragung weit reduziert werden.

Seit Beginn der Epidemie sind bis Mitte 2000 in Deutschland etwa 22.000 Menschen an AIDS erkrankt und etwa 17.000 Menschen an den Folgen von AIDS verstorben. Im Jahr 1999 gab es ca. 500 neue AIDS-Erstmanifestationen, 400 Männer und 100 Frauen; die Zahl der neu erkrankten Kinder lag unter 5. Im gleichen Zeitraum verstarben etwa 600 Menschen an AIDS.

Das Robert Koch Institut beobachtet seit 1995 einen kontinuierlichen Rückgang der AIDS-Neuerkrankungen, der in erster Linie auf die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten zurück-

⁷⁵ vgl. Robert Koch Institut: Aktuelle Trends der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland, Stand: 30.6.2000. Hintergrundinformationen zum XIII. Internationaler AIDS-Kongreß 9.-14.7.2000, Durban, Südafrika (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

geführt wird. Von 1998 auf 1999 schwächte dieser Trend allerdings wieder etwas ab.⁷⁶ „Derzeit ist noch nicht abschätzbar, wie lange durch die neuen therapeutischen Möglichkeiten der Krankheitsverlauf tatsächlich aufgehalten werden kann. Es muss weiter damit gerechnet werden, dass zunehmend auch wieder antiretroviral behandelte Patienten an AIDS erkranken werden, wenn die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind.“⁷⁷

Bis heute sind in Deutschland homo- und bisexuelle Männer mit 37% die am häufigsten von HIV und AIDS betroffene Bevölkerungsgruppe. Angestiegen ist in den letzten Jahren die Betroffenheit von Personen aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz (*Pattern-II-Länder*) (18%) sowie anderer Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben (15%). Der Anteil der i.v. Drogengebraucher unter den HIV-Neudiagnosen ist stabil geblieben (11%). Die Zahl der Meldungen „ohne Angabe“ ist inzwischen deutlich zurückgegangen.⁷⁸

4.3.4 Menschen mit HIV und AIDS in Frankfurt

Nach Schätzungen des Stadtgesundheitsamts wurde in Frankfurt bis heute bei ca. 6.000 Personen ein HIV-positiver Antikörpertest festgestellt. An AIDS erkrankt sind in Frankfurt seit Beginn der Erfassung bis Ende Juni diesen Jahres 1.265 Menschen: 931 homo- oder bisexuelle Männer, 191 i.v. DrogengebraucherInnen, 52 Personen mit heterosexuellem Übertragungsweg und 23 aus sog. *Pattern-II-Ländern*. 16 Personen hatten sich über Bluttransfusionen bzw. Blutprodukte infiziert, 6 waren Kinder, die während Schwangerschaft bzw. Geburt infiziert wurden.⁷⁹ Der Altersschwerpunkt lag mit 476 Personen in der Gruppe der 30- bis 39jährigen (425 Männer, 51 Frauen). Die zweitgrößte Altersgruppe unter den Männern sind die 40- bis 49jährigen, bei den Frauen hingegen die 25- bis 29jährigen.⁸⁰ Dies deckt sich mit der Praxiserfahrung, dass Frauen sich häufiger in einem jüngeren Lebensalter mit HIV infizieren als Männer. Bis zum 30.6.00 waren in Frankfurt 876 Menschen an den Folgen von AIDS verstorben.⁸¹

⁷⁶ vgl. Robert Koch Institut: HIV/AIDS-Halbjahresbericht I/2000, Abbildung 2 (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

⁷⁷ Robert Koch Institut: Aktuelle Trends der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland, Stand: 30.6.2000. Hintergrundinformationen zum XIII. Internationaler AIDS-Kongreß 9.-14.7.2000, Durban, Südafrika (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

⁷⁸ vgl. Robert Koch Institut: Aktuelle Trends der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland, Stand: 30.6.2000. Hintergrundinformationen zum XIII. Internationaler AIDS-Kongreß 9.-14.7.2000, Durban, Südafrika (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

⁷⁹ vgl. Robert Koch Institut: HIV/AIDS-Halbjahresbericht I/2000, Tabelle 4 (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

⁸⁰ vgl. Robert Koch Institut: Interaktive Datenabfrage der gemeldeten AIDS-Fälle (<http://www.rki.de/INFEKT/AIDS/STD/EPIDEMIOLOGIE/EPI.HTM>).

⁸¹ vgl. Robert Koch Institut: HIV/AIDS-Halbjahresbericht I/2000, Tabelle 4 (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

Das Robert Koch Institut vergleicht regelmäßig den Anteil an AIDS erkrankter Menschen mit der Zahl der Einwohner in den einzelnen Bundesländern und in ausgewählten Großräumen und errechnet so eine kumulierte Inzidenz. Nach dieser Auswertung ist Frankfurt/Main mit 1.265 AIDS-Fällen (seit 1982) bei 670.000 Einwohnern die am stärksten von AIDS betroffene deutsche Stadt. Es folgt Berlin (West) (3.480 AIDS-Erkrankte bei 2,17 Mio. Einwohnern), danach München, Hamburg, Düsseldorf und Köln.⁸² Stellt man die Zahl der in den sechs deutschen Zentren an AIDS Erkrankten in Relation zu den gemeldeten Aidstoten, liegt die Überlebensrate in Frankfurt nur an vierter Stelle:

Tabelle 4.3.1 an AIDS Erkrankte und an AIDS Verstorbene in ausgewählten deutschen Großstädten

	Düsseldorf	Hamburg	München	Frankfurt	Berlin	Köln
an AIDS Erkrankte	618	1.650	1.694	1.265	3.480	912
an AIDS Verstorbene	368	1.071	1.109	876	2.440	677
Verstorbene in %	59,5 %	64,9 %	65,5 %	69,2 %	70,1 %	74,2 %

4.3.5 Beratung und Hilfe für Menschen mit HIV und AIDS in Frankfurt

Frankfurt verfügt über ein differenziertes Beratungs- und Hilfeangebot für Menschen mit HIV und AIDS. Die größte auf diese Zielgruppe spezialisierte Einrichtung ist die AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. Ihre Arbeit ist in fünf fachliche Bereiche gegliedert:

- Beratungszentrum
- Regenbogendienst – Zentrum für Pflege und Betreuung zuhause
- AG36 – Rat & Tat für Schwule
- KISS – Kriseninterventionsstelle für Stricher
- La Strada – Drogenhilfezentrum

⁸² vgl. ebd.: Tabelle 3.

Neben der AIDS-Hilfe gibt es eine Reihe kleinerer Einrichtungen, die auf bestimmte Zielgruppen oder Angebotssparten spezialisiert sind, sowie verschiedene große Institutionen, die sich in Teilen Ihres Angebots an Menschen mit HIV und AIDS wenden.

Neben der fallbezogenen Zusammenarbeit in der direkten Klientenarbeit und der fachlichen Kooperation in bestimmten Angeboten (z.B. gemeinsame Gruppenangebote, Streetwork) erfolgt eine institutionelle Koordination seit vielen Jahren auf der Ebene des „Arbeitskreises der AIDS-Fachkräfte“ sowie für den Bereich Drogenhilfe in der „Trägerrunde“.

Der Wegweiser „InformatHIV“, herausgegeben vom Arbeitskreis der AIDS-Fachkräfte, gibt eine gute Übersicht der verschiedenen in Frankfurt im Themengebiet HIV und AIDS tätigen Organisationen. Die folgende Beschreibung und Bewertung der psychosozialen Beratungs- und Versorgungssituation erfolgt auf Grundlage der in den einzelnen Projekten der AIDS-Hilfe Frankfurt gesammelten Erfahrungen und Auswertungen.

Beratung und Information

Beratungszentrum

Das Beratungszentrum existiert seit 1985 und ist im Netz der AIDS Hilfe Frankfurt die erste Anlaufstelle für alle, die Fragen oder Probleme im Zusammenhang mit HIV und AIDS haben. Das Angebot umfasst psychosoziale Beratungsarbeit in Form von Einzel-, Paar- und Gruppengesprächen sowie Gruppenangebote speziell für HIV-positive und aidskranke Menschen und für Angehörige. Inhaltlich läßt sich die Beratung kategorisieren in Informationsgespräche, Sozialberatung und psychologische Beratung, in deren Fokus eine aktuelle Krise steht.

Das Beratungsangebot wird von Menschen aller Bevölkerungsschichten quer durch alle gesellschaftlichen Gruppierungen in Anspruch genommen. Im Einzelfall findet eine enge Zusammenarbeit mit allen helfenden Institutionen statt (Ämter, Ärzte, Therapeuten, Beratungsstellen, Anwälte, Kirchen etc.).

Frankfurter Infrastruktur

Durch die zunehmende Medizinalisierung des AIDS-Geschehens hat das Zusammenwirken der psychosozialen Arbeit mit Kliniken, Schwerpunktärzten und Psychotherapeuten stark an Bedeutung gewonnen. Die mit dem medizinischen Fortschritt einhergehende höhere Lebenserwartung macht sichtbar, dass immer mehr Menschen mit HIV und AIDS nahe der Armuts-

grenze leben und zahlreiche Hilfen zur existentiellen Absicherung benötigen. Hier hat sich die Zusammenarbeit mit den Sozialämtern sehr intensiviert.

Unzureichend ist das Frankfurter Versorgungsnetz hinsichtlich der Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche und für Migranten, in der gesellschaftlichen Integration von Substituierten, der beruflichen Wiedereingliederung von HIV-positiven Menschen sowie in der Verfügbarkeit bezahlbaren Wohnraums.

Veränderungen

Als 1985 aus der Selbsthilfe entstandenes Angebot richtete sich das Beratungszentrum der AIDS-Hilfe zunächst primär an homosexuelle Männer und DrogengebraucherInnen. Themen dieser Klientel waren Testberatungen, Aufklärung über die Übertragungswege, Auseinandersetzungen mit Krankheit und Tod, aber auch Erfahrungen von Diskriminierung wegen HIV/AIDS und Homosexualität. Es ging in den Beratungsgesprächen um den Umgang mit Sexualität (in dieser Zeit starteten die ersten Safer-Sex-Kampagnen) und Homosexualität, deren gesellschaftliches Tabu zu bröckeln begann.

Viele dieser Fragen sind auch heute noch relevant; Zielgruppe und Klientel des Beratungszentrums haben sich über die Jahre jedoch verändert. Größte Klientengruppen sind heute HIV-positive und an AIDS erkrankte Männer und Frauen zwischen 20 und 45 Jahren. 65% der Männer sind homosexuell, über 90% der Frauen heterosexuell. 11% der Männer und 28% der Frauen sind (substituierte) DrogengebraucherInnen. Ängste vor Diskriminierung sind geringer geworden; der medizinische Fortschritt führte dazu, daß die bedrohliche Vision eines baldigen Todes nachgelassen hat.

Klientinnen und Klienten suchen das Beratungszentrum heute mit sehr viel differenzierteren und umfassenderen Fragestellungen auf. Deutlich zugenommen haben depressive Verstimmungen, Einsamkeitsphänomene (nicht zuletzt durch den realen Wegfall eines Großteils des sozialen Umfeldes), Probleme in der Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Probleme durch Überschuldung und zunehmende Verarmung. Besonders für Frauen sind Kinderwunsch und Schwangerschaft zu einem zentralen Thema geworden.

Perspektiven

Beratungskapazitäten: Das Team des Beratungszentrums besteht derzeit aus vier festangestellten MitarbeiterInnen, die sich 2,55 Personalstellen teilen. Für die deutsche Stadt mit der höchsten Betroffenheit von HIV und AIDS ist dies eine Unterbesetzung die dazu führt, dass

einige inhaltliche Schwerpunkte nur noch in eingeschränktem Umfang abgedeckt, konzeptionelle Weiterentwicklungen nur noch mit Verzögerungen umgesetzt werden können.

Sozialberatung: Seit August 2000 wurden die Kapazitäten für Sozialberatung im Stellenumfang eines „geringfügig Beschäftigten“ aufgestockt. Dadurch kann dieses Beratungssegment wieder an allen Wochentagen angeboten werden.

Schuldnerberatung: Ein eigenes Schuldnerberatungsangebot wäre dringend erforderlich. Hierfür müssten zusätzliche Personalressourcen bereitgestellt werden. Eine Mitarbeiterin des Beratungszentrums absolviert derzeit eine entsprechende Ausbildung, die sie Mitte nächsten Jahres abschließen wird.

Verknüpfung Medizin und Sozialarbeit: Die AIDS-Hilfe Frankfurt führt derzeit Gespräche mit den niedergelassenen Schwerpunktärzten und Vertretern der Pharmaindustrie, um mittelfristig ein regelmäßiges Angebot an Beratung und Patientenschulung direkt in diesen Praxen zu installieren. Diese „Beratungs-Außenstelle“ soll an das Team des Beratungszentrums angebunden sein und aus Mitteln der Pharmaindustrie finanziert werden.

Migrantenarbeit: Hohe Priorität in der Beseitigung zuvor beschriebener Versorgungslücken in der Frankfurter Infrastruktur sollte die Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Migranten haben. Insbesondere muss die Situation von Asylbewerbern im Sinne einer ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung dringend verbessert werden.

Pflege und Betreuung zuhause

Regenbogendienst

Die Angebote an ambulanter Krankenpflege und betreutem Wohnen sind in der AIDS-Hilfe Frankfurt unter dem Dach des „Regenbogendienstes“ zusammengefasst. Der Regenbogendienst ist einer der wenigen deutschen AIDS-Spezialpflagedienste und in Hessen einzigartig. Seine Angebotspalette umfasst häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Hilfen, darüber hinaus ergänzende Freizeitbetreuung, die durch ehrenamtliche Teams geleistet wird. Der Pflegedienst wird zum überwiegenden Teil von an AIDS erkrankten schwulen Männern sowie männlichen und weiblichen Drogengerauchern in Anspruch genommen. Zunehmend wird der Dienst auch von Patienten mit onkologischen Erkrankungen angefragt. Neben den fachlichen Verknüpfungen innerhalb der AIDS-Hilfe Frankfurt arbeitet der Pflegedienst eng mit dem Stadtgesundheitsamt und den Sozialämtern, niedergelassenen Ärzten und der Station 68 der Uniklinik zusammen. Defizitär ist hierbei immer wieder die Informationsübermittlung seitens der Uniklinik und ihres Sozialdienstes.

Das Angebot betreuten Wohnens steht nach den Vorgaben des Kostenträgers (LWV Hessen) Menschen mit AIDS ab dem Stadium B2 offen, deren Helferzellenzahl unter 350 gesunken ist. Das betreute Wohnen der AIDS-Hilfe wird zu 90% von homosexuellen Männern mit AIDS in Anspruch genommen. Für DrogengebraucherInnen besteht ein vergleichbares Angebot in Trägerschaft der Frankfurter Drogenhilfe, für Familien ist es bei der Caritas Frankfurt angesiedelt.

Das betreute Wohnen basiert auf dem langfristigen, regelmäßigen Klientenkontakt. Die MitarbeiterInnen entwickeln mit den Klienten einen individuellen Hilfeplan. Sie unterstützen bei der Strukturierung des Alltags, begleiten ggf. bei Arztbesuchen und Ämtergängen, helfen bei der Entwicklung neuer Lebensperspektiven und stützen in akuten Krisensituationen. Im Rahmen der Sozialberatung kümmern sich die Mitarbeiter um Schuldenregulierung, informieren über Leistungen durch Behörden und Sozialversicherungsträger und unterstützen die Klienten bei der Realisierung entsprechender Anträge. Das betreute Wohnen arbeitet eng mit anderen Diensten der AIDS-Hilfe Frankfurt sowie mit externen Hilfsangeboten zusammen. Neben der individuellen psychosozialen Begleitung gibt es Gruppenangebote für gemeinsame Freizeitaktivitäten; mitunter werden Angehörige und Freunde in die Arbeit einbezogen. Ergänzend zum Angebot betreuten Einzelwohnens unterhält die AIDS-Hilfe Frankfurt ein Wohnprojekt mit fünf Plätzen.

Die Angebote häuslicher Krankenpflege und betreuten Wohnens existieren seit 1992. War der Pflegedienst früher überwiegend mit finaler Pflege und Sterbebegleitung konfrontiert, gewinnen in den letzten Jahren Therapiebegleitung und die längerfristige Unterstützung in einem Leben mit AIDS zunehmend an Bedeutung. Neue, bei Aidspatienten bisher unbekannte Krankheitsbilder und die Versorgung von Patienten mit manifesten depressiven Erkrankungen erfordern besonderen Einsatz.

Die Kapazitäten im betreuten Wohnen konnten seit 1992 von 16 auf 46 Plätze ausgeweitet werden. Deutlich zugenommen haben in den letzten Jahren die Anfragen von aidskranken Klienten in besonderen Belastungssituationen: Psychische Auffälligkeit, Überschuldung, Obdachlosigkeit.

Für psychische auffällige aidskranke Menschen, die intensiver Betreuung bedürfen, gibt es in Frankfurt keine betreuten Wohnangebote.

Der Regenbogendienst strebt in Pflege und Betreuung eine weitere Verdichtung des Frankfurter Versorgungsnetzes an. Die Kapazitäten an Sozialberatung und Schuldnerberatung müssen weiter ausgebaut, die Multiplikatorenarbeit für Mitarbeiter anderer Beratungsstellen, be-

treuter Wohnangebote und von Sozialämtern sollte gemeinsam geleistet werden. Neue Angebote sind in den Bereichen Tagesstrukturierung, Rehabilitation und Arbeit zu konzipieren und umzusetzen.

Die Leistungsentgelte der Kranken- und Pflegekassen reichen bei weitem nicht aus, um in der ambulanten Pflege ein Team ausgebildeter Fachkräfte bereitzuhalten. Der Regenbogendienst ist daher regelmäßig und in großem Umfang auf Spenden angewiesen.

Strukturelle Prävention

Um eine erfolgreiche, nachhaltige Prävention von HIV und AIDS zu erreichen ist es notwendig, die Handlungskompetenz des Individuums zu stärken, Selbsthilfestrukturen zu unterstützen und positiv auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einzuwirken.

Rat & Tat für Schwule: AG36

Mit der schwulen Gesundheitsagentur „AG36“ verfolgt die AIDS-Hilfe Frankfurt den Ansatz struktureller Präventionsarbeit für die größte von HIV betroffene Bevölkerungsgruppe.

Das **Switchboard**, 1988 eröffnet, ist als niedrighschwelliges Infocafé das älteste Angebot schwuler Gesundheitsförderung. In den Zeiten massiver Diskriminierung und Ausgrenzung HIV-infizierter und an AIDS erkrankter Menschen – auch im schwulen Gemeinwesen – war das Switchboard zunächst deutlich sichtbares Zeichen und Vorposten der AIDS-Hilfe-Bewegung in der Gay Community. Mittlerweile stehen die Aspekte der Selbsthilfeförderung und Informationsvermittlung stärker im Vordergrund. Das Switchboard ist Heimat verschiedenster Gruppen des schwul-lesbischen Spektrums. Das Barteam, seit über 10 Jahren an sechs Tagen die Woche ehrenamtlich tätig, wurde um ein Infoteam ergänzt, das über schwules Leben, Gruppenangebote, HIV und AIDS informiert.

Unschlagbar betreibt als Anti-Gewalt-Projekt der AG36 einen schwulen Notruf für Gewaltopfer und wirkt in Zusammenarbeit mit der Polizei antischwulen Gewalttaten entgegen.

Die **Love Rebels** sind das Safer-Sex-Team der AG36. Im Rahmen aufsuchender Arbeit betreiben die (überwiegend ehrenamtlichen) Mitarbeiter mit unkonventionellen Methoden auch an schwer zugänglichen Orten zugehende Informationsvermittlung und stellen ggf. den Kontakt zu weitergehenden Beratungs- und Hilfsangeboten her.

Als jüngstes Angebot bietet die AG36 in Kooperation mit der Rosa Hilfe e.V. telefonische und persönliche **Beratung für schwule Männer** sowie verschiedene angeleitete Gruppen („Coming Out“, „Schwul am Arbeitsplatz“, „Eltern homosexueller Kinder“).

Die AG36 ist eng verzahnt mit den schwulen Projekten Frankfurts, insbesondere der Rosa Hilfe e.V. und dem Lesbisch-Schwulen Kulturhaus. Ihre Angebote werden von ca. 60 ehrenamtlichen Mitarbeitern getragen, für die Koordination und Anleitung stehen derzeit drei hauptamtliche Mitarbeiter zur Verfügung (davon einer auf ABM-Basis). Für die Arbeit der AG 36 erhält die AIDS-Hilfe Frankfurt keinerlei öffentliche Förderung, die Kosten werden aus Spendenmitteln finanziert. Die Existenz dieser Angebote ist damit nur jeweils kurzfristig gesichert.

Kriseninterventionsstelle für Stricher: KISS

Ebenfalls im Sinne der *strukturellen Prävention* richtet sich seit 1990 das KISS an männliche Prostituierte. Unter dem Eindruck von AIDS rückte diese Bevölkerungsgruppe damals aus dem Schatten der öffentlichen und sozialwissenschaftlichen Wahrnehmung. Über ein Bundesmodellprogramm wurde die sozialpädagogische Pionierarbeit möglich.

Als einzige hessische Einrichtung dieser Art wird die Kriseninterventionsstelle seitdem von Jungen und Männern im Alter von 13 bis ca. 40 Jahren in Anspruch genommen. Unter 13jährige Stricher kommen nicht ins KISS. Als neues Problem zeichnet sich in den letzten Jahren die Vermittlung und soziale Integration älterer obdachloser Ex-Stricher ab.

Zentrales Anliegen des KISS ist die Hilfe in Krisensituationen, die das Leben auf der Straße und unprofessionelles Arbeiten in der Prostitution mit sich bringen können. Die Klienten befinden sich infolge von Obdachlosigkeit und Abhängigkeitserkrankungen häufig in besonderen Notlagen. Waren es Anfang der 90er Jahre aufgrund fehlender Drogenhilfezentren und Substitutionsangebote überwiegend i.v. drogengebrauchende Stricher, die das KISS aufsuchten, stehen heute bei drogengefährdeten oder –abhängigen männlichen Prostituierten andere Substanzen im Vordergrund.

Über eine Stabilisierung der Lebenssituation versuchen die beiden MitarbeiterInnen des KISS, die körperliche, psychische und seelische Konstitution ihrer Klienten zu verbessern und damit eine nachhaltige Stärkung des Gesundheitsbewusstseins zu erreichen. Ein besonderes Augenmerk, gerade bei jüngeren Klienten, liegt auf der Entwicklung deren sexueller Identität.

Das KISS wird von Migranten aus allen Kulturkreisen aufgesucht. Mitte der 90er Jahre kamen sehr viele Klienten mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus. Deren Zahl hat sich inzwischen

drastisch reduziert. Ansteigend ist die Zahl junger Männer, die infolge (vermutlich sozialisationsbedingter) erheblicher kognitiver Defizite und massiver psychischer Auffälligkeiten einer besonders intensiven Einzelbetreuung bedürfen. Insgesamt hat die Gewaltbereitschaft unter den Klienten stark zugenommen.

Als niedrigschwellige Anlauf- und Beratungsstelle bietet das KISS zunächst elementare Hilfeleistungen: Essen, Trinken, Körperpflege, Wäsche waschen, Ausruhen, Versorgung mit Kondomen und Gleitmittel. Für wohnsitzlose Stricher hat das KISS mitunter die Funktion eines „Tagesheimes“. Die MitarbeiterInnen informieren über die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten sowie von HIV und AIDS und leisten psychosoziale Beratung und Betreuung. Längerfristige Klientenkontakte verfolgen das Konzept integrierender Beziehungsarbeit. Freizeitaktivitäten wirken der Vereinsamung entgegen und fördern Hilfe zur Selbsthilfe.

Als Clearingstelle für die spezifischen Probleme männlicher Prostituierten erschließt das KISS weiterführende Hilfsangebote und vermittelt dorthin. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Stadtgesundheitsamt (Abteilung Infektiologie), dem Jugend- und Sozialamt (Sozialdienst für junge Männer), den Steetworkern der Kommunalen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Frankfurt am Main und dem Sozialzentrum Burghof, Bonames. Klienten werden zu verschiedenen Sozialrathäusern, zu Jugend- und Drogenberatungsstellen, zum Arbeitsamt, zu Anwälten, zu Ärzten und in Krankenhäuser (insbesondere Entzugsstation und Infektionsstation der Uniklinik), in Wohnheime, Sleep-In und Wohngruppen sowie in Fördermaßnahmen vermittelt.

Eine präzise Arbeitsteilung gibt es mit dem Jugend- und Sozialamt: Die finanzielle und wirtschaftliche Hilfeplanung wird von dort übernommen, die MitarbeiterInnen des KISS sind für die psychosoziale Stabilisierung zuständig. Mit dem Sozialzentrum Burghof erfolgt die professionelle Aufgabenteilung jeweils klientenbezogen, wobei der Schwerpunkt des KISS in der Regel auf prostitutionsspezifischen Themen liegt (Umgang mit Sexualität, schlechte Erfahrungen mit Freiern, Gewalterlebnisse etc.).

Das KISS ist über Kooperationen und Fach-Arbeitskreise mit den deutschen und europäischen Stricherprojekten vernetzt.

In der Frankfurter Infrastruktur fehlen seit Jahren spezifische Übernachtungseinrichtungen für Stricher sowie betreute Wohngruppen, die auf diese Zielgruppe vorbereitet sind. Es mangelt ebenso an geeigneten Angeboten zur beruflichen Integration wie an geeigneten psychotherapeutischen Hilfen.

Das KISS selbst ist regelmäßig in seiner Existenz bedroht. Die öffentliche Finanzierung erfolgt bis heute nicht als Regelfinanzierung. Die staatlichen Zuschüsse decken nicht einmal 50% der Kosten. Die restlichen Mittel müssen aus Spendengeldern aufgebracht werden. Das Team ist mit zwei MitarbeiterInnen unterbesetzt, die räumliche Situation zu beengt: Es fehlen geschützte Räume für Beratung und ein Ruheraum für Klienten.

Drogenhilfe: La Strada

Als Drogenhilfezentrum ist das La Strada das größte Projekt der AIDS-Hilfe Frankfurt im Ansatz der *strukturellen Präventionsarbeit*. Mit seinem Vorgängerprojekt Café Ruhdolf bietet es seit 1990 im Frankfurter Bahnhofsviertel erwachsenen DrogengebraucherInnen der sogenannten „offenen Drogenszene“ (Durchschnittsalter 26 bis 35 Jahre) Angebote der Grundversorgung und praktische Überlebenshilfen mit dem Ziel der Schadensminimierung (Harm Reduction). Die Besucher sind größtenteils obdachlos oder übernachten in Notschlafstellen. Sie konsumieren Heroin, Kokain, Tabletten und Crack, wobei der Gebrauch von Kokain und Crack in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Psychisch und physisch sind die Klienten häufig stark verelendet und befinden sich in einem sehr schlechten Allgemeinzustand. Fast alle KlientInnen sind mit Hepatitis (B und C) infiziert. Spürbar angestiegen ist in den letzten Jahren die Zahl psychiatrischer Auffälligkeiten. Der Anteil ausländischer Klienten mit erheblichen sprachlichen und kulturellen Problemen wächst seit etwa drei Jahren deutlich. Im Falle ungeklärten Aufenthaltsstatus⁴ sind die hier zur Verfügung stehenden Hilfsmöglichkeiten völlig unzureichend.

Das La Strada unterhält einen Kontaktladen mit Konsumraum, eine niedrigschwellige Drogenberatungsstelle sowie eine Notschlafstelle. Die KlientInnen haben über den Kontaktladen die Möglichkeit, sich auszuruhen, zu waschen, zu essen und zu trinken und sich aus der Kleiderkammer mit Kleidung zu versorgen. Der Druckraum bietet die Möglichkeit, mitgebrachte Drogen unter stressfreien und hygienischen Bedingungen legal zu konsumieren. Die Beratung hilft neben Krisenintervention, Sozialberatung und HIV/AIDS-Beratung bei der Job- und Wohnungssuche und vermittelt in Entzug, stationäre und ambulante Therapie sowie in Substitution. Jugendliche und sehr junge Ecstasy-KonsumentInnen sowie sozial integrierte DrogengebraucherInnen (z.B. von Kokain oder Partydrogen), die noch in einem Arbeitsverhältnis stehen, suchen das La Strada in der Regel nicht auf. Gegebenenfalls werden diese Klienten in die Angebote von JJ (Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.), der Jugendhilfe wie z.B. Sleep-In oder in höherschwellige Drogenberatungsstellen vermittelt.

Im Crack-Street-Projekt (s.o.) kümmern sich nach dem Konzept der aufsuchenden Sozialarbeit Mitarbeiter des La Strada zusammen mit dem Malteser Hilfsdienst und der Kommunalen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Frankfurt am Main um die Crack-User, die über die Drogenhilfeeinrichtungen nicht erreichbar sind.

Das La Strada steht in enger Kooperation mit JJ, VAE und IDH mit ihren unterschiedlichen hoch- und niedrigschwelligen Einrichtungen, dem Drogennotruf, der Polizei, den Entgiftungsstationen der Frankfurter Krankenhäuser, niedergelassenen substituierenden Ärzten, den Substitutionsambulanzen und den Krisenzentren Elbestraße, Café Fix und Schielestraße.

Lückenhaft ist das Frankfurter Drogenhilfesystem hinsichtlich niedrigschwelliger Angebote für jugendliche obdachlose DrogenkonsumentInnen. Die soziale und medizinische Versorgungssituation für ausländische Drogenkonsumenten mit ungesichertem Aufenthaltsstatus ist völlig defizitär und insbesondere bei einer Behandlungsbedürftigkeit wegen HIV/AIDS und Hepatitis nicht akzeptabel. Es fehlt an Hilfsmöglichkeiten für KlientInnen mit sogenannten Doppeldiagnosen (Sucht und psychiatrische Erkrankung). Für AIDS-PatientInnen, aber auch für andere Klienten, mangelt es an betreuten Wohngemeinschaften ohne Cleananspruch, die nicht Abstinenz als Aufnahmekriterium voraussetzen. Für KlientInnen mit (krankheitsbedingten) Leistungsminderungen müssen Teilzeit-Arbeitsangebote geschaffen werden; die Kooperationspartner der Frankfurter Drogenhilfe arbeiten hier gemeinsam an einem Konzept.

Das La Strada plant vor Ort die Installation eines medizinischen Versorgungsangebotes. Die Hilfen für Kokain-/Crack-KonsumentInnen, die kaum noch zur Ruhe kommen und häufig unter sehr starken Erschöpfungszuständen leiden, sollen um ein ärztliches Angebot, um Akupunktur und eine Cill-Out-Möglichkeit erweitert werden. Auf diese Weise sollen diesem Personenkreis, der derzeit mit medizinischen und sozialarbeiterischen Hilfen kaum erreicht werden kann, entsprechende Versorgungsangebote zugänglich gemacht werden. Die Zahl der Tagesruhebetten für kranke und geschwächte KlientInnen soll erhöht und das Angebot niedrigschwelliger Drogenberatung intensiviert werden. Hilfreich wäre mittelfristig die Schaffung betreuter Wohnangebote auch für nicht-substituierte, aktive DrogengebraucherInnen.

4.3.6 Schlussbetrachtung

Frankfurt am Main ist die deutsche Stadt mit der höchsten Betroffenheit von HIV und AIDS. In den vergangenen 15 Jahren konnte eine gute, breit gefächerte Infrastruktur an psychosozialen und medizinischen Hilfs- und Unterstützungsangeboten aufgebaut werden. Dieses Hilfesystem kann jedoch keineswegs als gesichert angesehen werden.

Die öffentlichen Zuschüsse reichen bei weitem nicht aus, um auch nur die Basis dieser Angebote zu gewährleisten. Infolge der Kostensteigerungen bei gleichzeitig stagnierender oder gar sinkender öffentlicher Finanzierung unterliegt das psychosoziale Hilfesystem einer kontinuierlichen Auszehrung, die seinen Bestand akut gefährdet. Elementare Versorgungsangebote können nur mit Hilfe privater Spendengelder gewährleistet werden. Dies ist ein Zustand, der professionellen Vorstellungen von Kontinuität und Nachhaltigkeit diametral entgegensteht. Wichtige Fortentwicklungen in der psychosozialen Versorgung, z.B. spezifische Angebote für Migranten oder zielgruppengerechte Angebote in den Bereichen Arbeit und Beschäftigung, können in unserer Stadt seit Jahren nicht in Angriff genommen werden. Die Kommunalpolitik ist dringend aufgefordert, soziale Arbeit auf einer soliden Arbeitsgrundlage langfristig abzusichern!

Das Hilfesystem für Menschen mit HIV und AIDS lebt von der engen Verzahnung und dem synergetischen Zusammenwirken medizinischer und psychosozialer Angebote. Im Bereich der AIDS-Forschung und -Therapie gehört Frankfurt traditionell zu den internationalen Zentren. Es darf jedoch nicht aus den Augen verloren werden, dass dieser „Weltruhm“ – neben dem unstrittigen Verdienst der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – nicht staatlichem Handeln sondern überwiegend dem privatwirtschaftlich motivierten Engagement pharmazeutischer Konzerne geschuldet ist, welche die Arbeit der entsprechenden Institutionen weitestgehend über Studien- und Forschungsgelder finanzieren. Nach Jahren großer Gewinne in diesem „Marktsegment“ und entscheidender Entwicklungen in der AIDS-Therapie ist mittlerweile ein deutliches Abflachen dieses privatwirtschaftlichen Engagements zu beobachten. Dies hat zur unmittelbaren Konsequenz, dass das Kernstück der medizinischen Versorgung Frankfurts, die AIDS-Ambulanz im Haus 68 der Uniklinik, akut in seiner Existenz bedroht ist. Hier ist dringend eine politische Intervention erforderlich!

4.4 Umweltbelastungen

Die Gesundheit ist in vielerlei Hinsicht von Umweltbedingungen abhängig. Einige Krankheitsbilder wie z.B. Allergien oder lärmbedingte Erkrankungen können in vielen Fällen direkt auf schädliche Umweltbedingungen zurückgeführt werden. Hierbei können besondere lokale von allgemeinen, eher für das Leben in hoch entwickelte Länder typische Bedingungen unterschieden werden, die krankheitsfördernd sein können. So sind in entwickelten Ländern die Lebenserwartung deutlich höher und die Kindersterblichkeit deutlich niedriger als in weniger entwickelten Ländern der sog. Dritten Welt wie auch in den Ländern des ehemaligen Ostblocks. Zu den Belastungen, die bei bestimmten Bevölkerungsgruppen die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen und die Lebenserwartung beeinflussen, gehören Umweltbedingungen wie Belastungen am Arbeitsplatz, der Kontakt mit bestimmten Stoffen (z.B. Asbest, Benzol, die Krebs auslösen können), aber auch Lärm, der in vielen verstäderten Regionen zum Alltag vieler Menschen gehört und Quelle verschiedener Erkrankungen sein kann. Diese Belastungen sind (nicht immer, aber oft) sozial ungleich verteilt, d.h. dass Personen niedriger sozialer Schicht schlechteren Umweltbedingungen ausgesetzt sind als die Angehörigen höherer Schichten.

Für die Beobachtung von und ggf. Warnung vor Umweltbelastungen sind bei der Stadt Frankfurt das Umweltamt und die Abteilung Umweltmedizin und Hygiene des Stadtgesundheitsamtes zuständig. Zur Arbeit beider Dienststellen in den letzten Jahren liegen bereits mehrere Berichte vor. Es handelt sich insbesondere um Berichte zu den Themen Lärm, Luftschadstoffe und Umweltgifte, auf die hier nur kurz eingegangen werden soll.

4.4.1 Lärm

Dem Fluglärm hat das Umweltamt der Stadt Frankfurt am Main einen eigenen Bericht gewidmet.⁸³ In der Einleitung zu diesem Bericht heißt es:

„Schall, der als lästig erlebt oder zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt, wird als Lärm bezeichnet. Lärm ist kein physikalischer, sondern ein sozial-psychologischer Begriff. Die Lebensqualität der Menschen kann durch Lärm erheblich gemindert werden, wenn Schlafstörungen, Störungen der Kommunikation sowie Beeinträchtigungen der Erholung und Entspannung auftreten.“

Lärm, so lässt sich die Wirkungskette beschreiben, führt zu einer vermehrten Ausschüttung der sog. Stresshormone Noradrenalin und Cortisol. Hierdurch wird die Häufigkeit von Herz-

⁸³ vgl. Umweltamt der Stadt Frankfurt am Main: Fluglärm in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main, 11. April 2000 (<http://www.umweltamt.stadt-frankfurt.de/fluglbe.htm>).

krankheiten und insbesondere von Herzinfarkten erhöht.⁸⁴ Epidemiologische Studien zeigen, dass Menschen, die an lauten Straßen wohnen, ein um etwa 20 % erhöhtes Herzinfarkttrisiko haben. Dieses erhöhte Risiko besteht auch dann, wenn die Betroffenen rein subjektiv das Gefühl haben, sich an den Lärm gewöhnt zu haben. Messbare lärmbedingte Schlafstörungen treten bereits deutlich unterhalb der Aufwachschwelle auf. Hiervon sind besonders Kinder betroffen, denn selbst wenn es eine relativ lärmfreie Kernzone von beispielsweise 23:00 bis 5:00 Uhr gibt, wird ein Teil ihrer normalen Schlafzeit durch Lärm beeinträchtigt. Dies gilt selbstverständlich nur dann, wenn keine entsprechenden Lärmschutzmaßnahmen erfolgen. Mag ein solcher Schutz für die Zeit der Nachtruhe bei entsprechenden baulichen Maßnahmen noch zu gewährleisten sein, so ist die Belastung durch Lärm beim Aufenthalt im Freien kaum zu beeinflussen.

Die schädlichen Wirkungen von Lärm sind durch viele Studien belegt. Sie treten auch dann auf, wenn man subjektiv das Gefühl hat, sich an den Lärm gewöhnt zu haben. Und Störungen des Schlafes treten auch dann auf, wenn die Betroffenen nicht aufwachen. Inwieweit die Frankfurter Bevölkerung von besonderen Lärmbelastungen betroffen ist und in welchem Ausmaß sich hierdurch der Gesundheitszustand der Betroffenen verschlechtert, ist nicht bekannt.⁸⁵ Allerdings hat die subjektive Lärmbelastung Einfluss auf die Entscheidung, ob man von Frankfurt wegzieht oder nicht. Bei Frankfurter Wegzugsbefragung 1998 gaben 23 % der in das nahe Umland Verzogenen „zuviel Verkehr“ als Wegzugsgrund an. Ebenfalls 23 % nannten „Wohngegend gefiel mir nicht, zu laut, zu wenig Grün“.⁸⁶

4.4.2 Luftschadstoffe

Die Schadstoffbelastung der Luft stellt eine weitere möglicherweise Krankheiten hervorru- fende oder verstärkende Umweltbedingung dar. Vom Lärm unterscheiden sie sich insoweit, als die meisten Luftschadstoffe nicht wahrgenommen werden. Die Luftqualität in Frankfurt

⁸⁴ vgl. Ising, H./Babisch, W./Kruppa, B.: Lärm und menschliche Gesundheit (<http://www.umweltmedizin.de/pages/kongress/prkt/umwm/um/ising.html>) Bundesamt für Umwelt, Wald und Landwirtschaft: Grenzenlose Mobilität hat ihren lauten Preis ([http://www.buwal.ch/bulletin/1998/d3a05s01\[bis s06\].htm](http://www.buwal.ch/bulletin/1998/d3a05s01[bis s06].htm)); Der Rat der Sachverständigen für Umweltfragen (Umweltrat): Sondergutachten Umwelt und Gesundheit (1999). Risiken richtig einschätzen. Kurzfassung, Abschnitt 3.5 (<http://www.umweltrat.de/son99kf.htm>).

⁸⁵ Insbesondere im Zusammenhang mit dem geplanten Ausbau des Frankfurter Flughafens ist mit einer verstärkten Lärmbelastung der Bevölkerung (nicht nur in Frankfurt zu rechnen). Dass der Ausbau nicht auf Kosten der Gesundheit der Betroffenen erfolgen soll, haben alle Fraktionen des Hessischen Landtags dadurch zum Ausdruck gebracht, dass sie sich am 19.5.2000 einstimmig für ein Nachtflugverbot am Frankfurter Flughafen ausgesprochen haben. Auch Ministerpräsident Roland Koch sprach sich in der Debatte dafür aus, den weiteren Ausbau an ein Nachtflugverbot zu koppeln (vgl. Frankfurter Rundschau vom 22.5.2000: „Nachtflugverbot gefordert. Einstimmiges Votum im Landtag/Minister Posch mahnt“).

⁸⁶ vgl. Dobroschke, W.: Frankfurter Wegzugsbefragung 1998. In: Frankfurter Statische Berichte, Heft 2/3'99, S. 131-155, hier S. 139. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

am Main wird, so ergaben Untersuchungen des Umweltamtes der Stadt Frankfurt, vor allem durch die Emissionen von Kraftfahrzeugen beeinflusst.⁸⁷ Bei einigen Schadstoffen wie Schwefeldioxid (SO₂), Kohlenmonoxid (CO) und Staub sind im Zeitraum von 1980 bis 1999 erhebliche Verbesserungen festzustellen. Dieser Rückgang wurde durch eine Nach- und Umrüstung von Kraftwerken und Industrieanlagen und die Herabsetzung des Schwefelgehalts im Heizöl in Dieselmotoren erreicht. Hingegen hat sich die Stickoxidbelastung (NO₂), die vor allem auf das Konto des Kraftfahrzeugverkehrs geht, auf hohem Niveau stabilisiert und liegt nur knapp unter dem in einer neuen EU-Richtlinie genannten Grenzwert. Dagegen hat die Ozon-Belastung (O₃) zwischen 1986 und 1995 zugenommen und ist danach wieder gesunken. Auch die Ozon-Belastung wird in erster Linie durch den Kraftfahrzeugverkehr verursacht. Typischerweise liegt sie im Umland höher als in Frankfurt selber. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bestimmte Substanzen, die den Ozon-Abbau beschleunigen ebenfalls aus den Emissionen von Kraftfahrzeugen stammen und deshalb in Frankfurt eine höhere Konzentration aufweisen als im Umland. Der Grenzwert (240µg/m³), ab dem Fahrverbote verhängt werden können, wurde in Frankfurt zwischen 1992 und 1995 bis zu dreimal pro Jahr überschritten, 1996 bis 1999 aber nicht. Die Tage, an denen die Ozon-Werte so hoch sind (180µg/m³), dass die Bevölkerung hierüber informiert und gebeten wird, nicht mehr Auto zu fahren, lag allerdings weit höher.

Die vom Umweltamt berichteten Daten zur Schadstoffbelastung beruhen auf den Messwerten von wenigen Messstationen in Frankfurt. So wurde die Stickstoffdioxid-Belastung in Frankfurt an acht Messpunkten erhoben. Es ist also nicht auszuschließen, dass die Belastung an einigen Stellen des Stadtgebietes im betrachteten Zeitraum deutlich höher lag. Die Messergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Messpunkten. So ist die Kohlenmonoxid-Belastung an den zwei Messpunkten, die an stark befahrenen Straßen installiert wurden deutlich erhöht, überschritten allerdings auch hier nicht die kritischen Grenzwerte.

Verlässt man die Betrachtung nur einer Belastungsdimension, dann zeigt sich der wenig überraschende Befund, dass die Anwohner (und Nutzer) der großen Ausfallstraßen nicht nur einer gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen erhöhten Schadstoffbelastung, sondern auch erhöhten Lärmbelastungen ausgesetzt sind. Hinzukommt eine Belastung mit Benzol, die eben-

⁸⁷ Michel, C.: Entwicklung der Luftqualität in Frankfurt am Main von 1980 bis 1998. In: Frankfurter Statistische Berichte, Heft 2/3'99, S. 106-121; Umweltamt der Stadt Frankfurt am Main: Entwicklung der Luftqualität in Frankfurt am Main von 1984 bis 1999. Frankfurt am Main, 5. Juni 2000 (<http://www.umweltamt.stadt-frankfurt.de/Luftbericht/Inhalt.htm>).

falls auf den Kraftfahrzeugverkehr zurückzuführen ist und an den Hauptverkehrsstraßen Werte erreicht, die nahe an den Grenzwert heranreichen. Wie diese Mehrfachbelastungen, von denen jede einzelne unter dem gesetzlichen Grenzwert bleibt, wirken, ist nicht bekannt (additiv, multiplikativ?). Grenzwerte für die gleichzeitige Exposition verschiedener Umweltbelastungen existieren nicht.

4.4.3 Belastung durch Umweltgifte

Die Gesundheitsämter sind verpflichtet, sich über den Gesundheitszustand der Bevölkerung laufend zu unterrichten. Entsprechend dieser Verpflichtung nimmt das Gesundheitsamt Frankfurt nicht nur die Einschüleruntersuchungen standardisiert vor und wertet sie aus, sondern es nimmt auch bestimmte Probleme zum Anlass für spezielle Erhebungen und Untersuchungen. So hat die Abteilung Umweltmedizin und Hygiene des Gesundheitsamtes in den vergangenen Jahren verschiedene Untersuchungen zu besonderen umweltmedizinischen Problemen durchgeführt und die entsprechenden Ergebnisse veröffentlicht.⁸⁸ An erster Stelle ist hier der Störfall der Hoechst AG vom 22.2.1993 zu nennen, der wohl der größte Chemieunfall in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland war. Er führte nicht nur zu erheblichen Kontaminationen innerhalb des Werksgeländes, sondern auch in dem nahegelegenen Wohngebiet Schwanheim. Damals wurden rd. 300 Personen auf mögliche Vergiftungserscheinungen hin untersucht. Weitere Untersuchungsfelder waren z.B. die Benzolbelastung im Umfeld von Tankstellen, Blei im Trinkwasser oder Gehalte an polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK) bzw. Benzo-a-Pyren (BaP) in der Raumluft in Wohnungen der ehemaligen US-Housings in Frankfurt am Main. Die Untersuchungsergebnisse und Bewertung sind ausführlich in den erwähnten Berichten des Gesundheitsamtes dargestellt worden und müssen deshalb hier nicht wiederholt werden.

So wichtig die Beobachtung der Belastung durch zeitlich und räumlich umgrenzte Ereignisse wie etwa den Chemieunfall im Jahre 1993 auch ist, wenn man nach den wichtigsten, d.h. den am meisten Personen treffenden und die größten Schädigungen hervorrufenden Umweltbelastungen fragt, treten altbekannte Faktoren in den Vordergrund, nämlich die Emissionen des Straßenverkehrs und die Innenraumluftbelastung durch Passivrauchen.⁸⁹ So haben Säuglinge,

⁸⁸ vgl. Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main: Umweltmedizinische Gesundheitsberichterstattung. Jahresbericht 1992-1995. Ausgewählte Themen. Frankfurt am Main, im April 1996; Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main: Umweltmedizinische Sprechstunde für Bewohner der ehemaligen US-Housing in Frankfurt am Main. Ergebnisse der Blut- und Urinuntersuchungen auf PAK, PCB und Pestizide oder deren Stoffwechselprodukte. Frankfurt am Main, im Oktober 1999.

⁸⁹ vgl. Heudorf, U.: Passivrauchen und Erkrankungsrisiko bei Kindern - Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen (im Erscheinen).

die dem Passivrauch ausgesetzt werden, ein bis zu dreifach höheres Risiko an plötzlichem Kindstod zu sterben. Auch das Risiko für Ohrentzündungen bei Kleinkindern ist signifikant erhöht. Passivberauchte Kinder haben ein um 50 bis 70 % höheres Risiko an Erkrankungen der unteren Atemwege oder an Asthma zu erkranken. Deshalb ist Passivrauchen der „Umweltschadstoff Nr. 1“ für Kinder und mindestens so ernst zu nehmen wie die stärker in der öffentlichen Diskussion stehende Belastung mit Umweltgiften wie z.B. PCB (polychlorierte Biphenyle).⁹⁰ Für die Gesundheitsvorsorge stellt dies eine besondere Herausforderung dar, entstehen doch die meisten Straßenverkehrsemissionen durch Berufspendler oder sind unmittelbar an berufliche Tätigkeiten gebunden, gelten den meisten Menschen daher als mehr oder weniger unvermeidlich, und ist das Rauchen eine gesundheitsschädliche Verhaltensweise, die besonders resistent gegen Ratschläge und Appelle zu sein scheint. Die meisten Raucher scheitern bei dem Versuch, das Rauchen aufzugeben oder fangen nach einer gewissen Unterbrechung wieder damit an, obwohl sie über den Suchcharakter und die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens und Passivrauchens ausreichend informiert sind.⁹¹

4.4.4 Schlussfolgerungen

Wenn es um die Aufgabe geht, einen Sozialbericht zu erstellen, fällt auf, dass die vorhandenen Daten in mancherlei Hinsicht Lücken aufweisen. So fehlen in der Regel Informationen über die soziale Zusammensetzung der von bestimmten Umweltbelastungen betroffenen Bevölkerung. Da bestimmte Bevölkerungsgruppen aufgrund der verlangten Mieten nur bestimmte Wohnstandorte „wählen“ können, kann es sein, dass Personen, die in Bereichen wie Wohnung, Bildung oder Einkommen „unterversorgt“ sind, auch von bestimmten gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen eher betroffen sind als andere. Obwohl es sich hierbei um eine wohl begründete Annahme handelt, fehlen im lokalen Kontext hierzu die entsprechenden Daten. Des Weiteren weiß man zu wenig über das gemeinsame Auftreten und die Wirkung mehrerer verschiedener Umweltbelastungen (z.B. Lärm und einzelne Luftschadstoffe). Ein wesentliches Ziel der künftigen Arbeit besteht darin, die Datenlagen im Hinblick hierauf zu verbessern.

⁹⁰ vgl. Heudorf, U./Salzmann, N.: Polychlorierte Biphenyle in der Raumluft von Schulen. Wie hoch ist die Gesundheitsgefahr für die Schüler und Lehrer. In: *internistische praxis (internist. prax.)*, Jg. 37(1997), S. 221-228

⁹¹ vgl. Junge, B./Nagel, M.: Das Rauchverhalten in Deutschland. In: *Gesundheitswesen*, 61. Jg. (1999), Sonderheft 2, S. 121-125.

5. Selbsthilfeaktivitäten

(von Dr. Hans Wolter, Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main)

In Frankfurt am Main gibt es momentan ca. 800 Selbsthilfegruppen. Ein umfassender Gesundheitsbegriff, die Notwendigkeit der Kommunikation zwischen Laien und Professionellen und das freiwillige Engagement vieler Bürgerinnen und Bürger in Initiativen, Vereinen und Selbsthilfegruppen sind zentrale Bestandteile der Planungen und Maßnahmen des Stadtgesundheitsamtes. Die Bereitschaft zu Selbsthilfe und Ehrenamt kann das Stadtgesundheitsamt nicht „produzieren“. Aber es kann die Initiative und die Eigenverantwortung der Bürger unterstützen und fördern, ideell und finanziell.

5.1 Die Selbsthilfekontaktstelle und die Servicestelle BürgerInnen-Beteiligung Frankfurt

Diese Einrichtungen übernehmen eine überaus wichtige Rolle für Menschen, die Hilfe suchen oder sich mit anderen zusammenschließen wollen. Der Träger beider Einrichtungen ist der Selbsthilfe e.V. Im Jahresbericht 1999 des Selbsthilfe e.V. heißt es:

„Mit ihren Aktivitäten und Angeboten unterstützen die Selbsthilfe-Kontaktstelle und die Servicestelle Bürgerinnen und Bürger beim aktiven Eintreten für eine gesellschaftliche Entwicklung, die Gesundheit und Lebensqualität fördert. Sie bieten Zugang zu all jenen wesentlichen Informationen und Möglichkeiten, die zur Entfaltung von praktischen Fähigkeiten dienen, die als gesundheitsrelevante Faktoren angesehen werden. In diesen Prozeß werden alle Verantwortlichen aus Sozial- und Gesundheitsverwaltung sowie aus den medizinischen und psychosozialen Arbeitsfeldern eingebunden.“

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt wird maßgeblich aus dem Haushalt der Stadt finanziert. Sie unterstützt seit über 15 Jahren Selbsthilfegruppen in Frankfurt am Main. Selbsthilfe-Interessenten werden hier umfassend informiert, ausführlich beraten und kompetent vermittelt. Selbsthilfegruppen werden bei Bedarf gegründet, bei Sachfragen beraten, in ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und für die Zusammenarbeit vernetzt.

Die Servicestelle BürgerInnen-Beteiligung stellt eine gesonderte Einrichtung dar. Sie ist rechtlich Bestandteil des Selbsthilfe e.V und wird vollständig von der Stadt Frankfurt finanziert. Die Servicestelle wurde im Rahmen des "Gesunde Städte"-Projekts im Jahr 1991 aus der Taufe gehoben wurde. Sie fördert seitdem Initiativen und Zusammenschlüsse von Bürgerinnen und Bürgern sowohl gesamtstädtisch als auch auf Stadtteilebene. Die Stelle orientiert sich dabei ausdrücklich an den Zielen und Strategien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Beide Einrichtungen lassen sich charakterisieren durch ihre Funktion als Brückeninstanz zwischen Verwaltung und Bürgern.

Die MitarbeiterInnen von Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt und Servicestelle BürgerInnen-Beteiligung erbringen fachübergreifende Dienstleistungen für alle Bereiche der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe. Als niedrighschwelliges Angebot können sie von Bürgern, die sich in Selbsthilfegruppen organisieren wollen leicht erreicht und in Anspruch genommen werden. Beide Einrichtungen übernehmen die Funktion von einer Service- und Vermittlungsagentur an der Schnittstelle von Selbsthilfegruppen und professionellen Dienstleistungen. Die Beratung durch die Mitarbeiter von Selbsthilfe-Kontaktstelle und Servicestelle BürgerInnen-Beteiligung erfolgte telefonisch oder persönlich. Sie war vertraulich und kostenlos. In der Einzelberatung klärte die Mitarbeiterin der Selbsthilfe-Kontaktstelle, ob eine Selbsthilfegruppe oder eventuell ein professionelles Hilfeangebot oder ein anderes Angebot, z. B. aus dem Freizeitbereich, den Bedürfnissen des Interessenten entsprach.

An die Selbsthilfe-Kontaktstelle wandten sich nicht nur Frankfurter Bürgerinnen und Bürger. Ein Drittel aller Anfragen kam von Bewohnern aus dem Umland. Topographisch bildet sich die Region mit dem Zentrum Frankfurt innerhalb eines Kreises zwischen den Städten Wiesbaden im Westen, Usingen und Bad Nauheim im Norden, Aschaffenburg im Osten und Darmstadt im Süden. Zu einem persönlichen Beratungsgespräch kamen 1999 354 Personen in die Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt. 239 wohnten in Frankfurt und 115 im Umland. An Gruppengründungen nahmen 96 Personen teil. Davon stammten 64 aus Frankfurt und 32 wiederum aus dem Umland.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle beriet beim Aufbau der neuen Gesprächs-Selbsthilfegruppen. In einem Informationsgespräch wurden die Erwartungen an die Gruppe geklärt sowie die Art der Hilfestellung seitens der Kontaktstelle bei der Suche nach neuen Mitgliedern und gezielter Öffentlichkeitsarbeit abgesprochen. In kritischen Phasen der Gruppendynamik besuchten die Mitarbeiter auf Anfrage die Gruppe, um den autonomen Gruppenprozess supervisorisch zu begleiten.

Die Servicestelle BürgerInnen-Beteiligung beriet Selbsthilfegruppen, -organisationen und freie Projekte bei der Gründung, der Vereinsarbeit, beim Finden finanzieller Mittel und der Öffentlichkeitsarbeit. Sie informierte Bürger und Fachöffentlichkeit über die Arbeit von Initiativen, Projekten und Organisationen, den Zugang zu und die Kooperationsmöglichkeiten mit ihnen. Kontaktstelle und Servicestelle halfen ebenfalls bei der Suche nach Räumen für Selbsthilfegruppen. 1999 nutzen durchschnittlich 30 Gruppen und Initiativen pro Monat die Räume in der Jahnstraße 49.

Die Frankfurter Selbsthilfezeitung ist ein wichtiges Medium für Selbsthilfegruppen in Frankfurt und Umgebung. 1999 erschien die Frankfurter Selbsthilfezeitung mit 4 Ausgaben in einer Auflagenhöhe von jeweils 5.000 Stück. Die Internetseiten der Selbsthilfe-Kontaktstelle und der Servicestelle bei der Stadt Frankfurt wurden 1997 durch Schüler der Internet AG der Herder Schule aufgebaut und gepflegt. Sie standen auch 1999 für Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Alle Gruppen, die sich in der Frankfurter Selbsthilfezeitung präsentieren, wurden ins Internet übernommen. 1999 wurde die Homepage von ca. 1500 Interessenten genutzt.

Themen von Selbsthilfegruppen in Frankfurt und Umgebung 1999

Adoption

Adrenogenitales Syndrom
AIDS
Alkoholsucht
Alleinerziehende
Alleinsein
Allergien
Ältere Menschen
Alzheimer-Krankheit
Amalgamgeschädigte
Amputierte
Angsterkrankungen
Aphasie
Arbeitssucht
Arteriosklerose
Arthrose
Atemwegserkrankungen
Atemstillstand
Autismus

Bauchspeicheldrüsenerkrankungen

Bechterew, Morbus
Behinderte
Beziehungsprobleme
Binationale Familien und Partnerschaften
Bisexualität
Blasenschwäche
Bypasspatienten

Chemikaliengeschädigte

Chorea-Huntington
Co-Abhängige
Cochlea Implantat
Colitis Ulcerosa

Darmerkrankungen

Demenzerkrankungen

Depression

Diabetes
Dialyse
Down-Syndrom
Drogensucht

Epilepsie

Erwerbslosigkeit
Essstörungen

Fettstoffwechselerkrankungen

Fibromyalgie
Fragiles X-Syndrom
Frauen

Gebärmutterentfernung

Gehörlosigkeit
Geistige Behinderung
Gewaltprobleme
Glücklose Schwangerschaft

Hauterkrankungen

Hepatitis C
Heredo-Ataxie
Herz-Kreislauf
HIV
Hochbegabte
Homosexualität
Hörbehinderte
Hydrocephalus
Hyperaktive Kinder
Hypophysen- und Nebennierenerkrankte
Hypospadie

Inzestüberlebende

Kehlkopfloose

Kinderlosigkeit, ungewollte
Kleinwüchsige Menschen
Krebs

Lebererkrankung

Legasthenie
Lese- Rechtschreibschwäche
Leukämie
Lippen-Gaumenfehlbildungen
Lupus Erythematodes

Marfan

MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion)
Medikamentenabhängigkeit
Mehrlingsfamilien
Migräne
MigrantInnen
Milcheiweissunverträglichkeit
Missbrauch
Mobbing
Morbus Crohn
Mucoviszidose
Müdigkeitssyndrom, chronisches
Multiple Sklerose
Muskelkrankte
Myasthenie
Myome

Neurodermitis

Neurofibromatose
Neurologische Erkrankungen
Nichtrauchen
Nierentransplantierte

Osteogenesis imperfecta

Osteoporose

Panikattacken

Parkinson, Morbus
Pflegeeltern
Pflegerische Angehörige
Phobien
Plötzlicher Kindstod
Polyneuropathie
Poliomyelitis
Psychisch Kranke
Psychiatrieerfahrene

Querschnittgelähmte**Retinitis Pigmentosa**

Rheuma

Sarkoidose

Schiefhals
Schilddrüsenerkrankungen
Schlaganfall
Schmerzen, chronische
Schuldner
Schuppenflechte
Schwiegertöchter/Schwiegermütter
Sehbehinderte
Sekten
Sex- und Liebessüchtige
Sexuelle Probleme
Sklerodermie
Spielsucht
Spina bifida
Sterbebegleitung
Stieffamilien
Stomaträger

Stottern
Suizid, Hinterbliebene

Thrombose/Thrombophilie

Tinnitus
Tourette-Syndrom
Trauer
Turner-Syndrom

Überaktive Kinder

Unfallgeschädigte
Unordentliche Menschen

Verwaiste Eltern**Wahrnehmungsstörungen**

Wechseljahre
Wirbelsäulenerkrankungen

Zahnmedizinischer Arbeitskreis

Zahnmetallgeschädigte
Zöliakie
Zwangserkrankungen
Zwillingseltern

5.2 Das Gesundheitszentrum Schwanheim

Das Gesundheitszentrum Schwanheim ist eine Anlaufstelle in Sachen Gesundheit für Bürgerinnen und Bürger und für alle, die gesundheitliche Hilfe und Unterstützung suchen, aber auch geben können. Es vereinigt hier wichtige Funktionen kommunaler Gesundheitsförderung sowie Aufgaben der Prävention. Das Ziel dieser Einrichtung ist Potentiale für körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden zu wecken. Selbsthilfegruppen, Initiativen der Bürgerschaft und Vereine betreiben in diesem Stadtteil Gesundheitsförderung gemeinsam.

Angebote:

Für die Arbeit der Selbsthilfegruppen, Initiativen, Vereine, Bürgerinnen und Bürger stellt das Stadtgesundheitsamt folgende Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung:

- Einen Büroraum, einen Raum mit Küche und einen Veranstaltungsraum von 60qm. Diese können für Gruppen- und Vereinstreffen, Tagungen, Seminare und Kurse genutzt werden.
- Arbeitsmaterialien wie zum Beispiel: Flipchart, Overheadprojektor, Videoanlage, Kopierer, PC, Telefon, Fax und Internet mit einem E-Mailzugang.
- Portokosten für Informationen, Bekanntgaben ect.
- Das Gesundheitsamt stellt die Kontakte zur Lokalredaktionen her und unterstützt die Gruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit
- auf Wunsch Unterstützung bei der Beschaffung von Fördermitteln und Beratung in organisatorischen Fragen

Die Akzeptanz Des Gesundheitszentrums von Seiten der Bevölkerung ist ausgesprochen gut. Das Selbsthilfeengagement und die Bürgerbeteiligung in Frankfurt werden erfolgreich gefördert. Die meisten Seminare und Kurse sind ausgebucht. Das Gesundheitszentrum als Anlaufstelle in Sachen Gesundheit für alle Bürgerinnen, Bürger und Hilfesuchenden hat sich als nützliche und sinnvolle Einrichtung etabliert.

6. Schluss

Der Gesundheitszustand bestimmt ganz wesentlich die Selbstwahrnehmung und die Lebenszufriedenheit. Gesundheit ist eine zentrale Dimension der Lebenslage von Menschen. Begreift man Gesundheit der in der Einleitung zitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation folgend als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen, dann ist „Gesundheit“ auch ein Programm, das auf verschiedenen Feldern staatliche und private Aktivitäten zu seiner Verwirklichung erfordert. Zu diesen Feldern gehört die Sicherstellung der medizinischen Versorgung durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, die öffentliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention wie auch die Kontrolle von und ggf. Warnung der Bevölkerung vor Gefahrenstoffen in der Umwelt.

Im Hinblick auf die Ärztedichte und Krankenhausbetten ist die Frankfurter Bevölkerung nach den offiziellen Kriterien der Bedarfsbemessung gut versorgt. Das öffentliche Gesundheitswesen spielt bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nur eine Nebenrolle. Dies ist auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention anders, denn hier liegt seine Hauptaufgabe. Die entsprechenden Aktivitäten des Stadtgesundheitsamtes sind in diesem Bericht ausführlich dokumentiert.

In einem Sozialbericht liegt ein Hauptinteresse auf dem Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage. Hier gibt es nur bruchstückhafte Informationen. So haben bestimmte Gruppen unter den ausländischen Frankfurtern Probleme bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Über den Gesundheitszustand der Bevölkerung liegen nur wenige Erkenntnisse vor. Am besten dokumentiert ist der Gesundheitszustand von Kindern, die eingeschult werden sollen, und von Kindern, die an den Reihenuntersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes teilnehmen. Bei insgesamt gutem gesundheitlichem Zustand gibt es doch einige Gruppen, bei denen dies nicht so uneingeschränkt gilt. Z.B. gibt es Hinweise darauf, dass der Zustand der Zähne auch von der Schichtzugehörigkeit beeinflusst wird. Ähnliches gilt für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und den Impfschutz, der vor allem bei ausländischen Kindern schlechter ist als bei deutschen. Was die höhere Morbidität von Ausländern angeht, stimmen die Befunde mit denen anderer Untersuchungen überein.⁹² Dasselbe gilt für die geringere Teilnahme ausländischer Kinder und von Kindern aus Wohngebieten mit einem hohen Anteil von Personen mit niedrigem sozialen Status an Vorsorgeuntersuchungen,

⁹² vgl. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: 4. Bericht zur Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin Feb. 2000, S. 176ff. (<http://www.bundesauslaenderbeauftragte.de/download/lagebericht4.rtf>).

wobei nicht vergessen werden darf, dass die Merkmale „ausländisch“ und „niedriger Sozialstatus“ sich häufig auf dieselben Personen beziehen. Die Befunde zeigen, dass trotz aller Verbesserungen beim Impf- und Vorsorgestatus von einzuschulenden Kindern ein optimaler Stand noch nicht erreicht ist. Allerdings dürfte auch bei Deutschen eine hundertprozentige Durchimpfung nicht zu erreichen sein, da es bei Teilen der Bevölkerung Vorbehalte gegen das Impfen bzw. einige Schutzimpfungen gibt. Der Frage, ob und inwieweit diese Vorbehalte berechtigt sind, kann an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen werden.

Besondere gesundheitliche Gefährdungen liegen z.B. bei den mehreren tausend Drogenabhängigen und den HIV-Infizierten vor. Insgesamt ist die Zahl der Drogentoten und jährlich an AIDS Sterbenden zwar gering, besondere Aufmerksamkeit verdienen die Betroffenen aber trotzdem aus verschiedenen Gründen. So sind von den bislang an AIDS Infizierten mehr als zwei Drittel gestorben. Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit, bei einer Infektion innerhalb eines überschaubaren Zeitraums zu sterben, hat die Verhinderung von weiteren HIV-Infektionen höchste Priorität. Die HIV-Infizierten und akut an AIDS-Erkrankten benötigen die Unterstützung aller. Viele von ihnen sind noch nicht in dem Alter, in dem man sich gewöhnlich mit den Fragen von Sterben und Tod auseinandersetzen muss. Dies stellt eine besondere Herausforderung für eine Gesellschaft wie die unsere dar, in der Tod und Sterben stark tabuisiert sind.

Auch im Drogenbereich sind besondere Anstrengungen notwendig. Zu den mehr als 3.000 registrierten Drogenabhängigen kommt eine unbekannt Zahl von nicht registrierten. Damit ist das Suchtproblem aber keineswegs umfassend beschrieben, wenn man an die große Zahl von Alkoholkranken und die unter Alkoholkonsum begangenen Straftaten und durch Alkoholkonsum verursachten Unfälle denkt.⁹³ Die hierdurch verursachten Schäden sind weit größer als die infolge des Konsums harter Drogen wie Heroin oder Crack. Wenn man die Höhe der verursachten Schäden und die Zahl der Betroffenen zum Maßstab nimmt, müsste die Bekämpfung der „Volksdroge Alkohol“ an erster Stelle stehen. Warum dies nicht so ist, hängt sicher auch damit zusammen, dass Alkoholkonsum sozial akzeptiert und für die meisten „Konsumenten“ ohne langfristige Schäden ist. Alkoholismus führt in der Regel nicht zu Folgeerscheinungen wie Beschaffungskriminalität. Vielmehr können die vielen Betroffenen lange ein nach außen unauffälliges Leben weiterführen. Dies ist beim Konsum harter Drogen anders. Ihr Konsum fällt i.d.R. sehr schnell auf. Konsumiert man sie regelmäßig, ist der Konsum

⁹³ vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Basiswissen: Alkohol (<http://www.dhs.de/basis/alkohol.htm>).

kaum zu finanzieren und Beschaffungskriminalität die logische Konsequenz. Der hohe Preis dieser Drogen ist, was nicht vergessen werden darf, Folge ihrer Illegalität.

Die Wirkungen der Frankfurter Drogenpolitik sind schwer zu messen. Immerhin ist die Zahl der registrierten Drogenabhängigen in Frankfurt am Main von 1995 bis 1999 um 44 % gesunken. Die Zahl der Drogentoten sank von ihrem Höchststand 1991 bis 1999 um rd. 82 %, während im gleichen Zeitraum ihre Zahl im Bundesgebiet nur um rd. 14 % zurückging. In Frankfurt ist auch die Zahl der Einbruchdiebstähle aus PKW, die häufig auf das Konto von Drogenabhängigen gehen, stark rückläufig. 1999 erreichte sie die niedrigste Zahl im Zeitraum von 1990 bis 1999. Diese positiven Entwicklungen dürften - bei allen Unsicherheiten - auch mit der Bereitstellung von Drogenkonsumräumen und der Substitution von harten Drogen durch Methadon zusammenhängen. Dies spricht dafür, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen.

Neben dem etablierten Medizinbetrieb gibt es eine große Vielfalt von Gruppen, die die Selbsthilfeaktivitäten von solchen Personen (oder deren Angehörigen) bündeln und unterstützen, die von den verschiedensten Krankheiten betroffen sind oder sich um ein bestimmtes gesundheitsförderndes Verhalten bemühen. Diese Aktivitäten gründen sich z.T. auf einem Misstrauen gegenüber dem etablierten Medizinbetrieb und einer kritischen Einstellung gegenüber der sog. Schulmedizin. Sie stellen in vielen Fällen eine wichtige Ergänzung der medizinischen Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser dar. Die Teilnahme an Selbsthilfeaktivitäten hat in vielen Fällen positive Auswirkungen „auf Befinden, Symptomentwicklung, Rezidive, Krankheitsprogression, Lebensdauer, Hilfesuchverhalten sowie rationale Inanspruchnahme von medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen. [...] Denn gelungene Selbsthilfe [...] ist eine Form der Gesundheitsförderung.“⁹⁴ Weil dies so ist, unterstützt die Stadt Frankfurt am Main die Arbeit von Selbsthilfegruppen.

Viele Bewohner von Frankfurt am Main sind von Lärm- und Schadstoffemissionen betroffen. Hauptquelle dieser Emissionen ist der Straßen- und Flugverkehr. Die Stadt Frankfurt am Main ist nur in beschränktem Umfang in der Lage, die Höhe dieser Emissionen zu beeinflussen. Die Pendlerströme insgesamt hängen ganz entscheidend von der großen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der in Frankfurt am Main angesiedelten Unternehmen ab. Es ist deshalb kaum damit zu rechnen, dass in Zukunft die Zahl der einpendelnden Erwerbspersonen in nennenswertem Umfang abnehmen wird. Es wird deshalb darauf ankommen, einem möglichst

⁹⁴ Rosenbrock, R.: Aufgaben und Struktur der Selbsthilfe in einer modernen Gesundheitspolitik. In: Nakos-Extra 29, August 1999, S. 18-29.

großen Teil der Pendler attraktive Alternativen zum Individualverkehr zu bieten. Neben dem Straßenverkehr stellt der Flugverkehr für viele Menschen eine Belastung dar. Die langfristig gesundheitsschädlichen Wirkungen von Lärm sind genügend belegt. Gerade Kinder sind in dieser Hinsicht besonders schutzbedürftig. Ein Schritt, der den besonderen Schutzinteressen von Kindern Rechnung trägt, ist die Koppelung des angestrebten Flughafenausbaus an ein Nachtflugverbot, wie es vom Magistrat der Stadt Frankfurt am Main und der hessischen Landesregierung gefordert wird.

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hängt ganz wesentlich von der medizinischen Versorgung bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote ab. Städtische Einrichtungen können häufig nur aufklären oder bestimmte Empfehlungen aussprechen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Schuleingangsuntersuchungen und die Reihenuntersuchungen des zahnärztlichen Dienstes des Stadtgesundheitsamtes. Ob die von den untersuchenden Ärzten ausgesprochenen Empfehlungen auch befolgt werden, ist Sache der Eltern der untersuchten Kinder. In den meisten Fällen werden die Eltern den Empfehlungen Folge leisten und Kontakt zu den entsprechenden Einrichtungen oder Ärzten aufnehmen. Genauere Erkenntnisse, in welchem Umfang dies tatsächlich geschieht, liegen aber nicht vor.

Bestimmte Migrantengruppen haben Probleme bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungseinrichtungen und Leistungen (vgl. oben Abschnitt 2.3). In den oben erwähnten beiden Veröffentlichungen des Amtes für multikulturellen Angelegenheiten und des Stadtgesundheitsamtes zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten sind eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe vorgeschlagen worden. Ob und inwieweit diese Handlungsvorschläge aufgegriffen und umgesetzt worden sind, ist z.Z. nicht bekannt.

Insgesamt liegen nur bruchstückhafte Informationen über die gesundheitliche Situation der Frankfurter Bevölkerung vor. Insoweit bei städtischen Ämtern Daten hierzu vorhanden waren, sind diese in diesem Bericht auch berücksichtigt worden. Andere wichtige Datenquellen, wie sie z.B. bei den Krankenkassen im Prinzip vorliegen, sind aber noch nicht erschlossen. Eine Verbesserung der Informationsbasis erfordert einen entsprechenden Einsatz von Ressourcen. Will man Genaueres über die gesundheitliche Situation und die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung erfahren, müssen ggf. auch entsprechende Erhebungen durchgeführt wer-

den.⁹⁵ Bei solchen Erhebungen ist man auch auf die Hilfe professioneller Befragungsinstitute angewiesen, was nicht ohne die Bereitstellung entsprechender Haushaltsmittel möglich ist.

⁹⁵ Nicht unerwähnt bleiben soll, dass in der regelmäßig durchgeführten Bürgerumfrage des Statistischen Amtes auch die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen erfragt wird. Zu diesen Lebensbereichen gehört auch die ärztliche Versorgung. 1998 waren von den Befragten der Bürgerumfrage insgesamt 64 % mit der ärztlichen Versorgung in Frankfurt am Main „eher zufrieden“. Die höchste Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung hatte die Gruppe der über 50jährigen Befragten mit einem Haushaltsmonatseinkommen über 5.000 DM (81 %), die geringste die Gruppe der Befragten von 25-40 Jahren und einem Einkommen bis 2.000 DM (vgl. Völker, M./Hennig, E.: Zufriedenheitsprofile in der Dienstleistungsstadt. In: Frankfurter Statistische Berichte 1'2000, S. 61-75, hier S. 68f.). Warum Personen mit der ärztlichen Versorgung unzufrieden sind, wo sie Lücken in der medizinischen Versorgung insgesamt sehen, wie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist und wie die Bevölkerung ihre gesundheitliche Situation einschätzt, ist aber offen.

Anhang

1. **Schwerbehinderte in Frankfurt am Main**

Am Jahresende 2001 waren 8,4 % der Frankfurter Bevölkerung schwerbehindert (Grad der Behinderung mindestens 50 %). Eine Behinderung ist definiert als eine Funktionseinschränkung körperlicher, geistiger oder seelischer Art. Diese Funktionseinschränkung muss für das jeweilige Lebensalter atypisch sein und mindestens sechs Monate andauern.

Anerkannte Schwerbehinderte in Frankfurt am Main nach Altersgruppen und Geschlecht am 31.12.2000 nach Geschlecht

Altersgruppe	zusammen	männlich	weiblich
0 bis unter 18	954	580	374
18 bis unter 25	448	252	196
25 bis unter 35	1.697	954	743
35 bis unter 45	3.692	2.020	1.672
45 bis unter 60	12.830	6.655	6.175
60 bis unter 75	19.857	11.169	8.688
75 und älter	14.953	5.207	9.746
insgesamt	54.431	26.837	27.594

Fast alle Behinderungen (97,8 %) werden im Laufe des Lebens erworben. Neun von zehn Behinderungen werden durch Krankheiten verursacht, rd. 1 % durch einen Arbeits-, Verkehrs-, häuslichen oder sonstigen Unfall.

Auf drei Behinderungsarten fallen fast zwei Drittel aller Behinderungen: die Gruppe der Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen und Organsystemen (28 %), Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierungen des Brustkorbes (20 %) und Querschnittslähmungen, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen und Suchtkrankheiten (14 %). Bei weiteren 11 % liegen Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen vor, 6 % sind von Blindheit oder Sehbehinderung betroffen und 5 % von Sprach- und Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit oder Gleichgewichtsstörungen.⁹⁶

⁹⁶ Alle Angaben nach: Stadt Frankfurt am Main. Bürgeramt, Statistik und Wahlen: Frankfurter Statistik Aktuell Nr. 21/2001.

2. Todesursachen in Frankfurt am Main

Bei den Todesursachen unterscheidet sich Frankfurt am Main nur wenig vom gesamten Bundesgebiet und Hessen. Krankheiten des Kreislaufsystems waren 1999 in Frankfurt in 41,4 % der Fälle die Todesursache (Bundesgebiet 47,9 %), bösartige Neubildungen in 23,7 % (Bundesgebiet 24,9%), Krankheiten der Atmungsorgane in 5,3 % (Bundesgebiet 6,1 %), Krankheiten der Verdauungsorgane 5,8 % (Bundesgebiet 4,7 %) und Unfälle in 1,8 % (Bundesgebiet 2,2 %). Auffällig ist der im Vergleich zum Bundesgebiet insgesamt deutlich geringere Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems an den Todesursachen.

Die häufigsten Todesursachen im Bundesgebiet und in Frankfurt am Main 1999. Angaben in %.

	Bundesgebiet 1999 (n = 846.330)	Frankfurt am Main 1999 (n = 6.504)
Krankheiten des Kreislaufsystems	47,9	41,4
<i>darunter: akuter Herzinfarkt</i>	<i>9,1</i>	<i>5,6</i>
Bösartige Neubildungen	24,9	25,5
Krankheiten des Atmungssystems	6,1	5,3
Krankheit des Verdauungssystems	4,7	5,8
Unfälle	2,4	1,8
Selbstbeschädigung (Suizid)	1,3	1,3

Quellen: Statistisches Bundesamt: Todesursachen, Säuglingssterblichkeit und Schwangerschaftsabbrüche (<http://www.statistik-bund.de/basis/d/gesutab3.htm>) Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main: Tabelle 2.37; eigene Berechnungen

Bei den Selbstmorden (1997 waren dies 80 und 1998 81 Fälle) unterscheiden sich die Frankfurter Zahlen kaum von denen für Hessen.⁹⁷ 1997 gab es in Hessen 13,0 Selbstmorde auf 100.000 Einwohner und in Frankfurt 12,8 (bezogen auf alle Bewohner mit Hauptwohnsitz). Auch die Differenzen zwischen Männern und Frauen entsprechen ungefähr denen in Hessen insgesamt. Hier gab es 1997 18,3 Selbstmorde auf 100.000 Einwohner, während es in Frankfurt 17,7 waren. Und auf 100.000 Frauen in Hessen kamen 1997 8,0 Selbstmorde, während es in Frankfurt 8,1 waren. Insgesamt liegen die Selbstmordzahlen in Hessen etwas unterhalb des Bundesdurchschnitts.⁹⁸

⁹⁷ vgl. Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 1998, Tabelle 2.33.

⁹⁸ Die Zahlen zur Selbstmordhäufigkeit in Hessen und dem Bundesgebiet sind entnommen: Sozialbericht Bayern. Material- und Analyseband der wissenschaftlichen Projektgruppe, Tabelle 9-5. (<http://www.stmas.bayern.de/publikat/online/anlage09.pdf>).

3. Angebote für Drogenabhängige und AIDS-Infizierte in Frankfurt am Main

3.1 Angebote des Vereins „Jugendberatung und Jugendhilfe“(JJ)⁹⁹

- **Die betreute Wohngemeinschaft (BWG) Eschenbachhaus**

Die Betreute Wohngemeinschaft (BWG) „Eschenbachhaus“ stellt mit ihren spezifischen Angeboten einen Baustein im Netz der Frankfurter Drogenhilfe dar. Der Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. hat die Einrichtung 1996 mit dem Ziel eröffnet, für langjährig drogenabhängige Menschen mit fortgeschrittener HIV-Infektion adäquate Hilfen anzubieten. Es können in begrenzter Anzahl auch Personen mit zusätzlich neurologischen und/oder psychiatrischen Begleiterkrankungen betreut werden. Insgesamt können 18 Personen in der BWG-„Eschenbachhaus“ leben. Damit wurde 1996 eine Lücke im städtischen Versorgungssystem geschlossen. Entscheidend für die zu betreuende Gruppe ist die Bündelung der pflegerischen, medizinischen und sozialtherapeutischen Betreuung und Versorgung.

Ein differenziertes Konzept mit suchtbegleitenden und suchtherapeutischen Elementen wurde entwickelt, um den Menschen mit ihren schwerwiegenden gesundheitlichen und psychosozialen Problemen gezielte Unterstützung geben zu können. Diese Hilfen werden im strukturellen Rahmen einer Betreuten Wohngemeinschaft gewährt. Ein Kooperationsvertrag mit dem Malteserhilfsdienst Frankfurt GMBH stellt die ambulante Pflege sicher. Die Substitution und die hausärztliche Versorgung nehmen drei Ärzte wahr.

Die besondere Problematik der Bewohnerinnen und Bewohner liegt im Zusammenwirken der vielfältigen Erkrankungen und daraus resultierenden Schädigungen.

1. Im Vordergrund steht die Suchtproblematik. Langjähriger Drogenkonsum, ohne längere „Cleanzeiten“ haben ein suchtbegleitendes Konzept notwendig gemacht mit einem Fokus auf die Reduktion des Beigebrauchs, um eine weitere dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Hierzu ist eine intensive und kontinuierliche sozialtherapeutische Begleitung notwendig.
2. Die HIV-Problematik spielt dann eine Rolle, wenn gravierende gesundheitliche Probleme auftreten und diese zu einer Minderung der Lebensqualität führen. In der HIV-Behandlung haben wir sehr von den Entwicklungen der letzten Jahre, der Fachkompetenz unserer Ärzte und der Nähe der Uniklinik profitiert. Zunehmend mehr wird von

⁹⁹ Der folgende Text wurde von Mitarbeitern der beiden Einrichtungen, deren Arbeit hier dargestellt wird, verfasst.

den Klientinnen und Klienten die Möglichkeit der antiretroviralen Therapie genutzt, auch wenn diese zunächst durch deren Nebenwirkungen abschreckt. Die Compliance und das individuelle Durchhaltevermögen bedürfen der ständigen Begleitung.

3. Die neurologischen Schädigungen treten in der Regel sowohl in Folge der Suchterkrankung, als auch der fortgeschrittenen HIV-Infektion bzw. der manifesten Aids-erkrankung auf. In besonderer Weise ist hier die Pflege gefordert, um auf sehr schwierige und pflegerisch aufwendige Situationen angemessen reagieren zu können.
4. Die psychiatrische Comorbidität der Bewohnerinnen und Bewohner ist nicht in allen Fällen eine Folge des Drogengebrauchs. Eine sorgfältige Anamnese und eine psychiatrische Diagnostik gehören daher zu den entwickelten Standards der Einrichtung, um Betreuungsziele und Inhalte auf die jeweilige Person abstimmen zu können.

Zu den genannten Krankheitsbildern haben langjährige Obdachlosigkeit, immer wiederkehrende Haft- und Psychiatrieaufenthalte das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner beeinflusst. Extreme Verwahrlosung oder Anzeichen von Hospitalisierung haben die Verortung in der BWG „Eschenbachhaus“ und die Entwicklung sozialer Kompetenzen erschwert.

Erklärtes Ziel ist es, im Rahmen von Hilfen zum täglichen Überleben die Möglichkeit zur Verortung in der Einrichtung herzustellen. So konnte das „Eschenbachhaus“ über gezielte tagesstrukturierende Maßnahmen eine hohe „Bindungsfähigkeit“ für die Bewohnerinnen und Bewohner entwickeln. Die Entwicklung sozialer Kompetenz hat in diesem Zusammenhang hohe Priorität und ermöglicht Ansätze einer Hausgemeinschaft.

Die Basisversorgung hinsichtlich der Hygiene, der Ernährung, dem Umgang mit Geld spielt ebenfalls eine zentrale Rolle, weil damit wesentliche Aspekte der Verselbständigung im praktischen Alltag entwickelt und Perspektiven über die reine Überlebenshilfen hinaus möglich werden können.

Bei der Verselbständigung im praktischen Alltag geht es auch immer um die Wohn- und Beschäftigungsperspektive. In beiden Bereichen ist das Team an Grenzen gestoßen, da der Auszug immer mit erheblichen Ängsten hinsichtlich der gesundheitlichen und suchtspezifischen Stabilität verbunden ist. Hier gilt es die begonnene Kooperation mit der Wohnungsgesellschaft „Nassauische Heimstätte“ auszubauen, das Medium Bildtelefon stärker zu nutzen sowie Betreutes Einzelwohnen als stabilisierenden Faktor anzubieten.

Die Beschäftigungsmöglichkeiten konnten neben den obligatorischen Aufgaben innerhalb der Hausgemeinschaft nur einzelfallbezogen realisiert werden. Dennoch müssen kontinuierlich realistische und sinnvolle Handlungsalternativen angeboten werden.

Wir konnten im Rahmen unserer praktischen Arbeit eine Fülle von Erfahrungen sammeln mit Menschen, die neben der HIV-Infektion, der Hepatitis C und anderen schwerwiegenden Grunderkrankungen auch langfristig drogenabhängig bei polyvalenten Gebrauchsmustern sind. Eine große Rolle spielen dabei die stimulierenden Substanzen wie Kokain und Crack im Zusammenhang mit Alkohol- und Benzodiazepinkonsum. Gerade für diese Menschen sichert die BWG „Eschenbachhaus“ Überlebens- und Entwicklungschancen.

Der Einrichtung ist in diesem Zusammenhang nicht nur der interdisziplinäre Arbeitseinsatz, sondern auch der Austausch und die Kooperation mit anderen Trägern und Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe ein wichtiges Anliegen, um eine Weiterentwicklung konzeptioneller Ideen und praktikabler Ansätze zu verwirklichen.

Im folgenden einige Daten, die über die BWG „Eschenbachhaus“ Auskunft geben:

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000
Gesamtzahl	21	26	24	26	28
Männer	17	20	16	14	14
Frauen	4	6	8	12	14
25-30 Jahre	3	6	4	3	4
31 Jahre und älter	18	20	20	23	24
Wohnung	-	1	1	1	1
Entlassung	-	2	1	1	2
HLU	-	2	1	1	2
Rente	-	-	-	2	2
Vermögen	-	-	-	1	-

- **Das Wohn- und Pflegeheim Franziskushaus**

Das Franziskushaus bietet im Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe 18 Plätze an, das Angebot richtet sich an Menschen, die HIV-infiziert oder aidserkrankt sind und die

zusätzlich Suchterkrankungen oder/psychiatrische Erkrankungen aufweisen können. Der Strukturelle Rahmen hat die Form eines stationären Pflegeheims und bietet für den o.g. Personenkreis pflegerische Betreuung für alle Pflegestufen gemäß den Richtlinien des Verbandes der Pflegekassen, sozialtherapeutische Betreuung sowie Ergotherapie. Im Mittelpunkt der Pflege und sozialtherapeutischen Betreuung stehen im wesentlichen der Erhalt der (noch) bestehenden Fähigkeiten. Unterstützung und Gewährleistung der antiretroviralen¹⁰⁰ Therapie, Tagesstrukturierung, Reintegration in gesellschaftliche Bezüge, Einzel- und Gruppengespräche, Beratung von Angehörigen, ggf. Thematisierung der Suchterkrankungen und des Drogenkonsums sowie sozialadministrativer Aufgaben.

Im Vordergrund stehen die gesundheitlichen Einschränkungen und Erkrankungen durch die HIV-Infektion. Sie bilden den kleinsten gemeinsamen Nenner der Bewohnerschaft des Hauses. Es wird eine ärztliche Versorgung mit den kooperierenden Internisten sichergestellt, die die Behandlung der Erkrankungen und ggf. Überweisungen vornehmen. Die Pflegekräfte bieten alle Pflegeleistungen für Menschen der verschiedenen Pflegestufen an bis hin zu Palliativ-Pflege und Sterbebegleitung.

Neben der Aids-Erkrankung stehen Suchterkrankungen oder/und psychiatrische Erkrankungen einer Aufnahme im Franziskushaus nicht entgegen. Bei einer bestehenden Suchterkrankung spielt die sozialtherapeutische Begleitung eine wichtige Rolle, um den oft langjährig Drogenabhängigen eine langfristige Integration in die Hausgemeinschaft zu ermöglichen. Aufgrund der meist politoxikomanen Drogengebrauchsmuster stehen neben den pflegerischen Notwendigkeiten Suchtbegleitung, Vermittlung in Substitution, Thematisierung des Drogenkonsums und ggf. suchtherapeutische Interventionen im Vordergrund. Ziele der Betreuung sind hier eine Bindung an die Einrichtung herzustellen, die es ermöglicht, eine kontinuierliche medizinische und pflegerische Behandlung in Anspruch nehmen zu können, soziale Kompetenzen zu entwickeln bzw. wiederherzustellen und eine Verselbständigung im Alltag zu erreichen.

Psychiatrische Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner können im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung auftreten, können aber auch suchunabhängig bestehen. Hier gehören eine sorgfältige Anamnese und Diagnostik zu den Betreuungsstandards des Franziskushauses, um Betreuungsvereinbarungen mit den betr. Bewohner/-innen vereinbaren zu können und niedergelassene Psychiater/-innen zur Behandlung hinzuzuziehen.

¹⁰⁰ Bei Retroviren handelt es sich um einen bestimmten Virustyp, zu dem auch das humanen Immundefekt-Virus (HIV) gehört, der Erreger der Immunschwächekrankheit Aids.

Das Team des Franziskushauses arbeitet interdisziplinär und setzt sich zusammen aus Krankenpflegern und –schwestern , Sozialarbeiter/-innen und Ergotherapeuten/-innen. Das Pflege- und Betreuungsteam des Franziskushauses steht 24 Stunden täglich für die Bedürfnisse der Bewohner/-innen zur Verfügung, es besteht eine enge Kooperation mit zwei niedergelassenen Internisten/-innen und mit anderen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, die sich i.d.R. auf die Behandlung HIV-infizierter Menschen spezialisiert haben.

Die besonderen Anforderungen an die Betreuung bestehen durch die Komplexität und Vielseitigkeit der vielfältigen Erkrankungen und Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner.

Für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Betreuungsinhalte und –ziele ist der interdisziplinäre Ansatz sowie eine gute Kooperation mit den Einrichtungen der Drogenhilfe in Frankfurt ein sehr wichtiges Anliegen, um den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner des Franziskushauses angemessen und professionell begegnen zu können.

3.2 Angebote des Vereins Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (vae)¹⁰¹

Das Angebotsspektrum des *vae* gliedert sich in Überlebenshilfen (Akuthilfe), Ausstiegshilfen, Substitution, Rehabilitation und Prävention. Dabei wird in allen Tätigkeitsfeldern Wert auf die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten gelegt. Die Angebote der Frauenberatungsstelle sind ausschließlich weiblichen Drogenabhängigen zugänglich. Zur Wiedereingliederung werden Wohngruppen für Frauen vorgehalten. In Behandlung, Beratung und Betreuung wird die besondere Problematik weiblicher Drogenabhängiger berücksichtigt.

Ausstiegshilfen

Lange Zeit galt Abstinenz als allein gültiges Ziel der öffentlich geförderten Drogenhilfe. Mittlerweile ist das Dogma der Drogenfreiheit aufgegeben worden zugunsten einer pragmatischen, an den individuellen Erfordernissen der Klientel orientierten Arbeit. Beim Prozess des Ausstiegs aus der Abhängigkeit lassen sich vier Stufen unterscheiden:

1. Kontaktfindung, Diagnose, Motivation, Therapievorbereitung
2. Entgiftungsbehandlung
3. Entwöhnungsbehandlung

¹⁰¹ Der folgende Text wurde vom VAE zur Verfügung gestellt

4. Integration

Die entsprechenden Einrichtungen sind Beratungsstelle, Kontaktladen, Entgiftungsstation, stationäre Einrichtungen, betreute Wohnformen und Arbeitsprojekte. Alle genannten Angebote sind im Verein vertreten.

Das Vier-Stufen-Modell wurde inzwischen weiter ausgebaut. Beispiele dafür sind die stärkere Gewichtung ambulanter Therapie durch den Kostenträger (die der *vae* nicht anbietet), geschlechtsspezifische Angebote und die quantitative wie auch qualitative Erweiterung der Angebote zur Integration, beispielsweise spezielle Angebote für Frauen und Mütter oder betreute Wohnmöglichkeiten kombiniert mit Arbeitsprojekten.

Überlebenshilfen

Neben die Ausstiegshilfen sind inzwischen neue Formen von Hilfeleistungen getreten, die sich zusammenfassend als Überlebenshilfen kennzeichnen lassen. Zu den neuen Angebote gehören:

- Versorgung mit Nahrungsmitteln und Kleidung (Kleiderkammer)
- Aufenthaltsmöglichkeiten (Cafébetrieb)
- Hygiene
- medizinische Versorgung
- Spritzenaustausch und Kondomvergabe
- Information und Beratung

Diese Möglichkeiten können ohne Zugangsvoraussetzungen in Anspruch genommen werden. Sie richten sich an die in Illegalität und sozialer Deprivation lebenden Abhängigen. Ziel ist die Verbesserung ihrer Lebenssituation und die Kontaktaufnahme zu einem Personenkreis, der über die rein ausstiegsorientierte Drogenhilfe nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt erreicht würde. Der Wille zur Abstinenz seitens der Abhängigen wird nicht vorausgesetzt. Allerdings besteht gleichzeitig die Absicht, die entstehenden Kontakte zur Motivation für eine grundsätzliche Veränderung der Lebensweise zu nutzen. Der *vae* versteht seine niedrigschwelligen Angebote als Einstieg in den Ausstieg aus der Abhängigkeit. Daher bieten seine Einrichtungen „Café Fix“ und Frauencafé bei besonderer Betonung der alltagspraktischen Hilfeleistungen gleichzeitig auch Hilfen zum Ausstieg an. Sie ermöglichen neue Formen des

Kennenlernens von Beratung und Betreuung und fördern trotz Abhängigkeit die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Klientel.

Substitution

Die medikamentengestützte Drogenhilfe in Gestalt der Methadon-Substitution ist ein Angebot, das sowohl im Rahmen der Überlebenshilfe als auch bei der auf Abstinenz abzielenden Behandlung eingesetzt werden kann. Sie soll u. a. einen Beitrag leisten zur Entkriminalisierung und sozialen Integration der Drogenabhängigen sowie zur Reduzierung ihrer gesundheitlichen Risiken, zu denen nicht zuletzt auch die Ansteckung durch das HIV- sowie das Hepatitis B und C-Virus zählen. Die Substitution hat mittlerweile in der Angebotspalette der Drogenhilfe einen festen Platz inne. Die gegenwärtige Aufgabe besteht in deren Ausdifferenzierung analog der abstinenzorientierten Drogenhilfe. Mit dem Betreuten Wohnen für Substituierte und der Etablierung von Arbeitsprojekten wurde ein erster Schritt in diese Richtung unternommen. Innerhalb des *vae* bietet die medizinische Ambulanz, die dem Kontaktladen „Café Fix“ angegliedert ist, die Möglichkeit der Substitution. In der Jugend- und Drogenberatungsstelle Höchst werden Substituierte in Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt betreut. Ergänzend dazu bietet der Verein mit dem Betreuten Wohnen für Substituierte und dem Betreuten Einzelwohnen für Substituierte neben der psychosozialen Betreuung im Rahmen der Beratungsarbeit differenzierte begleitende Hilfen. Ein weiteres Substitutionsprogramm speziell für Frauen wird – ebenfalls in Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt – von der in gemeinsamer Trägerschaft des *vae* mit dem Frankfurter Verein für Soziale Heimstätten e. V. betriebenen Frauenberatungsstelle durchgeführt.

Ambulante Hilfen

Die o. a. Bereiche der Drogenhilfe lassen sich nicht ausschließlich bestimmten Einrichtungstypen zuordnen. So sind in den letzten Jahren immer mehr niedrigschwellige Einrichtungen entstanden, deren Leistungen mit Café-Betrieb, lebenspraktischen Hilfen, Beratung und ärztlicher Ambulanz schwerpunktmäßig im Bereich der Überlebenshilfen und der Substitution liegen. Zu ihren Zielsetzungen zählt jedoch in der Regel auch die Gewährung von Ausstiegshilfen (siehe die Beispiele Kontaktladen „Café Fix“ und Frauencafé). Gleichzeitig haben sich die „klassischen“ Jugend- und Drogenberatungsstellen neuen Ansätzen und Arbeitsfeldern geöffnet. Beispiele dafür sind: „offene Bereiche“ mit Café und lebenspraktischen Hilfen, Suchtbegleitung, Substitution (in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten) und die Betreuung Substituierter. Schwerpunkte der Beratungsstellen des Vereins sind die enge Zu-

sammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe, die Beratung der diese Angebote aufsuchenden Klientel und die suchtspezifische Unterweisung der dort tätigen Fachkräfte sowie die Einrichtung konkreter Hilfen in Form von Arbeitsprojekten. Da neben adäquaten Wohnmöglichkeiten sinnstiftende Beschäftigungen die Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration sind, ist Schaffung geeigneter Arbeitsangebote von großer Bedeutung. Der Ausbau der Sucht- und Drogenprävention offenbart sich in der eigens dafür spezialisierten Fachstelle Prävention. Um den umfangreichen Aufgaben gerecht zu werden, sind auch die Jugend- und Drogenberatungsstellen in diese Aufgabe einbezogen. Ferner sind die Wohngruppen nicht nur als Ausstiegshilfen zu begreifen, sondern auch als tertiäre Prävention im Sinne von Vorbeugung gegen Rückfälle.

Betreutes Wohnen

Die verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens sind ein wesentlicher Baustein der Integration Drogenabhängiger. Die Verwendung des Begriffs „Integration“ anstelle der bisherigen Bezeichnung „Nachsorge“ wurde notwendig, weil diese Angebote des *vae* von der Klientel nicht, wie es bei der Nachsorge der Fall ist, zwingend den Nachweis einer vorherigen Behandlung verlangen. Vielmehr werden die Aufnahmekriterien äußerst flexibel gehandhabt. Hinzu kommen weitere Unterstützungen wie Schuldnerberatung und Beschäftigungsmöglichkeiten unterschiedlicher Art, die integrierte Bestandteile der Arbeit geworden sind und unter den Begriff „Integration“ subsumiert werden. Betreute Wohngruppen wurden anfänglich vor allem mit der Zielsetzung eingerichtet, Drogenabhängigen nach der Rehabilitation in einer stationären Langzeiteinrichtung die soziale Integration zu erleichtern. In dieser Funktion stellen sie auch heute noch eine Zwischenstufe beim Übergang von der vollstationären Betreuung zur selbständigen Lebensführung dar. Daneben gibt es betreute Wohngemeinschaften für Personen, bei denen eine stationäre Therapie aus unterschiedlichen Gründen nicht in Betracht kommt. Als zusätzliche, der vollen Eigenständigkeit vorgelagerte Wohnform ist inzwischen noch das betreute Einzelwohnen hinzugekommen. Seit die Substitution zu einem festen Bestandteil der Drogenhilfe geworden ist, wurde das Betreute Wohnen – einzeln oder in der Gruppe – auch zu einem tragenden Angebot im Rahmen eines Substitutionsprogramms. Neben der ambulanten Betreuung ist dies die bislang einzige Möglichkeit der Hilfestellung. Der *vae* bietet substituierten wie auch nicht substituierte Klienten Möglichkeiten des Betreuten Wohnens sowohl in einer eigenen Wohnung (Betreutes Einzelwohnen) als auch in Wohngemeinschaften. Insgesamt verfügt der *vae* über 67 betreute Wohnplätze. Diese werden mit unterschiedlichen Betreuungsschlüsseln vorgehalten. Für Substituierte beträgt er 1:6 (Wohn-

gruppe) bzw. 1:8 (Betreutes Einzelwohnen). Im übrigen Bereich ist in der Regel ein Betreuer für 12 Bewohner zuständig.

Die Gliederung der Drogenhilfe des *vae*

Die Drogenhilfe des *vae* gliedert sich in die Sektoren „Prävention“, „Rehabilitation“ und „Integration“. Der erste Sektor „Prävention“ richtet sich an Gefährdete in der Einstiegsphase. Ziel ist die Vermeidung von Abhängigkeit und Desintegration. Das Betreuungsangebot im Sektor der „Rehabilitation“ hat die Funktion, einer weiteren physischen und psychischen Verelendung vorzubeugen. Dabei gilt es nicht nur, Schlimmeres zu verhüten, sondern darüber hinaus die noch vorhandenen Selbstheilungs- und Selbstregulierungspotentiale nach besten Kräften zu fördern. Das dritte Segment „Integration“ verdeutlicht den Stellenwert der sozialen Komponenten in der Arbeit. Der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Integrationsfähigkeit sind fester Bestandteil der Konzepte. Welche Bedeutung sie im Betreuungsprozess haben, ist abhängig von der individuellen Konstitution.

Prinzipien der Drogenhilfe des *vae*

- ***Gesundheitsförderung***

Die Drogenhilfe im *vae* ist an dem Prinzip der Gesundheitsförderung orientiert, das die vereinende Klammer für das breite Spektrum der Angebote bildet. Dabei wird in Anlehnung an die Definition der WHO unter Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen verstanden, sondern weitergehend auch die Existenz völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Für die Drogenarbeit folgt daraus, dass sie von einem ganzheitlichen Ansatz auszugehen hat, der über biologische und medizinische Aspekte hinaus auch psychosoziale, ökonomische und ökologische Faktoren berücksichtigt. Nachhaltige Gesundheitsförderung nimmt für sich in Anspruch, eine ganzheitliche Methode zu sein. Sie bekennt sich zu einem Erziehungsauftrag in allen Phasen von Sucht und Abhängigkeit. Sie verpflichtet sich der Förderung der beruflichen Qualifikation und der Schaffung sinnvoller Beschäftigungsmöglichkeiten.

- ***Qualitätsmanagement***

Effizienz ist dann erreicht, wenn eine Verbesserung der Transparenz und der Dienstleistungen für die Zielgruppen hergestellt wurde, damit diese besser zu ihrem Recht kommen. Ziel des Qualitätsmanagements im Fachbereich Drogenhilfe des *vae* ist die Effektivierung und Weiter-

entwicklung der Angebote auf der Grundlage des Konzepts: ‚Drogenhilfe ist Gesundheitsförderung‘. Qualitätsmanagement wirkt sich integrierend und partizipativ aus. Integrierend, weil es die Beteiligung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraussetzt, ohne deren Einsatz keine Erfolge erzielt werden können. Der Integrationsprozess erstreckt sich auf alle Bereiche und Ebenen des Fachbereichs. Zu den im Grundlagenkonzept ‚Drogenhilfe ist Gesundheitsförderung‘ beschriebenen drei Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kommen als Ergänzung die Konzept- und die Wirkungsqualität hinzu. Damit ist ein umfassendes Qualitätsmanagement gewährleistet.

Die Einrichtungen des vae für Drogenabhängige:¹⁰²

- ***Fachstelle Prävention***

Die Fachstelle Prävention ist seit Mai 1990 eine eigenständige Einrichtung im vae. Ihre Aufgabe ist die Planung, Durchführung und Unterstützung von suchtpreventiven Maßnahmen sowie die Informationsvermittlung bei Fragen zu Sucht, Drogen und Prävention

- ***Kontaktladen „Café Fix“ mit medizinischer Ambulanz, Betreutem Einzelwohnen für Substituierte und Arbeitsprojekt***

Das Café Fix ist ein Kontaktladen für Drogenabhängige. Er liegt im Frankfurter Bahnhofsviertel und bietet verschiedene niedrigschwellige Angebote.

- ***Frauenberatungsstelle und Frauencafé***

Die Notwendigkeit von frauenspezifischen Einrichtungen in der Drogenhilfe liegt in der besonderen Lebensrealität drogenabhängiger Frauen begründet: Drogenabhängige Frauen waren häufig bereits vor Beginn ihrer Abhängigkeit Opfer körperlicher Gewalt und sexueller Missbrauchserfahrungen. Sie sind häufig mehrfachabhängig. Viele leben ohne festen Wohnsitz „auf der Straße“ oder in wechselnden Unterkünften. Sie gehen sporadisch oder regelmäßig der Beschaffungsprostitution nach und finanzieren damit nicht selten auch den Drogenkonsum und den Lebensunterhalt ihres Partners. Ein weiteres ist die drohende oder bereits erfolgte HIV-Infektion.

- ***Fachverbund Nord für Beratung und Qualifizierung***

Der Fachverbund bietet Beratung und Qualifizierung in den nördlichen Frankfurter Stadtteilen an. Er setzt sich zusammen aus drei Einrichtungen:

drop in Fachstelle Nord für Jugendberatung und Suchtfragen

POGGIBONSI Schulrestaurant, berufliche Qualifizierung für junge Frauen

LACK ZACK Lernwerkstatt Maler, berufliche Qualifizierung für junge Männer

Ziel ist es, die Lebenskompetenzen von Jugendlichen, Rauschmittelgefährdeten und -abhängigen die auf Grund sozialer oder biographischer Belastungen oder Abhängigkeitserkrankungen benachteiligt sind, zu verbessern.

- ***Jugend- und Drogenberatungsstelle Höchst***

¹⁰² Eine detaillierte Beschreibung dieser Einrichtungen findet sich im Internet ([http:// www.vae-ev.de](http://www.vae-ev.de)).

Die Jugend- und Drogenberatung Höchst wendet sich an drogenabhängige und suchtgefährdete Jugendliche und Erwachsene. Beraten werden auch Angehörige und andere Bezugspersonen, Familien, Multiplikatoren, Schüler, Jugendgruppen etc.

- ***Fachklinik für Drogenentzug***

Die Fachklinik für Drogenentzug ist ein Kleinkrankenhaus, das im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Kompakttherapie“ aufgebaut und 1993 mit 8 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommen wurde. Die Klinik bietet eine qualifizierte Drogenentzugsbehandlung für Patienten mit Abhängigkeiten von illegalen Drogen. Konzeptionell ist die Einrichtung eng mit der benachbarten Übergangseinrichtung für Drogenabhängige verbunden. Einzugsgebiet ist überwiegend Hessen, in begründeten Einzelfällen, können auch Patienten aus anderen Bundesländern aufgenommen werden.

- ***Übergangseinrichtung für Drogenabhängige***

Die Übergangseinrichtung ist ein vollstationäres Angebot für Drogenabhängige ab 16 Jahren. Der Zugang erfolgt niedrigschwellig, da eine vorherige Kostenabklärung für hessische Klientel nicht erforderlich ist. Die Einrichtung kooperiert mit der Fachklinik für Drogenentzug, die eine qualifizierte Entgiftung vor Ort bietet.

- ***Fachklinik Reddighausen***

Die Fachklinik Reddighausen gehört seit 01.06.2000 zur Drogenhilfe des *vae*. Die Möglichkeit der stationären Entwöhnungsbehandlung vervollständigt das Angebotsspektrum des Fachbereichs Drogenhilfe. So können wesentliche Behandlungs- und Betreuungselemente aufeinander abgestimmt und miteinander koordiniert werden.

- ***Betreutes Einzelwohnen für Substituierte***

Die intensive psychosoziale Betreuung gilt Frauen und Männern, die sich in einem Substitutionsprogramm befinden und in einer eigenen Wohnung in Frankfurt leben. Ihr Ziel ist, den Substituierten Hilfestellung zu leisten auf dem Weg zu sozialer Integration und einer autonomen Lebensführung ohne Drogen.

- ***Betreutes Wohnen für Substituierte Schubertstraße***

Diese betreute Wohngruppe entstand aus der Erkenntnis, dass die weitere gesundheitliche Stabilisierung und die soziale Integration von Klienten, die in der medizinischen Ambulanz des Kontaktladens „Café Fix“ substituiert wurden, durch ihre prekären Lebensbedingungen (Obdachlosigkeit, Notbetten) gefährdet waren. Die Einrichtung ist gedacht für obdachlose oder in Notunterkünften untergebrachte Drogenabhängige beiderlei Geschlechts, die substituiert werden und in Frankfurt leben.

- ***Betreutes Einzelwohnen***

Die intensive psychosoziale Betreuung richtet sich an ehemals Drogenabhängige, die in einer eigenen Wohnung in Frankfurt am Main leben. Zielsetzung ist, den Betreuten Hilfestellung zu geben auf dem Weg zu einer autonomen Lebensführung ohne Drogen und einen entscheidenden Beitrag zu leisten zu deren sozialen Integration. Aus Gründen der Effizienz sind 10 Plätze Betreuten Einzelwohnens der Jugend- und Drogenberatungsstelle „Höchst“ zugeordnet, 6 Plätze werden von Mitarbeitern der Therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“ betreut.

- ***Betreute Wohngemeinschaften***

In sechs Wohnungen stehen insgesamt 27 Wohnplätze in 6 Wohnungen zur Verfügung. Die Wohnungen sind in ein übliches Wohnumfeld integriert. Die Wohngemeinschaften werden von der Jugend- und Drogenberatung Höchst betreut. Zielgruppe sind ehemals Drogen- oder

Alkoholabhängige ab dem 18. Lebensjahr, die mindestens drei Monate ohne Drogenkonsum gelebt haben.

- ***Therapeutische Wohngemeinschaften Wolfsgangstraße***

Die aus vier Wohneinheiten bestehenden Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“ sind in einem Mietshaus im Frankfurter Westend untergebracht. Aufgenommen werden drogenabhängige Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 40 Jahren, die sowohl über eine innere Distanz als auch über einen zeitlichen Abstand zum Drogenkonsum verfügen, für deren dauerhafte Rehabilitation eine ambulante Betreuung jedoch nicht genügt. Die Kinder der Klientinnen und Klienten können mit aufgenommen werden.

- ***Ausbildung: Regiebetrieb „Maler und Lackierer“ und Übungsfirma „drop-in-data“***

Die Möglichkeit zur Maler/Lackierer-Ausbildung entstand durch die Vielzahl der Einrichtungen des *vae*, in denen ständig Renovierungs- und Instandsetzungsarbeiten notwendig sind. Der Regiebetrieb verfügt über eine Werkstatt, Übungsräume und ein Materiallager. Die umfassende Ausstattung des Betriebes entspricht den in der Privatwirtschaft geltenden Standards.

Die Übungsfirma „drop-in-data“, Ausbildungsbetrieb zum Bürokaufmann bzw. zur Bürokauffrau, entstand 1987. Sie arbeitet nach kaufmännischen Gesichtspunkten und geltenden rechtlichen Bedingungen mit anderen Übungsfirmen zusammen. Die Übungsfirma ist praxisersetzender und berufspraktischer Bestandteil der Ausbildung in der beruflichen Rehabilitation. Sie wird ergänzt durch betriebliche Praktika in den einzelnen Fachabteilungen des *vae*, durch betriebsinternen Unterricht und Praktika auf dem 1. Arbeitsmarkt.

Zielgruppe beider Projekte sind Jugendliche und junge Erwachsene, die auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt nicht oder nur schwer vermittelbar sind. Dabei handelt es sich u.a. um ehemals Drogenabhängige, Sonderschüler und Lernbehinderte.

3.3 Das Angebot der Stiftung Waldmühle

Speziell für HIV-infizierte oder bereits an AIDS erkrankte Drogenabhängige unterhält die Stiftung Waldmühle zwei Wohnprojekte mit 17 Plätzen, die seit 1988 bzw. 1990 bestehen. Das Angebot richtet sich insbesondere an Klient/-innen der Zielgruppe, die keinen festen Wohnsitz haben.

Der Aufenthalt in den Wohnhäusern ist nicht befristet. Seine Dauer ist von der somatischen und psycho-sozialen Situation abhängig, in der sich die Bewohnerin bzw. der Bewohner befindet. Wohnrechtlich basiert der Aufenthalt auf einem Mietvertrag. Die Beratung und Betreuung wird von qualifizierten Mitarbeiter/-innen sichergestellt.

Aufgrund der besonderen Klientel beschäftigen sich die Aufgabenbereiche intensiv mit der Verzahnung der Problemfelder HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung und Drogenkonsum. Dabei können je nach Lebenssituation sowohl Probleme mit HIV bzw. AIDS als auch solche mit Drogen im Vordergrund stehen. Dementsprechend werden die darauf bezogenen Maßnahmen und Lösungen immer zusammen mit der jeweiligen Bewohnerin bzw. dem jeweiligen

Bewohner geplant und bei ihrer Umsetzung kontinuierlich an eventuell veränderte Bedingungen angepasst.

Nicht zuletzt bedingt durch gravierende Fortschritte in den medizinischen Therapiemöglichkeiten, die die Lebensqualität der Bewohner/-innen enorm verbessert haben, gewinnen besonders Angebote zur beruflichen bzw. schulischen Reintegration und zur Bildung eines eigenen Hausstandes an Bedeutung. Damit verbunden steigt das Interesse der Bewohner/-innen an einer cleanen Lebensführung. Dies wiederum ist dem Gesundheitszustand und der sozialen Integration der Bewohner/-innen förderlich. In diesem Prozeß auftretende gesundheitliche Rückschläge und drogenrelevante Rückfälle werden nach Möglichkeit konstruktiv genutzt.

Bei Bedarf helfen die Mitarbeiter/-innen in allen Belangen, die im Zusammenhang mit HIV, AIDS und Drogenabhängigkeit relevant sind. Dies beinhaltet neben der psycho-sozialen und alltagspraktischen Beratung auch konkrete Hilfen bei der Suche eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes, bei ambulanten Therapien, bei Behördengängen, bei Krankenhausaufenthalten, beim Einkaufen und Zubereiten von Essen bis hin zu pflegerischen Verrichtungen zur Ergänzung der Leistungen der ambulanten Pflegedienste. So können die Bewohner/-innen auch im Krankheitsfall und in der Sterbephase möglichst lange in der vertrauten Umgebung und in Begleitung der ihnen vertrauten Menschen leben. vor diesem Hintergrund können die Bewohner/-innen, die aufgrund ihres relativ stabilen somatischen und psychischen Zustandes eine eigene Wohnung bezogen haben, bei Bedarf Beratung durch die Mitarbeiter/-innen der Wohnhäuser erhalten und in kritischen Situationen wieder in die Häuser ziehen.

REIHE SOZIALES UND JUGEND STADT FRANKFURT AM MAIN

1	Rahmenplan zur Gestaltung der Suchtkrankenhilfe in Frankfurt am Main	1980
2	Haus für Frauen und Kinder	1980
3	Bericht zum zweiten Kommunalen Altenplan	1980
4	Wohnen in Altenwohnanlagen Befragung von Bewohnern und Bewerbern	1980
5	Rahmenplan zur Suchtkrankenhilfe in Frankfurt am Main	1980
6	Dritter Kommunaler Altenplan	1981
7	Ambulante und mobile Dienste für ältere Menschen in Frankfurt am Main	1980
8	Jugendarbeit Frankfurter Vereine	1984
9	Behindertenplan. Vorsorge, Früherkennung, Frühförderung	1982
10	Jugendplan der Stadt Frankfurt am Main	1987
11	Zwischenbilanz Dritter Kommunalen Altenplan 1980 bis 1985/1986	1987
12	Stadtteil – Sozialatlas. Ergebnisse für die Gesamtstadt	1988
13	Wohnungsbericht 1986/1987	1987
14	Urlaub von der Pflege durch Kurzzeitpflege. Erhebungen und Empfehlungen zu einem Konzept in Frankfurt am Main	1989
15	Bedarfsanalyse zur Wohnsituation Körperbehinderter in Frankfurt am Main	1991
16	Sozialraumanalyse der Wohngebiete mit verdichteten sozialen Problemlagen	1997
17	Sozialhilfe in Frankfurt am Main. Entwicklung und interkommunaler Kennzahlenvergleich für die Hilfe zum Lebensunterhalt	1998
18	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