

Sachstandsbericht
Ältere Menschen in Frankfurt am Main
2001

HERAUSGEBER:
DER DEZERNENT
FÜR SOZIALES UND JUGEND

STADT  FRANKFURT AM MAIN

Sachstandsbericht

Ältere Menschen in Frankfurt am Main

2001

im Auftrag des
Dezernenten für Soziales und Jugend
der Stadt Frankfurt am Main

erstellt von
Dr. Hans Peter Engelhard
Dipl.-Soz. Susanne Huth
Dr. Jürgen Schumacher



Bezugsquellen:

Gedruckte Ausgabe:

Stadt Frankfurt am Main
Jugend- und Sozialamt
Jugendhilfe- und Sozialplanung
Berliner Str. 33-35
60311 Frankfurt am Main

Im Internet als pdf-Datei:

www.inbas-sozialforschung.de

Impressum:

Im Auftrag der

Stadt Frankfurt am Main
Jugend- und Sozialamt
Jugendhilfe- und Sozialplanung
Berliner Str. 33-35
60311 Frankfurt am Main

erstellt durch

INBAS-Sozialforschung GmbH
Nonnenpfad 14
60599 Frankfurt am Main
www.inbas-sozialforschung.de



Satz

INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main

Druck

Lokay-Druck, Reinheim/Odenwald

1. Auflage Oktober 2003

© 2003 INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main

Vorbemerkung

Wie die deutsche Bevölkerung insgesamt altert auch die Frankfurter Bevölkerung und im Zuge dieses Prozesses stellen sich viele kommunalpolitische Fragen neu und anders. Deshalb hat die Stadtverordnetenversammlung im Dezember 2002 beschlossen, die Altenhilfeplanung fortzuschreiben. Im Rahmen eines partizipativen Prozesses sollen Strukturen und Angebote für heute und morgen entwickelt werden.

Zur Vorbereitung der partizipativen Altersplanung in Frankfurt am Main bestand zunächst das Bedürfnis, einen Überblick über den Ist- Zustand zu gewinnen, indem vorhandene Daten und Informationen gesichtet und Informationsdefizite aufgedeckt werden.

Zu diesem Zweck veröffentlicht die Jugendhilfe- und Sozialplanung der Stadt Frankfurt am Main einen Sachstandsbericht zur Lage älterer Menschen in Frankfurt, der im Oktober 2000 in Auftrag gegeben und in einer ersten Fassung im Februar 2001 abgeschlossen wurde.

Dieser Bericht dokumentiert den Kenntnisstand über das Leben älterer Menschen in Frankfurt, wie er Anfang 2001 auf der Basis von vorliegendem statistischem Material – fast ausnahmslos aus den Jahren 1999 und 2000 – und anderen Informationsquellen gegeben war. Der Bericht deckt dabei nicht alle altersrelevanten Themen ab, sondern spart bewusst Bereiche aus, zu denen aktuelle Forschungsarbeiten bereits vorlagen. Auf diese wird in der Einleitung zum Bericht im Einzelnen verwiesen.

Nach seiner Fertigstellung war der Bericht Gegenstand zahlreicher Diskussionen und Gespräche zwischen den verschiedenen Akteuren, die in Frankfurt in Altenhilfe und Planung tätig sind. Dieser Diskussionsprozess führte dazu, dass nachträglich einige wenige weitere Datenquellen und Informationen in den Bericht eingearbeitet wurden. Zum allergrößten Teil ist dieser Bericht aber weiterhin auf dem Stand vom Februar 2001.

Wir hoffen, dass der vorliegende Bericht mit seiner Fülle an Daten und Aussagen über das Leben älterer Menschen in unserer Stadt eine wertvolle Arbeitsgrundlage für die partizipative Altersplanung in Frankfurt am Main darstellt.

Frankfurt am Main
im Oktober 2003

Hartmut Stelter

Leiter der Jugendhilfe- und Sozialplanung

Kurzfassung der wichtigsten Ergebnisse

1. Die Datenlage zur Beurteilung der Situation älterer Menschen und der Lage der Altenhilfe in Frankfurt am Main ist unbefriedigend. In vielen Bereichen sollten vorhandene Daten für die statistische Analyse aufbereitet und zusätzliche Daten erhoben werden. Dies gilt nicht nur hinsichtlich eines umfassenden Altenberichts, sondern auch für die laufende Arbeit der mit älteren Menschen befassten Fachbereiche der Stadtverwaltung. Wir schlagen hierzu die Erstellung eines Daten- und Dokumentenkatasters vor.
2. Die Geriatrie in Frankfurt befindet sich in einer Phase der Erweiterung und der konzeptuellen Neugestaltung. Es gilt, auch denjenigen die Möglichkeiten geriatrischer Rehabilitation zu eröffnen, die zwar keine Akut-Behandlung brauchen, zur Erhaltung ihrer Selbständigkeit und ihres gesundheitlichen Zustandes aber einer Rehabilitation bedürfen. Dazu schlagen wir die Schaffung eines Netzwerkes geriatrische Rehabilitation zur Vernetzung der Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens mit dem Ziel einer Unterstützung älterer Menschen bei medizinischer Behandlung, pflegerischer Versorgung und sozialer Betreuung vor.
3. Es gibt in Frankfurt kein umfassendes System der gerontopsychiatrischen Versorgung. Als Schritte hin zu einem solchen System, das mit seinen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den an Demenz erkrankten älteren Menschen helfen und die pflegenden Angehörigen durch Betreuungsangebote wirksam entlasten kann, möchten wir der Stadt Frankfurt vorschlagen: die Förderung der Kooperation von Gedächtnissprechstunde der Uni-Klinik und sozialpsychiatrischem Dienst des Stadtgesundheitsamtes, den Aufbau einer Koordinierungsstelle „Demenz“ und die Förderung von Tagespflegeeinrichtungen, die speziell auf die Betreuung Demenzkranker ausgerichtet sind.
4. Ältere Menschen im Pflegeheim brauchen nicht nur eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung, sondern auch Menschen, die Zeit für ein Gespräch oder einen Spaziergang haben. Zeit, die den Pflegenden fehlt. Die Mitarbeit ehrenamtlich tätiger Bürgerinnen und Bürger hat sich bei der Behebung dieses „Betreuungsnotstandes“ sehr bewährt. Wir möchten der Stadt Frankfurt deshalb empfehlen, ein Programm zur Förderung des Einsatzes engagierter Bürgerinnen und Bürger bei der Betreuung älterer, pflegebedürftiger Menschen aufzulegen.
5. Es lässt sich ein Defizit an Hospizdiensten in Frankfurt am Main feststellen. Um dieses zu beheben, wird die Förderung ambulanter Hospizdienste vorgeschlagen und die Frage diskutiert, ob Frankfurt am Main ein stationäres Hospiz braucht.
6. Die stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen und ihre Vermittlung an Leistungsanbieter bedarf einer konzeptionellen Neuordnung. Hierfür ist die Beschaffung wesentlich genauerer Informationen über Klientengruppen und Arbeitsabläufe erforderlich. Liegen diese Informationen vor, so sollten verschiedene Gestaltungsvarianten konzipiert und praktisch erprobt werden.
7. Wir sehen im ehrenamtlichen Dienst des Jugend- und Sozialamtes der Stadt Frankfurt am Main eine wichtige Ressource für die individuelle und unbürokratische Betreuung hilfsbedürftiger älterer Menschen. Damit diese Ressource optimal genutzt werden kann, sollte der ehrenamtliche Dienst modernisiert, fachlich stärker unterstützt und intensiver in Kooperationsstrukturen eingebunden werden.
8. Die für die Altenarbeit zur Verfügung stehenden Mittel sind knapp. Es bedarf des effektiven Einsatzes der Ressourcen, um das Niveau der Altenpflege zumindest halten zu können. Mangelnde Information, Kooperation und Abstimmung behindern einen effektiven Einsatz der Mittel. Wir schlagen deshalb vor, dass die Stadt Frankfurt auf allen Ebenen die Kooperation und Vernetzung der beteiligten Akteure fördert, indem sie den Aufbau von Netzwerken anstößt und unterstützt.

9. Um die kommunale Seniorenpolitik und die weitgefächerten Aktivitäten der Träger der Altenhilfe mit- und untereinander besser als bisher zu vernetzen und zu koordinieren, halten wir die Einrichtung einer „Leitstelle Älterwerden“ in Frankfurt am Main für sinnvoll. In der Handlungsempfehlung zu diesem Punkt skizzieren wir ein Aufgaben- und Anforderungsprofil für eine solche Leitstelle.
10. Auf der Grundlage des vorliegenden Sachstandsberichts sollte durch Ergänzung und Vertiefung ein Altenplan für die Stadt Frankfurt am Main erstellt werden, der nicht nur den Ist-Zustand dokumentiert, sondern auch klare Zielvorgaben für die zukünftige Arbeit enthält.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1	2.6 Gesellschaftliche Teilhabe und bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen	37
2. Statistische Daten zur Lebenssituation älterer Menschen in Frankfurt am Main	3	2.6.1 Ehrenamtliches Engagement älterer Menschen in Frankfurt	37
2.1 Demographische Grunddaten zur Frankfurter Bevölkerung im Alter von 55 Jahren und älter.	3	2.6.2 Bekanntheitsgrad des BüroAktiv	39
2.1.1 Struktur der älteren Bevölkerung in Frankfurt am Main nach Altersgruppen und Geschlecht.	4	2.6.3 Mitgliedschaft in Vereinen und Organisationen	40
2.1.2 Ältere Migranten	5	2.6.4 Resümee	42
2.1.3 Verteilung der älteren Bevölkerung im Stadtgebiet	7	3. Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen.	43
2.1.4 Resümee	10	3.1 Geriatrie.	43
2.2 Finanzielle Situation älterer Menschen und Altersarmut.	10	3.1.1 Geriatrie in Frankfurt	43
2.2.1 Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt	10	3.1.2 Rahmenbedingungen der Geriatrie-Planung	44
2.2.2 Wohngeld	15	3.1.3 Geriatrie-Planung für Frankfurt	47
2.2.3 Resümee	15	3.1.4 Geriatrische Rehabilitation	55
2.3 Ältere Menschen mit Behinderungen.	15	3.2 Sozialpsychiatrie	55
2.4 Sicherheit	17	3.2.1 Psychisch veränderte ältere Menschen	56
2.4.1 Öffentliche Sicherheit und Kriminalität als größte Probleme in Frankfurt am Main	17	3.2.2 Finanzierung	57
2.4.2 Unsicherheitsräume in der Stadt	19	3.2.3 Organisation der „Psychiatrischen Abteilung am Gesundheitsamt“	57
2.4.3 Sicherheitsgefühle in der Wohngegend und in der Frankfurter Innenstadt	22	3.2.4 Die Umsetzung der Konzeption	58
2.4.4 Kriminalitätsbelastung der älteren Frankfurter Bürger	26	3.2.5 Räumliche Umsetzung	58
2.4.5 Beratungsangebote	30	3.2.6 Gerontopsychiatrie im sozial-psychiatrischen Dienst	59
2.4.6 Ältere Menschen als Unfallopfer im Straßenverkehr	30	3.3 Empfehlungen zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung.	60
2.4.7 Resümee	31	3.3.1 Einführung eines regionalen geriatrischen Konsils	60
2.5 Bildung und Kultur.	32	3.3.2 Einrichtung eines Netzwerks geriatrischer Rehabilitation	61
2.5.1 Volkshochschule (VHS)	32	3.3.3 Gerontopsychiatrie	61
2.5.2 Universität des 3. Lebensalters (U3L)	33	4. Stationäre Pflege.	63
2.5.3 Stadtbücherei	36	4.1 Pflegeheime in Frankfurt am Main	63
2.5.4 Resümee	37	4.1.1 Vollstationäre Pflegeheime für ältere Menschen	63
		4.1.2 Standards der Wohnsituation.	68
		4.1.3 Die Auslastung der Frankfurter Heime	71

4.1.4	Heime für besondere Zielgruppen	72	6.2.1	Qualitätsmerkmale für Hospizdienste.	103
4.2	Die Bewohner der Frankfurter Heime . 74		6.2.2	Zielgruppen hospizlicher Arbeit	105
4.2.1	Verweildauer.	74	6.2.3	Palliativmedizin	106
4.2.2	Pflegestufe beim Eintritt ins Heim	75	6.3	Hospizdienste und Palliativmedizin	
4.2.3	Pflegestufen der Heimbewohner.	75		in Frankfurt am Main	107
4.3	Kosten der stationären Pflege 76		6.3.1	Christlicher AIDS-Hilfedienst e.V.	107
4.3.1.	Entgeltsätze der Frankfurter Heime	77	6.3.2	„da sein“ – Lebensbegleitung bis zum	
4.3.2	Pflegebedürftigkeit und			Tode	108
	Hilfe zur Pflege	79	6.3.3	Eschenbachhaus	109
4.4	Teilstationäre und Kurzzeitpflege 79		6.3.4	Evangelisches Hospital für palliative	
4.4.1	Teilstationäre Pflege	79		Medizin	110
4.4.2	Kurzzeitpflege und		6.3.5	Franziskushaus	112
	Verhinderungspflege.	80	6.3.6	Regenbogendienst.	113
4.5	Qualität der Pflege und		6.3.7	Hospizdienste in Frankfurt.	114
	Handlungsempfehlungen 83		6.4	Finanzierung der Hospizarbeit. 115	
4.5.1	Förderung von Qualifizierung und		6.4.1	Laufende Kosten eines stationären	
	Motivation der Pflegenden	83		Hospizes	115
4.5.2	Vernetzung und Erfahrungsaustausch. . 85		6.4.2	Finanzierung stationärer Hospize	116
4.5.3	Freiwilliges Engagement in der		6.4.3	Finanzierung ambulanter	
	Betreuung Pflegebedürftiger.	86		Hospizdienste	119
5.	Demenz 87		6.4.4	Hospizarbeit und Pflegeheim	121
5.1	Zur Verbreitung der Demenz 87		6.5	Handlungsempfehlung. 123	
5.1.1	Prävalenz	87	7.	Hilfen und Angebote zur	
5.1.2	Inzidenz	87		Erhaltung der selbstständigen	
5.2	Medizinische Diagnose und Beratung . 88			Lebensführung im Alter 125	
5.3	Unterstützung und Beratung für		7.1	Ambulante Pflege 125	
	pflegende Angehörige. 89		7.1.1	Resümee	127
5.3.1	Beratungsstellen in Frankfurt.	90	7.2	Stadtteilorientierte Beratung und	
5.3.2	Hindernisse der Inanspruchnahme. . . .	95		Vermittlung älterer Menschen 127	
5.4	Demente in der stationären Pflege. . . . 96		7.2.1	Struktur und Aufgaben der	
5.5	Elemente gerontopsychiatrischer			BuV-Stellen	127
	Versorgung 98		7.2.2	Beratung älterer Menschen und	
6.	Palliative Versorgung und			Vermittlung von Dienstleistungen	
	Hospizarbeit für ältere			durch die Sozialrathäuser der Stadt	
	Menschen. 101			Frankfurt am Main.	130
6.1	Sterben in Frankfurt. 101		7.2.3	Daten zur Arbeit der Sozialdienste für	
6.2	Hospizdienste und Palliativmedizin . . 102			ältere Bürgerinnen und Bürger.	133
			7.2.4	Daten zur Arbeit der BuV-Stellen	134
			7.2.5	Exemplarische Darstellung der Daten	
				zur Arbeit der BuV-Stelle Bornheim . .	138
			7.2.6	Der Vorschlag der AG BuV-Stellen der	
				Liga der Wohlfahrtsverbände für eine	
				zukünftige statistische Erfassung der	
				Arbeit der BuV-Stellen	139
			7.2.7	Resümee	140

7.3	Der ehrenamtliche Dienst des Jugend- und Sozialamtes.	141	8.5	Hospizdienste und Palliativmedizin .	157
7.3.1	Kooperation mit professionellen Einrichtungen	144	8.5.1	Öffentlichkeitsarbeit	158
7.3.2	Beitrag zur Bekämpfung der verdeckten Armut	145	8.5.2	Netzwerk „Hospiz und Palliativmedizin“	158
7.3.3	Qualitätssicherung	145	8.5.3	Bedarfs- und Machbarkeitsstudie für ein stationäres Hospiz	158
7.3.4	Resümee.	146	8.5.4	Förderung von Hospizinitiativen in der Aufbauphase.	159
7.4	Altenclubs und Altenbegegnungsstätten.	146	8.5.5	Weiterbildung von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfern.	159
7.4.1	Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe	146	8.5.6	Förderung hospizlicher Leistungen, die aus sozialen Gründen erbracht werden	159
7.4.2	Caritasverband – Katholische Pfarrgemeinden	147	8.6	Neugestaltung der Beratungs- und Vermittlungsstellen für ältere Bürger	160
7.4.3	Evangelischer Regionalverband Frankfurt – Evangelische Pfarrgemeinden	147	8.7	Ausbau und Modernisierung des ehrenamtlichen Dienstes des Jugend- und Sozialamtes.	162
7.4.4	Resümee.	147	8.8	Kooperation – Vernetzung – Abstimmung	163
8.	Handlungsempfehlungen	149	8.8.1	Netzwerke innerhalb von Arbeitsbereichen	164
8.1	Daten- und Dokumentenkataster zur Situation älterer Menschen in Frankfurt am Main	149	8.8.2	Netzwerk zur Koordinierung und Zielentwicklung	165
8.2	Aufbau eines geriatrischen Netzwerks.	151	8.8.3	Aufbau der Netzwerke	165
8.3	Aufbau einer umfassenden gerontopsychiatrischen Versorgung	152	8.9	Ausgestaltung einer „Leitstelle Älterwerden“ für die Stadt Frankfurt am Main	166
8.3.1	Elemente der gerontopsychiatrischen Versorgung	153	8.10	Erstellung eines Altenplans für die Stadt Frankfurt am Main	168
8.3.2	Umsetzung für Frankfurt.	154	8.10.1	Vorbemerkung	168
8.4	Förderung des freiwilligen Engagements Frankfurter Bürgerinnen und Bürger in der Betreuung pflegebedürftiger älterer Menschen	156	8.10.2	Handlungsempfehlung	168
			9.	Literatur	171

Verzeichnis der Tabellen und Grafiken

Tabellen

Tabelle 2.1	3	Tabelle 3.2	49
60-jährige und ältere Einwohner in Frankfurt a.M. 1993 bis 1999 nach ausgewählten Altersgruppen sowie Alterskennziffern		Die Struktur des geplanten Gerontologisch/Geriatriischen Zentrums	
Tabelle 2.2	6	Tabelle 3.3	50
60-jährige und ältere ausländische Einwohner in Frankfurt a.M. 1993 bis 1999 nach ausgewählten Altersgruppen sowie Alterskennziffern		Patientinnen und Patienten im Modellprogramm im Hufeland-Haus	
Tabelle 2.3	8	Tabelle 3.4	51
Die Bevölkerung in Frankfurt a.M. nach Ortsteilen und Altersgruppen am 31.12.1999 (Sonderauswertung „Kleinräumige Altersstruktur“, nur Hauptwohnsitz)		Familienstand der Patientinnen und Patienten im Modellprogramm im Hufeland-Haus	
Tabelle 2.4	11	Tabelle 3.5	52
Anzahl und Anteil der älteren HLU-Empfänger nach Altersgruppen der Bezugsperson Ende 1999		Wohnen nach der Entlassung	
Tabelle 2.5	15	Tabelle 3.6	52
Ältere Menschen mit Behinderungen nach Altersgruppen und Ursache der Behinderung		Wohnsituation ein Jahr später, Nachbefragung	
Tabelle 2.6	16	Tabelle 3.7	53
Ältere Menschen mit Behinderungen nach Altersgruppen und Art der Behinderung		Leistungen des Krankenhaussozialdienstes in der stationären und ambulanten Pflege (%)	
Tabelle 2.7	17	Tabelle 4.1	64
Häufigkeitsverteilungen Bürgerbefragung 1999, 55-jährige und ältere Frankfurter		Frankfurter Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen	
Tabelle 2.8	30	Tabelle 4.2	68
Ältere Menschen als Kriminalitätsoffer 1999		Verteilung von Plätzen und Zimmern in den befragten Frankfurter Pflegeeinrichtungen	
Tabelle 2.9	31	Tabelle 4.3	69
Ältere Menschen als Unfallopfer im Straßenverkehr 1999		Plätze und Zimmer in den Frankfurter Pflegeeinrichtungen	
Tabelle 3.1	48	Tabelle 4.4	75
Geriatrische Kapazitäten in Frankfurt am Main im Jahr 2004		Verteilung der Pflegestufen bei der Aufnahme ins Heim (%) (eigene Erhebung)	
		Tabelle 4.5	75
		Verteilung der Pflegestufen bei der Aufnahme ins Heim (%) (MDK)	
		Tabelle 4.6	76
		Pflegebedürftige in Einrichtungen in Frankfurt am 15.12.1999	

Tabelle 4.7	76	inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie Invest.- Kostenanteil
Verteilung der Pflegestufen in Frankfurter Hei- men der Umfrage (%)		
Tabelle 4.8	76	Tabelle 5.1 87
Kostenerstattung der Pflegekassen nach Pflege- stufen pro Monat		Prävalenzen und geschätzte Krankheitsfälle in Frankfurt am Main
Tabelle 4.9	77	Tabelle 5.2 88
Mittelwerte der Pflegesätze der Frankfurter Heime in DM inkl. U+V und Investitionskosten		Inzidenz und geschätzte Neuerkrankungen in Frankfurt am Main
Tabelle 4.10	77	Tabelle 5.3 96
Durchschnittliches monatliches Heimentgelt in DM in den günstigen Heimen		Anteil Dementer an den Pflegebedürftigen einer Stufe
Tabelle 4.11	78	Tabelle 6.1 101
Durchschnittliches monatliches Heimentgelt in DM in den Heimen im Kostenmittelfeld		Ausgewählte Todesursachen in Frankfurt am Main 1999
Tabelle 4.12	78	Tabelle 6.2 102
Durchschnittliches monatliches Heimentgelt in DM in den teuren Heimen		Sterbefälle in Frankfurt am Main 1999 in den Altersgruppen
Tabelle 4.13	78	Tabelle 6.3 102
Kosten für stationäre Altenpflege in Frankfurt am Main im Vergleich zu anderen hessischen Regionen pro Tag		Sterbeorte in Frankfurt am Main 2000
Tabelle 4.14	78	Tabelle 6.4 111
Kosten für stationäre Altenpflege in Frankfurt am Main im Vergleich zu anderen hessischen Regionen (%)		Patienten im Ev. Hospital für palliative Medizin
Tabelle 4.15	79	Tabelle 6.5 111
Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Ein- richtungen		Ausgewählte Leistungen des Sozialdienstes des Ev. Hospitals im Jahr 2000
Tabelle 4.16	79	Tabelle 6.6 113
Höchstbeträge Erstattung von Tagespflegeko- sten durch die Pflegeversicherung in DM pro Monat		Auslastung des Franziskushauses
Tabelle 4.17	80	Tabelle 6.7 113
Tagespflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main		Beendigungen des Aufenthaltes im Franziskus- haus
Tabelle 4.18	81	Tabelle 6.8 113
Pflegeheime mit Kurzzeitpflege in Frankfurt am Main		Aufenthaltsdauer am 31.12.2000 im Franziskus- haus
Tabelle 4.19	83	Tabelle 6.9 114
Kosten für Kurzzeitpflege in Frankfurt am Main		Altersverteilung der Patienten des Regenbogen- dienstes im Jahr 2000
		Tabelle 6.10 115
		Personalkosten eines stationären Hospizes

Tabelle 6.11	116
Sachkosten eines stationären Hospizes	
Tabelle 6.12	116
Kostenstruktur eines Hospizbetriebes pro Jahr	
Tabelle 7.1	125
Ambulante Pflegedienste am 15.12.1999 in Frankfurt am Main	
Tabelle 7.2	126
Ambulante Pflegedienste in Frankfurt am Main nach Zulassungsdatum	
Tabelle 7.3	135
Gesamtzahl der Beratungen und Vermittlungen durch BuV-Stellen	

Verzeichnis der Grafiken

Grafik 2.1	4
Einwohner mit Hauptwohnsitz in Frankfurt a.M. am 31.12.1999 nach Altersgruppen und Geschlecht	
Grafik 2.2	5
Einwohner mit Hauptwohnsitz in Frankfurt a.M. am 31.12.1999 nach Altersgruppen und Anteil der Geschlechter (%)	
Grafik 2.3	6
Einwohner mit Hauptwohnung in Frankfurt a.M. am 31.12.1999 nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit	
Grafik 2.4	7
Anteil der älteren Ausländerinnen und Ausländer an der Frankfurter Bevölkerung am 31.12.1999 nach Altersgruppen (%)	
Grafik 2.5	9
Altersstruktur der älteren Bevölkerung in Frankfurt a.M. am 31.12.1999 nach Stadtteilen (%)	
Grafik 2.6	11
Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Altersgruppen und Geschlecht der Bezugsperson	

Grafik 2.7	12
Anteil der älteren HLU-Empfänger Ende 1999 nach Altersgruppen und Geschlecht der Bezugsperson (%)	
Grafik 2.8	12
Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung in Monaten und Geschlecht der Bezugsperson	
Grafik 2.9	13
Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Altersgruppen der Bezugsperson und Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung in Jahren	
Grafik 2.10	13
Anteil der älteren HLU-Empfänger Ende 1999 nach Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung der Bezugsperson in Jahren (%)	
Grafik 2.11	14
Anteil der älteren HLU-Empfänger Ende 1999 nach Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung in Jahren der Bezugsperson an allen über 55-Jährigen (%)	
Grafik 2.12	14
Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Geschlecht der Bezugsperson und Ein- und Mehrpersonenhaushalte	
Grafik 2.13	14
Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Altersgruppen der Bezugsperson und Ein- und Mehrpersonenhaushalte	
Grafik 2.14	17
Ausgewählte sicherheitsrelevante größte Probleme in Frankfurt a.M. nach Geschlecht (% ohne Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)	
Grafik 2.15	18
Ausgewählte sicherheitsrelevante größte Probleme in Frankfurt a.M. nach Altersgruppen (% ohne Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)	
Grafik 2.16	19
Gibt es einen Ort, wo sie sich unsicher fühlen? (% der Antworten „Ja“)	

Grafik 2.1720 Unsicherheitsräume der Stadt (% , ohne Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)	Grafik 2.28 26 Beeinträchtigung des persönlichen Sicherheitsgefühls nach Altersgruppen (% , Mehrfachnennungen)
Grafik 2.1821 Wann und warum fühlen Sie sich unsicher? (% , nach Geschlecht, ohne Antwortvorgaben, Mehrfachantworten)	Grafik 2.29 27 Sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren Opfer einer Straftat geworden? (Geschlecht %)
Grafik 2.1921 Wann und warum fühlen Sie sich unsicher? (% , nach Altersgruppen, ohne Antwortvorgaben, Mehrfachantworten)	Grafik 2.30 27 Sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren Opfer einer Straftat geworden? (Altersgruppen %)
Grafik 2.2022 Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit in den genannten Unsicherheitsräumen, hier: mehr Kontrolle (% , ohne Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)	Grafik 2.31 28 Opfer welcher Straftat sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren geworden? (Geschlecht % , ohne Antwortvorgaben, Mehrfachantworten)
Grafik 2.2123 Sicherheitsgefühl in der Wohngegend nach Geschlecht (%)	Grafik 2.32 28 Opfer welcher Straftat sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren geworden? (Altersgruppen % , ohne Antwortvorgaben, Mehrfachantworten)
Grafik 2.2223 Sicherheitsgefühl in der Wohngegend nachts nach Altersgruppen (%)	Grafik 2.33 29 Wie oft denken Sie selbst daran, Opfer einer Straftat zu werden? (Geschlecht %)
Grafik 2.2324 Sicherheitsgefühl in der Wohngegend tagsüber nach Altersgruppen (%)	Grafik 2.34 29 Wie oft denken Sie selbst daran, Opfer einer Straftat zu werden? (Altersgruppen %)
Grafik 2.2424 Sicherheitsgefühl in der Innenstadt nach Geschlecht (%)	Grafik 2.35 32 Ältere Teilnehmer im allgemeinen Angebot der VHS nach Angebots- und Altersgruppen
Grafik 2.2525 Sicherheitsgefühl in der Innenstadt nachts nach Altersgruppen (%)	Grafik 2.36 33 Ältere Teilnehmer im speziellen Angebot der VHS für „Ältere Bürger“ nach Angebots- und Altersgruppen
Grafik 2.2625 Sicherheitsgefühl in der Innenstadt tagsüber nach Altersgruppen (%)	Grafik 2.37 34 Ältere Studierende an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001 nach Geschlecht und Altersgruppen
Grafik 2.2726 Beeinträchtigung des persönlichen Sicherheitsgefühls nach Geschlecht (% , Mehrfachnennungen)	

Grafik 2.38	35	Grafik 2.43	39
55-jährige und ältere Studienanfänger an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001 nach Geschlecht und Altersgruppen		Bekanntheitsgrad des Frankfurter BüroAktiv nach Geschlecht und Altersgruppen (%)	
Grafik 2.39	35	Grafik 2.44	40
Schulabschlüsse der älteren Studienanfänger an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001		Wichtigkeit/Notwendigkeit der Arbeit des BüroAktiv nach Geschlecht (%)	
Grafik 2.40	36	Grafik 2.45	40
Weiterführende Abschlüsse der älteren Studienanfänger an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001		Wichtigkeit/Notwendigkeit der Arbeit des BüroAktiv nach Altersgruppen (%)	
Grafik 2.41	38	Grafik 2.46	41
Ehrenamtliches Engagement der älteren Frankfurter nach Geschlecht (%)		Mitgliedschaft der Älteren in Vereinen/Organisationen nach Geschlecht und Altersgruppen (%)	
Grafik 2.42	38	Grafik 2.47	41
Ehrenamtliches Engagement der älteren Frankfurter nach Altersgruppen (%)		Vereinsmitgliedschaften der Älteren nach Geschlecht (%), Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)	

1. Einleitung

Ältere Menschen haben als Zielgruppe kommunaler Sozialpolitik in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies hat mehrere Gründe.

Noch vor zwanzig Jahren lagen das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und der Eintritt in die biologische Altersphase relativ dicht beieinander. Man konnte deswegen mit Recht vom Eintritt in den Ruhestand sprechen. Heute scheiden viele Menschen durch Verlust ihres Arbeitsplatzes oder durch Vorruhestandsregelungen lange vor Erreichung des offiziellen Rentenalters aus dem Erwerbsleben aus. Die Tatsache, dass die individuell hohen Belastungen im letzten Berufsjahrzehnt oft entfallen, ist eine wichtige Ursache dafür, dass ältere Menschen länger gesund und aktiv bleiben.

Wenn wir von älteren Menschen sprechen, so meinen wir alle diejenigen, die das Erwerbsleben und die Familienphase hinter sich gelassen haben. Viele dieser Menschen sind im biologischen Sinne noch lange nicht alt. Die Perspektive dieses Berichts bezieht sich deswegen auf die Frankfurter Bevölkerung über 55 Jahre.

Das Bildungsniveau der Menschen, die heute in den Ruhestand eintreten und in den kommenden Jahren eintreten werden, steigt steil an. Dies hat neue Ansprüche zur Folge, bringt aber auch neue Potenziale mit sich. Ein wichtiges Ziel kommunaler Altenpolitik sollte es deswegen sein, diese Potenziale für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Gestaltung der Lebenssituation im Alter zu nutzen.

Die Tatsache, dass auch die Lebenserwartung steigt, schlägt sich in einem schnellen Anstieg der Zahl hochaltriger Bürgerinnen und Bürger nieder, die einen speziellen Unterstützungsbedarf haben. Erkrankungen des dementiellen Formenkreises spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle.

Die Pflege alter Menschen ist teuer. Unter dem Kostendruck der öffentlichen Haushalte ist deswegen zu beobachten, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen in vielen Bereichen auf den medizinisch-pflegerischen Kern reduziert wird. Vereinsamung und Mangel an psychosozialer Betreuung sind die Folge. Es gilt, diesen Problemen in der Altenhilfe und

der Seniorenpolitik in Zukunft stärker Rechnung zu tragen.

Aufgabe dieses Berichts ist es, einen Überblick über die Situation älterer Menschen in Frankfurt am Main zu geben, die Lage der Altenhilfe darzustellen und daraus erste Handlungsempfehlungen abzuleiten. Schon dieser Überblick auf der Basis vorliegender und keineswegs ausreichender Daten zeigt, wie wichtig und sinnvoll die Erstellung eines neuen Altenplans für die Stadt Frankfurt am Main wäre.

Es lässt sich deutlich erkennen, dass in der Altenhilfe in Frankfurt ein großer Bedarf besteht, die eingeführten Strukturen fortzuentwickeln. Für eine sichere Grundlegung dieser Planung braucht es eine gründliche Erhebung von Daten und Informationen. Diese Informationssammlung wird übrigens von vielen Stellen und Einrichtungen der Altenhilfe gewünscht, wie uns in unseren Gesprächen mit zahlreichen Akteuren der Altenhilfe oft mitgeteilt wurde.

Ein erheblicher Teil dieser Handlungsempfehlungen bezieht sich angesichts des knappen Zeitrahmens von nur dreieinhalb Monaten für die Erstellung dieses Berichts notwendigerweise auf die Erhebung von Daten und die Beschaffung der Informationen, die für eine vertiefende Analyse und zu einer detaillierten Fundierung der aufgezeigten inhaltlichen Perspektiven nötig sind.

Bei der Erstellung des Berichtes haben wir darauf geachtet, dass keine Dopplungen zu bereits vorliegenden Arbeiten vorkommen. Dies gilt insbesondere für die städtischen Publikationen „Frankfurter Senioren-Service – Ratgeber für die ältere Generation“, die sozialstatistische Studie „Senioren in Frankfurt am Main – Aspekte des Altseins“ und den Bericht „Ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main“. Es gilt ebenfalls für die von uns erstellten Studien „Förderung des bürgerschaftlichen Engagements in Frankfurt am Main – Die Rolle des Instituts für Sozialarbeit in Gegenwart und Zukunft“ und „Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main“.

Die Materialien und Datenquellen, die wir zur Erstellung des Berichts heranziehen konnten, sind im Literaturverzeichnis vollständig dokumentiert.

2. Statistische Daten zur Lebenssituation älterer Menschen in Frankfurt am Main

2.1 Demographische Grunddaten zur Frankfurter Bevölkerung im Alter von 55 Jahren und älter

In Frankfurt am Main leben fast 180.500 Menschen im Alter von über 55 Jahren. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 29%.¹ Der

Der Mikrozensus 1999 weist für Frankfurt am Main 357.700 Haushalte aus. Davon war in 81.400 bzw. 22,8% der Haushalte die Bezugsperson⁵ 65 Jahre oder älter. 38.700 oder mit 47,5% nahezu die Hälfte dieser Haushalte wurden von alleinlebenden älteren Frauen gebildet.⁶

Tabelle 2.1

60-jährige und ältere Einwohner in Frankfurt a.M. 1993 bis 1999 nach ausgewählten Altersgruppen sowie Alterskennziffern

Jahr	60-jährige und ältere Einwohner mit Hauptwohnung					Alterskennziffern*		
	insgesamt	davon im Alter von ... bis ... unter Jahren				Jugend- quotient in %	Alten-	20- bis unter 60- Jährige
		60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 und älter			
1993	136 511	31 625	30 919	28 335	45 632	27,3	34,4	396 339
1994	136 000	32 031	30 599	28 368	45 002	27,6	34,9	389 388
1995	136 341	32 650	30 163	27 490	46 038	27,8	35,2	387 149
1996	137 241	34 099	29 162	26 961	47 019	28,1	35,7	384 894
1997	137 231	35 254	28 325	26 255	47 397	28,3	36,0	381 365
1998	138 149	37 086	27 237	26 210	47 616	28,3	36,4	379 025
1999	138 709	38 125	27 512	25 809	47 263	28,4	36,9	375 484

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt am Main 2000, Tabelle 2.10.

* Jugend- bzw. Altenquotient: Einwohner unter 20 bzw. ab 60 Jahre in Prozent der 20- bis unter 60-Jährigen.

Anteil der über 60-Jährigen beträgt 22% und wird nach Prognosen auf 28% im Jahre 2020 steigen. Der Anteil der Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren wird sich nach derselben Prognose von 4,0% im Jahr 2000 auf 5,6% im Jahr 2020 erhöhen, was eine Steigerung um ca. 40% bedeutet.²

Wie aus der Tabelle 2.1 ersichtlich wird, ist der Altenquotient³ nach einem Rückgang zwischen 1990 und 1993⁴ seit 1993 kontinuierlich gestiegen.

1 Vgl. Tabelle „Die Bevölkerung in Frankfurt a.M. nach Ortsteilen und Altersgruppen am 31.12.1999 (Sonderauswertung „Kleinräumige Altersstruktur“, nur Hauptwohnsitz“, Bürgeramt (2000), eigene Berechnungen.

2 Vgl. Herdt, Jürgen/Rudolph, Britta/Stegmüller, Klaus/Gerlinger, Thomas (HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH): Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege, HLT Report Nr.: 608, 2000.

3 Vgl. Erläuterung in der Tabelle.

4 Dieser Rückgang war durch Zuwanderungen aus der ehemaligen DDR nach der Maueröffnung bedingt.

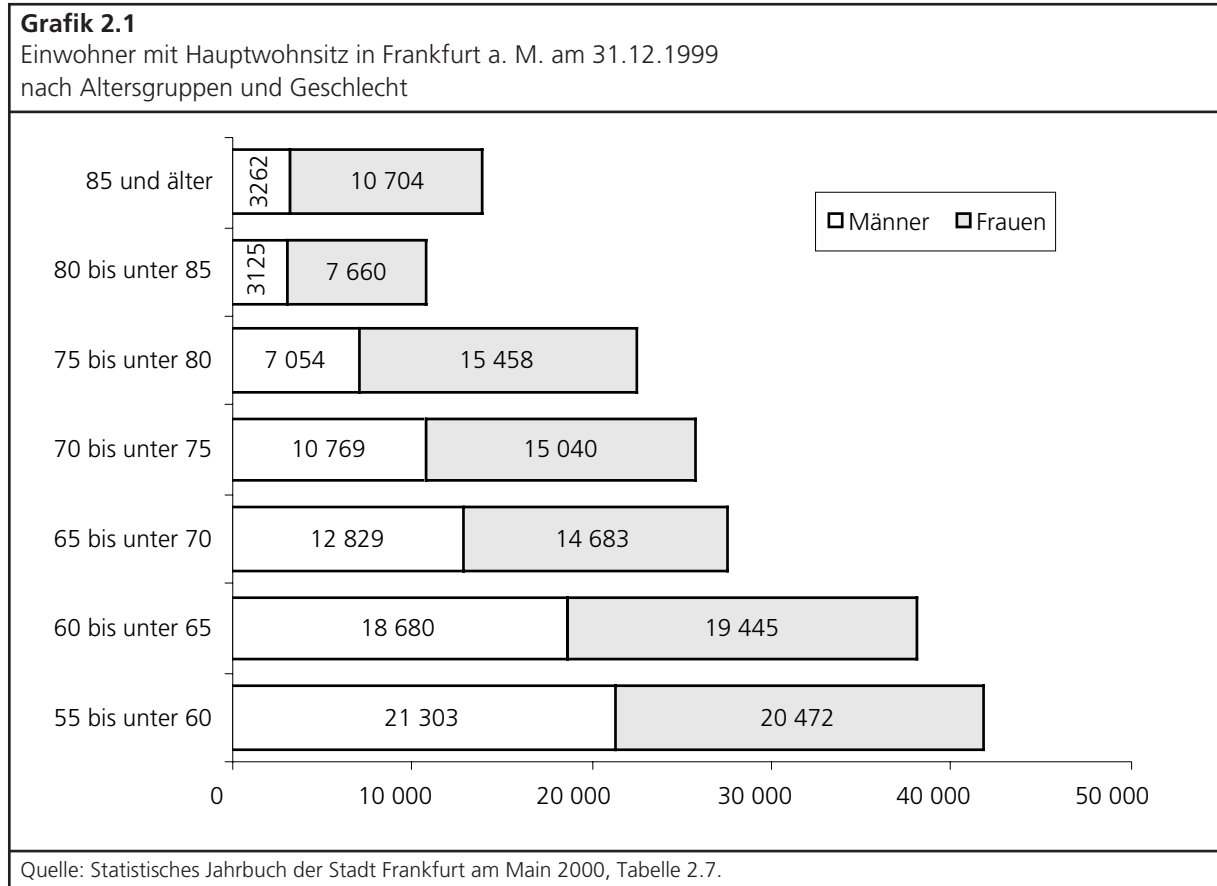
5 Die Person, die Auskunft über den Haushalt gegeben hat.

6 Die Darstellung folgt den in der Regionaltabelle H 6 (Mikrozensus 1999) ausgewiesenen Werten.

2.1.1 Struktur der älteren Bevölkerung in Frankfurt am Main nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Grafik 2.1 verdeutlicht, dass der Anteil der Frauen an der jeweiligen Altersgruppe mit zunehmendem Alter stark ansteigt. Ist das Verhältnis bei den 55- bis 60-Jährigen noch nahezu ausgeglichen, gibt es in den Altersgruppen jenseits der 75 Jahre mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer. Die Lebenserwartung der Frauen ist deutlich höher als die der Männer⁷ und so beträgt ihr Anteil bei den 85-Jährigen und Älteren sogar 77% (vgl. Grafik 2.2).

Es ist dies ein Alter, in dem man einerseits mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit das Erwerbsleben hinter sich gelassen hat, andererseits noch bei relativ guter Gesundheit ist. Der Teil der genannten Altersgruppe, der entweder noch beruflich gebunden ist oder aber wesentliche gesundheitliche Einschränkungen hinnehmen muss, wird mindestens aufgewogen durch die Zahl derer, die bereits vor dem 65. Lebensjahr in den Ruhestand gegangen sind, sowie derer, die auch jenseits der 75 noch gesund sind. Zu diesen „aktiven Alten“, die vielleicht für ein Engagement in neuen Tätigkeitsfeldern gewonnen werden können, die aber auf jeden Fall in der Lage sind, ihre Geschicke

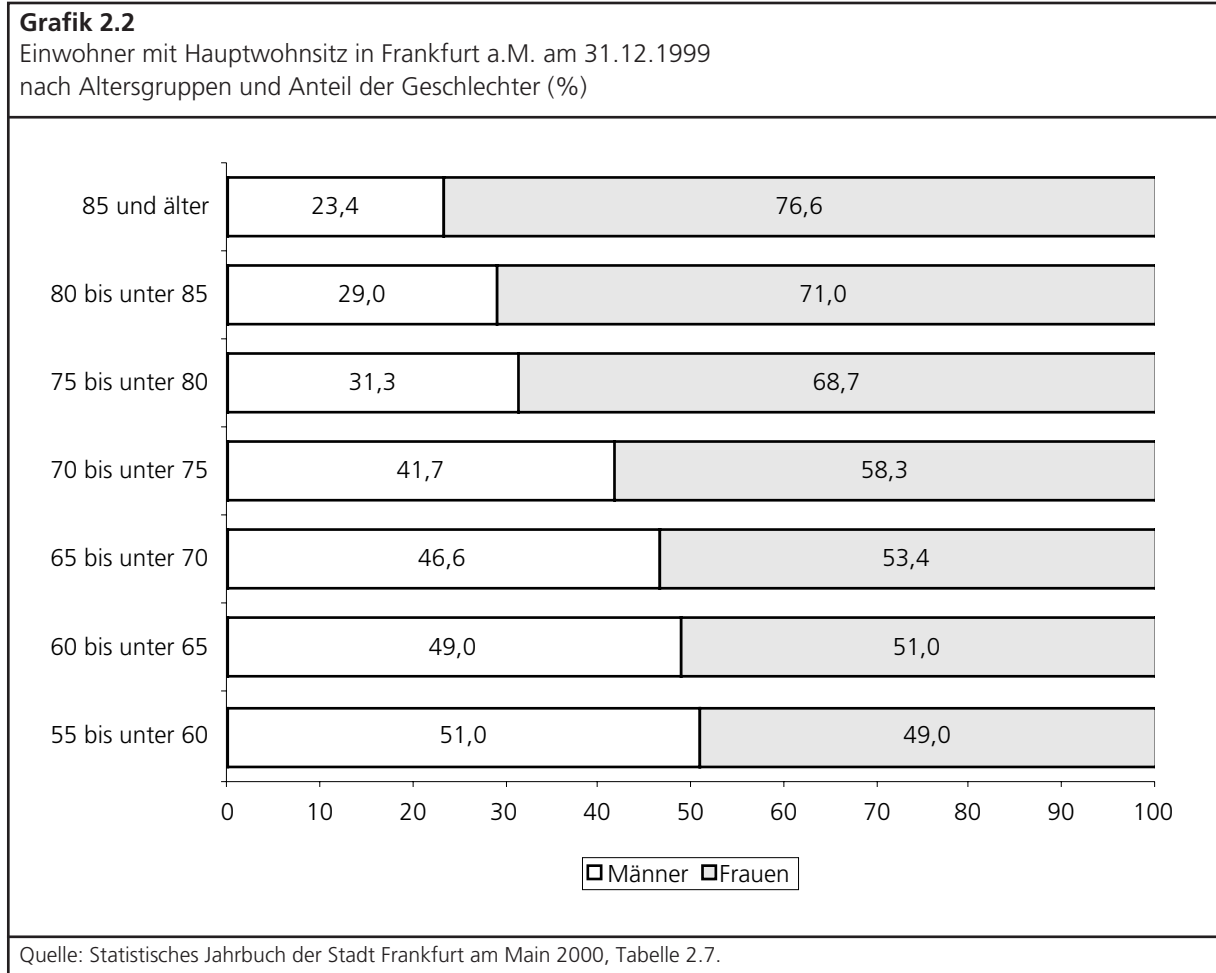


Ca. 53.000 Frankfurterinnen und Frankfurter gehören der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren an.

selbst in die Hand zu nehmen, gehören mithin schätzungsweise mehr als 50.000 Bürgerinnen und Bürger.

⁷ Männer, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, haben im Durchschnitt der alten Bundesländer noch eine weitere Lebenserwartung von 15,08 Jahren, Frauen hingegen von 18,85 Jahren. Vgl. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1999, Tabelle 3.31 p74. Die Zahlen beziehen sich auf den Zeitraum 1995/1997. Vgl. auch: Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2000, Schaubild 2, Altersaufbau der Bevölkerung in Frankfurt am Main p13.

Diesen steht eine etwa halb so große Gruppe von mehr als 18.000 Frauen und mehr als 6.000 Männern gegenüber, die 80 Jahre und älter sind. Mindestens so groß ist das Klientel der Altenhilfe im klassischen Sinn, der Betreuung von Personen, deren eigene Möglichkeiten deutlich eingeschränkt sind.



2.1.2 Ältere Migranten

Während sich zwischen 1993 und 1999 die Alterskennziffern für die deutsche Bevölkerung nur um wenige Prozentpunkte verändert haben,⁸ ist, wie aus der Tabelle 2.2 ersichtlich, bei der ausländischen Bevölkerung der Altenquotient von 8,7% auf 13,2% gestiegen, dies ist eine Zunahme um mehr als die Hälfte in nur 6 Jahren.

Während der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung Ende 1999 29%⁹ betrug, waren es bei den Personen über 55 Jahre lediglich 14%¹⁰, wobei hier, wie die folgenden Grafiken 2.3 und 2.4 zeigen, in

den einzelnen Altersgruppen deutliche Unterschiede ausgemacht werden können.

Unter den Hochaltrigen spielen Migranten bislang vom Anteil her noch eine sehr geringe Rolle. In absoluten Zahlen betrachtet handelt es hier jedoch um mehr als 1.000 Personen, die aufgrund von Sprachproblemen und andersartigen kulturellen und religiösen Hintergründen einen Unterstützungsbedarf haben, der sich vielfach signifikant von dem hochaltriger Deutscher unterscheidet.

In der Gruppe der „aktiven Alten“ spielen ältere Ausländer bereits eine wesentlich größere Rolle. Man kann davon ausgehen, dass diejenigen älteren Ausländer, die in ihre Heimatländer zurückkehren

8 Der Jugendquotient stieg um 1,1, der Altenquotient um 2,3 Prozentpunkte, vgl. Tab. 2.1., p16.

9 Vgl. Tabelle 2.7, Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt 2000, Quelle: Melderegister Frankfurt a.M. Wir möchten hier darauf hinweisen, dass „die Ausländer“ keine homogene Gruppe darstellen.

10 Vgl. Tabelle „Die ausländische Bevölkerung in Frankfurt a.M. nach Ortsteilen und Altersgruppen am 31.12.1999 (Sonderauswertung „Kleinräumige Altersstruktur“, nur Hauptwohnsitz“, Bürgeramt (2000), eigene Berechnungen.

Tabelle 2.2

60-jährige und ältere ausländische Einwohner in Frankfurt a.M. 1993 bis 1999
nach ausgewählten Altersgruppen sowie Alterskennziffern

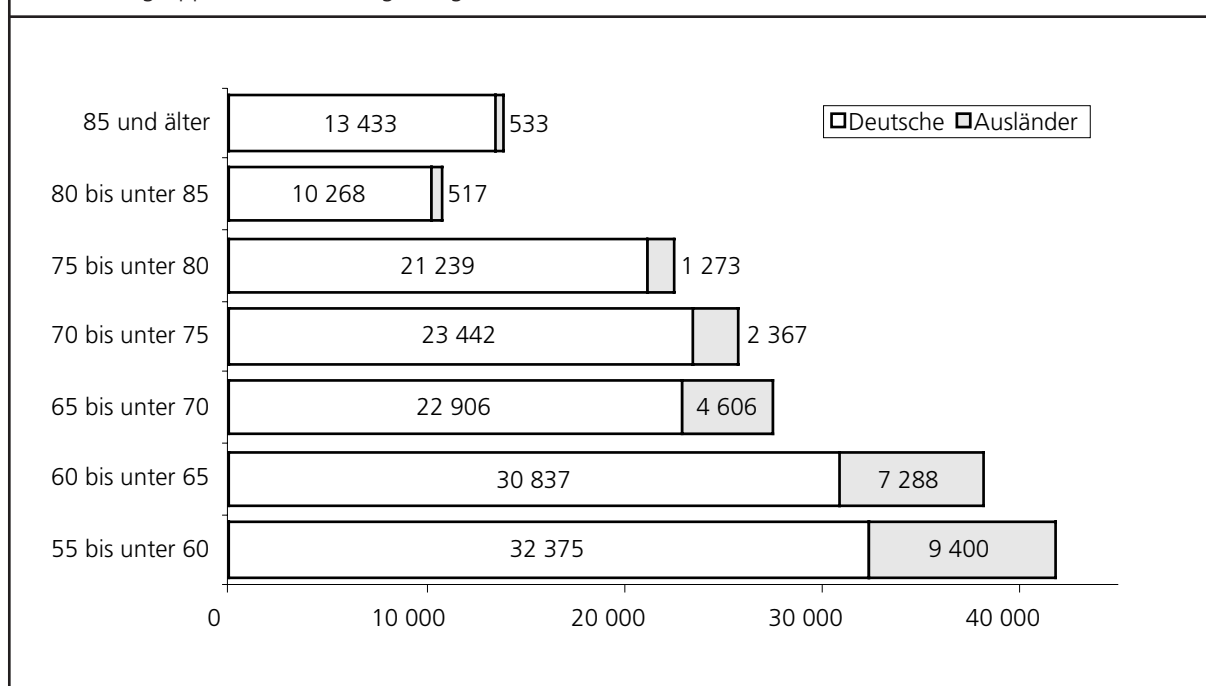
Jahr	60-jährige und ältere ausländische Einwohner mit Hauptwohnung					Alterskennziffern*		
	insgesamt	davon im Alter von ... bis ... unter Jahren				Jugend- quotient in %	Alten- quotient in %	20- bis unter 60-Jährige
		60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 und älter			
1993	11 430	5 540	2 842	1 538	1 510	34,1	8,7	131 092
1994	12 312	5 963	3 040	1 664	1 645	33,7	9,5	129 940
1995	13 260	6 141	3 458	1 807	1 854	33,0	10,1	131 388
1996	14 298	6 650	3 665	1 996	1 987	32,6	11,0	130 232
1997	15 014	6 859	3 960	2 095	2 100	32,1	11,7	128 459
1998	15 926	7 104	4 356	2 241	2 225	31,3	12,6	126 578
1999	16 584	7 288	4 606	2 367	2 323	30,3	13,2	125 433

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt am Main 2000, Tabelle 2.13.

* Jugend- bzw. Altenquotient: Ausländische Einwohner unter 20 bzw. ab 60 Jahre in Prozent der 20- bis unter 60-Jährigen.

Grafik 2.3

Einwohner mit Hauptwohnung in Frankfurt a. M. am 31.12.1999
nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit



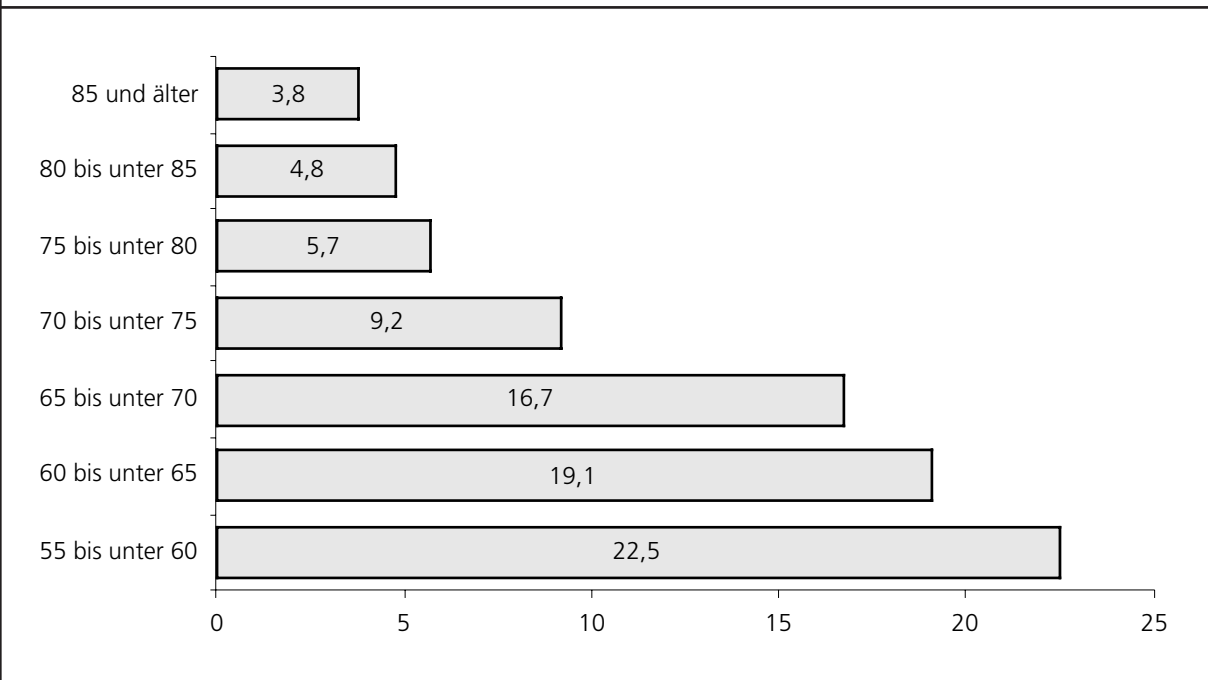
Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt am Main 2000, Tabelle 2.7.

wollen, dies bald nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben tun. Die allermeisten aus dieser Gruppe, die sich auf mindestens 7.000 Personen

beziehen lässt, werden demnach in Frankfurt bleiben. Alles spricht dafür, die Potenziale dieser Gruppe zur Selbstorganisation und zur eigenverantwortli-

Grafik 2.4

Anteil der älteren Ausländerinnen und Ausländer an der Frankfurter Bevölkerung am 31.12.1999 nach Altersgruppen (%)



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt am Main 2000, Tabelle 2.7.

chen Gestaltung ihres weiteren Lebens in Frankfurt aktiv zu unterstützen. Nur so kann erreicht werden, dass in Zukunft hochaltrige Ausländer wenigstens in dem (oft geringen) Maß sozial integriert sind, in dem dies für ihre deutschen Altersgenossen gilt.

2.1.3 Verteilung der älteren Bevölkerung im Stadtgebiet

Der Anteil der Menschen ab 55 Jahren an der Gesamtbevölkerung variiert zwischen 36,3% im Dornbusch und 24,1% im östlichen Nordend (vgl. Tab. 2.3). Wir lassen hierbei den mit 19,9% noch wesentlich niedrigeren Anteil der älteren Bevölkerung im Bahnhofsviertel außer Acht, da das Bahnhofsviertel einerseits eine Sonderstruktur aufweist, andererseits nur eine geringe Bevölkerungszahl hat. Im demographisch ältesten Stadtteil leben mithin um die Hälfte mehr ältere Menschen als im demographisch jüngsten Stadtteil.

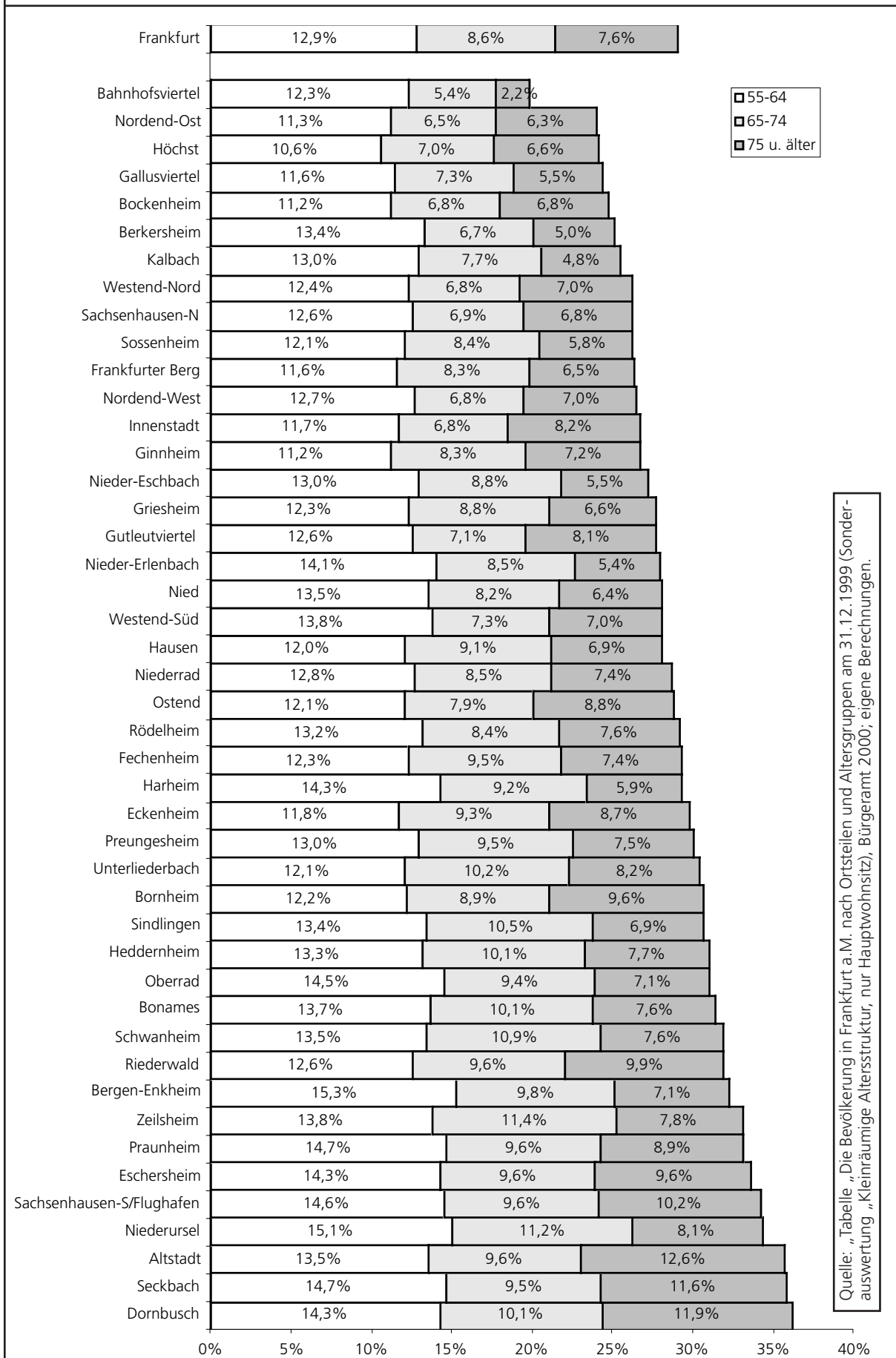
Auffallende Unterschiede zeigen sich auch, wenn man einzelne Altersgruppen innerhalb der älteren Bevölkerung getrennt betrachtet. So ist im Dornbusch, also dem Stadtteil mit der insgesamt ältesten Bevölkerung, auch der Anteil der 75-Jährigen und Älteren besonders hoch, während im demographisch viertältesten Stadtteil Niederursel der hohe Anteil der Älteren vor allem auf die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen zurückgeht.

Tabelle 2.3Die ältere Bevölkerung in Frankfurt a.M. nach Ortsteilen und Altersgruppen am 31.12.1999
(Sonderauswertung „Kleinräumige Altersstruktur“, nur Hauptwohnsitz)

Nr.	Ortsteil	55 - 60	60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 u.ä.	55 u.ä.	%	gesamt
27	Dornbusch	1 354	1 058	763	941	2 018	6 134	36,3%	16 904
34	Seckbach	715	660	460	430	1 082	3 347	35,8%	9 338
1	Altstadt	259	229	154	192	454	1 288	35,7%	3 608
25	Niederursel	987	1 217	880	760	1 184	5 028	34,3%	14 643
14/15	Sachsenh.-S/Flugh.	1 979	1 616	1 138	1 222	2 515	8 470	34,3%	24 706
28	Eschersheim	1 012	864	609	652	1 261	4 398	33,6%	13 082
22	Praunheim	1 140	1 117	769	712	1 370	5 108	33,2%	15 380
39	Zeilsheim	811	788	681	644	908	3 832	33,1%	11 583
46	Bergen-Enkheim	1 254	1 183	793	763	1 133	5 126	32,3%	15 884
33	Riederwald	322	260	218	225	458	1 483	32,0%	4 637
18	Schwanheim	1 321	1 398	1 137	1 054	1 526	6 436	31,9%	20 190
31	Bonames	395	426	322	283	455	1 881	31,4%	5 982
16	Oberrad	839	784	551	496	795	3 465	31,1%	11 158
24	Heddernheim	1 044	1 049	812	781	1 209	4 895	31,0%	15 783
38	Sindlingen	533	606	463	427	585	2 614	30,7%	8 506
9	Bornheim	1 571	1 471	1 106	1 117	2 384	7 649	30,7%	24 910
40	Unterliederbach	805	802	661	686	1 081	4 035	30,4%	13 261
30	Preungesheim	481	523	385	350	580	2 319	30,1%	7 712
29	Eckenheim	825	767	627	638	1 179	4 036	29,8%	13 538
44	Harheim	277	261	183	163	222	1 106	29,3%	3 775
35	Fechenheim	924	957	806	644	1 136	4 467	29,3%	15 254
20	Rödelheim	1 200	994	749	647	1 260	4 850	29,3%	16 575
8	Ostend	1 652	1 545	1 065	1 014	2 329	7 605	29,0%	26 324
17	Niederrad	1 517	1 268	971	886	1 622	6 264	28,7%	21 832
21	Hausen	417	364	330	262	448	1 821	28,0%	6 482
4	Westend-Süd	1 304	990	620	603	1 158	4 675	28,0%	16 646
37	Nied	1 109	1 123	730	617	1 058	4 637	28,0%	16 525
42	Nieder-Erlenbach	283	258	185	143	207	1 076	28,0%	3 840
10	Gutleutviertel	367	342	232	166	457	1 564	27,8%	5 636
19	Griesheim	1 299	1 187	903	861	1 328	5 578	27,7%	20 151
45	Nieder-Eschbach	725	737	544	451	619	3 076	27,3%	11 283
26	Ginnheim	850	825	637	606	1 074	3 992	26,8%	14 894
2	Innenstadt	404	365	248	195	539	1 751	26,7%	6 551
6	Nordend-West	1 961	1 519	890	966	1 913	7 249	26,5%	27 357
47	Frankfurter Berg	291	297	227	195	329	1 339	26,3%	5 085
41	Sossenheim	896	917	657	602	871	3 943	26,3%	14 998
13	Sachsenhausen-N	1 813	1 574	990	868	1 815	7 060	26,3%	26 877
5	Westend-Nord	510	394	252	246	514	1 916	26,3%	7 296
43	Kalbach	309	263	188	150	214	1 124	25,5%	4 413
32	Berkersheim	204	191	114	85	148	742	25,1%	2 954
12	Bockenheim	1 816	1 504	1 014	998	1 994	7 326	24,8%	29 528
11	Gallusviertel	1 587	1 417	1 040	861	1 430	6 335	24,4%	26 000
36	Höchst	624	596	416	383	752	2 771	24,2%	11 474
7	Nordend-Ost	1 588	1 260	879	779	1 586	6 092	24,1%	25 313
3	Bahnhofsviertel	201	159	113	45	63	581	19,9%	2 923
Stadt insgesamt		41 775	38 125	27 512	25 809	47 263	180 484	29,1%	620 791
Quelle: Bürgeramt 2000, eigene Berechnungen.									

Grafik 2.5

Altersstruktur der älteren Bevölkerung in Frankfurt a. M. am 31.12.1999 nach Stadtteilen (%)



Quelle: „Tabelle „Die Bevölkerung in Frankfurt a.M. nach Ortsteilen und Altersgruppen am 31.12.1999 (Sonderauswertung „Kleinräumige Altersstruktur, nur Hauptwohnsitz), Bürgeramt 2000; eigene Berechnungen.“

Betrachtet man nur die Seniorinnen und Senioren höheren Alters (75 und darüber), so lässt sich feststellen, dass deren Anteil im Dornbusch nahezu zweieinhalb mal so hoch ist wie in Berkersheim, dem Stadtteil mit dem niedrigsten Anteil an Bevölkerung über 74 Jahre. Hierbei haben wir wieder einen Stadtteil mit Sonderstruktur und geringer Bevölkerungszahl außer Betracht gelassen, nämlich die Altstadt.

2.1.4 Resümee

Für die vorliegenden Auswertungen konnten wir nur zu einem kleinen Teil auf Standardtabellen des Bürgeramts der Stadt Frankfurt zurückgreifen. Zum größeren Teil wurden Daten vom Bürgeramt der Stadt Frankfurt und vom Hessischen Statistischen Landesamt speziell für die Zwecke des vorliegenden Berichts neu berechnet. Sowohl hinsichtlich unseres eigenen zeitlichen Rahmens als auch hinsichtlich der kurzfristigen zusätzlichen Arbeitsbelastungen der Statistiker in den beiden genannten Ämtern, mussten Wünsche auf Sonderauswertungen knapp gehalten werden.

Vertiefende Auswertungen hinsichtlich der Problemstellung des vorliegenden Berichtes sind aufgrund der vorhandenen Daten möglich und sinnvoll. Wichtige Bereiche einer vertiefenden Analyse wären:

- Analyse der kleinräumigen Verteilung älterer Migranten nach einzelnen Nationalitäten,
- Analyse der Wanderungsbewegungen älterer Menschen,
- Analyse der Haushaltsstrukturen, insbesondere Entwicklung der Zahl der Einpersonenhaushalte.

2.2 Finanzielle Situation älterer Menschen und Altersarmut

In der Darstellung der finanziellen Situation älterer Menschen beziehen wir uns ausschließlich auf die Altersarmut, wie sie in den Sozialhilfestatistiken zum Ausdruck kommt. Alle anderen Datenquellen zur Einkommens- und Vermögenssituation halten wir für nicht ausreichend zuverlässig, da Einkommensangaben in Umfragen eine große Unschärfe aufweisen, objektive Daten hingegen nur für einzelne Einkom-

mensarten, nicht aber für das Gesamteinkommen von Haushalten vorliegen.

2.2.1 Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Die Daten der Frankfurter Sozialhilfestatistik erlauben einen detaillierten Blick auf die älteren Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU). Im Folgenden werden die Ergebnisse einer Sonderauswertung für die 55-jährigen und älteren Sozialhilfeempfänger, hier „ältere HLU-Empfänger“ genannt, dargestellt.

Die Gesamtzahl der Sozialhilfeempfänger in Frankfurt am Main betrug Ende 1999 37.766 Personen, 20.168 Frauen (53%) und 17.598 Männer (47%). 8.381 von ihnen waren 55 Jahre und älter, was mehr als einem Fünftel (22%) aller Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt entspricht. 5% aller älteren Frankfurter gegenüber 6% der Gesamtbevölkerung beziehen HLU. Entgegen einem landläufigen Vorurteil ist somit der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den älteren Menschen deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung.

Tabelle 2.4 verdeutlicht darüber hinaus, dass es eine drastische Abnahme des Anteils der Sozialhilfebezieher an der jeweiligen Bevölkerung in den höheren Altersklassen gibt. Wie dieser Effekt entsteht, kann kurzfristig nicht analysiert werden. Der Anteil derjenigen Sozialhilfeempfänger in den höheren Altersgruppen, die durch einen Umzug ins Heim aus der Sozialhilfe in die Hilfe in besonderen Lebenslagen (Hilfe zur Pflege) fallen, ist dafür zu gering.

Bei der Geschlechterverteilung in den Grafiken 2.6 und 2.7 fällt auf, dass der Anteil der Frauen stark ansteigt, sodass in der höchsten Altersklasse ca. neunmal so viele Frauen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen wie Männer, während die Geschlechterverteilung in der Bevölkerung dieser Altersgruppe ca. dreimal so viele Frauen wie Männer ausweist¹¹. Der Befund „Armut im Alter ist weiblich“ findet in diesen Zahlen eine eindrucksvolle Bestätigung.

Die Dauer der Leistungsgewährung wird in der Sozialhilfestatistik in zwei Variablen ausgewiesen: „bisherige Dauer der Leistungsgewährung“ und „Dauer

11 Vgl. Grafik 2.1

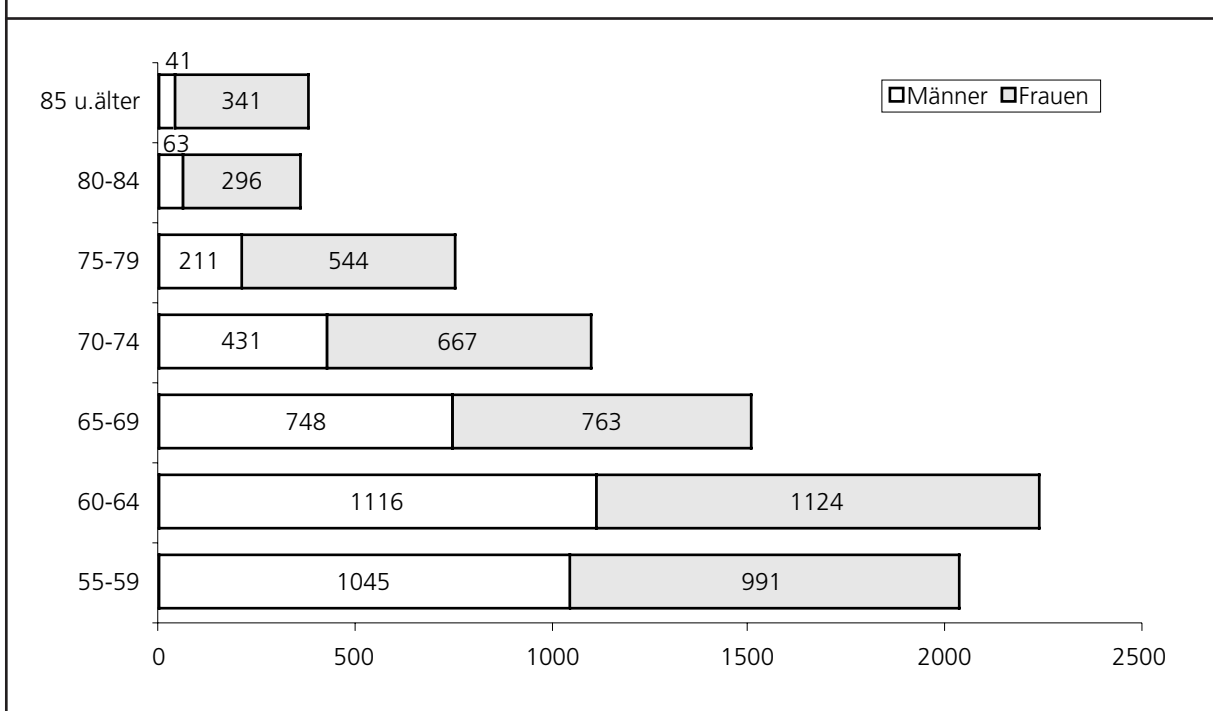
Tabelle 2.4
Anzahl und Anteil der älteren HLU-Empfänger nach Altersgruppen der Bezugsperson Ende 1999

Alter	HLU Empfänger	Bevölkerung	Sozialhilfequote
55-59	2 036	41 775	4,87%
60-64	2 240	38 125	5,88%
65-69	1 511	27 512	5,49%
70-74	1 098	25 809	4,25%
75-79	755	22 512	3,35%
80-84	359	10 785	3,33%
85 u. älter	382	13 966	2,74%
Gesamt	37 766	620 791	6,08%
55 u. älter	8 381	180 484	4,64%
Anteil der 55 u.ä.	22,19%	29,07%	

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt am Main, 2000, Tabelle 2.7; Sozialhilfestatistik, Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main (2000).
* Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Bevölkerung.

der ununterbrochenen Leistungsgewährung“. Die „bisherige Dauer“ bezieht sich dabei immer auf eine Bedarfsgemeinschaft, deren Mitglieder in ihrer Gesamtheit (ohne Personenänderung) HLU bezogen. Die „Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung“ bedeutet, dass seit Beginn der Hilfestellung mindestens noch ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft HLU bezieht. Diese Unterscheidung bekommt dann Gewicht, wenn zum Beispiel der Ehemann stirbt und die Ehefrau weiter HLU erhält. In diesem Fall wird die Dauer des HLU-Bezugs in der erstgenannten Variablen neu von Null an gezählt, in der zweiten Variablen wird von der bis-

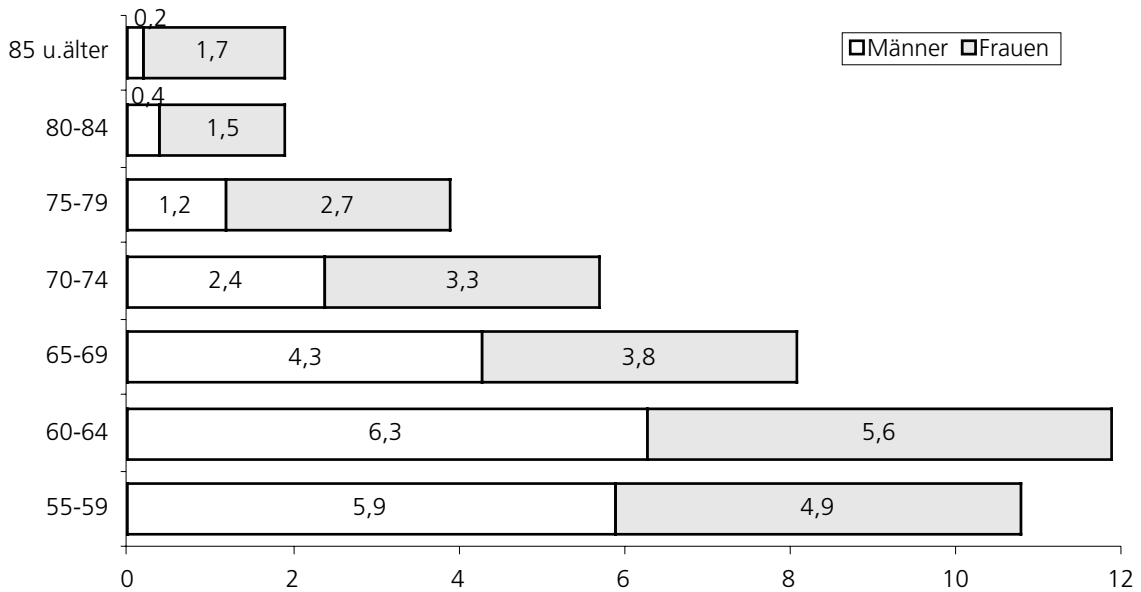
Grafik 2.6
Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Altersgruppen und Geschlecht der Bezugsperson



Quelle: Sozialhilfestatistik, Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main (2000).

Grafik 2.7

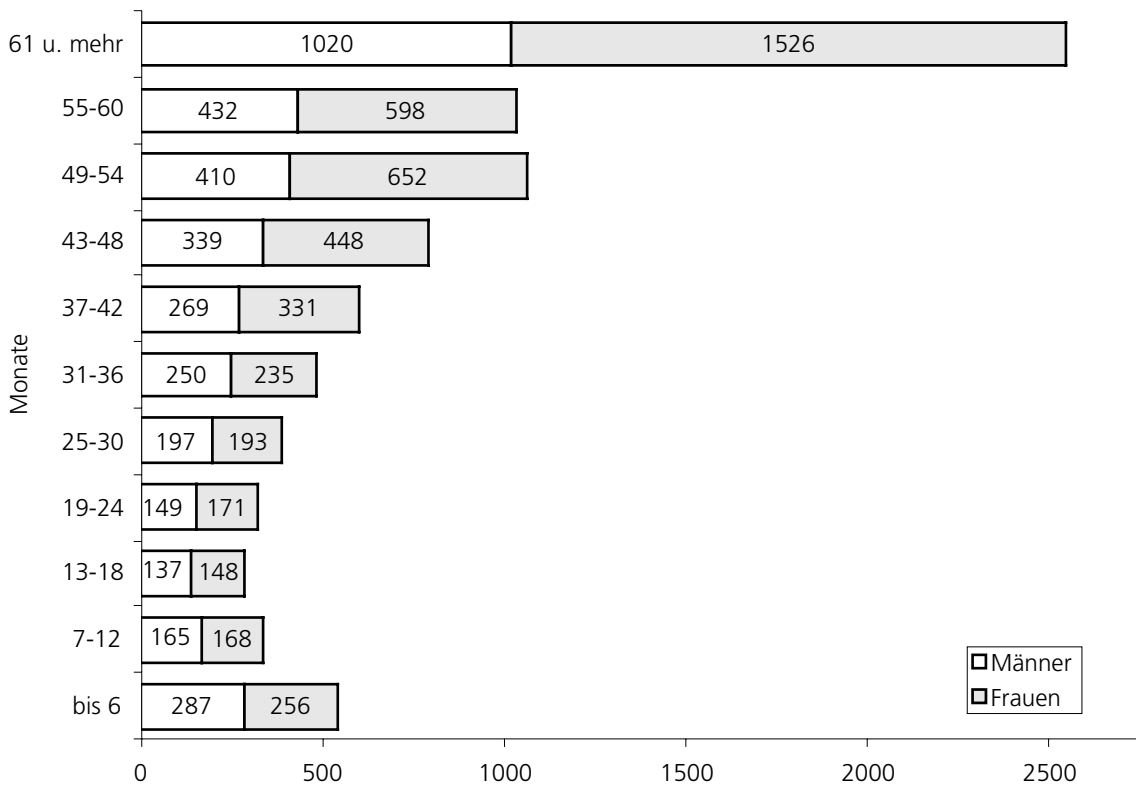
Anteil der älteren HLU-Empfänger Ende 1999 nach Altersgruppen und Geschlecht der Bezugspersonen (%)



Quelle: Sozialhilfestatistik, Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main (2000).

Grafik 2.8

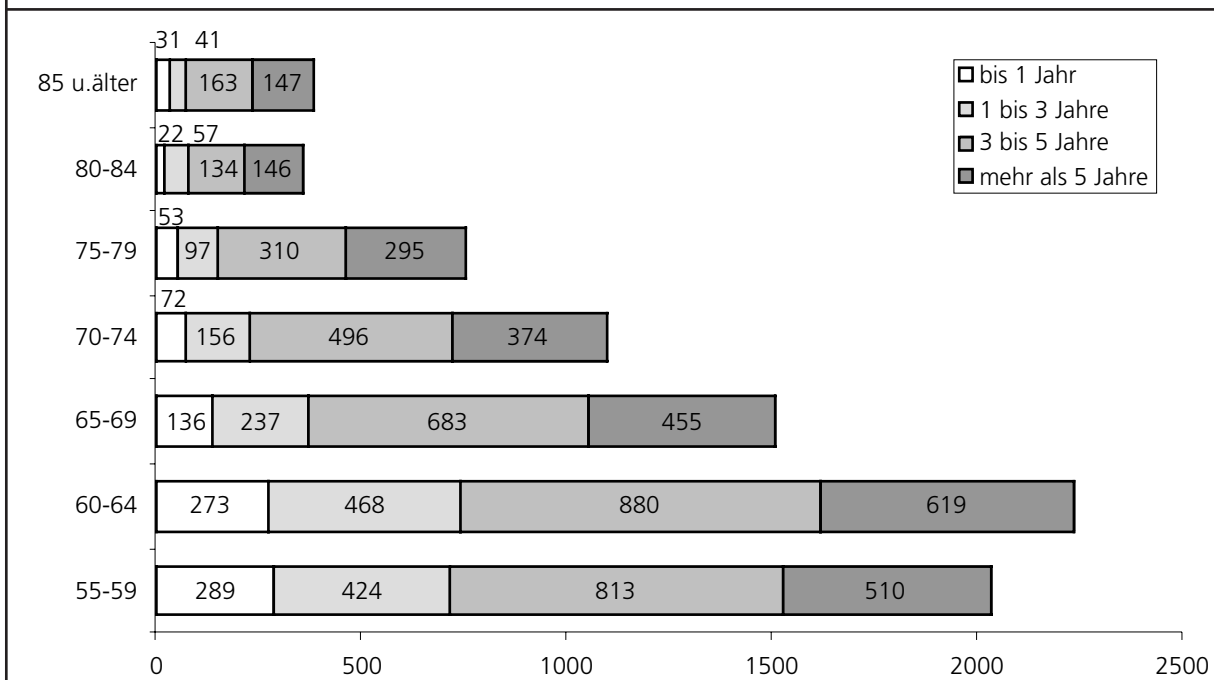
Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung in Monaten und Geschlecht der Bezugsperson



Quelle: Sozialhilfestatistik, Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main (2000).

Grafik 2.9

Ältere HLU-Empfänger Ende 1999 nach Altersgruppen der Bezugsperson und Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung in Jahren



Quelle: Sozialhilfestatistik, Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main (2000).

herigen Dauer des gemeinsamen Sozialhilfebezuges an weitergezählt.

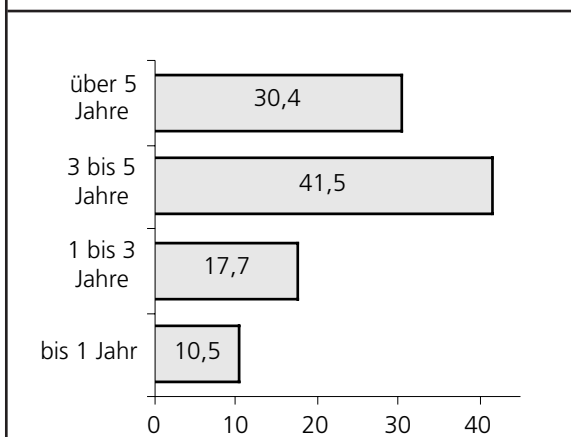
Bei der vorliegenden Sonderauswertung über 55-jährige und ältere Sozialhilfeempfänger wurde die

„Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung“ zugrunde gelegt, weil nur diese Variable die Dauer der Abhängigkeit einer Bedarfsgemeinschaft von Sozialhilfeleistungen angemessen wiedergibt.

Die Grafik 2.8 verdeutlicht, dass ältere Sozialhilfeempfänger in der Regel sehr lange Leistungen beziehen. Ein knappes Drittel der älteren Sozialhilfeempfänger bezieht länger als fünf Jahre Leistungen, insgesamt mehr als die Hälfte ist mehr als vier Jahre im Leistungsbezug.

Grafik 2.10

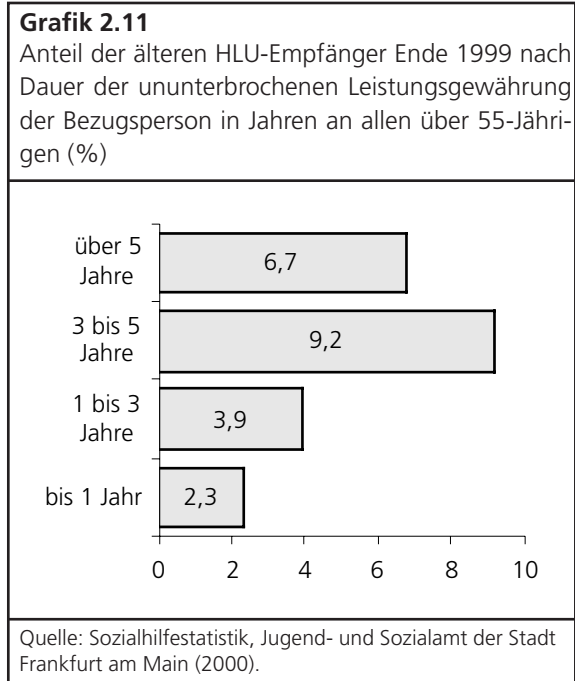
Anteil der älteren HLU-Empfänger Ende 1999 nach Dauer der ununterbrochenen Leistungsgewährung der Bezugsperson in Jahren (%)



Quelle: Sozialhilfestatistik, Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main (2000).

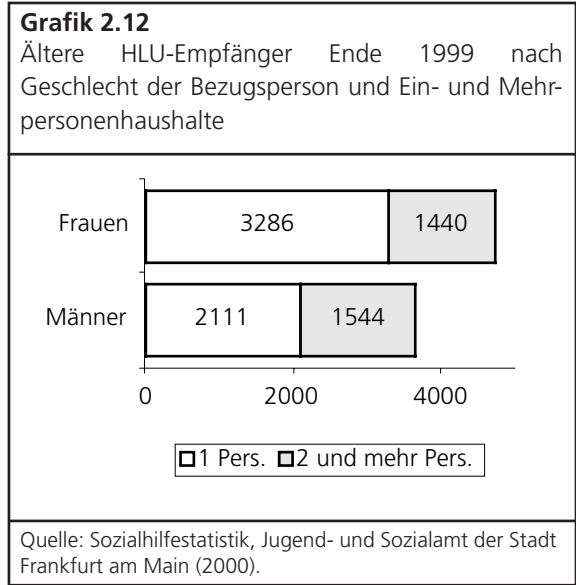
Betrachtet man die Dauer der Leistungsgewährung in den einzelnen Altersklassen (Grafik 2.9), so fällt auf, dass vor allem in den Altersklassen über 80 Jahren die langjährigen Bezieher von Sozialhilfe bei weitem überwiegen, also jeweils nur noch eine geringe Zahl von Personen neu Sozialhilfe beantragt und erhält. Allerdings ist es möglich, dass das Phänomen der verschämten Altersarmut, der Verzicht auf Sozialhilfeleistungen aus Stolz oder Scham, eine erhebliche Rolle spielt.

Auch bei der prozentualen Verteilung der Dauer des Leistungsbezuges wird noch einmal deutlich, dass unter den älteren Sozialhilfeempfängern der lang-



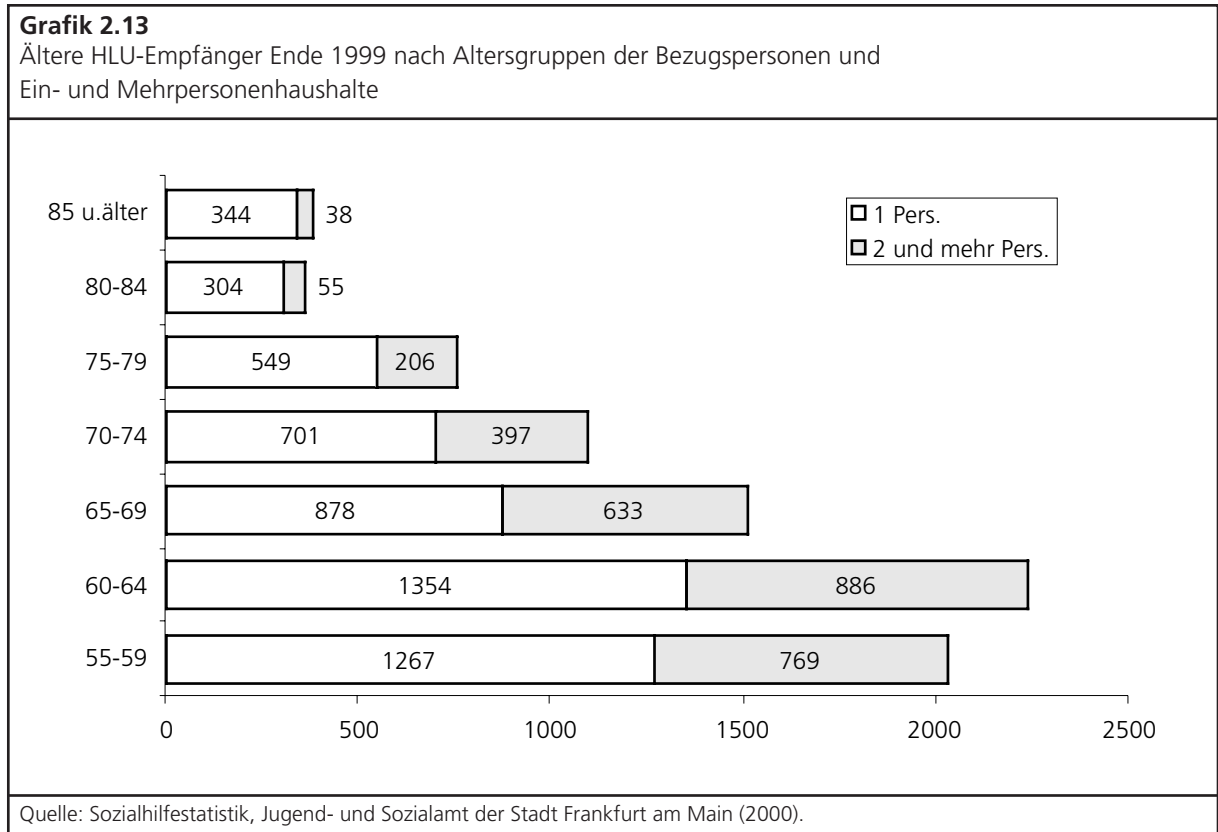
jährige Bezug überwiegt (vgl. Grafiken 2.10 und 2.11).

Die Mehrheit der älteren Sozialhilfeempfänger lebt allein in einem Haushalt. Entsprechend der



geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Lebenserwartung sind es deutlich mehr älteren Frauen als ältere Männer (vgl. Grafik 2.12).

In allen Altersgruppen überwiegen die Ein-Personen-Haushalte bei den Sozialhilfeempfänger, bei den 80-Jährigen und Älteren sind es nur noch sehr wenige Mehr-Personen-Haushalte: (vgl. Grafik 2.13)



2.2.2 Wohngeld

Angaben zum Bezug von Wohngeld in Frankfurt sind bisher nicht nach dem Alter der Bezugspersonen im Haushalt verfügbar. Das Amt für Wohnungswesen hat bei der Erfassung des Tabellenwohngeldes erst vor 5 Monaten auf eine neues System umgestellt, sodass in Zukunft derartige Auswertungen möglich sein werden. Bisher war es nur möglich, Rentner als Wohngeldempfänger auszuweisen, wobei hier nicht nach Erwerbs- und Berufsunfähigkeits- oder Altersrente unterschieden wird, auch wenn der Großteil der Rentner Altersrente bezieht. In die Berechnung des Wohngeldes werden die Haushaltsgröße, das Alter der Wohnung und andere Daten des gesamten Haushalts einbezogen.

Auch beim bisherigen pauschalierten Wohngeld ist keine Unterscheidung nach dem Alter der Empfänger möglich. Zum 01. 01. 2001 wurde das pauschalierte Wohngeld zugunsten eines besonderen Mietzuschusses abgeschafft. Dieser wird von Amts wegen als Ergänzung zur HLU gewährt und nun wie das Tabellenwohngeld mit Mietobergrenzen berechnet.

2.2.3 Resümee

Vor allem die Betrachtung der älteren Sozialhilfeempfänger lässt viele Fragen offen. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den älteren Menschen ist deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung und nimmt mit zunehmendem Alter stark ab. Dieser Sachverhalt sollte mit weiteren Analysen geklärt werden.

Um die finanzielle Situation älterer Menschen und die Altersarmut weiter untersuchen zu können, sollten auch die Daten des Amtes für Wohnungswesen ausgewertet werden, wenn sie dank des neuen Erfassungssystems altersspezifisch zugeordnet werden können.

2.3 Ältere Menschen mit Behinderungen

Die Schwerbehindertenstatistik der Stadt Frankfurt, erstellt vom hessischen Amt für Versorgung und Soziales in Frankfurt am Main, unterscheidet neben dem Grad auch nach der Ursache und der Art einer Behinderung. Des Weiteren werden vor allem die Altersgruppen der bis 20-Jährigen sehr differenziert ausgewiesen, während dann breitere Altersklassen folgen. In diesem Kapitel werden entsprechend der vorgegebenen Altersgliederung die 45- bis 59-jährigen, 60- bis 64-jährigen und die 65-jährigen und älteren Menschen mit Behinderungen betrachtet.

Insgesamt waren im März 1999 81.588 Menschen über 45 Jahren als behindert anerkannt. 74% von ihnen sind schwerbehindert, d.h. der Grad der Behinderung beträgt 50% und mehr. Gut die Hälfte aller Behinderten sind Frauen (50,4%).

	45-59 Jahre	60-64 Jahre	über 65 Jahre	Total
Angeborene Behinderung	414	124	265	2.069
Arbeitsunfall bzw. Betriebsunfall	180	131	252	619
Verkehrsunfall	101	42	112	363
Häuslicher Unfall	39	17	52	129
Sonstiger Unfall	78	24	102	262
Kriegs-, Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigte	31	35	1492	1.569
Sonstige Krankheit	19.152	10.913	33.345	71.507
Sonstige Ursache	751	556	3.396	5070
Total	20.746	11.842	39.016	81.588
Quelle: SCHWBG-Statistik für Frankfurt am Main, Stand: 11.3.1999.				

Unabhängig vom Alter sind „sonstige Krankheiten“ (88%) und „sonstige Ursachen“ (6%) die Hauptursachen für eine Behinderung. Angeborene Behinderungen (2,5%) und Kriegs-, Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigte (2%) stellen die nächstgrößeren Gruppen, Unfälle (Arbeits- bzw. Betriebs-, Verkehrs-, häuslicher oder sonstiger Unfall) sind zu 2% die Ursache für eine Behinderung.

Tabelle 2.6				
Ältere Menschen mit Behinderungen nach Altersgruppen und Art der Behinderung				
	45-59 Jahre	60-64 Jahre	über 65 Jahre	Total
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	102	81	473	741
Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen (auch durch Durchblutungsstörungen sowie durch Nervenstörungen)	1706	968	4803	8440
Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und es Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	5534	3492	9395	19620
Blindheit und Sehbehinderung	766	432	2820	4595
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	843	525	1783	3627
Kleinwuchs, Entstellungen u.a.	660	385	1263	2403
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystem	5182	3245	11861	22295
Querschnittslähmungen, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	2711	1149	2997	9325
Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen	3242	1565	3621	10542
Total	20746	11842	39016	81588
Quelle: SCHWBG-Statistik für Frankfurt am Main, Stand: 11.3.1999.				

Knapp die Hälfte (48%) der Menschen mit einer anerkannten Behinderung in Frankfurt sind über 65 Jahre alt und ein Sechstel (15%) sind zwischen 60 und 65 Jahre alt. Ein Viertel von allen ist zwischen 45 und 60 Jahre alt und die unter 45-Jährigen stellen nur 12% der Behinderten. Insgesamt sind 62% aller Menschen mit Behinderungen in Frankfurt 60 Jahre und älter.

Wie aus Tabelle 2.5 ersichtlich ist, gibt es bei den über 65-Jährigen deutlich häufiger Kriegs-, Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigte als in den jüngeren Altersgruppen, was auf Verletzte aus dem Zweiten Weltkrieg zurückzuführen ist.

Die Arten der Behinderungen sind, wie die Tabelle 2.6 zeigt, überwiegend „Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes“ in den Altersgruppen 45 bis 64 Jahre, gefolgt von „Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystem“, während sich dieses Verhältnis bei den über 65-Jährigen umdreht. Bei ihnen haben dann „Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen (auch durch Durchblutungsstörungen sowie durch Nervenstörungen)“ den dritthöch-

sten Anteil, bei den Jüngeren sind sie erst die fünf häufigste Art einer Behinderung.

„Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen“ haben schließlich in allen Altersgruppen einen höheren Anteil als die Kategorie „Querschnittslähmungen, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten“.

Deutlich wird, dass Behinderung überwiegend ein Problem älterer Menschen ist. Dennoch weist die Schwerbehindertenstatistik des hessischen Amtes für Versorgung und Soziales für Frankfurt am Main außer der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen leider nur sehr große Altersgruppen aus, vor allem die jüngeren und die älteren alten Menschen mit Behinderungen können so nicht differenziert betrachtet werden. Hier wäre eine detailliertere Aufschlüsselung der Statistik wünschenswert.

Unbefriedigend ist auch, dass bei den Ursachen der Behinderung der weitaus größte Teil der Fälle in die inhaltlich nicht interpretierbaren Kategorien „sonstige Krankheiten“ und „sonstige Ursachen“ fällt.

2.4 Sicherheit

Das Bürgeramt der Stadt stellte uns freundlicherweise den Datensatz der Bürgerbefragung 1999 für die Altersgruppe ab 55 Jahre (n=467) für eigene Berechnungen zur Verfügung. Es wurden fünf Altersgruppen gebildet, um differenzierte Aussagen über die älteren Frankfurterinnen und Frankfurter treffen zu können, die Tabelle 2.7 zeigt die Häufigkeitsverteilungen.

Tabelle 2.7
Häufigkeitsverteilungen Bürgerbefragung 1999
55-jährige und ältere Frankfurter

	Häufigkeit	Prozent
55-59	129	27,6
60-64	135	28,9
65-69	91	19,5
70-74	89	19,1
75 u. älter	23	4,9
Gesamt	467	100,0
Frauen		
	226	48,4
Männer		
	238	51,0
Gesamt	464	99,4
Fehlend*	3	0,6
Gesamt	467	100

Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.
* von drei Personen ist das Geschlecht nicht bekannt

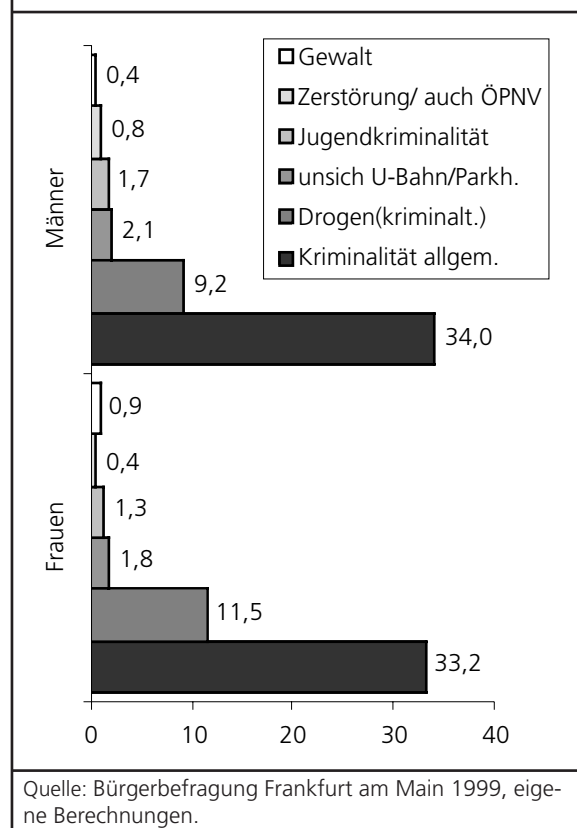
Die höchste Altersgruppe 75 und älter ist mit 23 Personen nicht sehr hoch besetzt, sodass unsere Ergebnisse über die Ältesten eher als Tendenzen zu lesen sind. Hier genannte Ergebnisse der Bürgerbefragung 1999 für die gesamte Frankfurter Bevölkerung beziehen sich auf Dobroschke-Kohn (2000).¹²

12 Dobroschke-Kohn, Wolfhard (Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen): Leben in Frankfurt am Main – Ergebnisse der Bürgerbefragung 1999, frankfurter statistische berichte, 2/3'2000, pp 262-279.

2.4.1 Öffentliche Sicherheit und Kriminalität als größte Probleme in Frankfurt am Main

Für ein Drittel der älteren Bürgerinnen und Bürger in Frankfurt ist das größte Problem die Kriminalität.¹³ Dies gilt auch für die Gesamtheit der Frankfurter, wie die Bürgerbefragung 1999 ergab. Wie in Grafik 2.14 zu sehen ist, gibt es kaum Unterschiede in der Wahr-

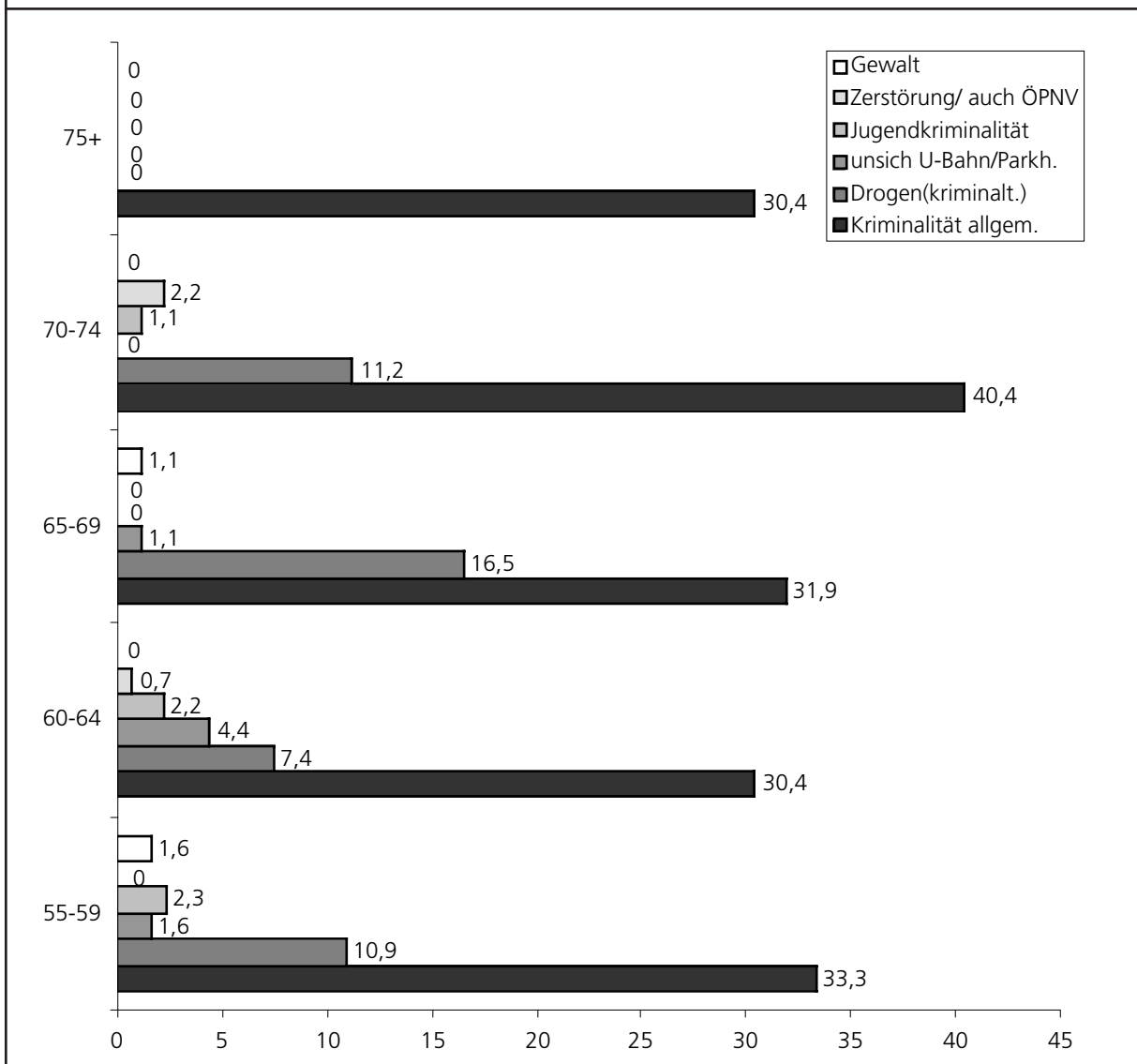
Grafik 2.14
Ausgewählte sicherheitsrelevante größte Probleme in Frankfurt a.M. nach Geschlecht (% ohne Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)



13 In der Bürgerbefragung wird nach den größten Problemen in Frankfurt gefragt. Dabei gibt es keine Antwortvorgaben und es sind Mehrfachnennungen möglich. Nach öffentlicher Sicherheit/Kriminalität rangieren die Themen Verkehrssituation, Verhältnis Deutsche/Ausländer, Straßenreinigung/Sauberkeit und Wohnungsbau auf den folgenden Plätzen als größte Probleme in Frankfurt am Main. In diesem Kapitel betrachten wir nur die als sicherheitsrelevant genannten größten Probleme (Kriminalität allgemein, Drogen(kriminalität), unsichere U-Bahn/Parkhäuser, Jugendkriminalität, Zerstörung/auch ÖPNV und Gewalt).

Grafik 2.15

Ausgewählte sicherheitsrelevante größte Probleme in Frankfurt a.M. nach Altersgruppen
(%, ohne Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)

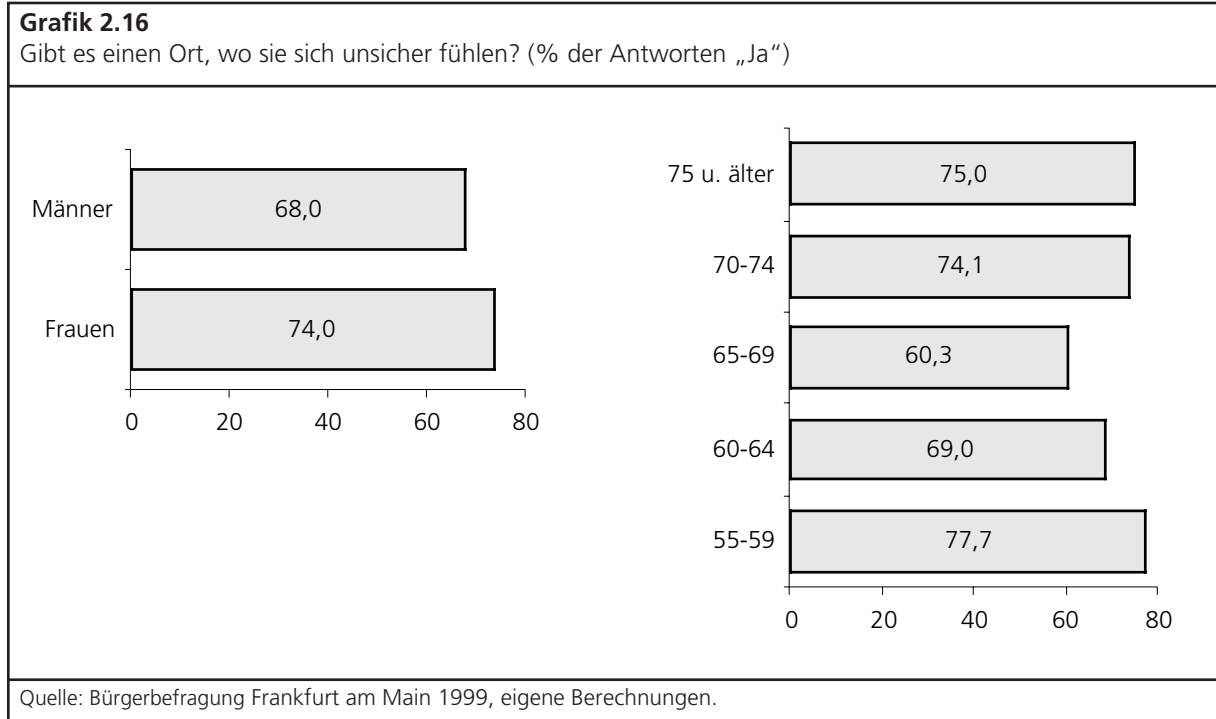


Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

nehmung von Kriminalität als dem Top-Problem in Frankfurt zwischen den älteren Frauen und Männern. Neben Kriminalität allgemein geben die Befragten noch verschiedene Formen wie Jugend- und Drogenkriminalität, Gewalt, Zerstörung und Unsicherheiten in der U-Bahn und in Parkhäusern an. Die Gesamtproblematik Kriminalität und innere Sicherheit wird damit von fast der Hälfte (48%) der über 55-jährigen Befragten angegeben. Dabei unterscheidet sich die Wahrnehmung der Frauen und Männer nur leicht im Bereich der Drogen(-kriminalität).

Eine Differenzierung lässt sich erst erkennen, wenn man die über 55-Jährigen nach verschiedenen Altersgruppen aufteilt.

Die Wahrnehmung der größten Probleme in Frankfurt der 55- bis 60-Jährigen ist wie die der Gesamtheit der Frankfurter (33% Kriminalität, 11% Drogenkriminalität), in den höheren Altersgruppen dagegen ergeben sich größere Unterschiede. Grafik 2.15 zeigt, dass sogar für 40% der 70- bis 74-Jährigen die Kriminalität an erster Stelle liegt. Die Drogenkriminalität hat für die Ältesten dagegen keine Bedeutung,



bei den 60- bis 64-Jährigen die geringste und macht bei der mittleren Altersgruppe sogar 17% aus.

Der Bürgerbefragung 1999 ist zu entnehmen, dass die Kriminalität als Top-Problem im Vergleich zu den Vorjahren in allen Altersgruppen abnimmt, was auf die verstärkten Maßnahmen zur Kriminalitätsprävention zurückgeführt wird. Bei den 60-Jährigen und Älteren zeigte sich seit 1997 ein Rückgang um insgesamt 18%-Punkte von 55% auf 37%.

2.4.2 Unsicherheitsräume in der Stadt

Insgesamt hat sich das Sicherheitsgefühl der Frankfurterinnen und Frankfurter in allen Altersgruppen verbessert, auch wenn es bei den älteren Bürgerinnen und Bürgern am geringsten ausgeprägt ist.

Die Frage zum Unsicherheitsgefühl in verschiedenen Stadträumen „Gibt es einen Ort in Frankfurt, an dem Sie sich nicht so sicher fühlen?“ wurde insgesamt von 70% der Befragten mit Ja beantwortet. Auch hier zeigt sich, dass die Älteren ab 55 Jahre mit 71% im Durchschnitt liegen. Der Vergleich älterer und jüngerer Frauen zeigt auch kaum Unterschiede: 74% aller Frauen und 74% aller älteren Frauen bejahten die Frage nach Unsicherheitsräumen. Die Männer werden dagegen mit höherem Alter unsicherer: 68% der älteren Männer und nur 65% aller Männer

gaben an, dass es einen Ort in Frankfurt gibt, an dem sie sich nicht so sicher fühlen.

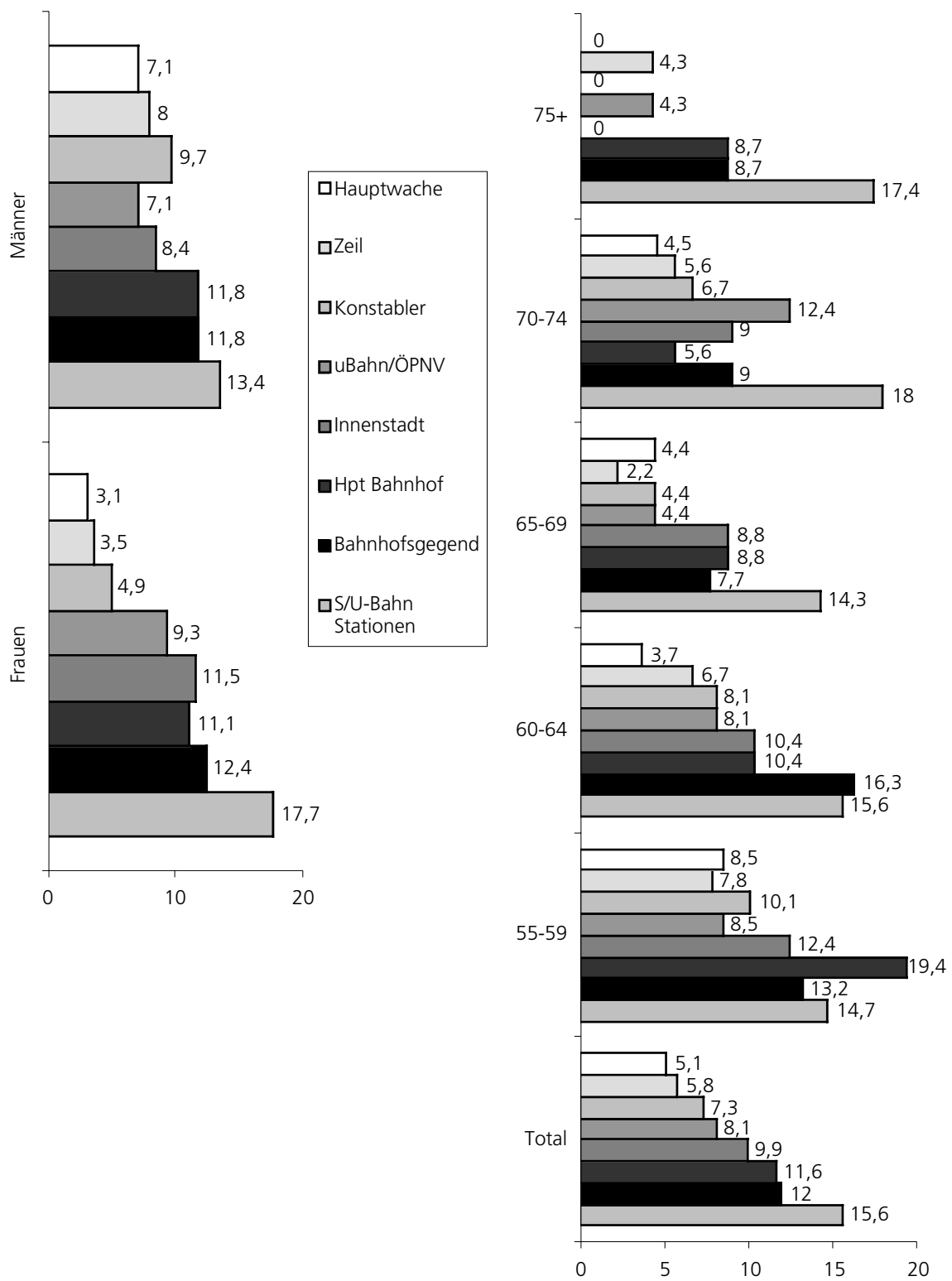
Auffällig in Grafik 2.16 ist der hohe Anteil der 55- bis 59-Jährigen von knapp 78% und der geringe Anteil der 65- bis 69-Jährigen mit Unsicherheitsgefühlen (60%), die auf die Frage „Gibt es einen Ort, wo Sie sich unsicher fühlen?“ mit „Ja“ antworteten.

Mit Abstand sind die S- und U-Bahnstationen, die Bahnhofsgegend und der Hauptbahnhof die am häufigsten genannten Unsicherheitsräume in Frankfurt. Es gab dabei keine Antwortvorgaben und es waren Mehrfachantworten möglich. Es zeigen sich Unterschiede zwischen der Gesamtbevölkerung¹⁴ und der ab 55 Jahre dahingehend, dass sich 19% aller Frankfurter am Hauptbahnhof und 18% in der Bahnhofsgegend, aber nur 12% der Ältern an diesen Orten „nicht so sicher“ fühlt. Dagegen ist das Unsicherheitsgefühl in den S- und U-Bahnstationen bei den Ältern mit knapp 16% kaum höher als bei allen Befragten. Die Innenstadt, der öffentliche Nahverkehr, Konstablerwache, Zeil und Hauptwache werden mit einem Anteil von 5-10% deutlich seltener genannt (vgl. Grafik 2.17).

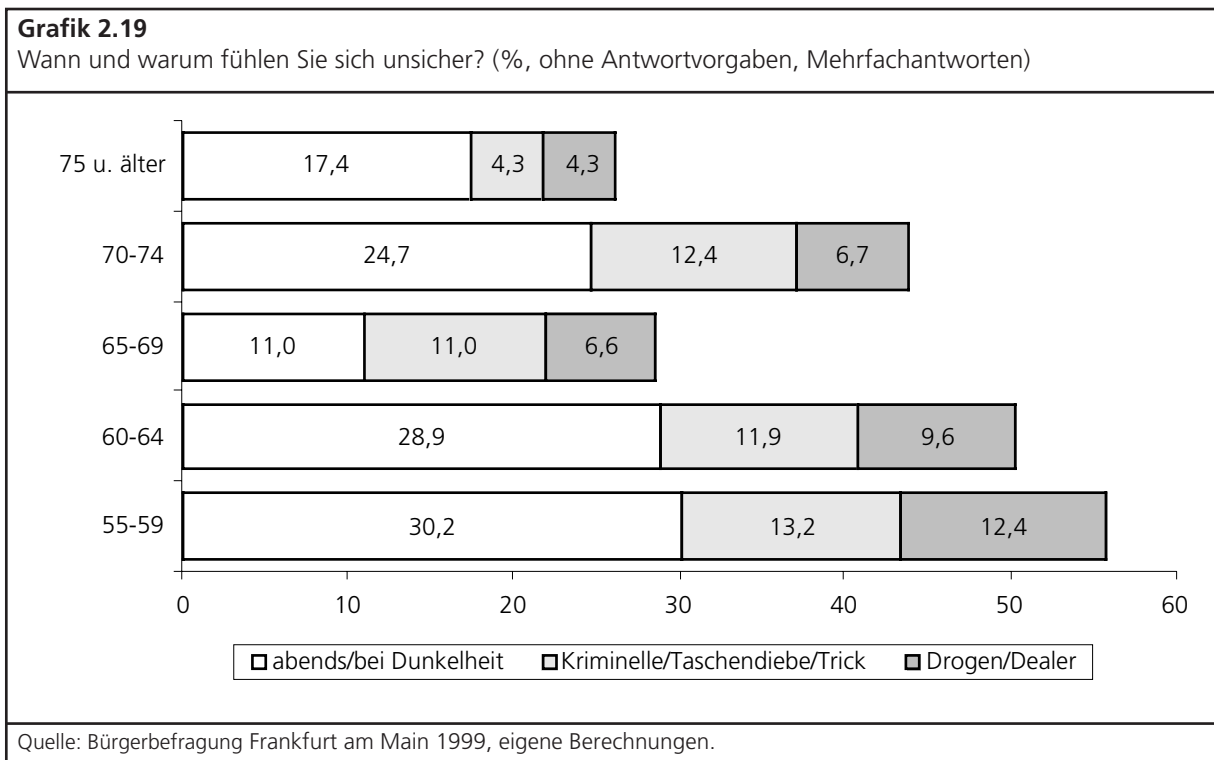
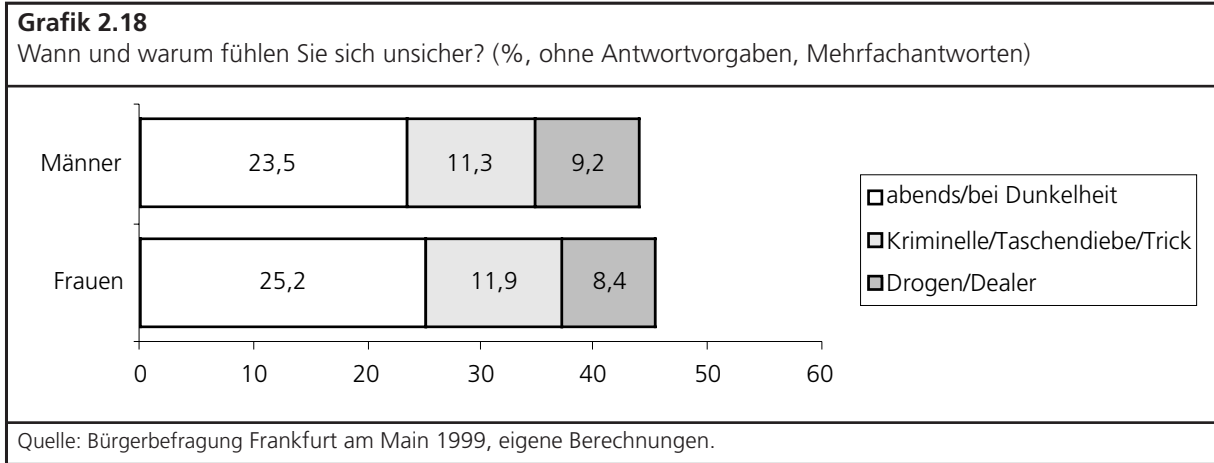
¹⁴ Vgl. Dobroschke-Kohn, Wolfhard (2/3'2000), pp 262-279.

Grafik 2.17

Unsicherheitsräume der Stadt (% , ohne Antwortvorgaben, Mehrfachnennung)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.



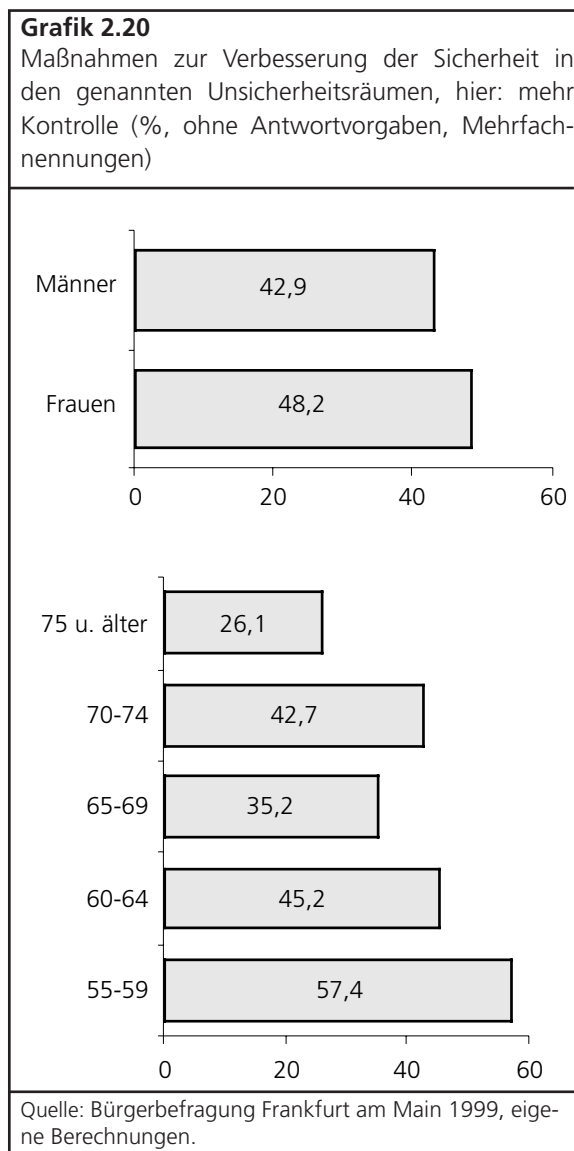
Unterschiede zur Gesamtbevölkerung ergeben sich in der häufigeren Nennung der Innenstadt (10%: 8%) und der selteneren Nennung der Konstablerwache (7%: 10%) als Unsicherheitsräume. Auch wenn diese Unterschiede nicht so gravierend sind, erscheinen sie uns daher bemerkenswert, da die geringere Einschätzung der Konstablerwache als Unsicherheitsraum durch geringere Besuchsgewohnheiten dieses Ortes durch die ältere Bevölkerung beeinflusst sein könnte bzw. die Innenstadt noch häufiger von ihr frequentiert wird und somit auch unsicherer erscheint.

In den einzelnen Altersgruppen variieren die Nennungen der einzelnen Orte sehr stark, so ist der Hauptbahnhof für einen weitaus größeren Teil der 55- bis 59-Jährigen ein unsicherer Ort (19%) als für die über 60-Jährigen (6-10%). Dies könnte an den unterschiedlichen Besuchsgewohnheiten bzw. Besuchsnotwendigkeiten für die verschiedenen Altersgruppen liegen. Während die Innenstadt weiterhin auch in den Altersgruppen über 60 Jahre jeweils von 9-10% als unsicher eingeschätzt wird, und die Zeil von 4-7%,¹⁵ nehmen die Konstabler-

¹⁵ Eine Ausnahme bilden hier die 65- bis 69-Jährigen mit 2%.

und Hauptwache und der öffentliche Nahverkehr mit höherem Alter als Unsicherheitsräume ab. Die S- und U-Bahnstationen dagegen bleiben auch für die Ältesten ein Ort, an dem sie sich nicht so sicher fühlen.

Wie aus Grafik 2.18 hervorgeht, fühlt sich fast ein Viertel (24%) der älteren Frankfurterinnen und Frankfurter vor allem abends in den genannten Unsicherheitsräumen unsicher, dazu kommt die Furcht vor Kriminellen, Taschendieben und Trickbetrügern (12%) und die Unsicherheit der Drogenszene gegenüber (9%). Zwischen Frauen und Männern ab 55 Jahre gibt es nur leichte Unterschiede im Anteil der Unsicheren „abends/bei Dunkelheit“ (25% bzw. 23,5%).



Auch hier ist eine Abnahme der Unsicherheit mit zunehmendem Alter zu erkennen (Grafik 2.19), vor allem „abends/bei Dunkelheit“ fühlen sich die Älteren zu einem geringeren Teil unsicher als die jüngeren. Die Vermutung liegt nahe, dass auch dies mit unterschiedlichen Gewohnheiten und Notwendigkeiten das Haus zu verlassen, zusammenhängt.

Auf die Frage, was als geeignete Maßnahme gelten könnte, um die Sicherheit in den genannten Unsicherheitsräumen zu verbessern, wurden vor allem mehr Präsenz von Polizei und Sicherheitskräften und mehr (Polizei-)Kontrollen genannt (vgl. Grafik 2.20).

Sehr auffällig ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern, die mehr Kontrollen fordern und der tendenzielle Rückgang dieser Forderung bei den höheren Altersgruppen.

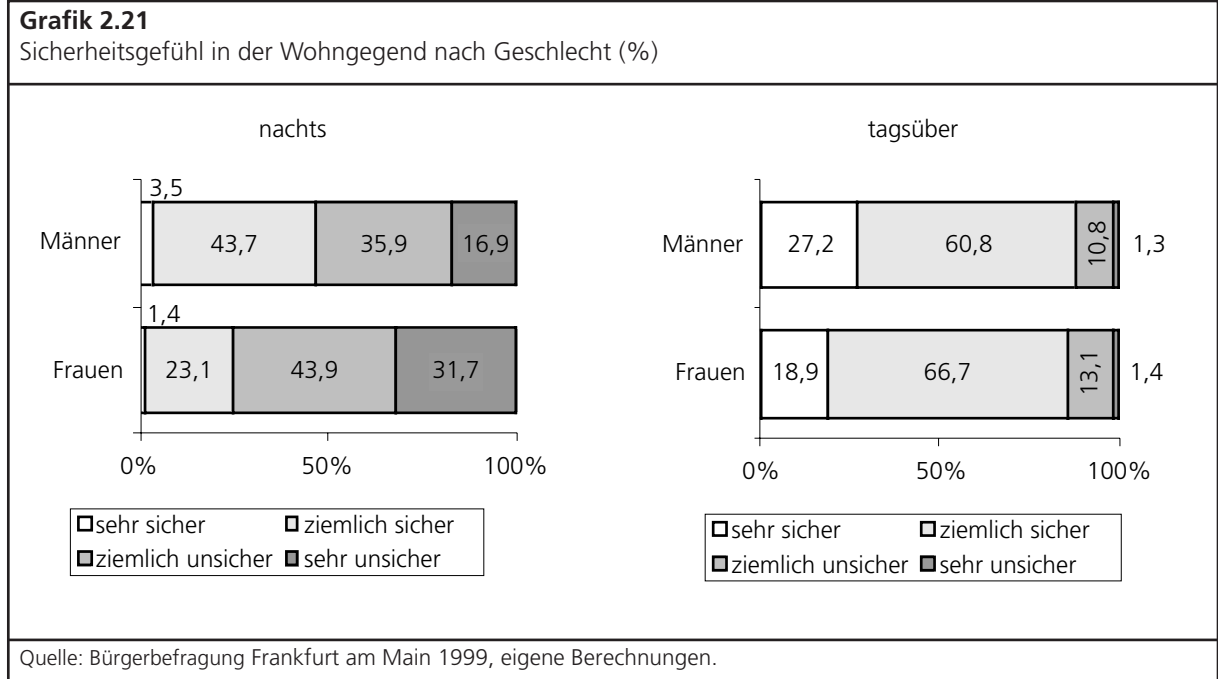
2.4.3 Sicherheitsgefühle in der Wohngegend und in der Frankfurter Innenstadt

In der Bürgerbefragung wurden neben den Unsicherheitsräumen in der Stadt auch die Sicherheitsgefühle in der Wohngegend und in der Innenstadt abends und tagsüber abgefragt. Rund die Hälfte der Frankfurterinnen und Frankfurter (49%) fühlen sich nachts alleine in ihrer Wohngegend eher unsicher. Dagegen sind es sogar 63% der älteren Befragten, die die Wohngegend nachts als sehr bzw. ziemlich unsicher bezeichnen, wobei hier ein deutlicher Unterschied zwischen den älteren Frauen und Männern besteht, wie die Grafik 2.21 veranschaulicht.

Die Unterschiede liegen in den Nuancen zwischen den Einschätzungen „ziemlich sicher“ und „ziemlich unsicher“. So sind es ein gleich großer Anteil der älteren Frauen, die ihre Wohngegend nachts als „ziemlich unsicher“ ansehen, und der Männer, die sie für „ziemlich sicher“ halten.

Tagsüber stellt es sich anders dar: 87% der Älteren halten ihre Wohngegend für sehr oder ziemlich sicher. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern ist nicht annähernd so hoch wie nachts. Es waren jedoch deutlich mehr Frauen, die „ziemlich sicher“ und Männer, sie „sehr sicher“ angaben.

Die Grafiken 2.22 und 2.23 zeigen die Unterschiede in den Altersgruppen. Das Unsicherheitsgefühl in der Wohngegend steigt nachts deutlich mit dem Alter.

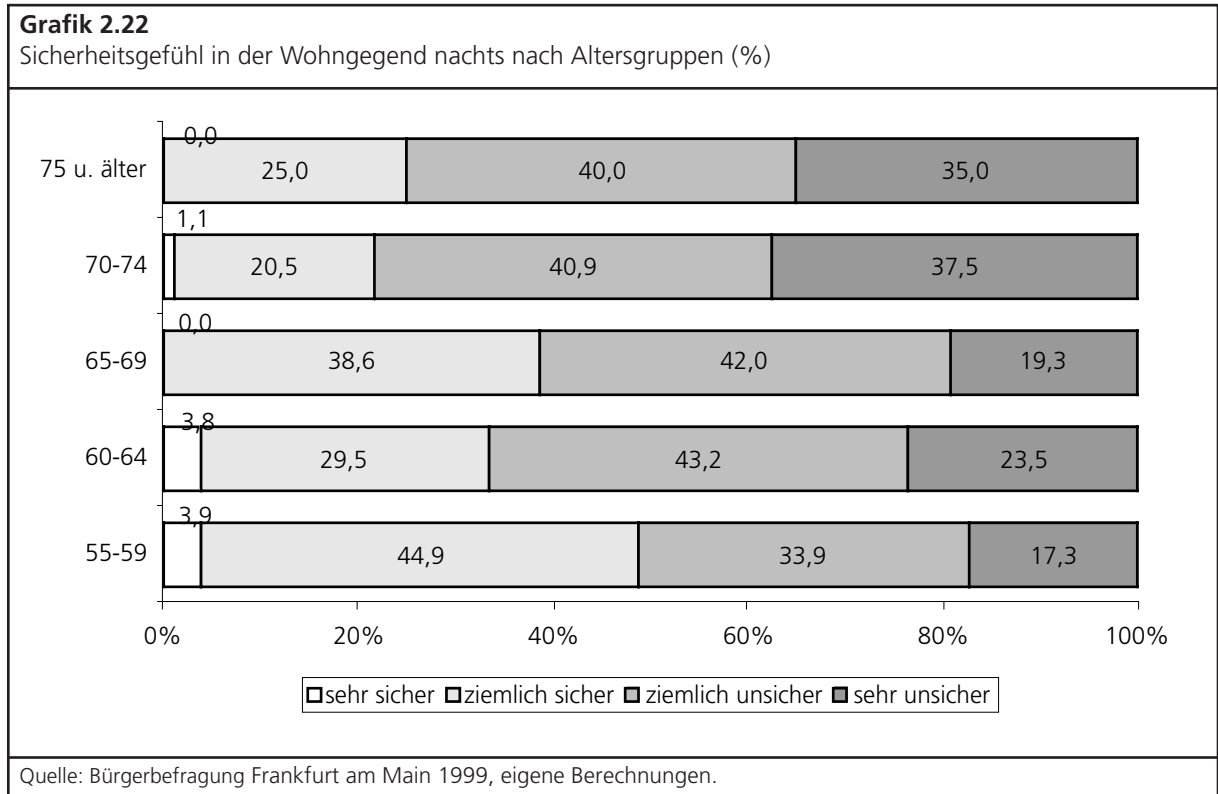


Wie zu sehen ist, gibt es eine große Zunahme der Nennung „sehr unsicher“.

Gleichzeitig findet eine Verschiebung von „sehr sicher“ zu „ziemlich sicher“ statt.

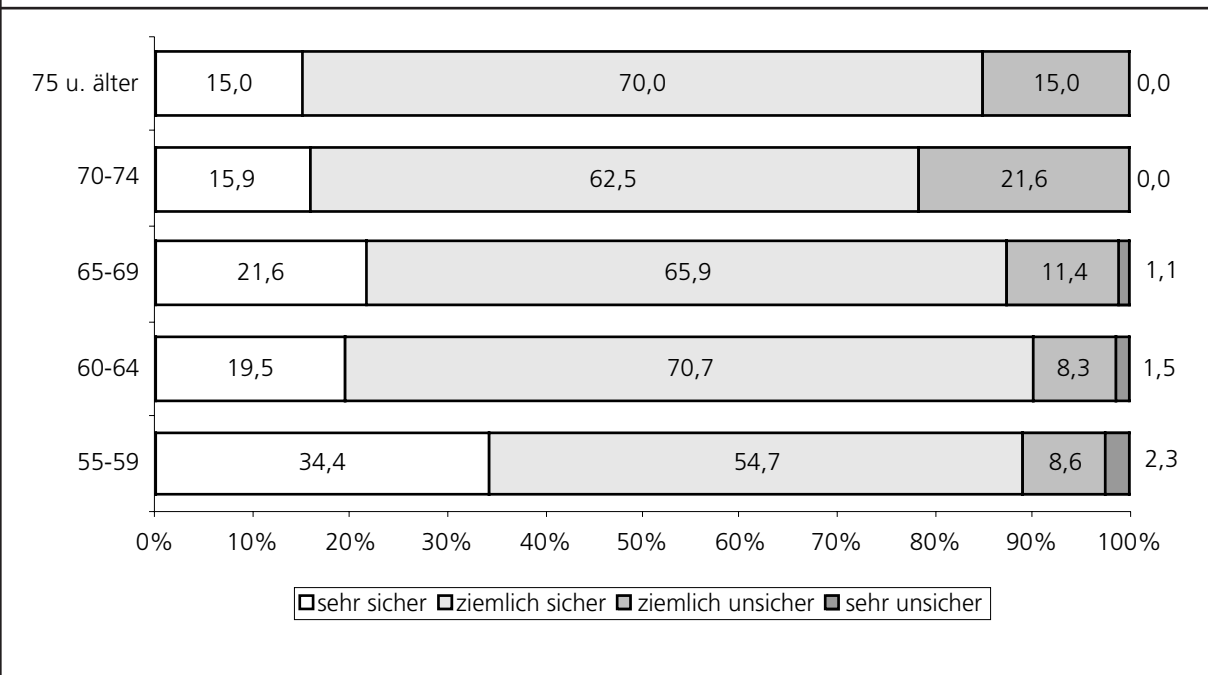
Tagsüber dagegen steigt der Anteil bei der Angabe „ziemlich unsicher“, wenn auch nicht in dem Maße.

In der Bürgerbefragung 1999¹⁶ antworteten 61% aller Befragten auf die Frage „Wenn Sie abends in der Innenstadt unterwegs sind (z.B. nach dem Kino-/



Grafik 2.23

Sicherheitsgefühl in der Wohngegend tagsüber nach Altersgruppen (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

Konzertbesuch) wie sicher fühlen Sie sich dann?“ mit „sehr“ und „ziemlich unsicher“. Bei den über 55-Jährigen sind es dagegen 76% Unsichere. Auch hier ist die häufigste Antwort „ziemlich unsicher“.

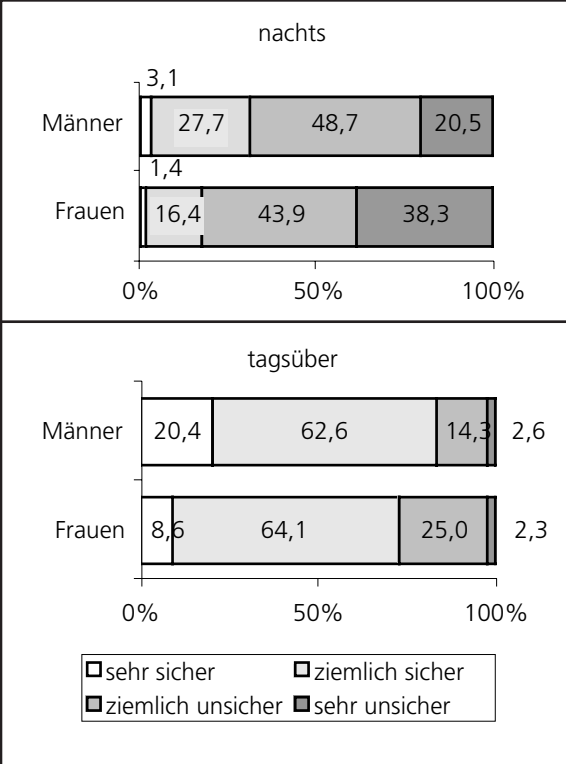
Bei den älteren Frauen ist die Unsicherheit in der Innenstadt deutlich ausgeprägter, insgesamt 82% der älteren Frauen fühlen sich nachts eher unsicher in der Innenstadt. Tagsüber überwiegt hier das Sicherheitsgefühl, dennoch ist es sogar mehr als ein Viertel der älteren Frauen, die sich auch tagsüber in der Innenstadt unsicher fühlen. Wie in Grafik 2.24 zu sehen ist, zeigen sich die Unterschiede zwischen den älteren Frauen und Männern bei den Nennungen „sehr sicher“ und „ziemlich unsicher“.

Sehr deutlich ist in der Grafik 2.25 zu sehen, wie der Anteil der sehr Unsicheren im Alter zunimmt. Ab 60 Jahre findet vor allem eine Verschiebung von der Ausprägung „ziemlich unsicher“ zu „sehr unsicher“ statt.

Tagsüber (Grafik 2.26) ist das Sicherheitsgefühl in der Innenstadt wesentlich höher ausgeprägter, und das auch in den höheren Altersgruppen. Eine Abnahme ist vor allem bei der Antwort „sehr sicher“ zu erkennen, nicht jedoch in den mittleren Antwort-

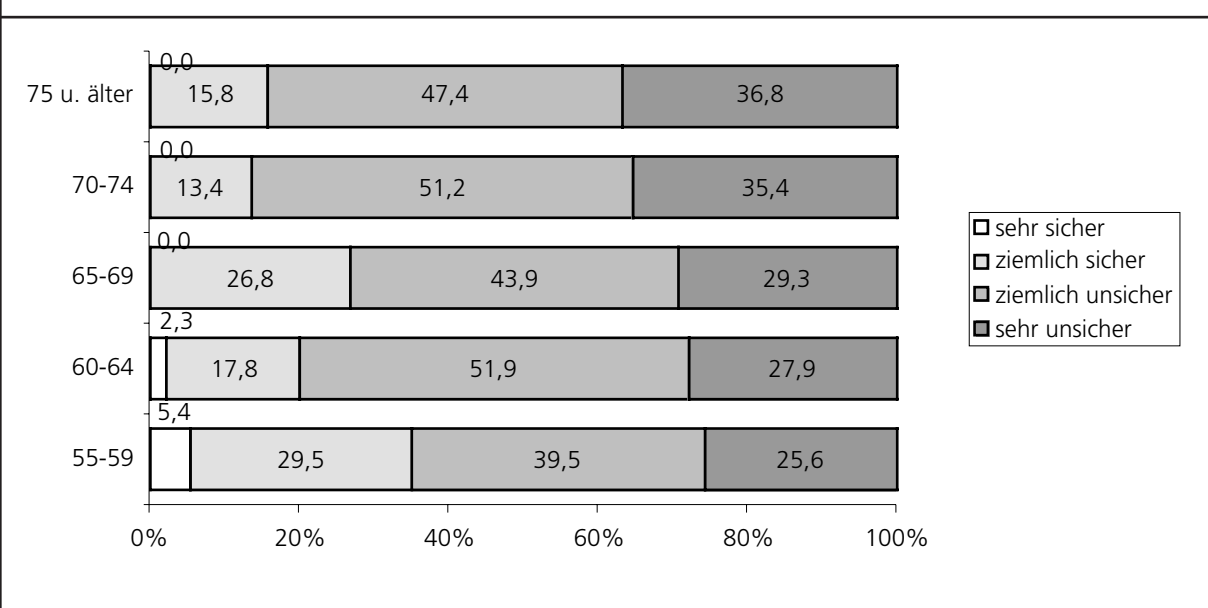
Grafik 2.24

Sicherheitsgefühl in der Innenstadt nach Geschlecht (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

Grafik 2.25
Sicherheitsgefühl in der Innenstadt nachts nach Altersgruppen (%)



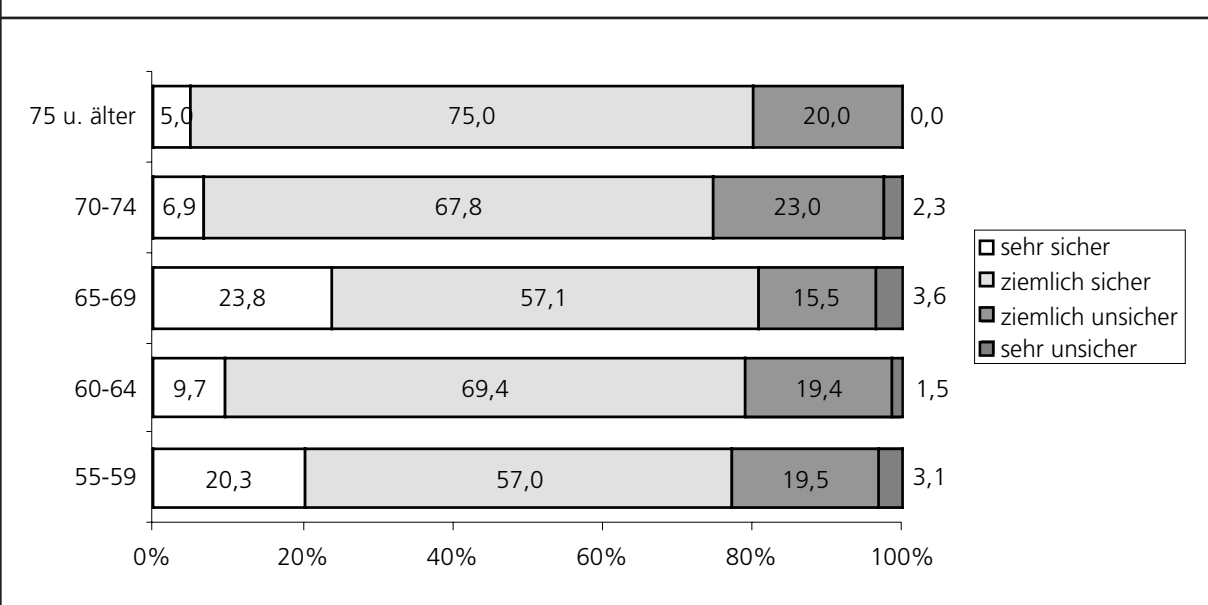
Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

möglichkeiten „ziemlich sicher“ und „ziemlich unsicher“.

Die Wahrnehmung des persönlichen Sicherheitsgefühls wird neben den eigenen Erfahrungen von anderen Faktoren, wie Medienberichte und Erfahrungen anderer beeinflusst. Die Ergebnisse der Bürgerbefragung 1999 zur Frage „Wodurch fühlen Sie

sich in Ihrem persönlichen Sicherheitsgefühl besonders beeinträchtigt?“ zeigen dies deutlich. 39% der Frankfurterinnen und Frankfurter nannten „Medienberichte“, 37% „Erfahrungen anderer“ und 27% „eigene Erfahrungen“. Die älteren Bürger sehen dies insgesamt ähnlich (vgl. Grafik 2.27).

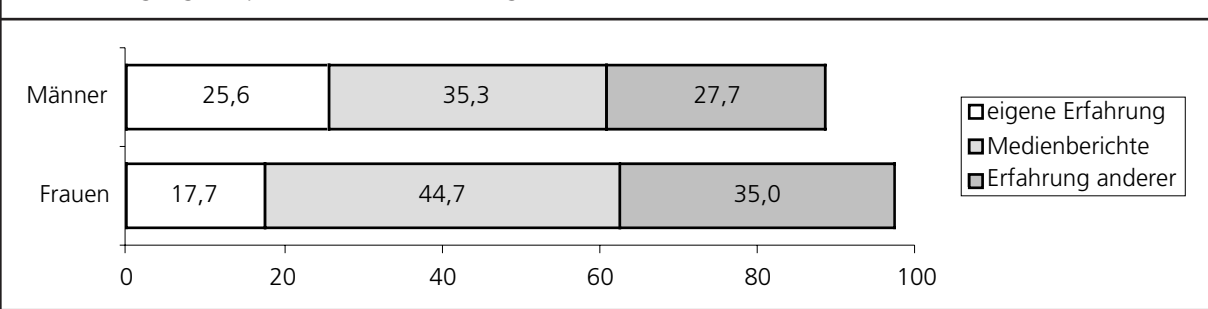
Grafik 2.26
Sicherheitsgefühl in der Innenstadt tagsüber nach Altersgruppen (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

Grafik 2.27

Beeinträchtigung des persönlichen Sicherheitsgefühls nach Geschlecht (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

Bei den älteren Frauen sind es noch deutlicher die Medienberichte und Erfahrungen anderer, die ihr Sicherheitsgefühl beeinträchtigen, dahingegen sind es bei den älteren Männer zu gut einem Viertel (26%) eigene Erfahrungen.

Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen in der Grafik 2.28, so zeigt sich, dass in der jüngsten Altersgruppe der höchste Anteil vertreten ist, der sein persönliches Sicherheitsgefühl durch eigene Erfahrungen beeinträchtigt sieht.

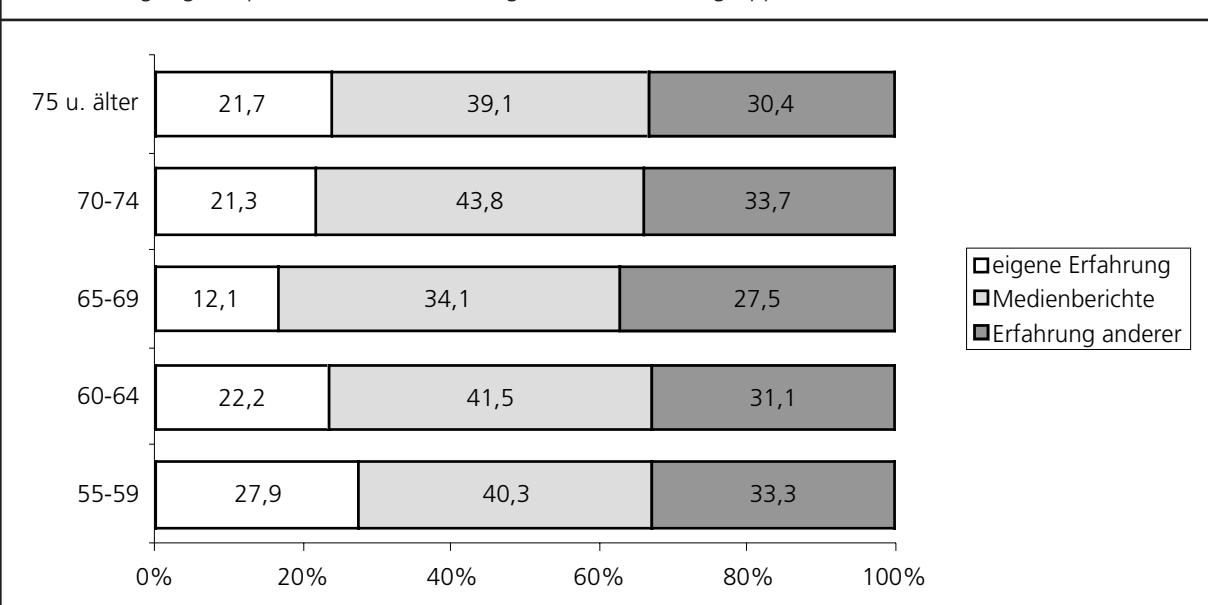
2.4.4 Kriminalitätsbelastung der älteren Frankfurter Bürger

Der Zusammenhang zwischen objektiver Kriminalitätsbelastung und subjektiver Wahrnehmung der persönlichen Sicherheitslage wird durch die Ergebnisse zur Frage deutlich „Sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren Opfer einer Straftat geworden?“.

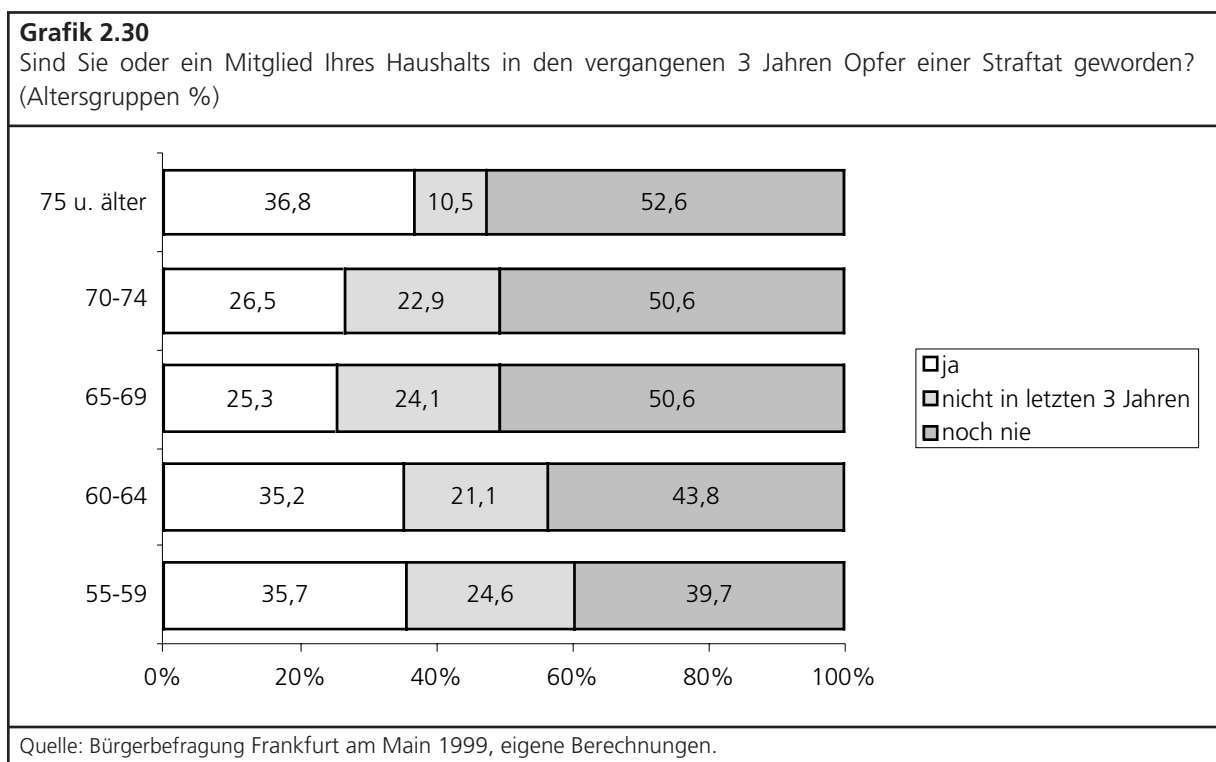
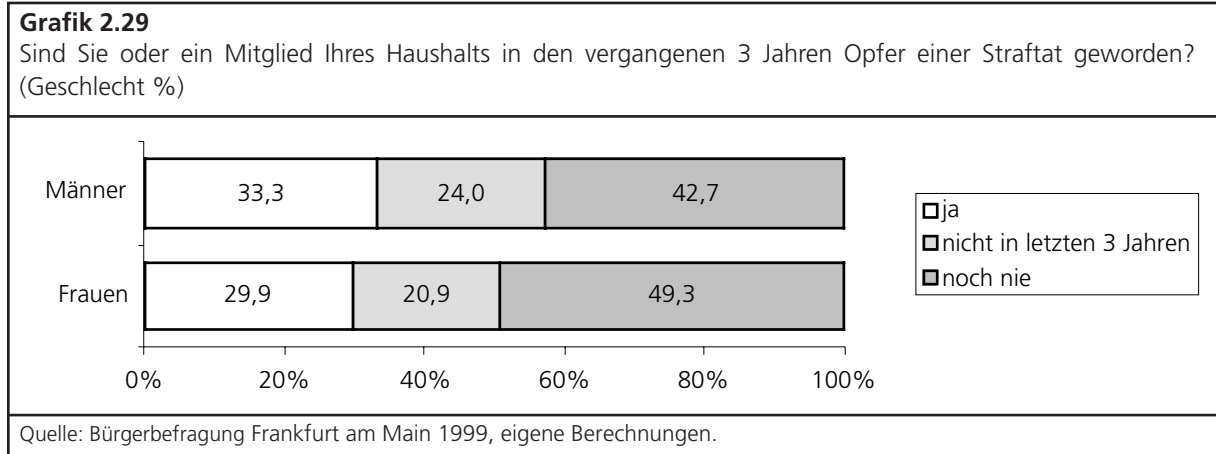
54% aller Befragten über 55 Jahre gegenüber 50% der älteren Frauen gaben an, bereits Opfer einer Straftat geworden zu sein. Ein knappes Drittel der älteren Bürger hat in den letzten drei Jahren diese Erfahrung gemacht (vgl. Grafik 2.29).

Grafik 2.28

Beeinträchtigung des persönlichen Sicherheitsgefühls nach Altersgruppen (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.



Wenn man sich die einzelnen Altersgruppen in Grafik 2.30 ansieht, so wird der Anteil derjenigen, die noch nie Opfer einer Straftat geworden sind, mit dem Alter größer. Bei den über 65-Jährigen beträgt er 51%. In der ältesten Gruppe gibt es dann wieder eine Zunahme in der Angabe, dass die Befragten oder ein Mitglied ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren Opfer einer Straftat geworden sind. Insgesamt ist die Kriminalitätsbelastung für die 25- bis 34-Jährigen (45%) und Männer (39%) am höchsten, wie die Bürgerbefragung 1999¹⁷ ergab.

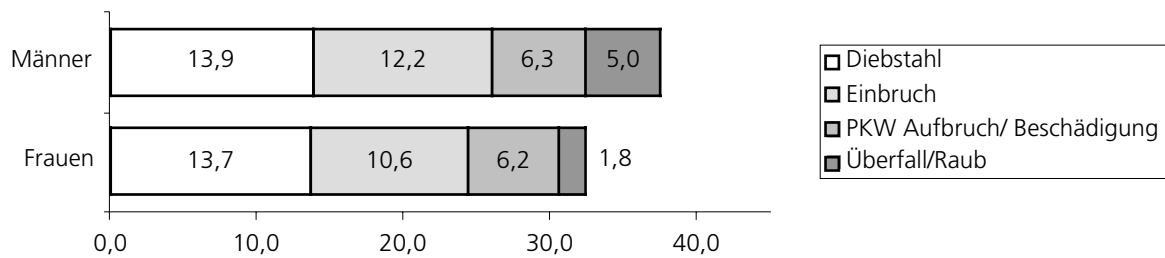
17 Vgl. Dobroschke-Kohn, Wolfhard (2/3'2000), pp 262-279.

Grafik 2.31 zeigt, wie sich die Straftaten, die gegen die über 55-jährigen Befragten begangen wurden, auf Diebstahl (14%), Einbruch (11%), PKW Aufbruch/Beschädigung (6%) und Überfall/Raub (3%) verteilen. Männer sind dabei der Tendenz nach von Überfall/Raub stärker betroffen als Frauen. Die hohe Zahl der Wohnungseinbrüche zeigt, dass in jeden 10. Frankfurter Haushalt älterer Bürgerinnen und Bürger in den letzten drei Jahren eingebrochen wurde.

In den Altersgruppen (Grafik 2.32) ist auffällig, dass PKW Aufbruch/Beschädigung mit dem Alter seltener

Grafik 2.31

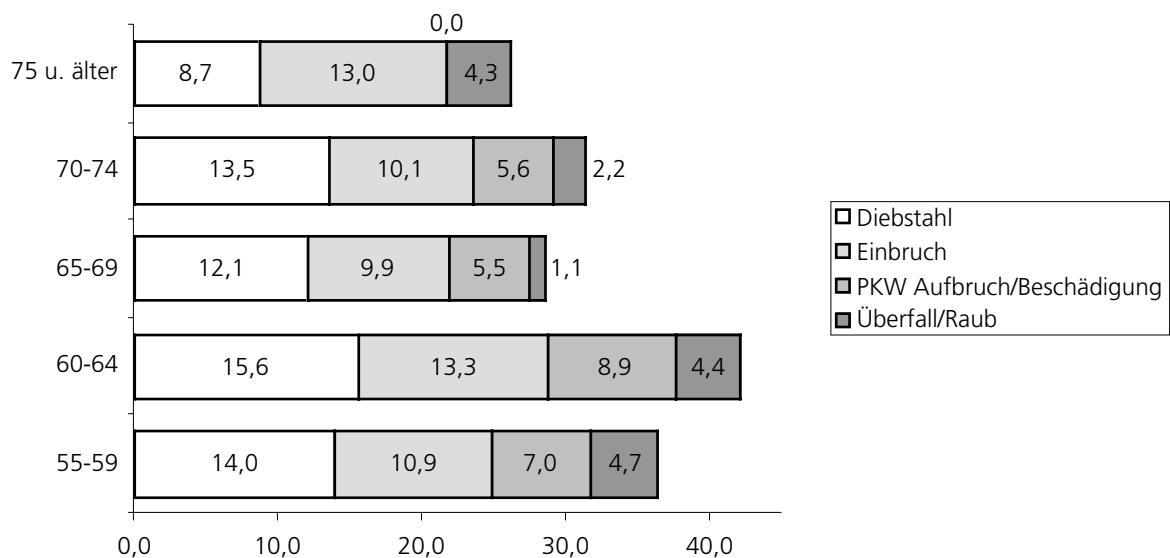
Opfer welcher Straftat sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren geworden? (Geschlecht %, ohne Antwortvorgaben, Mehrfachantworten)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

Grafik 2.32

Opfer welcher Straftat sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts in den vergangenen 3 Jahren geworden? (Altersgruppen %, ohne Antwortvorgaben, Mehrfachantworten)



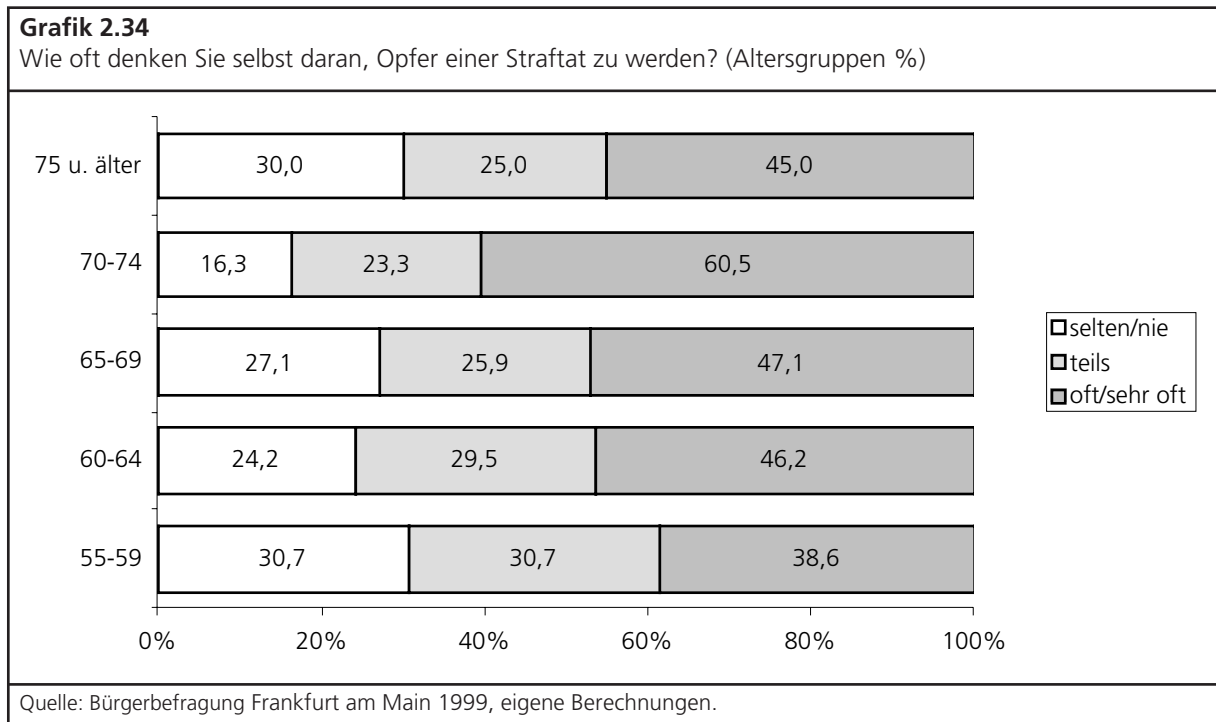
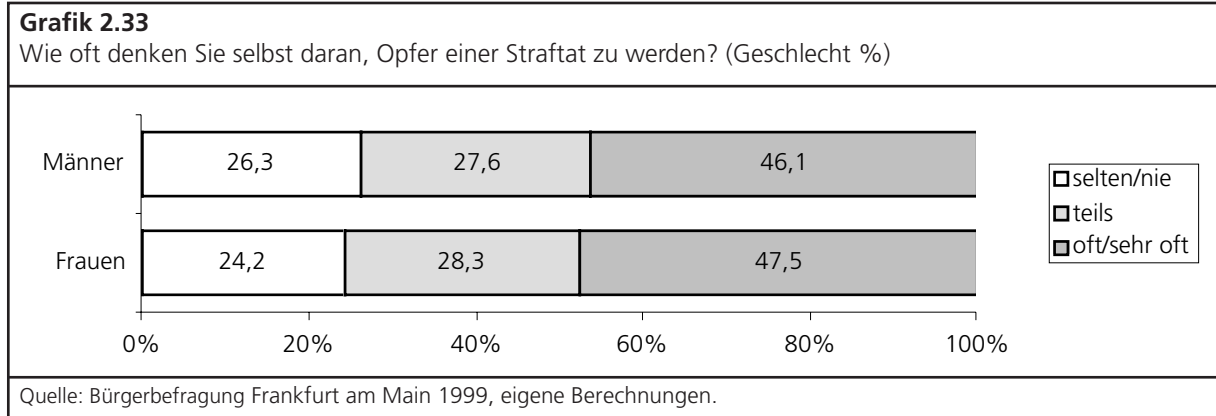
Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

wird, was daran liegen könnte, das ältere Menschen seltener noch einen PKW besitzen.

Auch wenn die Kriminalitätsbelastung für die älteren Frankfurterinnen und Frankfurter geringer ist als für jüngere, denken 47% von ihnen oft daran, selbst Opfer einer Straftat zu werden.

Dabei ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern mit 1%-Punkt sehr gering (vgl. Grafik 2.33). 24% der älteren Frauen und 26% der älteren Männer denken daran selten oder nie.

Wie Grafik 2.34 verdeutlicht, ist hier der höchste Anteil mit 60%, der oft daran denkt, Opfer einer Straftat zu werden unter den 70- bis 74-Jährigen.



Wie die Tabelle 2.8 zeigt, weist die Kriminalitätsstatistik des Polizeipräsidiums von 1999¹⁸ insgesamt 3.883 Gewaltstraftaten auf, die zu 6% gegen 60-jährige und ältere Menschen begangen wurden, unter ihnen sind Frauen häufiger Opfer als Männer.

Straftaten gegen das Leben wurden in 1999 nicht gegen ältere Bürger in Frankfurt begangen, Raub lediglich zu 2% und Körperverletzung nur zu 4%. Auch dies zeigt eine geringere Kriminalitätsbelastung für ältere Frankfurterinnen und Frankfurter. Leider sind einige Zahlen nicht für verschiedene

Altersgruppen der Opfer zu erhalten, vor allem bei Handtaschenraub, der Diebstahlskriminalität und den Wohnungseinbrüchen – Verbrechen, von denen man annehmen könnte, dass sie die Älteren stärker betreffen könnten. 1999 gingen keine Fälle von Trickbetrug in die Statistik ein.

18 Polizeipräsidium Frankfurt am Main: Pressemitteilung: Vorstellung der Kriminalitätsstatistik 1999 für den Dienstbezirk Frankfurt am Main, 17. Februar 2000.

Tabelle 2.8

Ältere Menschen als Kriminalitätsoffer 1999

	Gesamt	60 +	%	Frauen	%	Männer	%
Gewaltkriminalität insg.	3.883	236	6%	135	57%	101	43%
Straftaten gegen das Leben	16	0					
Raub insgesamt	2.044	37	2%	20	54%	17	46%
davon auf Straßen und Wegen	1.150						
davon Handtaschenraub	220						
Körperverletzung insgesamt	4.212	150	4%	57	38%	93	62%
davon schwer/gefährlich	1.665	44	3%	11	25%	33	75%
Diebstahlskriminalität insgesamt	65.521						
davon Wohnungseinbruch (schwerer Diebstahl)	29.223						
Trickbetrug	0						

Quelle: Polizeipräsidium Frankfurt am Main, 2000.

2.4.5 Beratungsangebote

Zur Kriminalitätsprävention und Beratung gibt es ein Projekt des Instituts für Sozialarbeit „Sicherheitsberatung für Frankfurter Bürgerinnen und Bürger“. Die Sicherheitsberaterinnen und -berater sind ein von der Frankfurter Polizei, der Anti-Gewalt-Initiative des Kriminalhauptkommissars Reinhard Kautz (Berlin) und der Frankfurter Berufsfeuerwehr ausgebildetes Team, das für eine Unkostenpauschale von DM 30,- Vorträge anbietet, um das Sicherheitsgefühl der Bürger zu stärken und das Eigenverhalten zu verbessern. Das Themenangebot 2000 umfasste Vorträge zu Gewalt und Betrug, Diebstahl, Unfällen zuhause und unterwegs, Feuer, Haus-Notruf, Kaffeefahrten, zur Aktion „Gewalt – Sehen – Helfen“, zum Euro, seniorengerechtem Wohnen und zu Senioren und Jugend.

Seit September 2000 gibt es durch die Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung und des Instituts für Sozialarbeit „Seniohr – das Beratungstelefon für Sicherheit im Alter“ mit einer kostenlosen Servicenummer, unter der Seniorinnen und Senioren in Frankfurt zu allen Fragen der Sicherheit kostenlose, auf Wunsch anonyme Beratung erhalten. Zwei Vormittage und ein Nachmittag nimmt eine Sozialarbeiterin die Anrufe entgegen, sonst läuft ein Anrufbeantworter, der abgehört wird. Seniohr soll Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln, und gegebenenfalls ermuti-

gen, die Unterstützung professioneller Fachdienststellen in Anspruch zu nehmen.

Seniohr will ein zentraler Knotenpunkt im Netzwerk der verschiedenen Anlaufstellen sein. Es soll zur zentralen Beratungs- und Vermittlungsstelle für gewaltbetroffene und -gefährdete ältere Bürger in Frankfurt werden. Es ist angestrebt, Seniohr nach einer erfolgreichen Pilotphase in andere Städte Deutschlands zu exportieren.

2.4.6 Ältere Menschen als Unfallopfer im Straßenverkehr

Wie aus dem Verkehrsbericht des Frankfurter Polizeipräsidiums hervorgeht, waren bei 34% der Unfälle mit Fußgängern diese älter als 60 Jahre.¹⁹ Insgesamt gibt es weitaus weniger verletzte ältere als jüngere Fußgänger, aber es ist eine Zunahme der älteren schwerverletzten gegenüber den älteren leichtverletzten Fußgängern feststellbar, ab 65 Jahre ist das Verhältnis hier ausgeglichen (je 30 schwer- und leichtverletzte). Im Jahr 1999 gab es insgesamt fünf tödlich verletzte Fußgänger ab dem Alter von 35 Jahren.

19 Polizeipräsidium Frankfurt am Main: Verkehrsbericht 1999. Frankfurt am Main und Main-Taunus-Kreis, März 2000, p 24.

Tabelle 2.9 Ältere Menschen als Unfallopfer im Straßenverkehr 1999					
	55-64 Jahre	65 und älter	55 und älter	% 55+	Gesamt
Verletzte Fußgänger	36	60	96	21,3	450
Leichtverletzt	28	30	58	15,8	366
Schwerverletzt	8	30	38	33,3	114
Tote Fußgänger	1	1	2	40,0	5
Verletzte Radfahrer	62	48	110	19,2	574
Leichtverletzt	54	35	89	18,2	488
Schwerverletzt	8	13	21	24,4	86
Tote Radfahrer	1	3	4	80,0	5
Verletzte Fahrer bzw. Mitfahrer	187	78	265	11,0	2.403
Leichtverletzt	165	70	235	10,8	2.179
Schwerverletzt	22	8	30	13,4	224
Tote Fahrer, Mitfahrer	2	1	3	33,3	9

Quelle: Verkehrsbericht des Polizeipräsidiums Frankfurt am Main 1999.

Auch bei den Radfahrern sind die meisten Verletzten in jüngeren Altersgruppen zu verzeichnen und das Verhältnis zwischen Leicht- und Schwerverletzten verschiebt sich bei den 65-Jährigen und Älteren hin zu den Schwerverletzten. Tote gab es bis auf einen zwischen 18 und 24 Jahren nur in den älteren Altersgruppen ab 55 Jahre.

2.4.7 Resümee

Die detaillierte Sonderauswertung der Bürgerbefragung für die älteren Frankfurterinnen und Frankfurter machte zwar deutlich, dass die subjektiven Unsicherheitsgefühle höher und die objektive Kriminalitätsbelastung für die Älteren geringer als bei der Gesamtbevölkerung sind. Dennoch wurde knapp ein Drittel der älteren Frankfurterinnen und Frankfurter in den vergangenen drei Jahren Opfer einer Straftat, jeder Zehnte erlebte nach eigenen Angaben einen Wohnungseinbruch.

Angesichts dieser Zahlen ist es für die Kriminalitätsstatistik in Frankfurt wünschenswert, die Datenerfassung insofern auszubauen, dass sie vor allem bei den Kategorien

- Raub auf Straßen und Wegen,
- Handtaschenraub,
- Diebstahlskriminalität,
- Wohnungseinbruch und
- Trickbetrug

das Alter der Opfer berücksichtigt, um die tatsächliche Kriminalitätsbelastung älterer Menschen ermitteln zu können.

2.5 Bildung und Kultur

Spezielle Bildungsangebote für ältere Menschen gibt es in Frankfurt vor allem von der Volkshochschule (VHS) und von der Universität des Dritten Lebensalters (U3L) an der Johann Wolfgang Goethe-Universität. Die Stadtbücherei kann als weitere Bildungseinrichtung gesehen werden, die für ältere Menschen spezielle Angebote macht.

2.5.1 Volkshochschule (VHS)

Die Angebotsstruktur der VHS hat zwei Elemente:

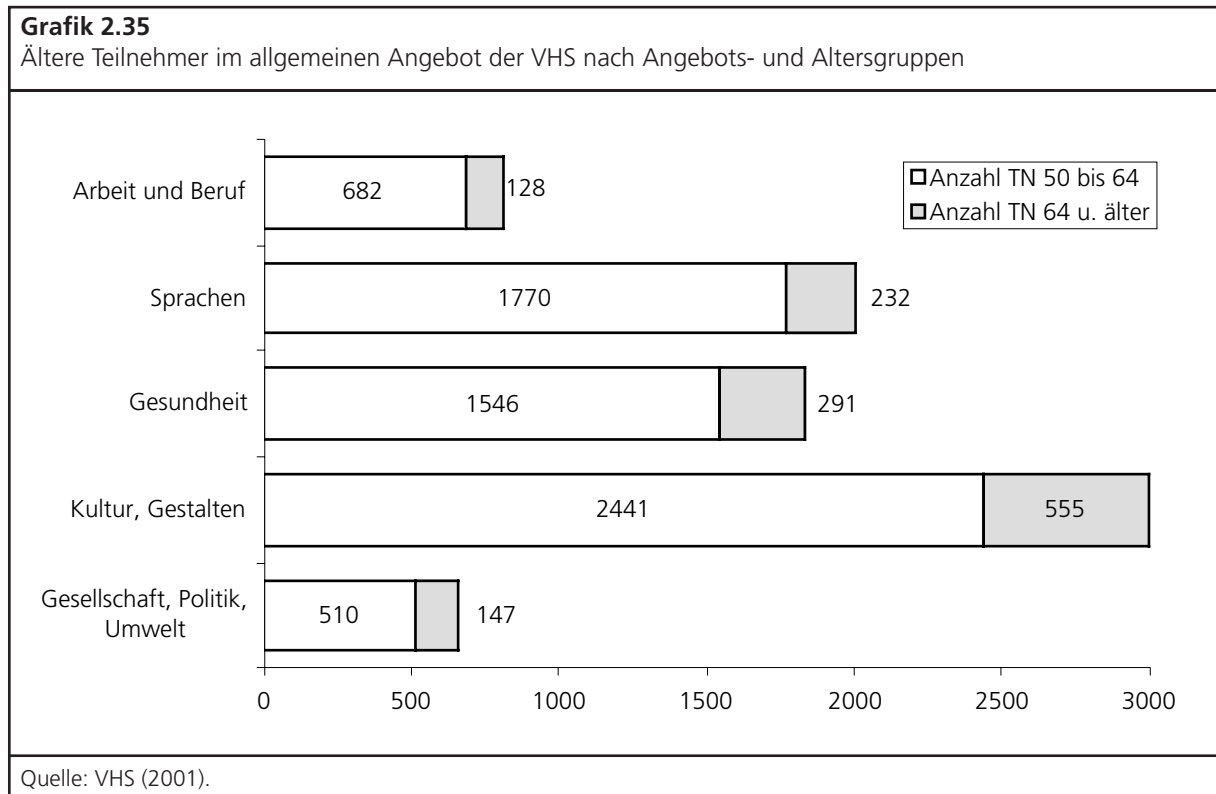
- Kurse für ältere Bürgerinnen und Bürger und
- ein Bildungsprogramm für etwa 100 Altenclubs des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe.

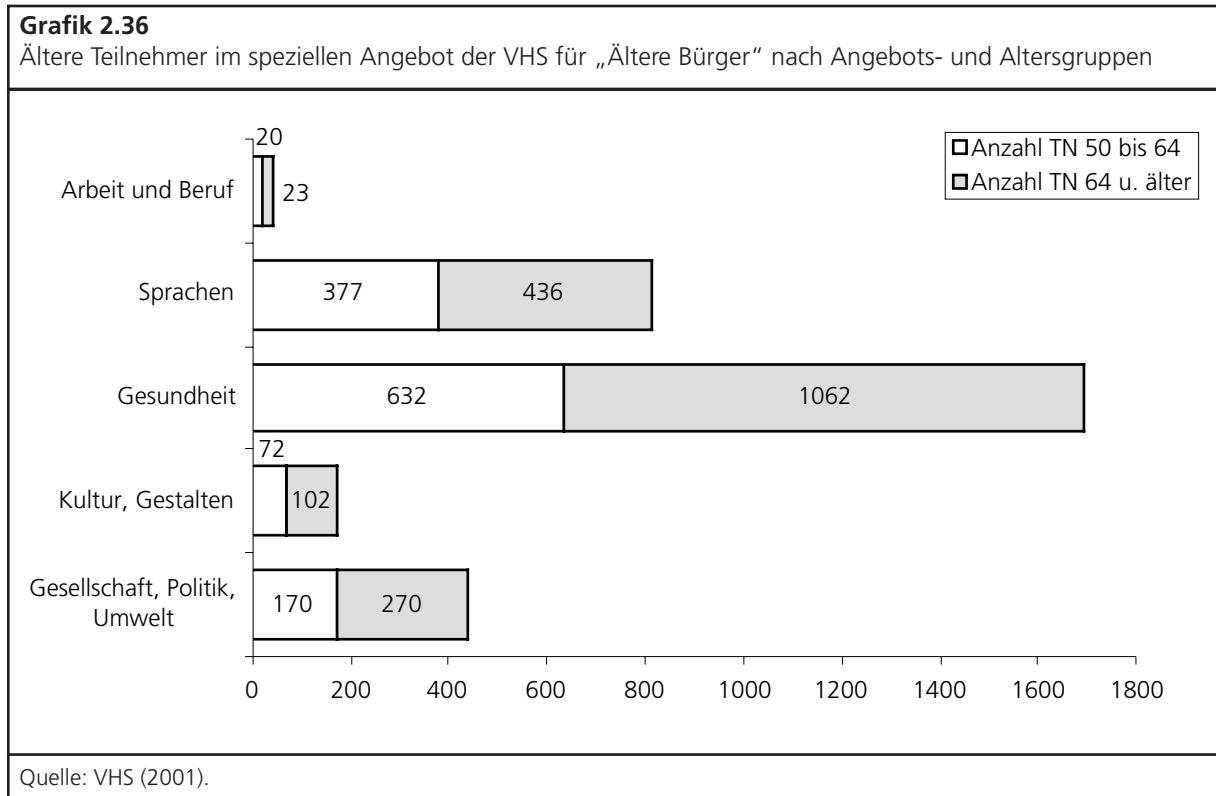
Hier werden Jahr für Jahr ca. 1.600 Einzelveranstaltungen angeboten. Pro Club gibt es ca. 15 mal im Jahr Lichtbildervorträge, Informationsreihen (Gesundheit, Renten u.Ä.), Kulturelles, Literarisches oder Politisches neben Gedächtnistraining und Quiz.

An der VHS sind, mit wenigen Ausnahmen, alle Kurse für alle Altersklassen offen, die Ausnahmen sind die „Junge VHS“ und einige Kurse im Bereich „Ältere Bürgerinnen/Bürger“. Hier sind alle Kurse im Bewegungsangebot nur für Teilnehmerinnen und Teilnehmer vom 55. Lebensjahr an zugänglich. Sie sind in der Kursgebühr besonders günstig gestaltet, da sie von der Stadt subventioniert werden, das gleiche gilt für die Angebote zum Gedächtnistraining und zum kreativen Gestalten.

Die Angebote zur Gesundheitsbildung beinhalten die Förderung der körperlichen und geistigen Mobilität. Ein großes Sprachangebot ist für ältere Menschen konzipiert, aber nicht auf diese beschränkt. Daneben gibt es Mal- und Zeichenkurse, kunstgeschichtliche Angebote, Museumsbesuche und Gedächtnistraining.

Die PC-Kurse für Ältere gibt es in der VHS bereits seit fünfzehn Jahren, sie sind nicht in das spezielle Angebot für Ältere integriert, sondern in der Rubrik „Arbeit und Beruf: Elektronische Datenverarbeitung/EDV“ eingeordnet. Es gibt einen Grundlagenkurs und eine Fortführung speziell für ältere Menschen. Die PC-Schulung findet an Einzelplätzen statt.





Im Jahr 2000 umfasste das speziell für Ältere konzipierte Bildungsangebot 265 Kurse verschiedenster Inhalte. Die Schwerpunkte liegen dabei seit vielen Jahren auf der Gesundheitsbildung und den Sprachangeboten.

Die folgenden Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2000 und sind unter dem Vorbehalt der Unvollständigkeit und Ungenauigkeit zu betrachten, da nicht alle Angebote im System der VHS erfasst und die Abgrenzungen der Angebotsgruppen nicht immer eindeutig sind. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer machen keine genauen Altersangaben. Diese Personen wurden nach dem Anteil der Übrigen prozentual berechnet. Für die folgenden Darstellungen erhielten wir Daten für zwei Altersklassen, die die VHS erfasst: 50 bis 64 Jahre und 65 Jahre und älter. Leider können wir daher hier keine Aussagen im Vergleich zu den jüngeren Kursteilnehmern machen oder Beteiligungsquoten der Älteren an bestimmten Veranstaltungen ausweisen.

Wie in Grafik 2.35 zu sehen ist, ist im allgemeinen Bildungsangebot die Anzahl der älteren Frauen deutlich höher als die der älteren Männer, ihr Anteil ist dabei im Bereich „Arbeit und Beruf“ mit 64% am niedrigsten und im Gesundheitsbereich und in der

Gruppe „Kultur, Gestalten“ (81%) am höchsten. Die jüngeren Alten besuchen deutlich häufiger auch Kurse im allgemeinen Angebot der VHS, während beim speziellen Angebot für ältere Bürgerinnen/Bürger die über 64-Jährigen überwiegen.

Im speziellen Angebot für ältere Bürgerinnen und Bürger ist der Frauenanteil sogar noch höher. Er ist auch hier im Bereich „Arbeit und Beruf“ am niedrigsten (67%) und im Gesundheitsbereich mit 94% am höchsten. Vor allem die Teilnehmerinnen ab 64 Jahre besuchen diese Kurse (vgl. Grafik 2.36).

2.5.2 Universität des 3. Lebensalters (U3L)

Die Universität des 3. Lebensalters hat sich zum Ziel gesetzt,

- „älteren Menschen die Möglichkeit zu geben, über Fragen des Alters, des Alterns und der älteren Generation im gesellschaftlichen Kontext unter wissenschaftlicher Leitung zu diskutieren,
- ältere Menschen an Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Gerontologie zu beteiligen,
- ältere Menschen mit neuesten Resultaten verschiedener Wissenschaften vertraut zu machen,

- älteren Menschen die Möglichkeit der Erweiterung ihrer allgemeinen Bildung zu geben,
- älteren Menschen die Vorbereitung auf ein selbständiges Studium in verschiedenen Geisteswissenschaften zu ermöglichen, und
- im akademischen Rahmen einen Ort der Begegnung der Generationen zu bieten.“ (U3L Vorlesungsverzeichnis 2000/2001)

Es gibt keine Zulassungsbedingungen für Studierende der U3L bezüglich des Alters oder des Schulabschlusses, die Hörrgebühren betrug im Jahr 2000 pro Semester DM 160,-. Es ist möglich, Zertifikate in Form von Teilnahmebescheinigungen zu erhalten, nicht aber, Prüfungen abzulegen. Bei den Veranstaltungen der U3L handelt es sich in der Regel um Seminare bzw. Arbeits- und Projektgruppen, bei denen eine aktive Mitarbeit (durch Referat, Bericht, Thesenpapier o. Ä.) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erforderlich ist. Für ältere Studierende, die mit akademischen Arbeitsformen noch nicht vertraut sind, gibt es entsprechende Einführungsveranstaltungen. Es werden auch Vorlesungen angeboten.

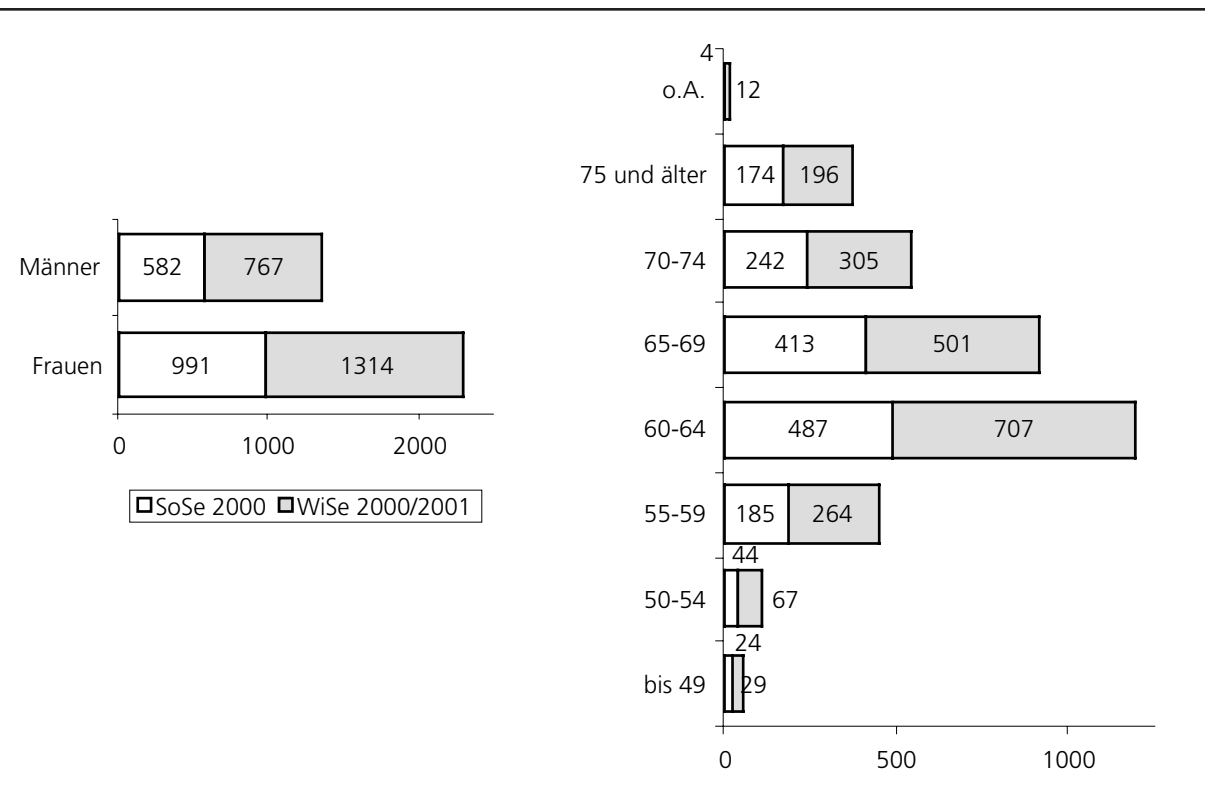
Der spezielle Veranstaltungsplan der U3L beinhaltet Veranstaltungen zur Eröffnung des Semesters, zum Internet, im Rahmen der Frankfurter Gerontologischen Tage, Vorträge, Seminare, Übungen und Projektgruppen (im Wintersemester 2000/2001 gibt es eine Stiftungsgastdozentur für Soziale Gerontologie) in den folgenden Bereichen:

- Einführungs- und Orientierungsveranstaltungen, Soziale Gerontologie,
- der Sozialen Gerontologie verwandte Gebiete,
- Angebote aus anderen Fachgebieten.

Daneben gibt es Veranstaltungen der einzelnen Fachbereiche, die für Studierende der U3L ausgewiesen werden und weitere Veranstaltungen der Fachbereiche, die nach Rücksprache mit den Hochschullehrern und unter der Voraussetzung der Einschreibung als Gasthörer an der Johann Wolfgang Goethe-Universität zugänglich sind. In stark frequentierten Vorlesungen und Seminaren haben Studierende des Regelstudiums Vorrang bei der Beanspruchung von Plätzen.

Grafik 2.37

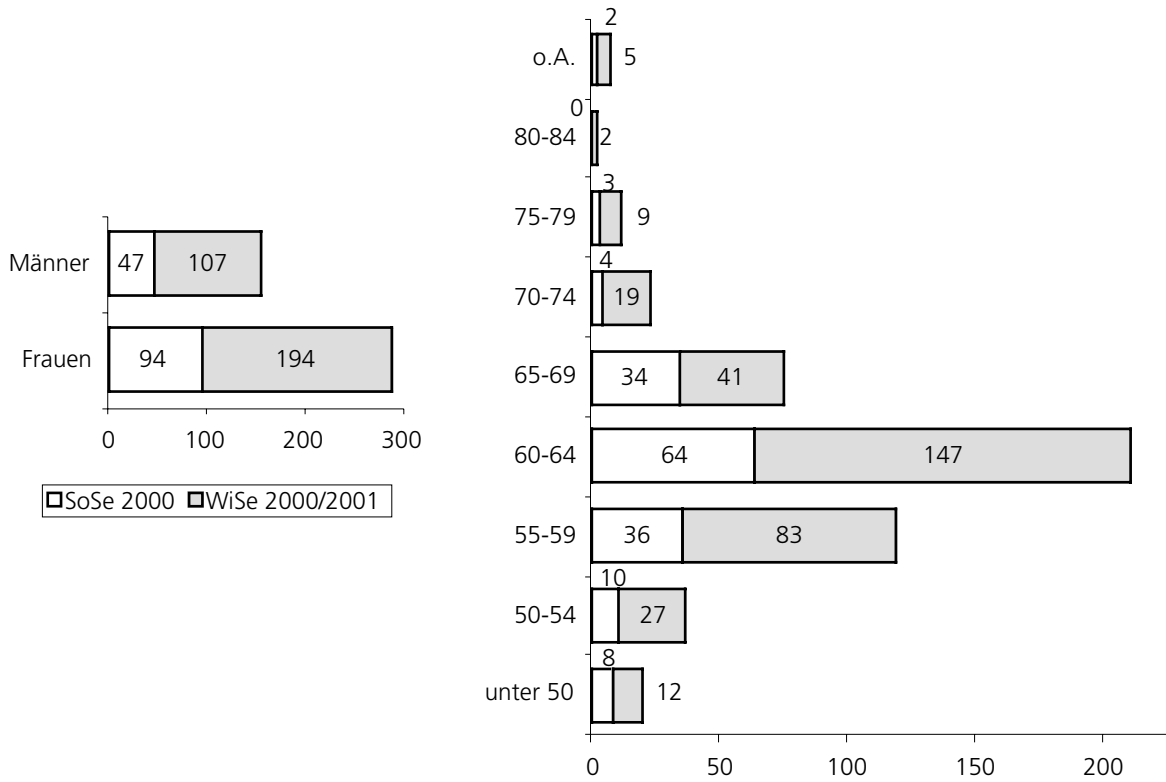
Ältere Studierende an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: U3L (2000).

Grafik 2.38

55-jährige und ältere Studienanfänger an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001 nach Geschlecht und Altersgruppen



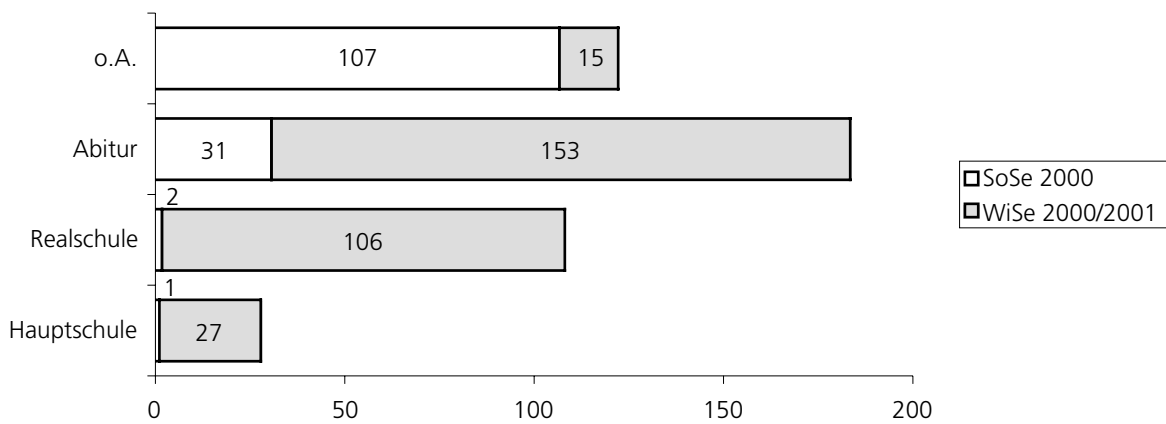
Quelle: U3L (2000).

Wie in der gesamten Universität gibt es auch an der U3L im Wintersemester, das am 1. Oktober beginnt, mehr Studierende als im Sommersemester, in den

beiden betrachteten Semestern ist es ca. ein Drittel mehr. Wie in der VHS auch haben die Frauen einen höheren Anteil an den älteren Studierenden. Wie die

Grafik 2.39

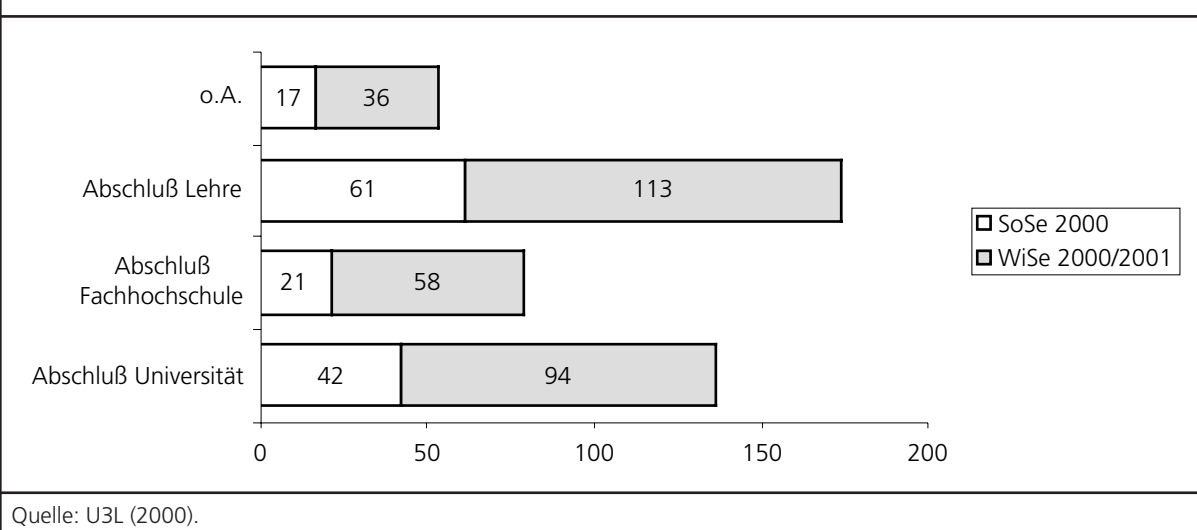
Schulabschlüsse der älteren Studienanfänger an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001



Quelle: U3L (2000).

Grafik 2.40

Weiterführende Abschlüsse der älteren Studienanfänger an der U3L im Sommer- und Wintersemester 2000/2001



Grafik 2.37 deutlich zeigt, stellen die 60- bis 64-Jährigen den weitaus größten Anteil der Studierenden.

Nach Auskunft einer Mitarbeiterin der U3L sind Veranstaltungen in den Bereichen Kunstgeschichte, Geschichte, Theologie und Philosophie mit ca. 80% am häufigsten besucht. Die Gesellschaftswissenschaften befinden sich im Mittelfeld des Interesses und naturwissenschaftliche Veranstaltungen besuchen nur einzelne ältere Studierende. Es gibt jedoch keine Statistiken über die Teilnahme an bestimmten Veranstaltungen in bestimmten Bereichen.

Über die älteren Studierenden, die schon länger an der U3L Veranstaltungen besuchen, ist leider nichts bekannt, diejenigen aber, die sich neu in der U3L einschreiben, werden gebeten, einen kleinen Fragebogen bei der Anmeldung auszufüllen, sodass über die Neulinge im Jahr 2000 einige Aussagen gemacht werden können. Die Geschäftsstelle der U3L stellte uns freundlicherweise ihren Datensatz für eigene Berechnungen zur Verfügung.

Im Sommersemester begannen neben den 141 älteren Studienanfängern auch 39 unter 55-Jährige ein Studium an der U3L, im Wintersemester waren es 301 ältere und 18 jüngere Personen. Die Frauen überwiegen auch bei den Neueinschreibungen in diesen Semestern, die Studienanfänger sind vor allem im Alter zwischen 60 und 64 Jahren. (vgl. Grafik 2.38).

Wenn man die Schulabschlüsse (Grafik 2.39) und weiterführenden Abschlüsse (Grafik 2.40) der Studienanfänger im Wintersemester 2000/2001 betrachtet, fällt auf, dass gut die Hälfte der älteren Studierenden Abitur hat.²⁰ Ebenfalls etwas mehr als die Hälfte hat einen Abschluss an einer Universität oder Fachhochschule.

2.5.3 Stadtbücherei

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Mitteilungen von Frau Dr. Purbs, der Leiterin der Stadtbücherei. Mit ihrem Standardangebot spricht die Stadtbücherei auch viele ältere Menschen an. Rund 7% der ausgestellten Jahresausweise waren im Jahr 2000 für Benutzerinnen und Benutzer über 61 Jahre. Wie das Verhältnis in der Präsenznutzung aussieht, ist zahlenmäßig nicht zu erfassen.

20 Der Erhebungsbogen für das Sommersemester sah lediglich die Kategorien Abitur, akademischer Abschluss an einer Universität, Abschluss an einer Fachhochschule und übrige Abschlüsse vor. Viele Studienanfänger schrieben daraufhin zusätzlich „Lehre“ auf den Bogen, sodass diese Kategorie neben den Schulabschlüssen im Wintersemester bei der Erhebung berücksichtigt wurde. Die Zahlen für Lehre und Schulabschlüsse wurden im Sommersemester entsprechend neu zugeordnet, daher erklärt sich der hohe Anteil derer, die keine Angaben gemacht haben.

Kassetten und CDs werden gerne von älteren Menschen ausgeliehen, aber nicht speziell für diese Zielgruppe angeschafft. Auch Großdruckbücher und Hörbücher sind ein Angebot, das ältere Menschen häufig nutzen. In der Zentralbibliothek fanden im Jahr 2000 zwei Führungen speziell für ältere Menschen statt.

Des Weiteren gibt es Auswahllisten zu speziellen Themen des Alter(n)s und Buchpakete für Altenheime mit 50 Büchern als Leihgabe für ein Jahr.

Seit März 2000 findet in der NordWestStadtBibliothek an jedem letzten Mittwoch des Monats der VorleseKlatsch mit Kaffee und Kuchen für Seniorinnen und Senioren statt. Die Stadtteilbibliothek möchte damit auf die in der Öffentlichkeit geführte Diskussion über die zunehmende Veralterung der Nordweststadt reagieren und auch in Zukunft stärker ihr Angebot auf die Zielgruppe der älteren Menschen ausrichten.

In Kooperation mit dem AWO Kreisverband, dem Institut für Sozialarbeit, der VHS, der Stadtbücherei sowie der Schader-Stiftung als Sponsor für die Taxifahrten, fanden im Jahr 2000 insgesamt neun Vorlesenachmittage zu verschiedenen Themen statt. Zwischen 15 und 20 Seniorinnen und Senioren nahmen daran teil, die meisten von ihnen wohnen in der Altenwohnanlage der AWO.

2.5.4 Resümee

Leider erhebt die VHS neben dem Alter und den Angebotsstrukturen keine weiteren Daten über ihre Teilnehmerinnen und Teilnehmer, um Aussagen über ihren beruflichen, sozialen oder Bildungshintergrund machen zu können. Die U3L hingegen erfasst nur ihre Studienanfängerinnen und -anfänger genauer. Hier jedoch ist ein großes Interesse an ihrem ehrenamtlichen Engagement festzustellen, wie auch die Veröffentlichung von Böhme, Günther/Brauerhoch, Frank-Olaf/Dabo-Cruz, Silvia (1998): „Forschung als Herausforderung. Zum wissenschaftlichen Potential und ehrenamtlichen Engagement der Älteren“ deutlich macht.

Die NordWestStadtBibliothek reagiert mit ihrem Projekt VorleseKlatsch auf den demographischen Wandel im Stadtteil, dies könnte Nachahmung in anderen Stadtteilen nach sich ziehen. Es bietet eine

Ergänzung zum Angebot der VHS in den Altenclubs des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe im Sinne einer „abholenden“ Bibliotheksarbeit.

2.6 Gesellschaftliche Teilhabe und bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf eine Sonderauswertung der Daten der Bürgerbefragung 1999 für die Frankfurter Bevölkerung ab 55 Jahre. Die Ergebnisse der Gesamtdaten der Bürgerbefragung 1999 wurden Dobroschke (2000)²¹ entnommen.

2.6.1 Ehrenamtliches Engagement älterer Menschen in Frankfurt²²

Die Frage nach dem ehrenamtlichen Engagement in der Bürgerbefragung 1999 „Sind Sie oder waren Sie schon einmal ehrenamtlich tätig, für andere Menschen, in einem Verein oder für das Gemeinwohl (z.B. im kulturellen Bereich oder im Naturschutz)?“ ergab, dass insgesamt 11% aller Frankfurter Bürgerinnen und Bürger ehrenamtlich tätig sind. Unter den 55-Jährigen und Älteren sind es 12%.

Weiterhin zeigte das Ergebnis, dass Männer etwas häufiger engagiert sind als Frauen, sowohl bei der Frankfurter Gesamtbevölkerung wie bei den Älteren, wie die Grafik 2.41 zeigt. Es sind jedoch deutlich mehr ältere Männer, die früher einmal ehrenamtlich tätig waren als ältere Frauen.

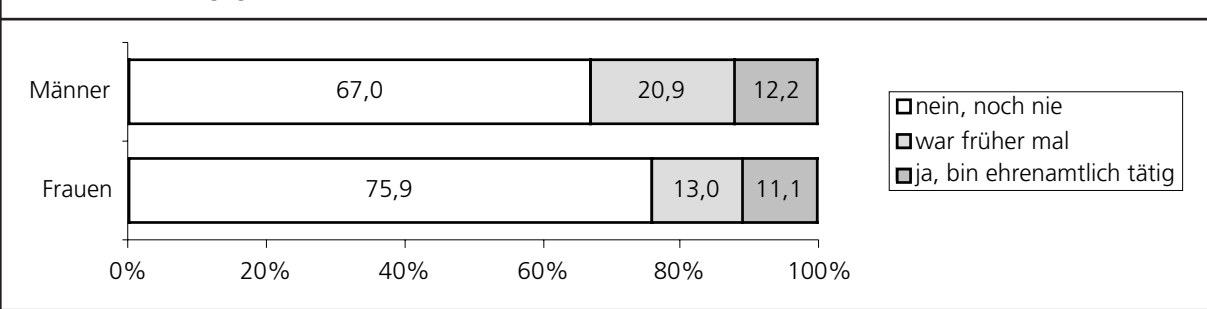
Betrachtet man die älteren Frankfurterinnen und Frankfurter in den einzelnen Altersgruppen (Grafik 2.42), so zeigt sich, dass die bis 64-Jährigen deutlich

21 Dobroschke, Wolfhard, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Marktinformation für Politik und Verwaltung. Weitere Ergebnisse der Bürgerbefragung 1999, frankfurter statistische berichte, 4/2000, pp 331-355.

22 Auch hier beziehen sich die Aussagen über ältere Frankfurter Bürgerinnen und Bürger auf eigene Berechnungen der Daten der Bürgerbefragung 1999, vgl. Tabelle 2.7 in diesem Abschnitt.

Grafik 2.41

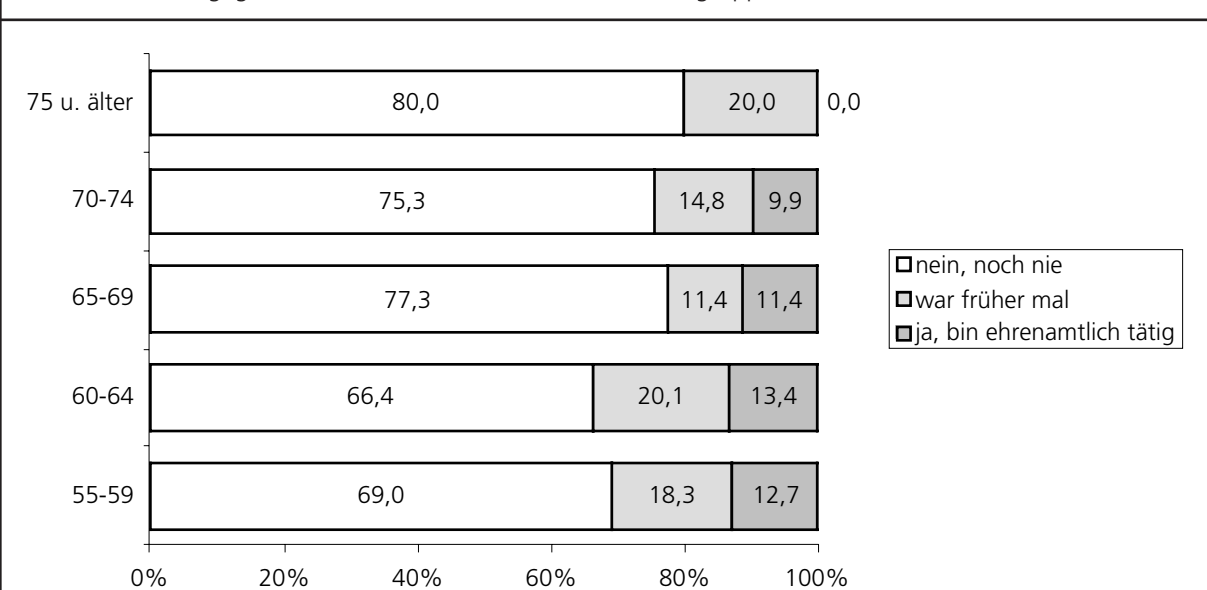
Ehrenamtliches Engagement der älteren Frankfurter nach Geschlecht (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

Grafik 2.42

Ehrenamtliches Engagement der älteren Frankfurter nach Altersgruppen (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

häufiger ehrenamtlich tätig sind oder waren und die Ältesten kein Ehrenamt mehr ausüben und auch den größten Anteil derjenigen stellen, die noch nie ehrenamtlich tätig waren.

Der Freiwilligensurvey 1999²³ zeigt dagegen ein ganz anderes Bild des ehrenamtlichen Engagement älterer Menschen: „freiwillig Engagierte“ gibt es in

den Altersgruppen 50 bis 59 Jahre zu 38%, bei den 60- bis 69-Jährigen sind es noch 31% und unter den über 70-Jährigen 20%.

Diese Diskrepanz könnte an der Art der Fragestellung liegen. Auch frühere Erhebungen, die nach „Ehrenamtlicher Tätigkeit“ fragten, erhielten niedrige Quoten. Vor allem Frauen betrachten ihr freiwilliges Engagement seltener als „Ehrenamt“. Der Freiwilligensurvey 1999 fragte dagegen:

- „Es gibt vielfältige Möglichkeiten, außerhalb von Beruf und Familie irgendwo mitzumachen, beispielsweise in einem Verein, einer Initiative, einem Projekt oder einer Selbsthilfegruppe. Sind

23 Picot, Sibylle: Freiwilliges Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Band 3: Frauen und Männer, Jugend, Senioren, Sport. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000, p 221

Sie in einem oder mehreren der folgenden Bereichen aktiv beteiligt?“

- „Uns interessiert nun, ob Sie in den Bereichen, in denen Sie aktiv sind, auch ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben oder in Vereinen, Initiativen, Projekten oder Selbsthilfegruppen engagiert sind. Es geht um freiwillige Aufgaben, die man unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung ausübt.“

So bewirkt die Fragestellung eine größere Reflexion der eigenen Tätigkeiten und Aktivitäten und bietet Personen, die sich selbst nicht als „Ehrenamtliche“ sehen, die Möglichkeit, sich hier einzuordnen.

2.6.2 Bekanntheitsgrad des BüroAktiv

Das BüroAktiv ist eine Anlaufstelle für Menschen in Frankfurt, die sich freiwillig engagieren möchten, es vermittelt die Interessierten in die verschiedensten Bereiche und berät rund um das Thema ehrenamtliche und freiwillige Arbeit.

Bei den befragten älteren Frankfurterinnen und Frankfurter ist das BüroAktiv deutlich häufiger bekannt (17%) als im Durchschnitt der Frankfurter Bevölkerung,²⁴ die nur zu 11% schon einmal davon gehört haben.

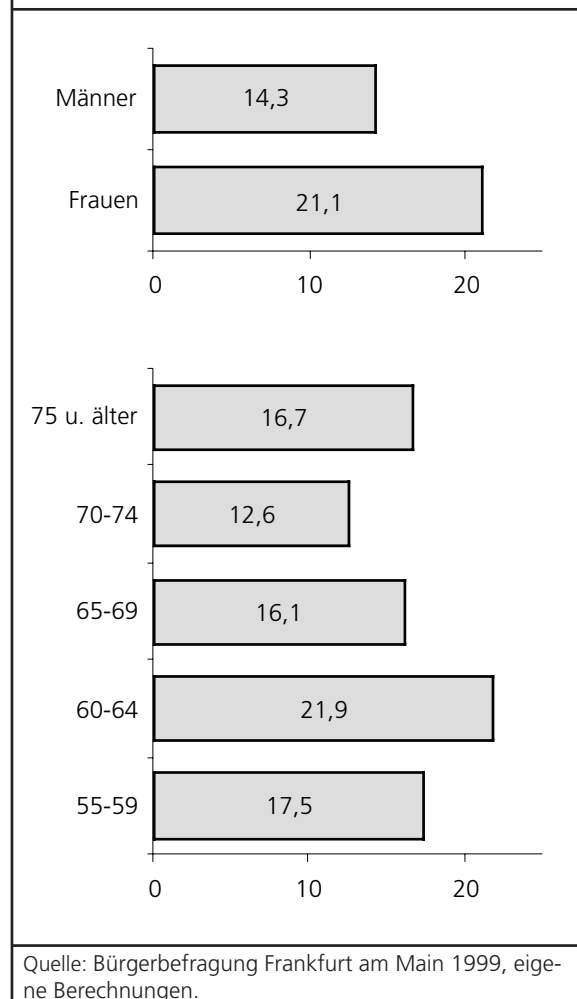
Sogar ein Fünftel der älteren Frauen beantwortete die Frage „Haben Sie schon einmal vom Frankfurter BüroAktiv gehört?“ mit Ja (vgl. Grafik 2.43).

Die Vermittlung und Beratung von Freiwilligen durch das BüroAktiv wird von 61% der befragten Frankfurterinnen und Frankfurter als eine wichtige und sinnvolle Aufgabe betrachtet. Nur 58% der Älteren stimmt dem zu. In Grafik 2.44 ist zu sehen, dass es stärker die älteren Männer sind, die eine Vermittlungs- und Beratungstätigkeit in Bereich des Ehrenamts für eher nicht nötig halten. Sehr auffällig ist dazu der hohe Anteil derjenigen, die zu dieser Frage keine Angaben gemacht haben, bei den Frauen war es fast ein Fünftel. Dies könnte am geringen Bekanntheitsgrad des BüroAktiv liegen.

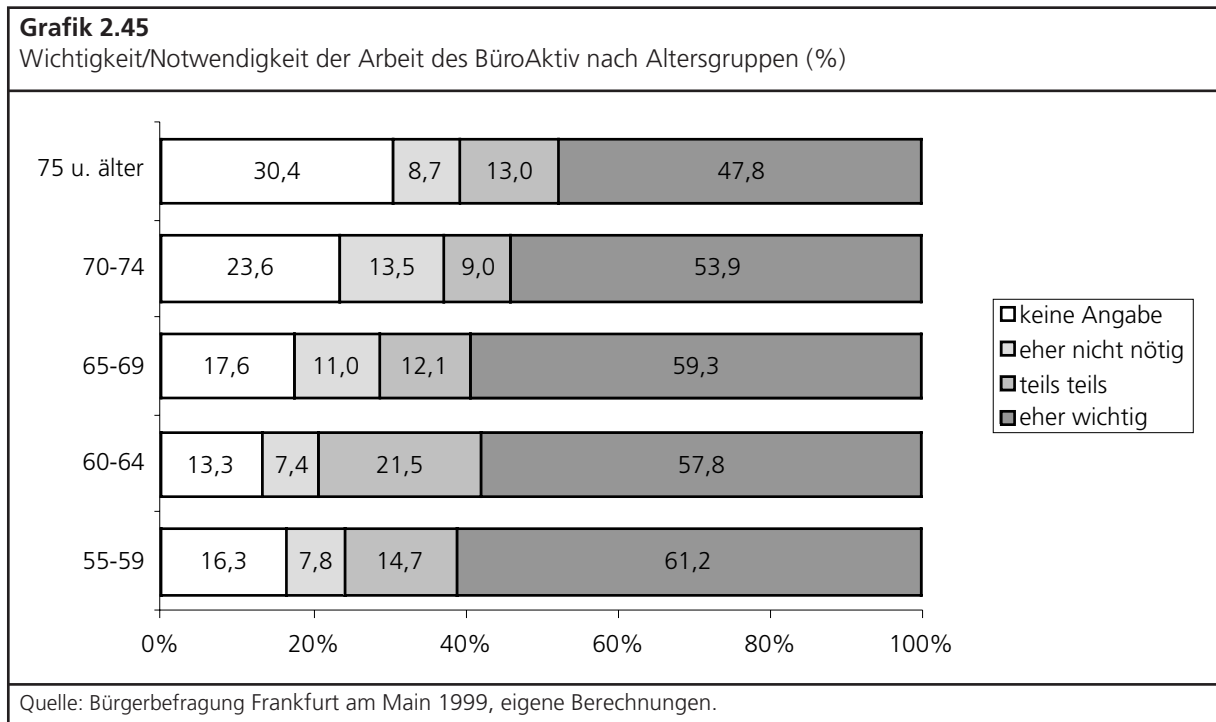
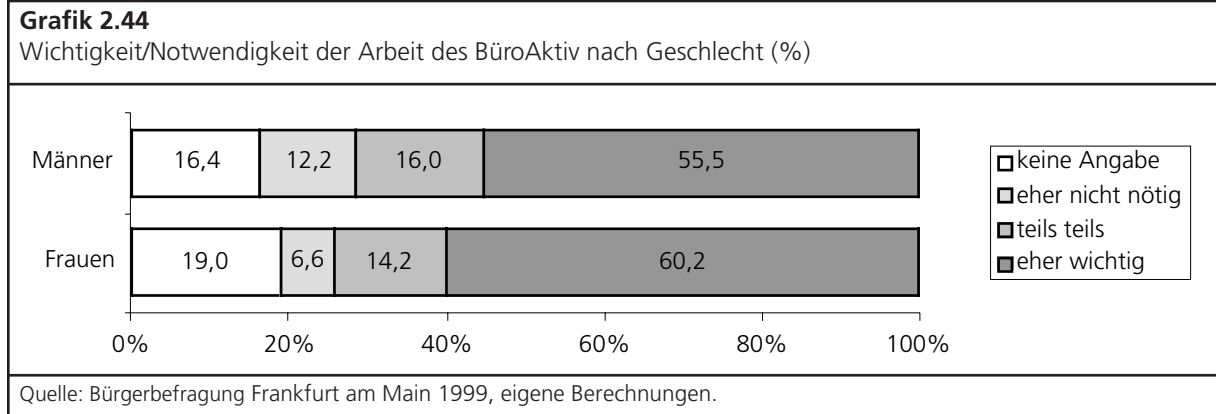
Deutlich wird in Grafik 2.45, dass die 55- bis 59-Jährigen noch im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegen, und in den höheren Altersgruppen der Anteil

derjenigen, die keine Angaben machen etwa in dem Maße zunimmt, wie der, der die Tätigkeit des BüroAktiv als eher wichtig einschätzt, abnimmt.

Grafik 2.43
Bekanntheitsgrad des Frankfurter BüroAktiv bei Älteren nach Geschlecht und Altersgruppen (%)



24 Vgl. Dobroschke, Wolfhard (4'2000), pp 331-355.



2.6.3 Mitgliedschaft in Vereinen und Organisationen

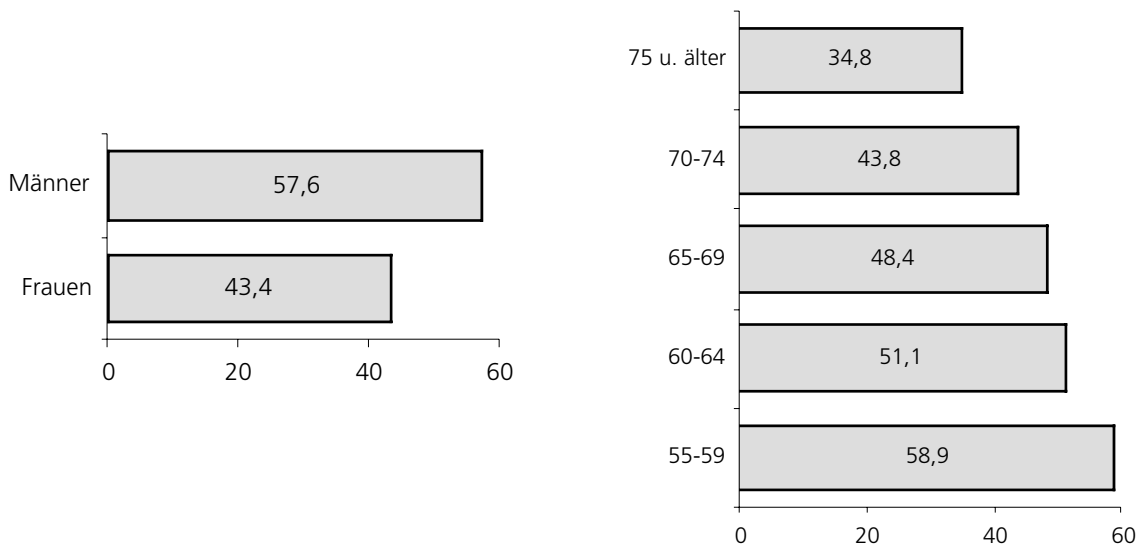
Als Indikator für die Engagementbereitschaft und die aktive Beteiligung an ehrenamtlichen Tätigkeiten kann die Mitgliedschaft in einem Verein gesehen werden. Gut die Hälfte (52%) aller Frankfurter Bürgerinnen und Bürger ist Mitglied in einem Verein oder einer Organisation. Bei den Älteren ist es mit 51% annähernd der gleiche Anteil. Auch hier liegt der Anteil der Männer deutlich über dem der Frauen und mit 58% etwas über dem Niveau aller Männer (57%). Sehr deutlich wird der abnehmende Anteil in den höheren Altersgruppen (vgl. Grafik 2.46).

In welchen Vereinen oder Organisationen die Frankfurterinnen und Frankfurter Mitglied sind, zeigt die Grafik 2.47. Dabei ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Vor allem in Gewerkschaften, Sportvereinen und Berufsverbänden ist der Anteil an den älteren Männer auffallend höher als der der älteren Frauen.

Die älteren Frauen und Männer sind in karitativen Organisationen, bei Greenpeace/WWF und in Kleingartenvereinen zu annähernd gleichen Anteilen Mitglieder. Auffällig ist, dass in keiner genannten Vereins- oder Organisationsform ein höherer Anteil der älteren Frauen Mitglied ist.

Grafik 2.46

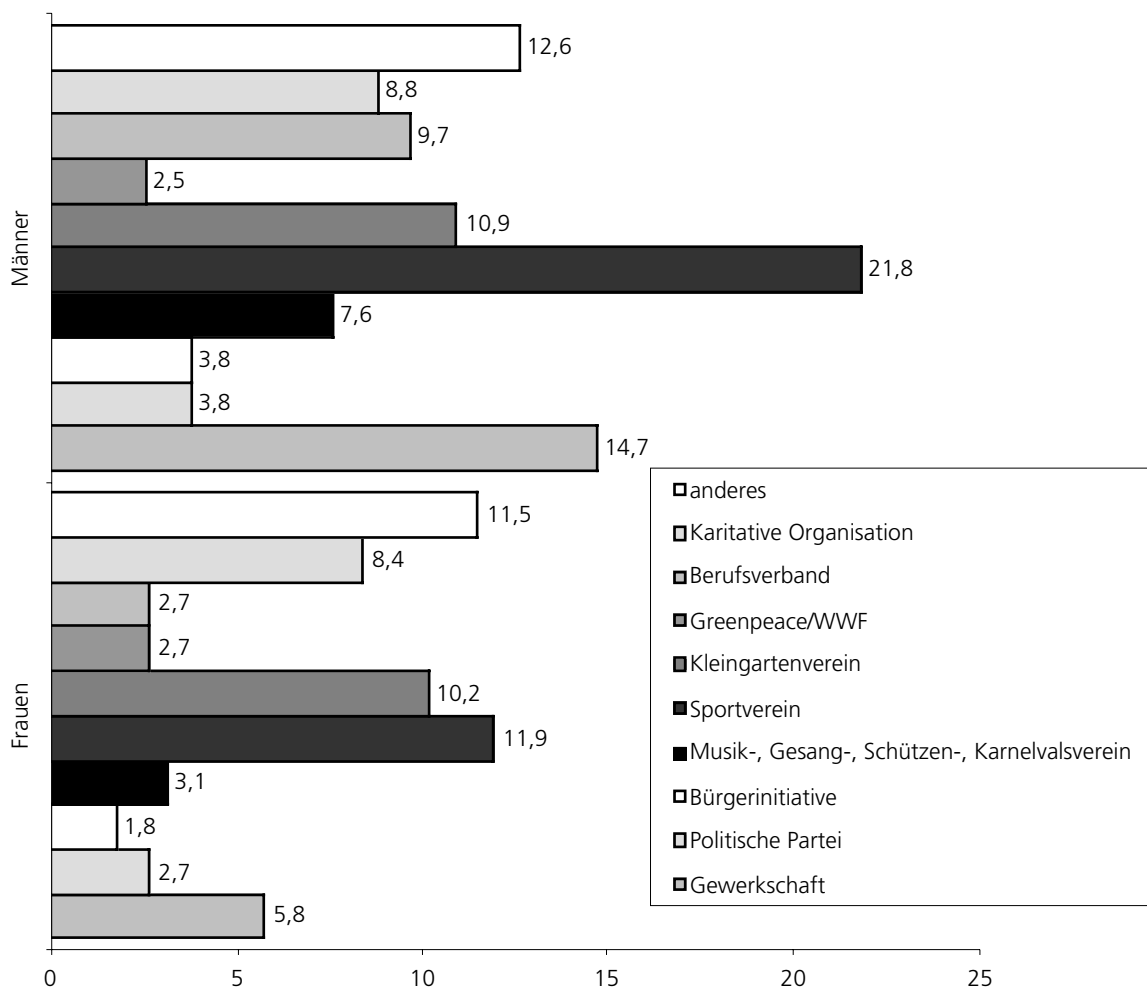
Mitgliedschaft der Älteren in Vereinen/Organisationen nach Geschlecht und Altersgruppen (%)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

Grafik 2.47

Vereinsmitgliedschaften der Älteren nach Geschlecht (% , Antwortvorgaben, Mehrfachnennungen)



Quelle: Bürgerbefragung Frankfurt am Main 1999, eigene Berechnungen.

2.6.4 Resümee

Um das ehrenamtliche oder freiwillige Engagement der Bürgerinnen und Bürger zu erfassen, sollte eine ausführliche Fragestellung zugrunde gelegt werden. Der Begriff „Ehrenamt“ wird teilweise mit dem politischen Ehrenamt und bspw. Vorstandstätigkeit in Vereinen in Verbindung gebracht. Freiwillige unbezahlte Arbeit aber findet in den verschiedensten Bereichen statt. Wenn dies nicht aus der Fragestellung hervorgeht, so werden viele engagierte Frankfurterinnen und Frankfurter sich nicht zu den ehrenamtlich Tätigen zählen und das tatsächliche Engagement wird unterschätzt.

3. Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen

3.1 Geriatrie

Geriatrische Medizin ist das Fachgebiet der Medizin, das sich mit den präventiven, klinischen, therapeutischen und sozialen Aspekten von Krankheit im Alter befasst.

Multimorbidität, atypische Präsentation von Krankheit im Alter, verzögertes Ansprechen auf Therapie und die Notwendigkeit sozialer Unterstützung erfordern spezielle medizinische Fähigkeiten und Fachwissen.

Geriatrische Medizin hat zum Ziel, dem kranken und behinderten Menschen zu einem weitgehend unabhängigen und eigenständigen Leben zu verhelfen.¹

Geriatric ist ein junges Fachgebiet innerhalb der Medizin, dessen Anerkennung in der Medizin wie in der Krankenhausplanung keineswegs selbstverständlich ist. An den hessischen Universitäten – also auch an den Universitätskliniken in Frankfurt – gibt es keinen Lehrstuhl für Geriatrie. Eine ausreichende Versorgung mit geriatrischen Betten an hessischen Krankenhäusern ist noch nicht erreicht. Insbesondere fehlen geriatrische Tageskliniken zur Überbrückung der Lücke zwischen dem vollstationären Aufenthalt in der Klinik und der ambulanten Pflege zu Hause.²

Die qualitativen Vorgaben der geriatrischen Versorgung werden für das Land im „Geriatrie-Konzept Hessen“ vorgelegt.

3.1.1 Geriatrie in Frankfurt

Die geriatrische Landschaft in Frankfurt am Main befindet sich zur Zeit im Umbruch und in der Fort-

entwicklung. Es gibt vier geriatrische Facheinrichtungen in Frankfurt:

- geriatrische Abteilung in den Städtischen Kliniken Frankfurt-Höchst
- geriatrische Rehabilitation im Hufeland-Haus Frankfurt am Main
- geriatrische Abteilung am St. Elisabethenkrankenhaus
- geriatrische Abteilung an den Diakonie-Kliniken

Die geriatrische Abteilung in den Städtischen Kliniken Höchst ist eine Einrichtung nach § 108, Nr. 2 SGB V.³ Sie ist im Krankenhausplan des Landes Hessen (3. Fortschreibung) mit 62 Betten im vollstationären Bereich und 56 Tagesklinikplätzen enthalten. Ein Teil dieser Betten ist jedoch in die innere Medizin integriert, bildet also keine eigenständige Fachabteilung. Zudem hat aus der Sicht der Kostenträger die geriatrische Versorgung nicht dem Geriatrie-Konzept Hessen entsprochen.⁴ Ein neues Konzept für die Geriatrie in Höchst wurde entwickelt.

Die geriatrische Rehabilitation im Hufeland-Haus war eine Modelleinrichtung nach § 111 SGB V mit 36 vollstationären Betten und 20 Plätzen in der Tagesklinik.⁵ Das Modell sah eine Zusammenarbeit mit dem

3 § 108 SGB V: „Zugelassene Krankenhäuser. Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.“

4 Protokoll der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 14. 02. 2000.

5 § 111 SGB V: „Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.“ Rehabilitationseinrichtungen können nicht wie Krankenhäuser über einen Landesplan eingerichtet werden. Für sie muss jeweils ein eigener Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossen werden. Die Zulassung der Rehabilitationseinrichtungen wird durch die Dauer des Versorgungsvertrages befristet.

1 Hahn, K./Knauf, W./Misselwitz, B./Werner, H.: Strukturqualität geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in Hessen. Eschborn: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, 1998, p 3.

2 a.a.O., p 6.

St. Elisabethen und dem Bethanien Krankenhaus zur Realisierung eines zweistufigen Geriatrie-Konzepts, wie es in der Fassung des Geriatrie-Konzepts Hessen vom Februar 1992 vorgesehen war. Das Hufelandhaus sollte darin den rehabilitativen Teil übernehmen. Da die geriatrische Akutversorgung nicht realisiert wurde, konnte das Modell nicht wie geplant umgesetzt werden.

Der Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V der Klinik im Hufelandhaus war bei einer dreijährigen Laufzeit für die Modellphase mit einer Verlängerung zunächst bis zum 31. 12. 2000 befristet. Daran schloss sich ein Versorgungsvertrag für 50 vollstationäre und 6 tagesklinische Betten bis zu 31. 12. 2002 an.⁶

Die geriatrische Abteilung am St. Elisabethen Krankenhaus umfasst zurzeit 30 vollstationäre Betten. An den Diakonie Kliniken gibt es 36 vollstationäre Betten in der Geriatrie. Für beide Kliniken ist ein weiterer Ausbau geplant.

Für die Neuordnung der Geriatrie in Frankfurt haben die Krankenhauskonferenz Frankfurt am Main-Offenbach und das Stadtgesundheitsamt in den Jahren 1999 und 2000 die entsprechenden Planungen erstellt.

3.1.2 Rahmenbedingungen der Geriatrie-Planung

Die Rahmenbedingungen für die Einrichtung geriatrischer Kliniken in Frankfurt am Main werden vom Land vorgegeben.⁷ Die dritte Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplans vom Dezember 1993 nennt das Ziel einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung mit einer geriatrischen Fachabteilung in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt. Im Jahr 2000 sollen ca. 1.200 Betten für die vollstationäre und 145 Plätze für die teilstationäre geriatrische Versorgung in Hessen bereitstehen. 384 Betten entfallen auf das Versorgungsgebiet Frankfurt/Offenbach, davon 200 auf die Stadt Frankfurt am Main. Dieses

Ziel ist weder für Hessen noch für Frankfurt bisher erreicht worden.⁸

Die Krankenhauskonferenz Frankfurt am Main-Offenbach definierte in ihrer Sitzung am 20. 12. 1999 den Bettenbedarf neu mit einer Quote von 50 geriatrischen Betten pro 100.000 Einwohner. Danach ergab sich ein Bedarf von 325 Betten bzw. teilstationären Plätzen für Frankfurt.⁹

Es sei darauf hingewiesen, dass diese Bedarfsschätzung nicht auf gesicherten empirischen Daten beruht. Es gibt aus den vergangenen Jahren keine Daten aus den Frankfurter Krankenhäusern, aus denen die Anzahl möglicher Patienten für geriatrische Fachabteilungen abgeleitet werden könnten.¹⁰ Der Grund dafür: Aus diesen Daten ließe sich von Seiten der Kostenträger leicht der Vorwurf der Fehlbelegung ableiten, da geriatrische Patienten als Patienten definiert werden können, die nach Abschluss der eigentlichen Akutbehandlung noch länger im Krankenhaus bleiben, sei es, dass die Mobilität fehlt, sei es, dass die Versorgung zu Hause oder die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung nicht gesichert ist.¹¹

Gibt der Krankenhausplan des Landes Hessen die quantitativen Vorgaben für geriatrische Einrichtungen in Frankfurt, so sind die qualitativen Vorgaben im Geriatrie-Konzept Hessen enthalten.

3.1.2.1 Geriatrie-Konzept Hessen

Die Bedeutung der Geriatrie als adäquater Ansatz zur Behandlung kranker älterer Menschen und die Notwendigkeit einer flächendeckenden und ausreichenden Versorgung mit geriatrischen Einrichtungen im Land Hessen werden im „Geriatrie-Konzept Hessen – Ausbau der geriatrischen Versorgung und Rehabilitation“ dargestellt.¹²

6 Mitteilung des Ev. Vereins (Träger) vom 29. 11. 2001

7 Planungseinheit ist eigentlich das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach. Der Einfachheit halber sehen wir in diesem Bericht von einer Einbeziehung Offenbachs ab.

8 Protokoll der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 14. 02. 2000, p 25.

9 Protokoll der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 14. 02. 2000.

10 Wir danken Herrn Balbierski (Stadtgesundheitsamt, Koordination) für seine freundlichen Auskünfte.

11 Vgl. den Erfahrungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung über die Auswirkung der Krankenhaus-Neuordnung 1984, Bonn 1989.

In diesem Konzept wird ein Bild geriatrischer Arbeit gezeichnet, das weniger von den medizinischen Daten der Diagnose einer oder mehrerer Krankheiten als vom Patienten, seinen Bedürfnissen und seinem Befinden ausgeht.

In der Konsequenz bedeutet das, dass der Ausgangspunkt geriatrisch-rehabilitativer Maßnahmen nicht allein eine aufgrund von Messwerten und medizinischer Beurteilung erstellte Diagnose sein kann. Die professionelle Einschätzung muss vielmehr von der konkreten Situation des in seiner bisherigen Unabhängigkeit und Selbständigkeit nachhaltig bedrohten und darum fürchtenden Menschen ausgehen – so wie der diese Situation sieht, empfindet und erlebt. Seine Realität ist die Basis für die Beurteilung seiner Probleme, die Einschätzung seiner Fähigkeiten und die letztendliche Gewichtung seiner organischen und funktionellen Befunde.¹³

Damit stellt das Geriatrie-Konzept einen hohen Anspruch an eine optimale geriatrische Versorgung. Der Maßstab für die konkreten Umsetzungen des Konzepts ist damit gegeben. Wichtigste Konsequenz: Geriatrie ist keine Sache der Medizin allein, sondern bedarf eines multidisziplinären Teams und der Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen, die die Rückkehr des älteren Menschen nach der Behandlung in seine gewohnte Umgebung unterstützen und fördern können.

Dies ist kein Luxus-Programm mit erhöhten Kosten. Eine optimal durchgeführte geriatrische Rehabilitation hilft nicht nur dem Patienten, sondern rechnet sich auch volkswirtschaftlich durchaus, da sie die Einweisung in ein Pflegeheim mit erheblichen monatlichen Kosten verhindern hilft.¹⁴

Die Behandlung in „normalen“ Strukturen der Krankenhausversorgung hat zur Folge, dass der] geriatrische Patient im Hinblick auf ein im Vordergrund stehendes Krankheitsbild in der jeweiligen Spezialabteilung eher überversorgt, bezogen auf seine Gesamtsituation dagegen unzureichend versorgt ist. Daraus ergeben sich immer wieder weit überproportionale Verweilzeiten in den Akutabteilungen mit entsprechend hohen Kosten, ohne dass dem ein entsprechender Behandlungs- und Rehabilitationserfolg gegenübersteht. Im Gegenteil: häufig führt eine überlange Verweildauer in den Akutabteilungen ohne rehabilitative Aktivierung zu irreversiblen Abbau- und Demotivationsprozessen. Im schlimmsten Fall enden solche Aufenthalte dann im Pflegeheim bei „erfolgreich“ kuriertem Grundleiden.¹⁵

Aus dem Ziel des Erhalts der Selbständigkeit des älteren Patienten folgen direkt Konsequenzen für den Aufbau einer geriatrischen Versorgung:

- Sie muss wohnortnah durchgeführt werden, damit der Kontakt zum sozialen Umfeld erhalten werden kann. (Die Besucher des Patienten sind meist genauso alt wie der Patient selbst.)
- Geriatrie zerfällt nicht in „erst Behandlung, und dann Rehabilitation“, sondern Geriatrie ist Rehabilitation vom ersten Tag der Behandlung an – und weit über den letzten Tag der eigentlichen Behandlung hinaus.
- Ambulante und teilstationäre Angebote, die eine vollstationäre Behandlung vermeiden oder zumindest verkürzen können, müssen gefördert werden.

Es bedarf einer integrativen Versorgung unter Einbeziehung der Dienste und Einrichtungen der pflegerischen und der sozialen Altenhilfe, damit der Patient nicht in die „Lücken“ zwischen den einzelnen Stationen seiner Rehabilitation und Versorgung fällt, sondern ein effektives Case-Management ihn kontinuierlich betreuen kann.

Dieser letzte Punkt kann unseres Erachtens nicht genug betont werden. Die Koordination ist notwendig,

12 Die Planung des Stadtgesundheitsamts Frankfurt stützt sich auf die 3. überarbeitete Fassung vom 24. 11. 99, die noch nicht verabschiedet ist. (Mitteilung von Herrn Balbierski).

13 Geriatrie-Konzept Hessen (24.11.99), p 7.

14 Dass diese Erkenntnis politisch so wenig durchsetzungsfähig ist, liegt schlicht daran, dass die Kosten den Krankenkassen, die Ersparnisse aber den Pflegekassen zu gute kommen. Die Trennung von SGB V und SGB XI ist hier kontraproduktiv.

15 Geriatrie-Konzept Hessen (24.11.99), p 7.

weil es dem älteren Patienten oder seinen Angehörigen nicht selbst überlassen bleiben kann, erst das Angebot an rehabilitativen Maßnahmen zu erkunden und dann ein geeignetes Angebot auszuwählen. Dieser Punkt muss auch deshalb hervorgehoben werden, weil er die besondere Schwierigkeit birgt, dass hier verschiedene Berufsgruppen mit höchst unterschiedlichen Selbstverständnissen zusammenarbeiten müssen – und dies über Träger- und Finanzierungsgrenzen hinweg. Ein letzter Grund liegt darin, dass die Einrichtung solcher Netzwerke nur auf einer regionalen Ebene stattfinden kann und damit in den genuinen Zuständigkeitsbereich der Stadt Frankfurt am Main fällt.

3.1.2.2 Geriatrie und DRGs

Ein Unsicherheitsfaktor in der Geriatrieplanung ist die Frage, wie künftig geriatrische Leistungen in Krankenhäusern abgerechnet werden können.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde beschlossen, dass ab dem 1. Januar 2003 die Abrechnung von Krankenhausleistungen über ein leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem geschehen soll. Eine Abrechnung über Pflegesätze, die an die Verweildauer im Krankenhaus gekoppelt sind, wird es dann nicht mehr geben.¹⁶

Die Handhabung dieser Bestimmung wird über ein bestimmtes, in verschiedenen Varianten international entwickeltes System zur Erfassung von Patientenkomplexleistungen geschehen, das sogenannte DRG-System.¹⁷ „DRG“ heißt „Diagnosis Related Groups“, das sind „Diagnosebezogene Fallgruppen“. Sie bilden die Grundlage eines preisorientierten Krankenhausvergütungssystems. Alle Behand-

lungsfälle werden nach pauschalierten Preisen vergütet. Die Pauschalen orientieren sich an medizinisch homogenen Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand.

Die Problematik liegt auf der Hand: Wie soll die geriatrische Behandlung eines älteren Patienten pauschaliert erfasst und abgerechnet werden können, da die Notwendigkeit einer geriatrischen Behandlung gerade durch Multimorbidität, längere Behandlungsdauern und den Einfluss medizin-externer, d.h. psychosozialer Faktoren bestimmt ist?

Das DRG-System erhöht den Druck, die Verweildauer des einzelnen Patienten im Krankenhaus möglichst kurz zu gestalten. Die Kommission des Dritten Altenberichts befürchtet negative Folgen dieses Drucks gerade für geriatrische Patienten:¹⁸

- „intra-sektorale Verweisungsketten (von Krankenhaus zu Krankenhaus),
- Drehtür-Effekte (Einweisung, Entlassung, Einweisung, Entlassung),
- Fehlplatzierungen bei Pflegeüberleitung,
- fehlende oder unzureichend sichergestellte Anschlussversorgung nach Entlassung,
- verfrühte (statt wie früher: verspätete) Reha-Überleitung bei sinkender Verweildauer in der Akutkrankenhausbehandlung u.a.m.“

Um diesen negativen Effekten gegensteuern zu können, fordert die Kommission, dass die Preise der medizinischen Behandlung auf Krankheitsverläufe abgestimmte und damit sektorübergreifende Definitionsgrundlagen enthalten. Es sollten fallbezogene Zu- oder Abschlagsregelungen für Langlieger, für

16 KHG § 17b (1):

„(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. (...)“.

17 KHG § 17b (2):

„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, einschließlich der Punktwerte sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. (...)“.

18 Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bonn, BMFSFJ, 2001, p 111.

Verlegungen und Überleitungen u.a. integriert werden.¹⁹

Beziehen sich diese Warnungen und Vorschläge der Kommission noch auf die Ebene der Gestaltung des DRG-Systems, die sich der direkten kommunalen Einwirkung entzieht, so enthält die abschließende Schlussfolgerung der Kommission einen direkten Planungs-, wenn nicht sogar Handlungsauftrag für die lokale Ebene:

Je stärker sich Teilbereiche des Leistungsgeschehens (...) im Rahmen pauschalfinanzierter Leistungsvergütung wirtschaftlicher ausgestalten, desto wichtiger und dringlicher wird angesichts der damit einhergehenden Weitergabe des Morbiditätsrisikos von den Kassen auf die Leistungsanbieter die Sicherstellung der Versorgungs- und Behandlungsketten zwischen den Teilbereichen und den einzelnen Leistungseinrichtungen, sei dies nun jeweils intra-sektoral (etwa innerhalb des ambulanten medizinischen Sektors), inter-sektoral (etwa in der Folge einer Krankenhausentlassung und einer Überleitung) oder transsektoral.²⁰

Auch hier also wieder die Forderung nach einem Schnittstellenmanagement, das für den einzelnen Patienten die Übergänge zwischen Akut-Krankenhaus, Geriatrie, Reha, Heim, teilstationärer und ambulanter Versorgung und zwischen den einzelnen Kostenträgern (SGB V, SGB IX, SGB XI, BSHG) regelt.

Es wird in den nächsten Jahren verstärkt zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens gehören, Sorge für die zu tragen, die für ein preis-orientiertes Gesundheitssystem nicht attraktiv sind: für Menschen, deren komplexes Krankheitsbild in einem pauschalierten System nicht erfasst werden kann, für Menschen, die aus sozialen Gründen durch dieses System fallen, für Menschen, die sich nicht reibungslos in den Betrieb einer Praxis oder eines Krankenhauses einfügen.

In ihrer Stellungnahme teilt die Bundesregierung die Bedenken der Kommission, verweist aber darauf, dass das australische DRG-System, das die Grundlage des deutschen bilden wird, differenzierte

19 *ibid.*

20 a.a.O., p 112.

Schweregrade, die auch Komorbiditäten berücksichtigen können, sowie Alterseinteilungen kennt. Gesonderte geriatrische Fallgruppen sind ebenfalls denkbar.

Nicht unerwähnt bleiben soll der Hinweis der Bundesregierung, sektorübergreifende Versorgungssysteme im Rahmen der integrierten Versorgung zu verwirklichen (§§ 140a-h SGB V).

Mit dem Instrument der Verträge zur integrierten Versorgung erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich koordiniert zusammenwirken. Auch Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und zur Gesundheitsförderung sollen einbezogen werden.²¹

Dieser Vorschlag leidet aber daran, dass Verträge zur integrierten Versorgung nur mit Teilnehmern abgeschlossen werden können, deren Leistungen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung fallen.²² Die integrierte Versorgung bleibt im Rahmen des SGB V beschränkt. Eine Integration von Leistungserbringern aus SGB V und SGB XI ist nicht möglich.

Die integrierte Versorgung ist also kein Ersatz für ein Schnittstellenmanagement im Gesundheits- und Pflegewesen auf kommunaler Ebene.

3.1.3 Geriatrie-Planung für Frankfurt

Das neue Geriatrie-Konzept für Frankfurt am Main sieht eine Kapazität von 271 vollstationären und 75 teilstationären Plätzen vor. Diese Plätze sind auf die vier Kliniken, die bereits im Bereich Geriatrie tätig sind, verteilt und tragen damit dem Konzept einer wohnortnahen Versorgung so weit wie möglich Rechnung.

21 www.bmfsfj.de, Dokument: „Informationen zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)“ vom 17. Dezember 1999, p 8.

22 §140b (2) SGB V.

Diese vier Abteilungen sollen nach § 108 SGB V zugelassen werden. Rehabilitationseinrichtungen auf Basis des § 111 SGB V sind für Frankfurt nicht mehr vorgesehen.

Wenn die Umsetzung des Geriatrie-Konzepts im Jahr 2004 abgeschlossen ist, wird es in Frankfurt die folgenden geriatrischen Kapazitäten geben:

Standort	Krankenhaus	Plätze	
		vollstat.	teilstat.
West	Städtische Kliniken Höchst	60	24
Nordwest/Mitte	St. Elisabethen Krankenhaus	60	20
Süd/Mitte	Diakonie-Kliniken	102	25
Ost	Hufeland-Haus	50	6

Quelle: Geriatrie-Konzept Frankfurt.

Die Einrichtung der zusätzlichen geriatrischen Plätze führt zu keiner Kapazitätserweiterung, sondern wird aus bestehenden Kapazitäten kompensiert.²³

Für das Hufeland-Haus ergibt sich die besondere Schwierigkeit, dass nach Ansicht der Kostenträger eine Aufnahme in den Krankenhausplan nur dann möglich ist, wenn es in gemeinsamer Trägerschaft und in gemeinsamer ärztlicher Leitung mit einer anderen geriatrischen Klinik kooperiert.²⁴ Ein solcher Kooperationspartner konnte bis heute nicht gefunden werden.

Für die Städtischen Kliniken Höchst und das Hufeland-Haus liegen eigene Konzepte bzw. Berichte der wissenschaftlichen Begleitforschung vor, die wir im Folgenden kurz darstellen wollen.

3.1.3.1 Geriatrie in Höchst

Die Stadtverordnetenversammlung fasste in ihrer 41. Sitzung am 10. 10. 1996 den Beschluss zu prüfen, ob bei den Städtischen Kliniken Höchst ein gerontologisches Zentrum eingerichtet werden kann. Am

²³ Protokoll der 37. Sitzung der Krankenhauskonferenz für das Versorgungsgebiet Frankfurt am Main/Offenbach am 20. 12. 1999.

²⁴ *ibid.*

21. 9. 1998 erhielt Prof. Dr. Füsgen (Universität Witten-Herdecke) den Auftrag, die Möglichkeit der Einrichtung eines Gerontologisch/Geriatriischen Zentrums in Kooperation der Städtischen Kliniken Höchst und des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe (Träger des Victor-Gollancz-Hauses) zu prüfen. Auftraggeber war die Klinik. Der Beratungsbericht war im Januar 1999 erstellt und wurde der Stadtverordnetenversammlung im Mai 1999 zur Kenntnis gebracht.

Der innovative Schwerpunkt des vorliegenden Konzeptes liegt in der Zusammenführung der sozialpflegerischen Tätigkeit des

Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe sowie der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main/Höchst zur gemeinsamen Entwicklung und Aufbau eines abgestuften gerontologisch/geriatrischen Zentrums, das von der Akutversorgung bis zur Schwerstpflege und Sterbebegleitung älterer Patienten reicht. Dazu gehört die Neugestaltung eines Kommunikationszentrums und damit einer Präventionseinrichtung in dem vorgesehenen neuen Seniorenzentrum Victor-Gollancz-Haus des Frankfurter Verbandes.

Weiterhin wird die Einrichtung eines Rehabilitativen Therapiezentrum mit entsprechenden ambulanten, halbstationären und stationären Angeboten in den Gebäuden der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main/Höchst, sowie mit Aktivitäten in den neu zu planenden Gebäuden des Frankfurter Verbandes angestrebt. Der „betreuende und helfende“ Schwerpunkt Geriatrie/Gerontologie mit den unterschiedlichen Leistungsangeboten einschließlich eines Case-Managements und einer Überleitungspflege bekommt besondere Bedeutung.²⁵

²⁵ Füsgen: Konzept für ein Gerontologisch/Geriatriisches Zentrum der Stadt Frankfurt, 1999, pp 9- 10.

Das Konzept umfasst das ganze Spektrum geriatrischer, rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen zur Sicherstellung einer optimalen Behandlung, Versorgung und Betreuung älterer Menschen.

Einen Bereich wollen wir besonders herausgreifen: die mobile Rehabilitation. Mobile Rehabilitation heißt: Das Reha-Team kommt zum Patienten. Die therapeutischen Maßnahmen werden beim Patienten durchgeführt. Im Neubau des Victor-Gollancz-Hauses sind 23 Plätze für eine rehabilitative Kurzzeitpflege vorgesehen. Die pflegerische Versorgung wird durch das Victor-Gollancz-Haus erbracht, während das mobile Reha-Team, das die Rehabilitationstherapie durchführt, von den Städtischen Kliniken Höchst entsendet wird.

Problematisch ist dabei die Finanzierung. Die Leistungen der rehabilitativen Kurzzeitpflege müssen sowohl über die Pflegeversicherung als auch über die Krankenversicherung finanziert werden. Denkbar wäre eventuell auch ein Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V. Entsprechende Vereinbarungen mit den Kostenträgern sind noch nicht getroffen worden.²⁶

Wir haben diesen Punkt herausgegriffen, weil hier besonders deutlich wird, welche Verbesserungen in der Versorgung älterer Menschen durch die Zusammenarbeit eines geriatrischen Krankenhauses mit einer Einrichtung der sozialpflegerischen Versorgung erzielt werden können.

Für solche Verbesserungen muss die Kooperation zwischen den beiden Einrichtungen in den Struktu-

26 a.a.O., p 30;
Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V./Magda Haßdenteufel: Konzeption - Ersatzneubau Victor-Gollancz-Haus. September 2000, p 15-16.

Tabelle 3.2 Die Struktur des geplanten Zentrums:		
Koordinationsausschuss		
<i>Akut-Krankenhaus</i>	<i>Rehabilitation</i>	<i>Pflege/Wohnen</i>
vollstationäre Geriatrie	vollstationär	vollstationär
ambulante Geriatrie (geriatrisches Konsil)	teilstationär	Kurzzeitpflege
	mobile Reha	Tagespflege
teilstationäre Geriatrie (Tagesklinik)	ambulante Reha	ambulante Pflege
		betreutes Wohnen
Palliativbetten*		ambulantes Hospiz
med. Fachkliniken		
gem. Stroke-Unit**		
Case-Management Überleitungspflege Kommunikationszentrum – Prävention		
* Betten für unheilbar erkrankte Menschen, deren Leiden nur noch gelindert werden können. **Zur Akut-Behandlung von Schlaganfall-Patienten Quelle: Füsgen: Konzept, p 14		

ren der Einrichtungen fest verankert sein. Ein reines räumliches Nebeneinander, wie es auch in dem Titel „Gerontologisch/Geriatrisches Zentrum“ anklingt, reicht nicht aus. Ein übergeordneter Koordinierungsausschuss kann allein dieses Miteinander nicht schaffen, auch wenn er Weisungsbefugnisse hat. Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten zeigt sich in der täglichen Arbeit auf den Stationen und Wohnbereichen, in den Entscheidungen der Ärzte und Pfleger, die immer berücksichtigen, welche Abteilung innerhalb der integrierten Versorgungsstruktur aus Geriatrie, Rehabilitation und Pflege für den älteren Menschen das Optimum an Lebensqualität und Behandlung bietet.

Eine solche Zusammenarbeit steht im Alltag einer Einrichtung vor erheblichen Schwierigkeiten, die noch verstärkt werden, wenn die Kooperation über Träger und Finanzierungsgrenzen hinweg geschehen soll. Wir empfehlen deshalb schon während des Neubaus des Victor-Gollancz-Hauses und nach Möglichkeit vor der Umstrukturierung der Geriatrie in Höchst eine Gruppe aus Leitenden und Mitarbeitern aus den Bereichen medizinische, therapeutische, pflegerische und psychosoziale Versorgung zu bilden, die gemeinsam Vorschläge erarbeitet, wie die

geforderte intensive Kooperation bereits in den Strukturen der einzelnen Bereiche fest verankert werden kann.

Zu diesen Strukturen gehört auch die Art der Personalführung. Echte Kooperation kann nur auf freiwilliger Basis geschehen. Kooperation, die von oben angeordnet wird, funktioniert nicht. Kooperation braucht Mitarbeiter, die soweit wie möglich selbstständig arbeiten dürfen und Anerkennung für ihre Arbeit erfahren. (Notwendigkeiten, die sich im Übrigen mit den Forderungen des Frankfurter Forums für eine Personalführung, die strukturelle Gewalt im Pflegeheim vermeiden hilft, decken.)

Es sei noch darauf hingewiesen, dass das Problem verwirrter und psychisch veränderter älterer Menschen in der Konzeption, die Prof. Füsgen erstellt hat, keine besondere Rolle spielt. Nur im Zusammenhang mit dem Geriatrischen Konsil wird erwähnt, dass dieses auch als Memory-Klinik fungieren könne.²⁷ In der Konzeption des Frankfurter Verbandes für den Neubau des Victor-Gollancz-Hauses werden eigene Wohngruppen mit einer besonderen Betreuung für Demente vorgesehen, die sich am Konzept der „Wohngemeinschaften“ orientieren, wie sie das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) vorschlägt.²⁸

3.1.3.2 Hufeland-Haus

Das Hufeland-Haus war als Einrichtung nach § 111 SGB V zusammen mit der Reha-Klinik am Katharinenstift Wiesbaden und der Martin-Luther-Stiftung Hanau Teil eines hessischen Modellprogramms, das Erkenntnisse zu einem zweistufigen Geriatriekonzept bringen sollte. Dieses Modellprogramm wurde wissenschaftlich begleitet von Dr. Klaus Ostermann (Forschungsgruppe Prävention und Rehabilitation am FB 04 der Universität-Gesamthochschule Kassel). Einige Ergebnisse der Begleitforschung möchten wir hier kurz referieren, da sie wichtige Hinweise auf die zukünftige Gestalt der Geriatrie in Frankfurt enthalten.

Im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung (1997-1998) wurden 762 Patientinnen und Patienten behandelt.²⁹

Tabelle 3.3
Patientinnen und Patienten im Modellprogramm im Hufeland-Haus

Alter	Frauen (N=562)	Männer (N=192)	Insgesamt (N=754)
bis 59	> 1%	2%	1%
60-64	1%	7%	3%
65-69	5%	5%	5%
70-74	9%	15%	9%
75-79	18%	24%	20%
80-84	22%	22%	22%
85-89	31%	19%	28%
90-94	12%	4%	10%
95 u. älter	2%	2%	2%
Summe	100%	100%	100%

Quelle: Ostermann 2000a, a.a.O.

Knapp vier Fünftel aller Patientinnen und Patienten kamen aus Frankfurt (78,9%), aus Offenbach waren es 3,9%, aus Darmstadt 3,5%, aus Bad Vilbel 2,0%. Der Rest von 11,7% verteilt sich auf weitere Orte im Großraum Frankfurt. Innerhalb Frankfurts spielte die Entfernung zur Klinik keine Rolle.

Diese Zahlen bedeuten aber auch, dass 20% der Patienten, die in Frankfurt behandelt werden, nicht aus Frankfurt stammen. Dabei gibt es im Umkreis weitere geriatrische Einrichtungen: die Städtischen Kliniken Höchst in Frankfurt selbst, in Wiesbaden, Bad Homburg, Hanau und Rüsselsheim.³⁰ Geriatrie-Planung in Frankfurt hat über das Stadtgebiet hinaus Bedeutung und muss auch die demographische Entwicklung im Umland berücksichtigen.

Dieser weite Einzugsbereich ist nur für die vollstationären Patienten gültig. Die Patienten der Tagesklinik

27 a.a.O., p 27.

28 Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V./Magda Haßdenteufel: Konzeption - Ersatzneubau Victor-Gollancz-Haus. September 2000, p 7.

29 Klaus Ostermann: Geriatrie Behandlung im Hufelandhaus Frankfurt/Main. Kassel 2000, p 4 (= Ostermann 2000a).

30 Hahn/Knauf/Misselwitz/Werner (1998), p 56.

(N=39, 5% aller Patienten) kamen eher aus kliniknahen Stadtteilen Frankfurts (zu 25% aus Seckbach und Bornheim). Das Transportproblem scheint bei einer teilstationären Aufnahme eine entscheidende Rolle zu spielen. Problematisch könnte auch der Modus der Einweisung durch die Hausärzte sein. Die tagesklinischen Kapazitäten konnten nicht ausgelastet werden.³¹

Die Vorgaben des Erhalts der Selbständigkeit und der Integration in das stationäre Umfeld scheint eine teilstationäre geriatrische Behandlung besser erfüllen zu können als eine vollstationäre. Diesem Vorteil aber steht die Belastung des Patienten durch den Transport und die Belastung der Angehörigen durch die Vorbereitung auf den Transport und die Pflege, die weiterhin zu Hause erbracht werden muss, gegenüber. Diese Belastungen können bei einrichtungsnah wohnenden Patienten zu einer Entscheidung für die vollstationäre Aufnahme führen, auch wenn die notwendige Behandlung teilstationär durchgeführt werden könnte.

Die mangelnde Auslastung ist nicht nur im Bereich tagesklinischer, sondern auch im Bereich tagespflegerischer Einrichtungen festzustellen. Unserer Meinung nach sollte – gerade vor dem Hintergrund der Einrichtung neuer tagesklinischer Plätze im Frankfurter Geriatriekonzept – der Problematik der Auslastung dieser Plätze ein besonderes Augenmerk geschenkt werden. Zu überlegen wäre auch, ob Maßnahmen ergriffen werden müssten und auch ergriffen werden können, die eine teilstationäre Aufnahme attraktiver für Patienten und Angehörige machen. Diese Maßnahmen können im Bereich der Tagesklinik liegen wie flexiblere oder längere Betreuungszeiten, sie können aber auch im häuslichen Bereich liegen als Unterstützung bei der Vorbereitung des Patienten oder in der Einrichtung eines Fahrdienstes.

Aufschluss über das notwendige Maß an professioneller Hilfe nach Abschluss der Behandlung kann der Familienstand geben. In der zur Verfügung stehen-

den häuslichen Hilfe zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen der Situation älterer Männern und Frauen. Während mehr als die Hälfte der Männer durch ihre Ehepartnerin versorgt werden können, steht die Möglichkeit der Versorgung durch den Ehepartner nur 15% der Frauen zur Verfügung. 85%

Tabelle 3.4
Familienstand der Patientinnen und Patienten im Modellprogramm im Hufeland-Haus

Familienstand	PatientInnen (N=752)	Frauen (N=560)	Männer (N=192)
verheiratet	25%	15%	56%
verwitwet	58%	68%	27%
ledig, getrennt, geschieden	17%	17%	17%
Summe	100%	100%	100%

Quelle: Ostermann 2000a, a.a.O.

aller behandelten Frauen müssen ohne die Unterstützung eines Ehepartners auskommen und für ihre Versorgung im Falle der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auf andere personelle oder institutionelle Hilfen zurückgreifen.³²

Auch wenn über den Familienstand nicht erfasst werden kann, wieviele der älteren Menschen innerhalb der Familie von ihren Kindern oder anderen Angehörigen versorgt werden können, so geben diese Zahlen doch einen starken Hinweis darauf, dass im Falle von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sehr häufig professionelle Unterstützung benötigt wird. Daraus folgt direkt ein entsprechender Bedarf an Beratung und Organisation der Unterstützung in Vorbereitung auf die Entlassung.

Auffällig ist, dass der Anteil derjenigen, die in ein Pflegeheim entlassen werden, mit 15% erheblich höher ist als in den beiden anderen Modelleinrichtungen in Wiesbaden und Hanau, in denen dieser Anteil unter 10% liegt.³³

31 Ostermann (2000a), p 4.

32 a.a.O., p 5.

33 a.a.O., p 15.

Tabelle 3.5 Wohnen nach der Entlassung (N=751)	
eigene Häuslichkeit	67%
Pflegeheim	15%
bei Verwandten	2%
Entlassung in eine teilstationäre Einrichtung	< 0,5%
Verlegung in ein Krankenhaus	13%
Altenwohnheim	3%
	100%
Quelle: Ostermann (2000a), p 15.	

Eine Nachbefragung einiger Patienten (N=159) ein Jahr nach der Entlassung ergab eine Erhöhung des Anteils derjenigen, die im Pflegeheim leben.³⁴

Tabelle 3.6 Wohnsituation ein Jahr später, Nachbefragung (N=159)	
eigene Häuslichkeit	72%
Angehörige	5%
Pflegeheim	23%
	100%
Quelle: Ostermann (2000a), p 22	

60% der ehemaligen Patienten erhalten Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst, bei 23% helfen Angehörige und bei 4% Nachbarn oder Freunde.³⁵

Die im Vergleich zu Wiesbaden und Hanau hohe Anzahl von Pflegeheimüberleitungen im Hufeland-Haus gab Anstoß zu einer weiteren Untersuchung, die mögliche Gründe aufzeigen und den Prozess der Überleitungspflege insgesamt beschreiben sollte.³⁶

Patientinnen der drei hessischen Modellstandorte (...), die in ein Pflegeheim nach der Rehabilitationsmaßnahme gehen, unterscheiden sich nicht nach dem Diagnosemu-

ster, der Dauer der Akutbehandlung und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung. In der Klinik für Geriatrie in Frankfurt werden im Gegensatz zu den beiden anderen Einrichtungen (...) häufiger über 80 Jahre alte Frauen behandelt. Die PatientInnen sind in Frankfurt häufiger als an den beiden anderen Standorten verwitwet, getrennt lebend, geschieden oder ledig und seltener verheiratet. (...) Nur die hohe Quote der Einpersonenhaushalte in Frankfurt bietet einen Hinweis auf die erhöhte Verlegung in ein Heim von Patientinnen nach geriatrischer Rehabilitation.³⁷

Aus der Untersuchung des Prozesses der Überleitungspflege wollen wir nur zwei Ergebnisse herausgreifen: die Beratung bzw. Vermittlung bezüglich ambulanter und stationärer Pflege und die Zusammenarbeit mit den BuV-Stellen.

51 Patientinnen wurden in die vollstationäre Pflege entlassen bzw. wurden bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr im Pflegeheim angetroffen. 178 Patientinnen wurden in die eigene Häuslichkeit entlassen, von denen bei 40 kein Hilfebedarf bestand. Im Tabelle 3.7 werden die Leistungen des Krankenhaussozialdienstes in Bezug auf das Versorgungsmanagement für diese beiden Patientengruppen gegenübergestellt.³⁸

Aus der sehr geringen Zahl von Leistungen des Krankenhaussozialdienstes des Hufeland-Hauses im Bereich Beratung/Vermittlung/Organisation ambulanter Hilfe und Pflege für Menschen, die in die stationäre Pflege entlassen worden sind, wird deutlich, dass die Beratungen des Krankenhaussozialdienstes nicht ergebnisoffen sind. (Zumindest ist die offene Beratung nicht dokumentiert.) Die Leistungen des Krankenhaussozialdienstes unterstützen den Patienten nicht darin, selbst die Entscheidung auf ambulante oder stationäre Pflege zu treffen, auch dann nicht, wenn die Patientinnen mit der vollstationären Versorgung nicht einverstanden sind.³⁹

Diese Entscheidung wird nicht „automatisch“ durch den Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Die

34 a.a.O., p 22.

35 a.a.O., p 27.

36 Klaus Ostermann: Studie über den Verlauf geriatrischer Rehabilitation am Hufeland-Haus und den Übergang in die häusliche und stationäre Pflege. Kassel 2000 (= Ostermann 2000b).

37 a.a.O., p 30.

38 a.a.O., pp 17-21.

39 a.a.O., p 18.

Tabelle 3.7
Leistungen des Krankenhaussozialdienstes in der stationären und ambulanten Pflege (%)

	stationär (N=51)	ambulant (N=138)
Anregung der Prüfung nach BetreuungsgG	18%	1,5%
Antrag auf ambulante Pflege	2%	21,2%
Antrag auf stationäre Pflege	26%	0,7%
Beratung häuslicher Versorgung	6%	12,4%
Beratung im Betreuungsrecht	4%	2,2%
Beratung in finanziellen Angelegenheiten	2%	2,2%
Beratung in sozialrechtl. Angelegenheiten	12%	23,4%
Psychosoziale Beratung	20%	17,5%
Beratung Angehöriger	2%	2,9%
Organisation von Hilfsmitteln	-	5,1%
Organisation ambulanter Pflege	4%	16,8%
Organisation stationärer Pflege	14%	0,7%
Organisation Notruf	-	1,5%
Organisation Begutachtung MDK	9%	4,4%
Vermittlung ambulanter Dienste	2%	6,6%
Vermittlung stationärer Pflege	18%	-
Vermittlung an BuV-Stelle	0%	4,4%
Vermittlung Essen auf Rädern	-	6,6%

Quelle: Ostermann (2000b), p 18.

Untersuchung zeigt auch, dass selbst Patienten, die zum Zeitpunkt der Entlassung schwerst pflegebedürftig sind, erfolgreich nach Hause entlassen werden können.⁴⁰

Das zweite Ergebnis dieser Untersuchung, das wir hier herausgreifen wollen: Eine Zusammenarbeit des Krankenhaussozialdienstes mit den BuV-Stellen ist kaum vorhanden. Bei den Leistungen des Sozialdienstes für in die vollstationäre Pflege entlassene Patienten ist in keinem einzigen Fall die Vermittlung an eine BuV-Stelle dokumentiert. Bei den nach Hause entlassenen nur in 4,4% aller Fälle, das sind gerade 6 Patientinnen. Für die Motivation der Vermittlung an eine BuV-Stelle spielt es eine gewisse Rolle,

40 a.a.O., pp 14-15.

wenn vorher schon ambulante Dienste in Anspruch genommen wurden.⁴¹

Über die Gründe für die geringe Kooperation zwischen Krankenhaussozialdienst und BuV-Stellen können hier keine gesicherten Aussagen gemacht werden. Es wird aber deutlich, dass auf dem Gebiet der Überleitungspflege in Frankfurt Handlungsbedarf besteht.

Ein Schritt in diese Richtung ist das Konzept der *Ambulanten Erstversorgung nach stationärer geriatrischer Behandlung (Wohnraumanpassung)* der Klinik für Geriatrie im Hufeland-Haus, wie es vom Hufeland-Haus bereits erprobt wurde. Dieses Konzept geht davon aus, dass der Erfolg der stationär erreichten Rehabilitation nicht dadurch zu Nichte gemacht werden darf, dass der Rehabilitierte in eine häusliche Umgebung zurückkehrt, die aufgrund ihrer

Gestaltung und mangelnder Hilfen das angestrebte selbständige Leben nicht erlaubt. Wohnraumanpassung, Organisation von Hilfe und Pflege sowie Besorgung und Installation von Hilfsmitteln können notwendig sein, damit die Rehabilitation nicht am Umfeld scheitert.

Das Hufeland-Haus hat ein Modell von Überleitungspflege entwickelt, das die Einschätzung des möglichen Hilfebedarfs durch ein geriatrisches Assessment, die Ermittlung des konkreten Bedarfs auch durch einen Hausbesuch und die Organisation der notwendigen Hilfen umfasst. Diese Hilfen gehen über die normalen Leistungen eines Krankenhaussozialdienstes hinaus.

41 a.a.O., p 32.

- „Durchführen einer Ist-Analyse in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen
- Ermittlung und gegebenenfalls Sicherstellung des individuellen ambulanten Hilfebedarfs der Grundpflege, des hauswirtschaftlichen Bedarfs und der „Sonstigen Hilfen“
- Beratung des Pflegebedürftigen, dessen Angehörige oder gegebenenfalls des gesetzlichen Betreuers hinsichtlich der möglichen ambulanten Hilfen
- Installierung von Hilfen (...) und Hilfsmitteln wie Gehhilfen, Rollstuhl, Behindertenbesteck und Geschirr, Behindertentelefon, Hausnotruf u.a.
- Vorbereitung und Organisation von kleineren Wohnraumanpassungsmaßnahmen wie Anbringen von Haltegriffen, Toilettensitzerhöhungen, Beschaffung eines Pflegebettes oder Veränderung des vorhandenen Bettes
- Kostenklärung und Antragstellung z.B. bei den Pflegekassen, Beihilfestellen und dem Jugend- und Sozialamt Frankfurt.“⁴²

Bestehend an diesem Konzept ist, dass in der Schlussphase der Rehabilitation im Krankenhaus ein Team des Krankenhauses gemeinsam mit dem Patienten in die Wohnung des Patienten fährt und dort die notwendigen Anpassungsmaßnahmen bespricht. Eine exakte Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs und die Verordnung der entsprechenden Hilfsmittel noch vor der Entlassung aus der Klinik sind so möglich.

Die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen des Geriatrischen Teams und des Krankenhaussozialdienstes, die nicht mehr vom Pflegesatz des Krankenhauses gedeckt werden können, soll durch eine Vereinbarung zwischen dem Hufeland-Haus und dem Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main nach § 93 Abs. 2 BSHG geregelt werden. In dieser Vereinbarung ist auch eine enge Zusammenarbeit mit den Sozialrathäusern und den Besonderen Diensten des Jugend- und Sozialamtes vorgesehen. Dazu gehörte eine Übergabe der Fall-Verantwortung für den einzelnen Patienten vom Geriatrischen Team an das Jugend- und Sozialamt oder einen anderen Dienst. Es ist daran gedacht, dass diese Übergabe erst einige Tage nach der Entlassung stattfindet, damit die ersten Eingewöhnungsschwierigkeiten zu

Hause noch von Mitgliedern des Geriatrischen Teams begleitet werden können.

Im Vorteil der Hilfe direkt aus dem Geriatrischen Team der Klinik liegt auch der Nachteil dieses Konzepts. Wohnraumanpassungsmaßnahmen brauchen, wenn sie auch nur ein klein wenig umfangreicher sind, Zeit. Sie müssen nicht nur eingeleitet, sondern auch in ihrer Durchführung begleitet und am Ende abgenommen werden. Auch bei anderen Formen der Hilfe und Unterstützung muss auf die Organisation und Bestellung die Erfolgskontrolle folgen. Entspricht das bestellte Hilfsmittel den Anforderungen? Wird es vom Hilfsbedürftigen auch angenommen? Diese Nachsorge kann erst nach einiger Zeit durchgeführt werden, d.h. zu einem Zeitpunkt, wenn der Patient schon lange aus der Klinik entlassen und seine Betreuung nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich des Geriatrischen Teams wie des Krankenhaussozialdienstes fällt.

Das Konzept des Hufeland-Hauses sollte abgestimmt werden mit der Arbeit der „Wohnungsberatung für behinderte Menschen und Senioren“, wie sie in Frankfurt auf Basis der Frankfurter Richtlinie: § 75 BSHG – Teil III E vom 26.6.93 u. 15.2.94 seit Februar 1993 durchgeführt wird. Die Aufgaben dieser Wohnungsberatungsstelle, die Teil des Beratungsangebotes des Jugend- und Sozialamtes ist, sind vielfältig:

- Beratung behinderter, älterer und chronisch kranker Bürger zur Verbesserung ihrer Wohnsituation
- Mitwirkung bei der Wohnungsvermittlung
- Zusammenarbeit mit Wohnungsbaugesellschaften und Bauherren beim Bau barrierefreier Wohnungen nach DIN 18025
- Zusammenarbeit mit dem Stadtplanungsamt im Bereich der Wohnungsbauförderung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Mitarbeit im Fachausschuss Wohnen der Frankfurter BehindertenAG
- Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Diensten.

Erfüllt der antragstellende Mieter die Voraussetzungen von Hilfen nach BSHG, so ist das Sozial- und Jugendamt für die Gewährung von Zuschüssen zur Erhaltung oder Beschaffung einer behindertengerechten Wohnung zuständig. Ist der Antragsteller Eigentümer der Wohnung oder Vermieter oder liegt sein Einkommen über den Grenzen des § 79 BSHG,

42 Geriatrische Reha im Hilfesystem der Stadt Frankfurt a.M. am Beispiel ... Hufelandhaus, Frankfurt am Main 2000, p 1.

so fallen die Maßnahmen in die Zuständigkeit des Stadtplanungsamtes.

Auf der Basis der bestehenden Richtlinien plant das Jugend- und Sozialamt eine Weiterentwicklung der Konzeption der Stelle „Wohnungsberatung für behinderte Menschen und Senioren“. In Zusammenarbeit mit anderen Trägern ist dabei ein integrierter Verbund zur Wohnraumberatung älterer Menschen geplant. Drei mögliche Aufgabenbereiche des Verbundes sind bisher angedacht:

- Prävention als Vorbereitung auf mögliche Lebens- und Wohnbedingungen im Alter
- Information über bereits vorhandene Wohnmöglichkeiten in Frankfurt am Main
- Umzugshilfen als begleitende Unterstützung und technische Hilfe.

In allen drei Bereichen sollen Ehrenamtliche wesentliche Aufgaben übernehmen. Ziel ist die Schaffung eines kooperativen Netzwerks, das weitgehend zur Verwirklichung individueller Wohnvorstellungen und Wünsche nach Selbständigkeit im Alter verhilft.

Wir möchten anregen, darüber nachzudenken, ob die Vorteile einer Überleitungspflege aus dem Geriatrischen Team, die die Häuslichkeit des Patienten direkt mit einbezieht, nicht auch in dieser neuen Konzeption der Wohnberatung in Frankfurt erhalten werden kann. Die eigentliche Verantwortung für die erfolgreiche Organisation und Installation der Hilfen könnte bei der Wohnberatungsstelle oder dem kooperativen Netzwerk, bei einer anderen Beratungs- und Koordinierungsstelle oder beim örtlich zuständigen Sozialdienst liegen. Der Nachteil der Übergabe der Fallverantwortung mit seiner Einführung eines völlig neuen Ansprechpartners für den älteren Patienten wäre vermieden. Zudem könnte dieser Dienst auch von älteren Menschen genutzt werden, die nicht in geriatrischer Behandlung sind.

Konkret könnte dies so aussehen, dass der Hausbesuch, der durch einige Mitglieder des Geriatrischen Teams erfolgt, gemeinsam mit einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle oder des Sozialdienstes durchgeführt wird. Dabei wird dann nicht nur die häusliche Umgebung des Patienten geprüft. Es können auch die notwendigen Informationen über das Krankheitsbild des Patienten und zu erwartende Einschränkungen weitergegeben werden. Die Kompetenz des Geriatrischen Teams bleibt in der

Überleitung aus dem Krankenhaus erhalten, die Kontinuität der Betreuung durch eine Stelle ist gewährleistet.

Auf jeden Fall aber stellt das Konzept des Hufeland-Hauses einen wesentlichen Schritt zur Verbesserung der Überleitungspflege dar.

3.1.4 Geriatrische Rehabilitation

Einrichtungen geriatrischer Rehabilitation außerhalb von Krankenhäusern, d.h. nach § 111 SGB V sind zurzeit in Frankfurt nicht vorgesehen.

3.2 Sozialpsychiatrie

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 auf der Basis eines Konzepts „Umstrukturierung der kommunalen Psychiatrie in Frankfurt am Main“, das im Stadtgesundheitsamt im Dezember 1999 erarbeitet wurde.⁴³

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.⁴⁴

Die sozialpsychiatrischen Dienste haben sowohl amtsärztliche als auch vor allem beratende, helfende, vermittelnde und begutachtende Aufgaben

43 Die Ausführungen dieses Kapitels stützen sich – zum Teil wörtlich – auf dieses Konzept sowie auf ein Gespräch mit Frau Dr. Peters (Leiterin des Stadtgesundheitsamtes) und Herrn Balbierski (Koordination im Stadtgesundheitsamt), die das Konzept erstellt haben.

44 Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main: Konzept Umstrukturierung der kommunalen Psychiatrie in Frankfurt am Main. Frankfurt 1999, p 2.

zu erfüllen. Der sozialpsychiatrische Dienst arbeitet als Bindeglied im Spannungsfeld zwischen Einrichtungen und Diensten unterschiedlicher Trägerschaft, der klinischen und ambulanten nervenärztlichen Behandlung psychisch Kranker und deren komplementären psychosozialen Betreuung. Eine zusätzliche Aufgabe liegt in einem ergänzenden Gesundheits-Service für besonders schwer zugängliche psychiatrische Patientengruppen.⁴⁵

Diese letzte Aufgabe stellt sich insbesondere in Bezug auf die Behandlung verwirrter oder anderweitig psychisch veränderter älterer Menschen, die allein leben. Sehr oft wird die Veränderung selbst nicht bemerkt, und selbst wenn sie erkannt wird, fehlt oft die Motivation, zum Arzt zu gehen und sich behandeln zu lassen. Es braucht dann andere Menschen – Angehörige, Nachbarn oder eben den sozialpsychiatrischen Dienst –, die für eine ärztliche Behandlung sorgen.

Das Problem der mangelnden Motivation liegt aber nicht nur auf der Seite des Patienten. Nicht wenige Hausärzte zeigen nur eine geringe Neigung, sich um eine gründliche Abklärung der Diagnosen Demenz oder altersbedingte Depression zu bemühen. Oft hören Patienten nur ein „Das ist halt so im Alter, damit müssen Sie sich abfinden“ und eine mögliche Behandlung unterbleibt. Dabei spielt es natürlich auch eine Rolle, dass es sehr langwierig sein kann, für einen Patienten die Medikation zu finden, die seine Demenz wirksam verzögern kann – wobei die neuen und wirksamen Medikamente das Arzneimittelbudget des verschreibenden Arztes sehr stark belasten.

Unserer Meinung nach wäre es also auch eine sinnvolle Aufgabe des sozialpsychiatrischen Dienstes, auf der Ebene der niedergelassenen Ärzte das Verständnis für und die Einsicht in die Notwendigkeit und die Möglichkeiten der Behandlung verwirrter und psychisch veränderter älterer Menschen zu fördern.

3.2.1 Psychisch veränderte ältere Menschen

Es geht dabei nicht um eine Randgruppe. Das Gesundheitsamt schätzt in seiner Konzeption die Zahl psychisch auffälliger Menschen über 60 Jahren auf 5.000 Personen bei einer Quote von ca. 5% in

der Bevölkerung über 60 Jahren. Nach dem Melderegister waren am 31. 12. 1999 138.709 Menschen über 60 Jahren mit Hauptwohnsitz in Frankfurt registriert.⁴⁶ Gemäß der Quote von 5% wären zu diesem Zeitpunkt 6.900 ältere Frankfurter psychisch auffällig.

Fragt man nicht nach „psychischer Auffälligkeit“, sondern nach „psychischer Gesund- bzw. Krankheit“, dann erhält man höchst wahrscheinlich weit größere Anzahlen betroffener älterer Menschen in Frankfurt. Die Berliner Altersstudie kommt bei ihren Untersuchungen auf einen Anteil von 44% der Menschen über 70 in Westberlin, die psychisch keinerlei Störungen zeigen, während 24% dieser Altersgruppe eindeutig psychisch krank sind.⁴⁷ Umgerechnet auf Frankfurt ergäbe sich daraus eine Anzahl von ca. 17.500 psychisch kranken älteren Menschen in Frankfurt bei einer Bevölkerung von ca. 73.000 Personen über 70 Jahren.

Die häufigsten psychischen Krankheiten sind nach der Berliner Studie Demenzen, von den 14% der über 70-Jährigen betroffen sind, und Depressionen, an denen 9% leiden. Die Rate der Depressionen zeigt keine Altersabhängigkeit, während Demenzen mit dem Alter stark zunehmen auf über 40% bei den über 90-Jährigen.⁴⁸ Übertragen wir die Berliner Ergebnisse wieder auf Frankfurt, so litten ca. 10.000 Frankfurter über 70 an einer Demenz und ca. 6.600 an einer Depression.

Der größte Teil dieser Menschen wird die Behandlung seiner psychischen Krankheit über die normalen Wege der gesundheitlichen Versorgung finden. Für die Zahl derer, die auf diese Weise nicht erreicht werden und so auf den sozialpsychiatrischen Dienst angewiesen sind, gibt es keine konkreten Anhaltspunkte.

46 Vgl. Tabelle 2.10, Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt 2000.

47 Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie-Verlag, 1996, p 186: „Knapp die Hälfte (44%) der 70jährigen und älteren Westberliner zeigte keinerlei psychische Störungen, während knapp ein Viertel (24%) eindeutig psychisch krank war (spezifizierte DSM-III-R-Diagnostik). Das restliche knappe Drittel setzte sich aus Trägern psychopathologischer Symptome ohne Krankheitswert (16%) und psychischer Störungen mit Krankheitswert (17%) zusammen.“

48 *ibid.*

45 a.a.O., p 9.

Jegliche Planung von Maßnahmen, die diese Zielgruppe erreichen und von ihr auch angenommen werden soll, kann nur einen vorläufigen Charakter haben, bis Informationen darüber gewonnen werden, wie viele ältere Menschen in Frankfurt einer besonderen sozialpsychiatrischen Betreuung bedürfen, unter welchen Bedingungen sie leben und wie sie erreicht werden können.

3.2.2 Finanzierung

Noch unsicher sind diese Planungen auch im Hinblick auf die Finanzierung. Der sozialpsychiatrische Dienst arbeitet nicht institutions-, sondern personenbezogen. Dabei werden für den Betroffenen komplexe psychiatrische Leistungen erbracht, die neben einem medizinischen Anteil auch Maßnahmen psychosozialer Betreuung umfassen. Diese psychosoziale Betreuung ist kein Plus, auf das auch verzichtet werden könnte. Nach einem umfassenden Verständnis von Sozialpsychiatrie bietet nur eine aufeinander abgestimmte Reihe von psychiatrischen wie psychosozialen Maßnahmen die Chance für eine „Heilung“ des Betroffenen, die nicht nur den rein medizinischen Behandlungserfolg umfasst, sondern auch die gelungene Integration in das soziale Umfeld. Psychiatrische Auffälligkeit zeigt sich an der Störung dieser Integration, und eine Behandlung der zugrunde liegenden psychiatrischen Krankheit kann diese Störung selbst noch nicht unbedingt beheben.

Der medizinische Anteil an der sozialpsychiatrischen Komplexleistung wird von den Krankenkassen übernommen. Die Leistungen zur sozialen Integration fallen aber nicht in den Leistungskatalog der Krankenkassen. Am einfachsten lässt sich dieser Teil der Leistungen über Leistungen nach BSHG finanzieren, was aber zu den bekannten wirtschaftlichen Konsequenzen für den Leistungsempfänger und seine unterhaltspflichtigen Familienangehörigen führt. Hier sind im Gespräch mit den verschiedenen Finanzierungsträgern neue, flexiblere Finanzierungsformen zu entwickeln.⁴⁹

3.2.3 Organisation der „Psychiatrischen Abteilung am Gesundheitsamt“

Die psychiatrische Abteilung am Gesundheitsamt umfasst die fünf Bereiche:

- Steuerung, Koordination und Berichterstattung
- Sozialpsychiatrischer Dienst in 4 Sektoren
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Gerontopsychiatrie
- Suchterkrankungen.⁵⁰

Die Aufgaben des Bereichs „Steuerung, Koordination und Berichterstattung“ lassen sich ganz knapp mit den zusätzlichen Begriffen „Planung, Finanzierungsmöglichkeiten, Qualitätssicherung, Vernetzung“ beschreiben. Unserer Meinung nach ist es sehr wichtig, dass es eine zentrale Stelle innerhalb der kommunalen Psychiatrie in Frankfurt gibt, die sich um die Umsetzung und Fortschreibung des Konzepts und um die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen kümmert.

Zu diesen Rahmenbedingungen gehört die Koordination mit anderen städtischen Ämtern – z.B. mit dem Jugend- und Sozialamt – , mit Einrichtungen und Diensten der Leistungserbringer, mit Initiativen und Selbsthilfegruppen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Schnittstelle zwischen medizinischen Angeboten auf der einen und sozialen Hilfen auf der anderen Seite gerichtet werden, da die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Bereichen nicht immer selbstverständlich ist und durch die unterschiedlichen Finanzierungsträger erschwert wird.

Zur Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen gehört ebenfalls die Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle und deren Umsetzung. Diese Aufgabe ist sehr schwierig – und der Erfolg keineswegs garantiert – da hier Bereiche angesprochen werden, die nicht mehr in die städtischen Kompetenzen fallen. Trotzdem ist – auch politisch – der Versuch notwendig, hier etwas zu bewegen, denn eine umfassende psychosoziale Hilfe fällt weitgehend durch die Raster der verschiedenen Sozialversicherungen.

49 Stadtgesundheitsamt Frankfurt (1999), pp 9-11.

50 a.a.O., p 13.

3.2.4 Die Umsetzung der Konzeption

Besonders hervorheben möchten wir die Notwendigkeit, die Umsetzung des Konzepts flexibel zu gestalten und für eine Fortschreibung offen zu halten. Wie Frau Dr. Peters und Herr Balbierski in unserem Gespräch betont haben, ist die Datenlage, aufgrund derer dieses Konzept erstellt wurde, ausgesprochen dürftig. Nicht umsonst zählt zu den Aufgaben dieser zentralen Einheit im Psychiatrie-Konzept auch die Bedarfsermittlung. Erst im Laufe der Umsetzung des Konzepts werden sich der Bedarf an psychosozialer Hilfe und die Arbeitsweisen des sozialpsychiatrischen Dienstes, die effizient und effektiv sind, herausstellen. Diese Erfahrungen müssen in die Konzeption eingearbeitet werden können.

Aus dem oben Genannten dürfte auch klar sein, dass die Umsetzung dieses Konzeptes eine lange Zeitspanne brauchen wird:

- für den Aufbau der notwendigen Vernetzung mit den einzelnen Akteuren vor Ort,
- für die Ermittlung des Bedarfs,
- für die Anpassung der verschiedenen Hilfen,
- nicht zuletzt für die Entwicklung einer geeigneten Finanzierung.

Erfolge sollten nicht zu früh erwartet werden, und die Stadt Frankfurt sollte diesem Projekt genügend Zeit zur Verfügung stellen, bevor endgültig über seinen Erfolg und seine Fortführung entschieden wird.

Dies bedeutet nicht, dass nicht schon in der Aufbau-phase das Projekt evaluativ begleitet wird. Evaluation heißt nicht nur Kontrolle über den effizienten Umgang mit den eingesetzten Mitteln, sondern Evaluation ist auch ein Mittel der Qualitätssicherung. Ein Projekt, das selbst Qualitätssicherung betreiben will, sollte von Anfang an selbst seine eigene Entwicklung unter diesem Gesichtspunkt beobachten – besser: beobachten lassen.

Wir möchten den Einsatz einer externen Begleitung der Umsetzung des Psychiatriekonzeptes vorschlagen. Der Vorteil einer externen Begleitung liegt nicht nur in der Evaluation, sondern auch in der moderierenden Funktion, die diese Begleitung übernehmen kann, wenn es im Prozess der Umsetzung oder auch beim Aufbau der Koordinierung und Vernetzung zu Spannungen zwischen den Beteiligten kommt. Diese Spannungen werden nicht ausbleiben, weil hier die

unterschiedlichsten Bereiche verbunden werden, in denen jeder Beteiligte sein durchaus wohlverstandenes Eigeninteresse hat. Eine externe Begleitung, die kein eigenes Interesse an der Art der Umsetzung und Vernetzung hat, kann als neutrale Instanz eher ausgleichend wirken. Sie ist auch flexibler als ein städtisches Amt, das in vielerlei Zwänge eingebunden ist. Der finanzielle Nachteil durch den Einsatz einer externen Prozessbegleitung dürfte durch die hinzugewonnene Fachkompetenz, die auch Kosten sparen hilft, längst aufgewogen werden.

3.2.5 Räumliche Umsetzung

Sozialpsychiatrie, die das Ziel einer (Re-)Integration des Kranken in sein soziales Umfeld verfolgt, setzt eine wohnortnahe Versorgung voraus. Der sozialpsychiatrische Dienst wird deshalb in vier verschiedenen Sektoren in Frankfurt tätig sein. Jedes dieser Teams umfasst einen Arzt und zwei Sozialarbeiter.

Bei diesen Sektoren handelt es sich um die vier Standardversorgungsgebiete, wie sie mit Magistratsbeschluss vom 14. 3. 1986 (B 97) festgelegt wurden. Zur Entwicklung einer gleichmäßigen psychosozialen Versorgung wurde jedem dieser Standardversorgungsgebiete in den vergangenen Jahren ein Verein der freien Wohlfahrtspflege zugeordnet.⁵¹

Die klinische Versorgung ist ab Anfang 2000 ebenfalls so geordnet, dass eine gemeindenahe Versorgung möglich ist. An den vier Kliniken gibt es jeweils auch eine Tagesklinik mit insgesamt ca. 120 Plätzen.

*Sektor Nord:*⁵²

Stationäre Versorgung:

St. Markus-Krankenhaus mit 101 Betten

Trägerverein der Psychosozialen Versorgung:

Sozialwerk Main-Taunus e.V.

*Sektor Ost:*⁵³

Stationäre Versorgung:

Klinik Hohe Mark mit 101 Betten (Institutsambulanz)

51 a.a.O., p 4.

52 Das Standardversorgungsgebiet Frankfurt am Main-Nord umfasst die Stadtteile Praunheim, Heddernheim, Niederursel, Kalbach, Nieder-Eschbach, Nieder-Erlenbach, Harheim, Bonames, Berkersheim, Preungesheim, Eckenheim, Eschersheim, Ginnheim, Dornbusch, Hausen (PLZ 60410, 60423) und Siedlung Frankfurter Berg.

Trägerverein der Psychosozialen Versorgung:
Frankfurter Werkgemeinschaft e.V.

*Sektor Süd:*⁵⁴

Stationäre Versorgung:

Universitätskliniken mit 130 Betten (Ambulanz und
Institutsambulanz)

Trägerverein der Psychosozialen Versorgung:

Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V.

*Sektor West:*⁵⁵

Stationäre Versorgung:

Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst mit 126 Betten
(Ambulanz)

Trägerverein der Psychosozialen Versorgung:

Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.

Sektorübergreifend:

Trägervereine der Psychosozialen Versorgung:

Internationales Familienzentrum e.V.

Perspektiven e.V..

3.2.6 Gerontopsychiatrie im sozialpsychiatrischen Dienst

Zu den Aufgaben der vier sozialpsychiatrischen Dienste gehört laut Konzept auch der Aufbau und die Integration der Gerontopsychiatrie, aber dieses ist nur eine Aufgabe unter vielen. Auch von den verschiedenen Einrichtungen in den vier Sektoren ist keine auf den Bereich Gerontopsychiatrie spezialisiert.

Der Aufgabenbereich Gerontopsychiatrie ist an zentraler Stelle im Gesundheitsamt angesiedelt. Seine Ziele werden im Konzept des Stadtgesundheitsamtes so dargestellt:

- Konzeption zur Aktivierung der Selbst- und Nachbarschaftshilfe
- Unterbreitung von Hilfsangeboten für gerontopsychologische Patientengruppen zur Erhaltung der Selbständigkeit
- Kompetenzzentrum für Fachleute und Bürger
- Gerontopsychiatrische Beratung und Gutachten mit ärztlicher und sozialer Kompetenz
- Aufsuchende Arbeit zur Unterbreitung oder Einleitung von Hilfen.⁵⁶

Dem Aufgabenbereich Gerontopsychiatrie ist eine Stelle – die eines Gerontopsychiaters – zugeordnet. Dies zeigt auf der einen Seite, dass das Stadtgesundheitsamt die Wichtigkeit einer gerontopsychiatrischen Versorgung der älteren Menschen erkannt hat. Es zeigt auf der anderen Seite aber auch, dass die Möglichkeiten der Stadt zur Verbesserung dieser Versorgung eingeschränkt sind.

Der Arbeitsbereich Gerontopsychiatrie ist notwendig auf die Kooperation mit bestehenden Diensten der sozialen (Sozialbezirksvorsteher und -pfleger, BuV-Stellen, Sozialrathäuser), der medizinisch-rehabilitativen und der pflegerischen Versorgung älterer Menschen angewiesen. Er kann Impulse zur Zusammenarbeit geben, durch Koordination Reibungsverluste vermeiden und durch Öffentlichkeitsarbeit für die breite Öffentlichkeit wie für die Fachöffentlichkeit das Verständnis für die Situation psychisch veränderter älterer Menschen fördern.

Der Gerontopsychiater beim Stadtgesundheitsamt stellt einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer geregelten ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Versorgung dar. Weitere Elemente dieser Versorgung sind die Institutsambulanz der Klinik Hohe Mark sowie die Gedächtnissprechstunde der Uni-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I.

Trotz dieser ersten und wichtigen Ansätze für eine umfassende gerontopsychiatrische Versorgung bedarf es noch erheblicher Anstrengungen, bis die Versorgung verwirrter und psychisch veränderter älterer Menschen in Frankfurt am Main einigermaßen befriedigend gelöst ist. Aufgrund seiner Bedeutung haben wir dem Thema „Demenz“ ein eigenes Kapitel (Kapitel 5) gewidmet.

53 Das Standardversorgungsgebiet Frankfurt am Main-Ost umfasst die Stadtteile Altstadt, Innenstadt, Nordend, Bornheim, Seckbach, Bergen-Enkheim, Fechenheim, Riederwald, Ostend und Osthafen.

54 Das Standardversorgungsgebiet Frankfurt am Main-Süd umfasst die Stadtteile Oberrad, Sachsenhausen, Niederrad, Schwanheim, Goldstein, Flughafen und Unterwald.

55 Das Standardversorgungsgebiet Frankfurt am Main-West umfasst die Stadtteile Bahnhofsviertel, Gutleutviertel, Gallusviertel, Griesheim, Nied, Höchst, Sindlingen, Zeilsheim, Unterliederbach, Sossenheim, Rödelheim, Hausen (PLZ 60343), Bockenheim, Westend.

56 Stadtgesundheitsamt Frankfurt (1999), p 18.

3.3 Empfehlungen zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung

3.3.1 Einführung eines regionalen geriatrischen Konsils

Zum hessischen Modellprogramm Geriatrische Rehabilitation gehörte auch die Abteilung für Geriatrie und Rehabilitation der Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden. Untersucht werden sollten in diesem Modellprogramm auch die Verfahren der Anmeldung und Zuweisung von Patienten aus Akutkrankenhäusern in die geriatrische Rehabilitation. Das praktizierte Verfahren der Anmeldung über einen gefaxten Anmeldebogen zeigte sich bald als unzureichend. „Eine genaue Einschätzung des bestehenden Rehabilitationspotentials, notwendiger therapeutischer Maßnahmen und eine sinnvolle Formulierung des Rehabilitationsziels war mit dieser Anmeldeform oft nur unbefriedigend möglich.“⁵⁷

Die mangelnde Formulierung eines Rehabilitationsziels durch das vorbehandelnde Krankenhaus ist auch für das Hufeland-Haus nachgewiesen.⁵⁸

Zur Lösung dieses Problems wurde ein externes geriatrisches Konsil eingerichtet. Das geriatrische Konsil erfolgt durch Ärzte der geriatrischen Klinik, die auf Anfrage in anderen Akut-Krankenhäusern die Notwendigkeit und Möglichkeit einer geriatrischen Rehabilitation dort liegender Patienten einschätzen. Damit wird ein unmittelbarer fachlicher Austausch zwischen dem anmeldenden Akut-Krankenhaus und der aufnehmenden geriatrischen Klinik möglich. Die Vorteile:

- Abklärung spezifischer geriatrischer Fragestellungen noch vor Übernahme in eine geriatrische Fachabteilung

- Verkürzung der Krankenhausverweildauer
- Vermeidung unnötiger Pflegeheimweisungen
- optimierte Platzierung des Patienten hinsichtlich der weiteren Formen geriatrischer Behandlung (ambulant, teil-, vollstationär).⁵⁹

Die Einführung des regionalen geriatrischen Konsils führte zu einer erheblichen Abkürzung der Verweildauer um durchschnittlich sechs Tage im vorbehandelnden Akut-Krankenhaus – auch im Vergleich mit dem Hufeland-Haus.⁶⁰

Die Erprobung in Wiesbaden zeigt, dass ein externes geriatrisches Konsil ein geeignetes Mittel ist, die Überleitung von Patienten aus Akut-Krankenhäusern in die geriatrischen Fachabteilungen (auch wenn sie anderen Krankenhäusern angeschlossen sind) zu optimieren.

Ein externes geriatrisches Konsil ist mit einem minimalen Aufwand zu verwirklichen, da keine neuen Einrichtungen oder Personalstellen damit verbunden sind. Es bedarf allein der Kooperationsvereinbarungen zwischen Geriatrie und Akut-Krankenhäusern. Die Wiesbadener Erfahrungen zeigen, dass nach einer anfänglichen Skepsis auch die abgebenden Krankenhäuser vom Sinn des externen geriatrischen Konsils überzeugt waren.⁶¹

Das Geriatrie-Konzept Hessen fordert den landesweiten Aufbau des regionalen geriatrischen Konsils.⁶²

Vor diesem Hintergrund möchten wir vorschlagen, zeitgleich mit der Umstrukturierung der bestehenden geriatrischen Kliniken bzw. mit dem Aufbau der neuen geriatrischen Abteilungen in Frankfurt ein regionales geriatrisches Konsil einzurichten. Jede der vier geriatrischen Einrichtungen sollte ein solches Konsil erhalten, dass mit den anderen Krankenhäusern im jeweiligen Versorgungsgebiet kooperiert. Neben der Verbesserung der geriatrischen Versorgung des einzelnen Patienten können diese externen Konsile auch dazu beitragen, dass die neuen geriatrischen Abteilungen schnell die notwendige Akzeptanz erfahren.

57 Knauf, W.: Erfahrungen mit externen geriatrischen Konsilen an einem Krankenhaus der Regelversorgung. In: Geriatrie Forschung 9 (1999) Heft 3, p 122.

58 Ostermann 2000b, p 10: „Die vorbehandelnden Krankenhäuser benennen selten ein differenziertes Behandlungsziel (z.B. nach Alltagsaktivitäten, ADL oder Entlassungsart), sieht man von den Hinweisen eingeschränkter Selbständigkeit und Krankheitschwere ab, sondern zumeist und zunächst ist die weitere Behandlung/Therapie und Versorgung durch geriatrische Rehabilitation das Gesamtbehandlungsziel der Verlegung.“

59 Knauf 1999, p 122.

60 Geriatrie-Konzept Hessen (24.11.1999), p 20; Ostermann 2000a, p 7.

61 Knauf 1999, p 124.

62 Geriatrie-Konzept Hessen (24.11.1999), p 20, p 24.

3.3.2 Einrichtung eines Netzwerks geriatrischer Rehabilitation

Unsere erste Handlungsempfehlung im Bereich Geriatrie zielt auf eine Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Behandlung und Rehabilitation vom Akut-Krankenhaus aus, die zweite möchte auch denjenigen die Möglichkeiten geriatrischer Rehabilitation eröffnen, die zwar keine Akut-Behandlung brauchen, zur Erhaltung ihrer Selbständigkeit und ihres gesundheitlichen Zustands aber einer Rehabilitation bedürfen. Insbesondere kann eine rechtzeitige Rehabilitation in vielen Fällen die Heimeinweisung verhindern.

Wir empfehlen dazu den Aufbau eines Netzwerks geriatrische Rehabilitation zur Vernetzung der Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens mit dem Ziel einer Unterstützung älterer Menschen bei medizinischer Behandlung, pflegerischer Versorgung und sozialer Betreuung.

Diese Handlungsempfehlung wird in Kapitel 8.2 näher ausgearbeitet.

3.3.3 Gerontopsychiatrie

Handlungsempfehlungen zum Bereich Gerontopsychiatrie finden sich im Kapitel 5 „Demenz“ und im Kapitel 8.3.

4. Stationäre Pflege

4.1 Pflegeheime in Frankfurt am Main

In der Stadt Frankfurt am Main gibt es 34 Einrichtungen für die vollstationäre Pflege älterer Menschen, die über einen Versorgungsvertrag nach SGB XI verfügen. Es ist nicht davon auszugehen, dass es Pflegeeinrichtungen ohne Versorgungsvertrag gibt. Das Verzeichnis der Heimaufsicht weist dieselben Heime aus, die auch auf der Liste der Pflegekassen stehen.

Die hier zugrundeliegende Definition von Pflegeheim beruht auf dem Heimgesetz, das in seinem § 1 auf die Überlassung von Wohnraum und die Betreuung und Verpflegung abstellt.¹ Das SGB XI fügt in § 71 Abs. 2 die Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft hinzu.²

Der Blick auf diese Definitionen ist insofern relevant, als das Wohnen älterer Menschen auch außerhalb von Heimen stattfinden kann, z.B. in Einrichtungen des betreuten Wohnens. Pflege muss nicht stationär, sondern kann auch ambulant erbracht werden. Es ist also durchaus möglich, dass es in Frankfurt Einrichtungen gibt, in denen älterer Menschen wohnen und gepflegt werden, die aber keine Pflegeheime im Sinne von Heimgesetz und SGB XI sind.

Ein betreutes Wohnen kann so organisiert werden, dass der Bewohner mit Notruf, ambulanter Pflege und hinzugekauften hauswirtschaftlichen Leistungen auf der funktionalen Ebene eine Betreuung und Pflege erfährt, wie sie den Leistungen eines Pflegeheims entspricht, ohne dass er juristisch und seinem Selbstverständnis nach „im Heim ist“.

Solche Angebote sprechen einen Kreis älterer Menschen an, die mit den pauschalierten Leistungen der stationären Pflege nicht zufrieden sind und sich den Zwängen des Heimalltags nicht unterwerfen wollen.³ Eine Wohnanlage, in der dieses Prinzip umgesetzt ist, ist das Quartier IV in Neu-Isenburg. Informationen über ähnliche Anlagen in Frankfurt liegen uns leider nicht vor.

4.1.1 Vollstationäre Pflegeheime für ältere Menschen

In Frankfurt am Main gibt es 34 Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen. Wir haben sie zusammen mit der jeweiligen Platzzahl in der Tabelle 4.1 auf den folgenden Seiten aufgelistet.

Eine exakte Angabe, wie viele Plätze es in Frankfurter Pflegeheimen für ältere Menschen zurzeit gibt, ist uns im Moment leider nicht möglich. Es gibt drei verschiedene Zählungen, die zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

Der Verband der Pflegekassen der AOK in Hessen führt eine Liste aller hessischen stationären Pflegeeinrichtungen, die auch an anderen Stellen gern benutzt wird.⁴ Nach dieser Liste gibt es mit Stand Jahresende 2000 in Frankfurt 3.929 Plätze in Altenpflegeheimen. Die Abteilung Heimgesetz beim Hessischen Amt für Versorgung und Soziales führt eben-

1 Heimgesetz (Entwurf zum Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes, Stand 1. 11. 2000) § 1: „(1) Dieses Gesetz gilt für Heime. Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.“

2 § 71 SGB XI: „(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:
1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts teilstationär untergebracht und gepflegt werden können.“

3 Vgl. dazu Schmidt, Roland (Hrsg.): Pflege & Wohnen. Strategien zur Neuausrichtung. Hannover: Vincentz, 2000, p 31.

4 Wir danken Frau Röber vom Verband der Pflegekassen in Hessen der AOK (Eschborn) für ihre vielfältige Unterstützung bei der Sammlung von Daten, die sich nicht nur in der Überlassung dieser Liste erschöpft hat.

Tabelle 4.1
Frankfurter Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen

Nr.	PLZ	Altenpflegeheim	Lage	Träger	Plätze mit Versorgungsvertrag		
					Liste Pflegekassen AOK	Liste Heimaufsicht	Umfrage ISIS
285	60311	Caritas Alten- und Pflegeheim Haus Leonhard	Altstadt Buchgasse 3 60311 Frankfurt	Caritasverband Frankfurt e.V. Alte Mainzer Gasse 10 60311 Frankfurt	66	66	66
286	60311	Franziska-Schervier-Altenpflegeheim	Innenstadt Lange Straße 10-16 60311 Frankfurt	Franziska-Schervier-AltenhilfegmbH	145	145	145
287	60313	Altenheim Anlagenring	Innenstadt Seilerstr. 20 60313 Frankfurt	Alten- und Pflegeheim Anlagenring GmbH	107	107	107
289	60314	August-Stunz-Zentrum	Ostend Röderbergweg 82 60314 Frankfurt	Johanna-Kirchner-Stiftung der AWO Neue Kräme 26 60311 Frankfurt	238	238	*
291	60316	GDA Wohnstift Frankfurt am Zoo	Ostend Waldschmidtstr. 6 60316 Frankfurt	Gemeinschaft Deutsche Altenhilfe GmbH Zeppelinstr. 2 30175 Hannover	26	26	
292	60318	Versorgungshaus und Wiesenhüttenstift	Nordend-West Richard-Wagner-Str. 11 60318 Frankfurt	Stiftung Versorgungshaus und Wiesenhüttenstift	200	200	200
293	60318	St. Konradheim	Nordend-West Schleidenstr. 14 60318 Frankfurt	Almosenkasse der Franziskanischen Gemeinschaft Frankfurt e.V.	30	30	30
294	60323	Sonnenhof am Park	Westend-Nord Bremer Str. 2 60323 Frankfurt	Senioren- und Pflegeheimbetriebs GmbH	134	134	

4. Stationäre Pflege

295	60322	Nellinistift	Nordend-West Cronstettenstr. 57 60322 Frankfurt	Frankfurter Diakonissenhaus Eschersheimer Landstr. 22 60322 Frankfurt	65	65	
296	60325	Justina von Cronstetten Stift	Westend-Süd Arndstr. 38 60325 Frankfurt	Altenpflegeheim Justina von Cronstetten Stift gGmbH	45	45	47
297	60325	Karl-Grimm-Haus	Westend-Süd Schubertstr. 11-13 60325 Frankfurt	Evang. Gesellschaft zum Betrieb von Wohn-, Alten- und Pflegeheimen mbh Kurt-Schumacher-Str. 23 60311 Frankfurt	30	30	
298	60327	Johanna-Kirchner- Altenhilfezentrum	Gutleutviertel Gutleutstr. 317a-323 60327 Frankfurt	Johanna-Kirchner-Stiftung der AWO Neue Kräme 26 60311 Frankfurt	231	231	227
299	60385	Altenzentrum der Jüdischen Gemeinde	Bornheim Bornheimer Land- wehr 79b 60385 Frankfurt	Jüdische Gemeinde Frankfurt am Main Westendstr. 43 60325 Frankfurt	207	207	
300	60385	Altenheim St. Josefshaus	Nordend-Ost Eichwaldstr. 39 60385 Frankfurt	Maria Hilf GmbH Katharina-Kasper-Str. 12 56428 Dernbach	52	52	52
301	60385	Alten- und Pflegeheim der Heilandsgemeinde e.V.	Bornheim Saalburgallee 7-9 60385 Frankfurt	Diakoniekliniken gGmbH	50	50	50
302	60386	Heinrich-Schleich-Haus	Fechenheim Fachfeldstr. 42 60386 Frankfurt	Stiftung Heinrich-Schleich-Haus	206	206	185
303	60389	Henry und Emma Budge- Stiftung	Seckbach Wilhelmshöher Str. 279 60389 Frankfurt	Henry und Emma Budge-Stif- tung	160	160	160
304	60389	Hufeland-Haus	Seckbach Wilhelmshöher Str. 34 60389 Frankfurt	Ev. Verein für Innere Mission Neue Schlesingergasse 24 60311 Frankfurt	220	220	220
305	60433	Haus Aja Textor-Goethe	Dornbusch Hügelstr. 69 60433 Frankfurt	Sozial-Pädagogisches Zentrum e.V.	114	114	115

306	60435	Julie-Roger-Heim	Eckenheim Gummersbergstr. 24 60435 Frankfurt	Frankfurter Verband für Alten- und Behinderten- hilfe Stadtbereich Nord/Ost	117	117	
308	60488	Pflegeheim Praunheim	Praunheim Alt Praunheim 48 60488 Frankfurt	Frankfurter Verband für Alten- und Behinderten- hilfe Stadtbereich West	132	140	130
309	60487	Pflegeheim Bockenheim	Bockenheim Friesengasse 7 60487 Frankfurt	Frankfurter Verband für Alten- und Behinderten- hilfe Stadtbereich West	120	120	121
310	60488	Altenzentrum Santa Teresa	Hausen Große Nelkenstr. 16 60488 Frankfurt	Caritasverband Frankfurt e.V. Alte Mainzer Gasse 10 60311 Frankfurt	98	98	98
311	60489	Sozial- und Rehazentrum West	Rödelheim Alexanderstr.94-96 60489 Frankfurt	Frankfurter Verband für Alten- und Behinderten- hilfe	139	144	144
312	60489	Haus Margarete GmbH	Rödelheim Radilostr. 16 60489 Frankfurt	Haus Margarete GmbH Kaiser-Friedrich-Promenade 140b 61352 Bad Homburg v.d.H.	41	41	41
313	60528	Bürgermeister-Menzer- Haus	Schwanheim Am Poloplatz 8 60528 Frankfurt	Johanna-Kirchner-Stiftung der AWO Neue Kräme 26 60311 Frankfurt	119	119	119
314	60528	Altenheim St. Josef	Niederrad Kniebisstr. 31 60528 Frankfurt	Katholische Kirchengemeinde Mutter vom Guten Rat	31	31	33
315	60528	Seniorenresidenz Main- park	Niederrad Schleusenweg 26 60528 Frankfurt	Alloheim Senioren-Residenzen AG	68	68	
317	60594	Martha-Haus	Sachsenhausen-Nord Schifferstr. 65-67 60594 Frankfurt	Evang. Gesellschaft zum Betrieb von Wohn-,Alten- und Pflegeheimen mbh Kurt-Schumacher-Str. 23 60311 Frankfurt	81	81	
318	60598	Seniorenzentrum am Goetheturm	Sachsenhausen-Süd Darmstädter Landstr. 106 60598 Frankfurt	(Trägerwechsel)	169	169	145 (169) **

4. Stationäre Pflege

319	60599	Pflegeeinrichtung Goldbergweg	Oberrad Goldbergweg 85 60599 Frankfurt	Weißfrauen und Deutsch-Ordens Altenpflege GmbH	38	38	38
320	60599	Bürgermeister-Gräf-Haus	Sachsenhausen-Süd Hühnerweg 22 60599 Frankfurt	Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe Stadtbereich Süd	177	177	177
580	65929	Altenzentrum Victor-Gollancz-Haus	Höchst Windthorststr. 31 65929 Frankfurt-Höchst	Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe Stadtbereich Höchst	204	204	
581	65933	Wohnstift Lärchenstraße	Griesheim Lärchenstr. 46 65933 Frankfurt	Refugium AG	69	69	54
		34 Einrichtungen			3.929	3.942	

* 289 August-Stunz-Heim: In der Platzzahl sind 12 Plätze in einer Appalliker-Abteilung enthalten.

** 318 Seniorenzentrum am Goetheturm: Wegen baulicher Maßnahmen sind nur 145 Plätze belegt.

Die laufenden Nummern folgen der Liste der vollstationären Pflegeeinrichtungen, wie sie beim Verband der Pflegekassen bei der AOK in Eschborn geführt werden. Die fehlenden Nummern gehören zu Heimen, die nicht der Altenpflege, sondern anderen Aufgaben dienen.

290 Franziskusheim

307 Sozialzentrum am Burghof

316 Zentrum für körperlich Schwerbehinderte Oberforsthaus

321 Re hazentrum Oberrad

falls eine Liste der Heime, die in ihrem aktuellen Stand 3.959 Plätze ausweist.⁵ Die Pflegestatistik, die nach § 109 SGB XI erstmals zum 15. 12. 1999 erhoben wurde, weist für Frankfurt zu diesem Stichtag 3.836 Plätze in 34 Heimen aus.⁶ Im Jahr 2000 erhielt das Heim „Sonnenhof am Park“ seinen Versorgungsvertrag mit 134 Plätzen. Zählt man diese Plätze hinzu, so ergibt sich nach dieser Statistik eine Gesamtzahl von 3.970 Plätzen für 2000.⁷

Die unterschiedlichen Angaben zur Anzahl der Heimplätze lassen sich eventuell daraus erklären, dass diese Daten im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen und Heimbegehungen zusammengetragen und nicht zu einem bestimmten Stichtag erhoben werden. Veränderungen in der Zeit werden in den unterschiedlichen Statistiken nicht in gleichem Maße abgebildet.

Um zusätzliche Daten zu den Frankfurter Heimen zu erhalten, haben wir einen kleinen Fragebogen an jedes Heim geschickt, der Fragen nach Platzzahl, Personal und Bewohnern stellt. 23 Heime haben diesen Fragebogen beantwortet, wofür wir an dieser Stelle herzlich danken wollen. Diese Heime repräsentieren zusammen 2.553 der Frankfurter Plätze. Die Daten, die wir über diese Fragebögen erhalten haben, stehen also für 68% der Frankfurter Einrichtungen und für ca. 65% der Frankfurter Heimplätze.

Da nicht alle Fragebögen zurückgekommen sind, lässt sich auch auf diese Weise nicht der korrekte Stand

der Frankfurter Heimplätze ermitteln. Die zurückgekommenen Zahlen zeigen aber, dass auch hier in einigen Fällen von den Zahlen abgewichen wird, die in den Listen der Pflegekassen oder der Heimaufsicht verzeichnet sind.

Mit den verschiedenen vorliegenden Zahlen lässt sich nur ein Intervall begründen, innerhalb dessen die Zahl der Frankfurter Heimplätze mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit liegt. Die untere Grenze dieses Intervalls möchten wir mit 3.920 angeben, die obere mit 3.980. Wenn wir uns in Vergleichen und Tabellen auf die Zahl der Plätze in Frankfurter Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI beziehen müssen, werden wir die Mitte dieses Intervalls, also eine Anzahl von 3.950 Plätzen annehmen.⁸

4.1.2 Standards der Wohnsituation

Plätze in	Anzahl der Plätze	Prozent
Einzelzimmer mit eigener Nasszelle	539	21,1%
Einzelzimmer mit einer Nasszelle für zwei EZ	59	2,3%
Einzelzimmer ohne eigene Nasszelle	333	13,0%
Doppelzimmer mit eigener Nasszelle	1.088	42,6%
Doppelzimmer ohne eigene Nasszelle	420	16,5%
Mehrbettzimmer (3 Personen)	114	4,5%
Summe	2.553	100%
Quelle: Eigene Erhebung (Februar 2001)		

5 Herrn von der Heyden vom Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (Frankfurt), Abteilung Heimgesetz, danken wir dafür, dass er uns die dort vorliegenden Daten zu den Frankfurter Heimen zur Verfügung gestellt hat.

6 Die Daten der Ende des letzten Jahres (mit Stichtag 15.12.1999) erstmals erhobenen Pflegestatistik sind noch nicht fertig ausgewertet. Wir danken Frau Kilb von der Abteilung Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamt, dass Sie uns vorab Auszüge der Daten für Frankfurt angefertigt hat.

7 Diese Korrektur ist natürlich unvollständig, da weitere Veränderung in 2000 nicht berücksichtigt wurden. Wir haben von solchen Veränderungen keine Kenntnis.

Ähnlich different und lückenhaft ist die Datenlage bei der Frage, wie die Standards der Zimmer in den Frankfurter Heimen sind. Die Belegungsstatistik, die das Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main vierteljährlich geführt hat, listet auch die Anzahl der Einzelzimmer auf. Über den Standard der Einzelzimmer und die Zahl der Doppel- und Mehrbettzimmer sagt diese Statistik nichts aus. Da die Statistik auf freiwilligen Angaben der Heime beruht, haben nicht alle Heime ihre Angaben geliefert.

8 Dabei lassen wir unberücksichtigt, dass das Seniorenzentrum am Goetheturm (Nr. 318) aufgrund baulicher Maßnahmen zurzeit 24 seiner 169 Plätze nicht belegt.

Zudem datiert die letzte uns vorliegende Auswertung vom 31. 3. 1999.

Als Datenbasis steht uns so hauptsächlich nur das Ergebnis des Fragebogens zur Verfügung. Bei fehlenden Rückläufen haben wir die Belegungsstatistik des Jugend- und Sozialamtes zugezogen (auch wenn deren Daten jetzt schon fast zwei Jahre alt sind) sowie eigene Recherchen. Insofern gelang es uns, zu jedem Heim zumindest Daten zur Zahl der Einzelzimmer zu erhalten, wenn auch von unterschiedlicher Qualität.

Auf der Basis unserer Umfrage ergibt sich folgende Verteilung von Plätzen und Zimmern (Tabelle 4.2):

Nur 21,1% der Bewohner der Heime unserer Umfrage wohnen in einem Einzelzimmer mit eigener Nasszelle, d.h. sind optimal untergebracht.⁹ Immerhin haben 36,4% ein eigenes Zimmer. Aber fast 60% müssen sich das Zimmer mit einer anderen Person teilen, und 4,5% sogar mit zwei anderen Personen.

9 In einzelnen Fällen möchten Pflegebedürftige im Heim lieber in einem Doppelzimmer als in einem Einzelzimmer wohnen. Das Doppelzimmer ist aber nur dann die optimale Wohnart, wenn dies ausdrücklich gewünscht wird.

Tabelle 4.3 Plätze und Zimmer in den Frankfurter Pflegeeinrichtungen			Plätze	EZ mit	EZ gem	EZ ohne	DZ mit	DZ ohne	Mehrb.	EZ
Nr.	PLZ	Altenpflegeheim								
285	60311	Caritas Alten- und Pflegeheim Haus Leonhard	66		3	55	4			
286	60311	Franziska-Schervier-Altenpflegeheim	145	22		39	10	32		
287	60313	Altenheim Anlagenring	107	65	18		12			
289	60314	August-Stunz-Zentrum								125
291	60316	GDA Wohnstift Frankfurt am Zoo								2
292	60318	Versorgungshaus und Wiesenhüttenstift	200	35		29	35	27	4	
293	60318	St. Konradheim	30	1		7		11		
294	60323	Sonnenhof am Park								64
295	60322	Nellinistift								0
296	60325	Justina von Cronstetten Stift	47	17			15			
297	60325	Karl-Grimm-Haus								12
298	60327	Johanna-Kirchner-Altenhilfezentrum	227	48		1	49	40		
299	60385	Altenzentrum der Jüdischen Gemeinde								154
300	60385	Altenheim St. Josefshaus	52			52				
301	60385	Alten- und Pflegeheim der Heilandsgemeinde	50			26		12		

302	60386	Heinrich-Schleich-Haus	185	39			73			
303	60389	Henry und Emma Budge-Stiftung	160	32			64			
304	60389	Hufeland-Haus	220	22		12	27	66		
305	60433	Haus Aja Textor-Goethe	117	43			37			
306	60435	Julie-Roger-Heim								28
308	60488	Pflegeheim Praunheim	130	28			50	1		
309	60487	Pflegeheim Bockenheim	121	75			23			
310	60488	Altenzentrum Santa Teresa	98	8		33			19	
311	60489	Sozial- und Rehazentrum West	144	30			42		10	
312	60489	Haus Margarete GmbH	41	1			14		4	
313	60528	Bürgermeister-Menzer-Haus	119	16		67	6	12		
314	60528	Altenheim St. Josef	33			12		9	1	
315	60528	Seniorenresidenz Mainpark								22
317	60594	Martha-Haus								80
318	60598	Seniorenzentrum am Goetheturm	169	45			62			
319	60599	Pflegeeinrichtung Goldbergweg	38		38					
320	60599	Bürgermeister-Gräf-Haus								71
580	65929	Altenzentrum Victor-Gollancz-Haus								41
581	65933	Wohnstift Lärchenstraße	54	12			21			
			2.553	539	59	333	544	210	38	599
Alle Angaben nach Eigenbeschreibung (Fragebogen) der Heime										
EZ mit/ohne		Einzelzimmer mit eigener / ohne eigene Nasszelle								
EZ gem		Einzelzimmer mit gemeinsamer Nasszelle für zwei Zimmer								
DZ mit/ohne		Doppelzimmer mit eigener / ohne eigene Nasszelle								
Mehrb		Mehrbettzimmer								
EZ		Einzelzimmer nach Belegungsstatistik des Jugend- und Sozialamtes vom 31.3.1999								
EZ		Einzelzimmer nach Nachfrage (291, 294) bzw. nach Frankfurter Forum für Altenhilfe: Alten- und Pflegeheime, Juli 1999 (289)								

Schaut man auf die Zahlen für ganz Frankfurt (Tabelle 4.3), so gibt es in allen Frankfurter Heimen 1.530 Einzelzimmer unterschiedlicher Qualität. Bei einer Platzzahl von 3.950 sind dies 38,7% aller Bewohner, die in einem Einzelzimmer wohnen können. Die große Mehrzahl der Bewohner aber (ca. 61%) muss mit einem Doppelzimmer oder gar mit einem Mehrbettzimmer vorlieb nehmen.

In den Diskussionen über die Belegung von Zimmern werden zwar immer wieder Stimmen laut, die Doppelzimmer für durchaus angemessen oder sogar optimal halten („Der Zimmergenosse bietet eine Ansprache und passt auf, wenn es dem anderen einmal schlecht geht.“). Dies mag für den Einzelfall zutreffen. Aber es kann nicht als akzeptabel bezeichnet werden, wenn ein Mensch im Alter mit einem anderen, ihm wildfremden Menschen plötzlich zwangsweise ein Zimmer teilen muss. Wenn die Rede von der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Alter ernst genommen wird, dann sind jegliche Doppelzimmer, sofern sie nicht ausdrücklich vom Bewohner gewünscht werden, abzulehnen.

Es gibt in Frankfurt erst einige wenige Häuser, die nur noch Einzelzimmer führen. Ein weiteres Haus plant im Zuge einer Generalsanierung, sämtliche Doppelzimmer in Einzelzimmer mit Nasszelle umzubauen. In einem der größeren Frankfurter Heime gibt es eine durchschnittliche Warteliste von 20 Personen – aber nur für die Einzelzimmer.

In den nächsten Jahren wird auf die Frankfurter Heime ein erheblicher Sanierungsbedarf zukommen, wenn es um die Umwandlung der Doppel- in Einzelzimmer geht. Bezüglich dieses Sanierungsbedarfs werden Forderungen an die Stadt Frankfurt und das Land Hessen herangetragen werden.

Wir möchten der Stadt Frankfurt am Main vorschlagen jetzt schon zu prüfen, ob nicht zumindest ein kleines Sanierungsprogramm zur Beseitigung der Mehrbettzimmer aufgelegt werden kann.

4.1.3 Die Auslastung der Frankfurter Heime

Nach der Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes lebten am 15. 12. 1999 3.407 pflegebedürftige ältere Menschen in den Frankfurter Heimen. Diese Statistik berücksichtigt aber nicht die Bewohner mit Pflegestufe 0, die im SGB XI nicht vorgesehen ist und zu keinen Leistungen berechtigt. In den Frankfurter Heimen unserer Umfrage haben 6,8% der Bewohner die Pflegestufe 0. Zählt man diese Bewohner hinzu, so ergibt sich eine Zahl von ca. 3.565 älteren Menschen, die am 15. 12. 1999 in einem Frankfurter Pflegeheim lebten.¹⁰ Bezogen auf die Platzzahl der Pflegestatistik von 3.836 Plätzen entspricht dies einer Auslastung am Stichtag von 92,9%.

Dies gibt einen starken Hinweis darauf, dass der stationäre Pflegemarkt in Frankfurt zumindest ausgeglichen ist. Ob wirklich 7,1% aller Pflegeheimplätze in Frankfurt ständig unbesetzt sind, kann man dieser Zahl nicht entnehmen. Der Stichtag kurz vor Weihnachten, der sowohl auf der Seite der Pflegedienstleitungen die Lust auf Neuaufnahmen geschmälert, als auch auf der Seite der neuen Bewohner den Wunsch geweckt haben mag, Weihnachten noch einmal in der alten Wohnung zu feiern, kann zu einer leicht erhöhten Zahl von Leerständen geführt haben. Aber auch verschiedene Gespräche in Frankfurt haben uns bestätigt, dass es in Frankfurt keinen Mangel an Pflegeplätzen gibt.

Wir haben in der Umfrage auch nach der Zahl der Personen gefragt, die sich im Durchschnitt auf der Warteliste befinden. Die gegebenen Antworten sind höchst unterschiedlich. Einige Heime führen keine Warteliste. Von diesen wiederum verweisen einige auf die BuV-Stellen mit ihrer Funktion der Heimplatzvermittlung. Vier Heime nennen eine Warteliste, die die Zahl der Neuaufnahmen im Jahr 2000 um ein Mehrfaches – vom Doppelten bis zum Fünffachen – überstiegen hat. Die große Mehrzahl der Heime aber nennt Wartelisten, die – gemessen an der Zahl der Neuaufnahmen – erwarten lässt, dass die Wartezeit nur wenige Wochen beträgt.

10 Diese Zahl kann um bis zu 45 Personen niedriger sein, da in der Pflegestatistik noch 45 Bewohner ausgewiesen sind, die keiner Pflegestufe zugeordnet sind. Es geht aus der Statistik aber nicht hervor, wie sich diese 45 Personen auf die pflegebedürftigen älteren Menschen oder auf die pflegebedürftigen Behinderten verteilen.

Von den 23 Heimen, die geantwortet haben, waren 13 zum Zeitpunkt der Umfrage ausgelastet, die anderen 12 meldeten Belegungsquoten zwischen 94% und 99% mit einem Durchschnitt von 96%.

Aus diesen Daten kann nur der Schluss gezogen werden, dass der Pflegemarkt in Frankfurt ausgeglichen ist. Kein Frankfurter muss lange auf seinen Platz im Pflegeheim warten – wenn er diesen Platz auch nicht unbedingt im Pflegeheim seiner Wahl (und in einem Einzelzimmer) findet. Es gibt einige Heime, die sehr beliebt sind, und lange Wartelisten führen, weil ältere Menschen sich prophylaktisch anmelden, um bei Eintreten der Pflegebedürftigkeit überhaupt eine Chance auf Aufnahme in das Heim ihrer Wahl zu haben.

Kein Pflegeheim – zumindest nicht unter denen, die auf unsere Umfrage geantwortet haben – muss mit großen Leerständen kämpfen. Dabei sollte der Hinweis nicht fehlen, dass in den Pflegesatzverhandlungen in der Regel mit einer Belegungsquote von 98% kalkuliert wird.¹¹ Eine Auslastungsquote von 96% kann schon finanziell schwierig werden. (In begründeten Ausnahmefällen – z.B. bei umfangreichen Sanierungsmaßnahmen – wird in den Pflegesatzverhandlungen auch eine niedrigere Belegungsquote akzeptiert.)

4.1.4 Heime für besondere Zielgruppen

Heime, deren Pflegeleitbild am Erhalt und der Förderung des selbstbestimmten und selbständigen Lebens ihrer Bewohnerinnen und Bewohner orientiert ist, müssen Rahmenbedingungen schaffen, die es erlauben, möglichst viel von der früheren Lebensform ihrer Bewohner in den Alltag im Heim zu retten. Diese Rahmenbedingungen folgen selbstverständlich der am weitesten verbreiteten (im Bewusstsein der Träger und Pflegenden mehr als statistisch ablesbar) Form des Zusammenlebens in einer kleinen Familie. Die Gestaltung des Alltags im Heim – wenn diese denn bewusst vorgenommen wird – geht davon aus, dass die Bewohner früher mit einer Partnerin oder einem Partner zusammengelebt und Kinder aufgezogen haben.

Die positiven wie die eher problematischen Seiten der Orientierung an einer bestimmten Lebensform wird deutlich am Wohngruppenkonzept zur Betreuung Dementer. Dieses Konzept geht davon aus, dass verwirrte Menschen sich am leichtesten in der Umwelt zurecht finden können, die ihr ganzes bisheriges Leben geprägt hat: die Familie. Die engen sozialen Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern der Familie können nicht in die Situation im Heim oder in der Wohngruppe transformiert werden. Was aber im Heim abgebildet werden kann, ist die hauswirtschaftliche Versorgung der Familie. Mittelpunkt einer Wohngruppe ist die Küche, in der alle Bewohnerinnen und Bewohner aktiv oder auch nur passiv an der gemeinsamen Zubereitung der Mahlzeiten und an anderen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten teilnehmen können. Das Ansprechen aller Sinne und das Ausüben langjährig ausgeführter Tätigkeiten führt tatsächlich dazu, dass Demente sich in dieser Umgebung wohler fühlen, ihre Unruhe sich vermindert und die Medikation herabgesetzt werden kann. Allein: Dieses Konzept passt spezifisch auf verheiratete Frauen und Mütter. Was aber ist mit den Männern, denen eine hauswirtschaftliche Betätigung bisher eher fremd und ungewohnt ist? Sie erfahren auf diese Weise keine Anregung und Aktivierung.

Lebensformorientierte Heimgestaltung muss auch Räume für Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung stellen, die vor dem Einzug ins Heim ein Leben geführt haben, das nicht den Normen und der Übung des Durchschnitts der Bevölkerung entspricht. Zwei Initiativen in Frankfurt haben diese Forderung aufgenommen: Der Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe plant im Neubau des Victor-Gollancz-Hauses einen Wohnbereich für türkische Migrantinnen und Migranten. Der 1999 gegründete Verein „Altenpflegeheim e.V.“ will ein Pflegeheim mit integrierten Wohnappartements für schwule und lesbische Menschen gründen.

4.1.4.1 Stationäre Pflege für Migrantinnen und Migranten

Der Frankfurter Verband plant für den Herbst des Jahres 2002 in Frankfurt-Sossenheim die Eröffnung eines Ersatzneubaus für das Victor-Gollancz-Haus, der als Altenhilfezentrum mit ethnischem Schwerpunkt konzipiert ist.¹² Der Neubau wird insgesamt 123 Plätze umfassen gegenüber den 204 Plätzen des

11 Wir danken Herrn Leyerer (Jugend- und Sozialamt, Besonderer Dienst für ältere Bürger und Leistungen des Bundes) für die freundliche Auskunft.

bisherigen Victor-Gollancz-Hauses am Standort Windthorststraße. Von diesen 123 Plätzen dienen 100 der vollstationären Versorgung, die restlichen 23 Plätze sind für eine rehabilitative Kurzzeitpflege vorgesehen. Daneben werden in diesem Zentrum auch ein ambulanter Pflegedienst, eine Nachbarschaftszentrale, eine Beratungs- und Vermittlungsstelle sowie verschiedene Angebote der offenen Altenhilfe untergebracht.

Die 100 Betten des vollstationären Bereichs sind in 9 Wohngruppen mit 7-12 Plätzen gegliedert, wobei für jeden Bewohner ein Einzelzimmer mit Bad (Gesamtgröße: 25 qm) zur Verfügung steht. Eine dieser Wohngruppen mit 11 Plätzen ist für Muslime vorgesehen. Durch die Einzelzimmer ist eine individuelle Gestaltung des Wohnraums und eine Lebensführung möglich, die kultur- und religionsspezifischen Regeln und Ansprüchen folgen kann.

Neben dem Wohnbereich für Muslime ist ein eigener Wohnraum mit Küche geplant, in der Angehörige bzw. Bewohnerinnen und Bewohner selbst kochen und das Angebot der Zentralküche ergänzen können. In der Zentralküche selbst wird zwischen herkömmlicher und schweinefleischfreier Zubereitung und Verteilung des Essens getrennt.

Die Pflegenden im stationären wie im ambulanten Bereich werden in einem Qualifizierungs-Workshop auf die besonderen Probleme einer kultursensiblen Pflege vorbereitet. Themen dieser Fortbildung sind: Körper- und Intimpflege bei Menschen islamischen Glaubens; religiöse Bedürfnisse und Prägung des Alltags; Sterben, Tod und Bestattung; interkulturelle Kompetenz und Konfliktlösung im Alltag; kulturelle Eigenheiten im Hinblick auf Schmerz, Krankheit und Leiden. Zusätzlich sollen türkisch- und deutschsprachige Mitarbeiterinnen in der Pflege und ein ebenfalls zweisprachiger Sozialarbeiter eingestellt werden.

Es gibt bisher keine gesicherten Annahmen darüber, wie dieses Angebot von älteren Türkinnen und Türken genutzt werden wird. Der Einzugsbereich des Altenzentrums ist der Stadtbereich Höchst, in dem ca. 810 Muslime über 60 Jahren leben. Die üblichen Bedarfskennzahlen für die deutsche Bevölkerung

12 Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V./Magda Haßdenteufel: Konzeption – Ersatzneubau Victor-Gollancz-Haus. September 2000.

können hier aber nur mit aller Vorsicht angewendet werden. Auf der einen Seite ist der Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten schlechter als bei deutschen Seniorinnen und Senioren.¹³ Auf der anderen Seite könnten die bestehenden Familienstrukturen von Migranten bei einer Belastung durch die Pflege der (Schwieger-)Eltern tragfähiger sein.

Im Jahr 1998 führte der Arbeitskreis Sozialplanung (Dr. Ulla Kleemann & Dr. Wiltrud Merz) in Abstimmung mit dem Arbeitskreis HIWA eine leitfadensstrukturierte Befragung bei älteren Migrantinnen und Migranten zum Thema „Wohnen im Alter und Hilfe und Pflege“ durch. Auch wenn die geringe Zahl der Befragten keine zahlenmäßigen Rückschlüsse auf den Bedarf an stationärer Pflege bei älteren Migranten erlaubt, so machen die Aussagen der Befragten doch deutlich, dass unter den türkischen Migranten Pflegeheime einhellig und strikt abgelehnt werden.¹⁴ Ältere Migrantinnen und Migranten werden also – wenn überhaupt – nur im äußersten Notfall in ein Pflegeheim ziehen.

Es ist zu vermuten, dass diese Ablehnung im Wesentlichen darauf beruht, dass in der eigenen Kultur die institutionalisierte Lebensform „Heim“ eher unbekannt ist. Das Problem „Ältere Migranten und Pflegeheim“ wird sich also nicht nur auf der Seite des Pflegeheims durch eine kulturspezifische Gestaltung des Heimalltags lösen oder erleichtern lassen. Genauso wichtig sind Anstrengungen im Vorfeld, die die Akzeptanz der Wohnform „Heim“ bei Migrantinnen und Migranten erhöhen. Integrierte Versorgungs- und Dienstleistungsangebote, wie sie für das neue Victor-Gollancz-Haus geplant sind, stellen einen ersten Schritt dar, die Vorteile des deutschen Hilfe- und Pflege-Systems für ältere Menschen zu erfahren. Es werden aber darüber hinaus gezielte Maßnahmen notwendig sein, Migrantinnen und Migranten mit der Institution „Heim“ bekannt zu machen und die Ablehnung dieser fremden Einrichtung abzuschwächen.

13 Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Jugend und Soziales: Ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main - Wohnsituation, Vorstellungen zum Wohnen im Alter und zur Hilfe und Pflege, Reihe Soziales und Jugend, Band 18, 2000, pp 10-11.

14 a.a.O, p 38.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich auf das Konzept der Caritas Frankfurt für eine Neukonzipierung des Altenzentrums Santa Teresa hingewiesen, das ebenfalls einen gerontopsychiatrischen und einen ethnospezifischen Ansatz (Schwerpunkt spanische und italienische Migrantinnen und Migranten) verfolgt. Dieses Konzept hat uns leider erst zu spät erreicht, so dass seine Würdigung einem zukünftigen Altenbericht vorbehalten bleiben muss.

4.1.4.2 Heime für homosexuelle Menschen

Im Sommer 1999 wurde in Frankfurt der Verein „AltenpfleGayheim“ gegründet.¹⁵ Ziel des Vereins ist die Errichtung eines lesbisch-schwulen Pflegeheims in Frankfurt. Ob dies auf dem Weg eines Neubaus oder – wahrscheinlicher – durch Umwidmung einer bestehenden Einrichtung geschieht, ist noch offen.

In herkömmlichen Pflegeheimen ist es nicht ausgeschlossen, dass ältere Menschen ihre Homosexualität verstecken müssen, um nicht vom Pflegepersonal oder von Mitbewohnern diskriminiert zu werden. (Die zunehmende Toleranz der heterosexuellen Gesellschaft gegenüber ihren homosexuellen Mitgliedern ist eine Erscheinung der jüngsten Zeit und bei älteren Heimbewohnern noch nicht unbedingt ausgeprägt.) Ein Altenpflegezentrum mit betreutem Wohnen und vollstationärer Pflege, das gezielt von älteren Homosexuellen genutzt wird, kann einen Lebensraum bieten, in dem die eigene sexuelle Identität gelebt werden kann.

Mit dem AltenpfleGayheim „soll für ältere Menschen ab 60 Jahren, die in schwulen oder lesbischen Partnerschaften leben, eine Unterkunft geschaffen werden, die es ihnen ermöglicht, auf Personen zu treffen, die aus ähnlichen Lebenszusammenhängen kommen.“¹⁶ Die zunehmende Isolation im Alter zu durchbrechen, wenn Partnerschaften und Freundschaften durch den Tod aufgelöst werden, ist für eine gesellschaftliche Minderheit noch erheblich schwerer als für Mitglieder der Mehrheit. Das betreute Wohnen für Schwule und Lesben kann die sozialen Kontakte untereinander stärken. Geplant ist

deshalb auch eine Einbindung in die Kultur des Stadtteils.

Nach Gründung des Vereins und Ausarbeitung des Konzepts arbeitet der Verein zurzeit daran, die notwendige politische Unterstützung für sein Vorhaben zu finden. Eine Bedarfsanalyse zur Ermittlung der Lebensweisen und Bedürfnisse der angezielten Personengruppe ist für Anfang 2001 geplant.

4.2 Die Bewohner der Frankfurter Heime

Gemäß der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes wurden Ende 1999 3.407 ältere Menschen in den Frankfurter Heimen gepflegt. Dies entspricht 3,38% der 65-jährigen und älteren Frankfurter und 13,8% der Frankfurter über 79 Jahren. Aus unserer Umfrage können wir diese Zahlen etwas ergänzen.

80% aller Personen, die im Pflegeheim wohnen, sind Frauen. Das Verhältnis von Männern und Frauen im Heim beträgt durchschnittlich 1:4, wobei es auch Heime gibt, in denen dieses Verhältnis bei 1:25 liegt oder sogar noch kleiner ist.

4.2.1 Verweildauer

Der durchschnittliche Frankfurter ist 83,8 Jahre alt, wenn er ins Heim einzieht. Die Heime unserer Umfrage haben angegeben, dass die Bewohner nach ihrem Einzug im Durchschnitt noch knapp drei Jahre im Heim leben, wobei die Spanne der Angaben von einem Jahr bis zu mehr als sechs Jahren reicht.

Die sehr langen Verweildauern können mit Heimbewohnern erklärt werden, die schon vor der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes in das Heim gezogen sind: Sie waren nicht pflegebedürftig, sondern wollten im Heim wohnen, um im Alter hauswirtschaftlich versorgt und nicht allein zu sein. Lässt man die beiden Heime mit einer Verweildauer von 6 und mehr Jahren aus der Berechnung heraus, so ergibt sich eine durchschnittliche Verweildauer von 2 Jahren und 7 Monaten.

15 Weitere Informationen zu AltenpfleGayheim e.V. über Walter Paul, Am Stiegelschlag 5, 60385 Frankfurt.

16 FFA intern vom 13.06.2000 (Pressedienst des Frankfurter Forums für Altenpflege).

Auch diese Verweildauer scheint immer noch etwas lang zu sein. Vergleicht man nämlich die Zahl der Heimplätze mit der Zahl der Neuaufnahmen im Jahr 2000, so kommen auf die 2.553 Plätze der Heime der Umfrage 1.229 Neuaufnahmen. Fast die Hälfte (48%) aller Heimplätze wurden im letzten Jahr neu besetzt. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Verweildauer im Heim von 2 Jahren und 1 Monat.

Die Diskrepanz in den durchschnittlichen Verweildauern lässt sich eventuell aus einer Beschleunigung der Verweildauer erklären. In den kommenden Jahren sind möglicherweise Verweildauern von einem Jahr und darunter zu erwarten. Wir verfügen im Moment aber über keine Daten, mit denen wir diese Vermutung erhärten könnten.

4.2.2 Pflegestufe beim Eintritt ins Heim

In der Umfrage wurde auch nach der Pflegestufe des Bewohners bei seiner Aufnahme ins Heim gefragt. Für 822 Neuaufnahmen wurden die Pflegestufen angegeben:

Pflegestufe 0	2,6
Pflegestufe 1	69,7
Pflegestufe 2	18,6
Pflegestufe 3	9,1
Pflegestufe 3 Härtefall	0
Quelle: Eigene Erhebung (Februar 2001).	

Die Statistik des MDK in Hessen über die stationären Erstbegutachtungen im Bezirksstellenbereich Frankfurt kommt zu ähnlichen Verteilungen:¹⁷

¹⁷ Die Bezirksstelle Frankfurt umfasst neben dem Stadtgebiet Frankfurt auch die Beratungsstelle Friedberg mit Wetterau und die Beratungsstelle Oberursel mit Hochtaunuskreis. Im Bereich der Bezirksstelle wurden im Jahr 2000 insgesamt 1803 Erstbegutachtungen im stationären Bereich durchgeführt. Wir danken Frau Dr. Belle-Haueisen und Herrn Dr. Fender vom MDK in Hessen in Oberursel für die Überlassung der Daten.

Tabelle 4.5
Verteilung der Pflegestufen bei der Aufnahme ins Heim (%)

Pflegestufe 0	8,1
Pflegestufe 1	64,3
Pflegestufe 2	20,2
Pflegestufe 3	7,3
Pflegestufe 3 Härtefall	0,1
Quelle: MDK Hessen.	

Ungefähr zwei Drittel der Neuaufnahmen haben die Pflegestufe 1. Man sollte eigentlich erwarten können, dass eine Pflegebedürftigkeit der Stufe 1 noch durch ambulante Pflegedienste versorgt werden könnte und nicht zu einem Heimeintritt führen muss. Der hohe Prozentsatz der Pflegestufe 1 bei den Neuaufnahmen erklärt sich daraus, dass Menschen, die ohne eine vorherige Prüfung durch den MdK in ein Heim ziehen, dort bis zur (rückwirkenden) Einstufung durch den MdK in Pflegestufe 1 geführt werden.

Bei allen Bemerkungen über Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen, die wir im Folgenden machen werden, sei immer mit bedacht, dass die Kriterien des § 15 SGB XI für die verschiedenen Stufen der Pflegebedürftigkeit dem besonderen Betreuungsbedarf verwirrter und psychisch veränderter älterer Menschen nicht gerecht werden. Es kann ein Heimaufenthalt notwendig werden, weil der ältere Mensch ständig beaufsichtigt werden muss, ohne dass eine Pflegestufe attestiert wird, die dem Betreuungsaufwand gerecht wird.

Es fehlen hier die genauen Daten der Motivation zum Eintritt ins Pflegeheim. Erst auf der Basis dieser Daten, die für einen künftig zu erstellenden Altenplan erhoben werden müssten, könnten Vorschläge für ein Unterstützungssystem erarbeitet werden, das einen Heimeintritt aus sozialen Gründen zu vermeiden hilft.

4.2.3 Pflegestufen der Heimbewohner

Aussagen über die jeweiligen Pflegestufen der Heimbewohner insgesamt sind in der Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes enthalten. In der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Frankfurt,

für die diese Aufschlüsselung gegeben wird, sind noch 50 Bewohner von Pflegeeinrichtungen für Behinderte enthalten. Stichtag ist wiederum der 15. 12. 1999.

Tabelle 4.6 Pflegebedürftige in Einrichtungen in Frankfurt am 15.12.1999		
Pflegebedürftige insgesamt	3.457	100%
Pflegestufe 1	972	28,1%
Pflegestufe 2	1.358	39,3%
Pflegestufe 3	1.067	30,9%
Pflegestufe 3 (Härtefälle)	15	0,4%
Noch ohne Einstufung	45	1,3%
Quelle: Pflegestatistik des HSL.		

In unserer Umfrage erhielten wir Angaben zur Pflegestufe von 2.430 Bewohnern. Danach ist die Verteilung auf die Pflegestufen wie folgt:

Tabelle 4.7 Verteilung der Pflegestufen in Frankfurter Heimen der Umfrage (%)	
Pflegestufe 0	6,8%
Pflegestufe 1	31,4%
Pflegestufe 2	37,6%
Pflegestufe 3	24,1%
Pflegestufe 3 (Härtefälle)	0,1%
Quelle: Eigene Erhebung (Februar 2001).	

Die Pflegestatistik des Hessischen Landesamtes weist (auch nach Berücksichtigung der Verschiebung durch die Pflegestufe 0) einen höheren Anteil an Pflegebedürftigen der Stufe 3 auf als die Heime unserer Umfrage: 30,9% zu 24,1% bzw. 25,8%, wenn die Pflegestufe 0 herausgerechnet wird. Der Anteil der Bewohner in Pflegestufe 1 ist entsprechend geringer: 28,1% zu 31,4% bzw. 33,6%.¹⁸

Auch hier ist die Datenlage uneinheitlich und bedarf einer genaueren Abklärung, bevor weitere Aussagen über die Pflegebedürftigkeit der Bewohner der

18 Die Unterschiede können auch durch die nicht repräsentative Auswahl der Heime, die an der Umfrage teilgenommen haben, hervorgerufen sein.

Frankfurter Pflegeheime für ältere Menschen gemacht werden können.

4.3 Kosten der stationären Pflege

Seit dem 1. 7. 1996 übernehmen die Pflegekassen einen Teil der Kosten, die bei stationärer oder ambulanter Pflege entstehen. Bei stationärer Pflege werden die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, für Leistungen der sozialen Betreuung und der Behandlungspflege pauschal erstattet. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§42 SGB XI):

Tabelle 4.8 Kostenerstattung der Pflegekassen nach Pflegestufen pro Monat	
Pflegestufe 1	2.000 DM
Pflegestufe 2	2.500 DM
Pflegestufe 3	2.800 DM
Pflegestufe 3 (Härtefälle)	3.300 DM
Quelle: § 42 SGB XI.	

Die tatsächlichen Kosten eines Heimaufenthalts setzen sich aus den Kosten der Pflege, den Kosten für Unterbringung und Verpflegung, den sog. Hotelkosten, und dem Investitionskostenanteil zusammen (§ 82 SGB XI).

Die Kosten der Pflege werden mit dem Pflegesatz abgegolten. „Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.“ (§ 84 SGB XI). Die Höhe der Pflegesätze werden für jedes Heim gesondert im Pflegesatzverfahren vereinbart (§ 85 SGB XI). Parteien in diesem Verfahren sind der Träger des einzelnen Heims, die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe. Von denselben Parteien werden auch die Entgelte, die die Heimbewohner für Unterkunft und Verpflegung entrichten müssen, vereinbart.

Als Träger der Sozialhilfe nimmt auch die Stadt Frankfurt an den Pflegesatzverhandlungen teil. In

den Pflegesatzverhandlungen wird nicht nur der Pflegesatz diskutiert und vereinbart, d.h. der Preis für Pflege und soziale Betreuung. Gegenstand des Verfahrens ist auch die Frage, welche Leistungen des Heimes überhaupt über den Pflegesatz abgerechnet werden können.

Im Vordergrund stehen hier die Qualitätsnorm des § 28 Abs. 2 SGB XI, „(...) dass die Leistungen (...) nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden“ und das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 23 SGB XI: „(1) Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen“.

Was noch notwendig ist – und damit über den Pflegesatz vergütet werden kann – und was nicht mehr notwendig ist, ist besonders im Bereich der sozialen Betreuung nicht eindeutig bestimmt. § 28 Abs. 4 SGB XI erkennt zwar das Bedürfnis des Pflegebedürftigen nach Kommunikation an, um der Gefahr einer Vereinsamung entgegenzuwirken, aber dieses Bedürfnis soll „bei“ der Leistungserbringung berücksichtigt werden – und ist damit keine eigene Leistung.

In der Diskussion um die Qualität der Betreuung und Versorgung in den Frankfurter Pflegeheimen wird auch die Forderung nach kommunalen Standards in der Altenpflege erhoben. § 8 Abs. 2 SGB XI weist zwar auf eine Mitwirkungspflicht auch der Kommunen bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung hin. Die Einführung eigener kommunaler Standards dürfte durch diesen Paragraphen aber nicht gedeckt sein. Wenn die Stadt Frankfurt Einfluss auf die Qualität der Pflege in Frankfurt nehmen möchte, so ist eine aktive Beteiligung an den Pflegesatzverhandlungen, in denen sie als Sozialhilfeträger Sitz und Stimme hat, eine hervorragende Möglichkeit hierfür. Eine Beteiligung, die sich nicht nur auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung des einzelnen Heims beschränkt, sondern sich für die Anerkennung von Leistungen als abrechenbar einsetzt, die die Humanität der Pflege sichern.

Tabelle 4.9
Mittelwerte der Heimentgelte der Frankfurter Heime in DM inkl. U+V und Investitionskosten

	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Kostengünstige Heime	105,18	125,99	153,73	183,43
Heime im Kosten-Mittelfeld	128,23	153,38	186,92	219,27
teure Heime	162,30	189,20	225,10	261,00
teure Heime im Vgl. zu günstigen Heim	154%	150%	146%	142%

Quelle: Pflegekasse der AOK Stand 1/2001.

4.3.1 Entgeltsätze der Frankfurter Heime

Die Entgeltsätze der Frankfurter Heime reichen über eine große Spannweite.¹⁹ Um einen Überblick zu gewinnen, haben wir die Heime nach ihren Pflegesätzen in drei Gruppen aufgeteilt: die acht kostengünstigsten Heime, die 18 Heime im Kosten-Mittelfeld und die acht teuersten Heime. Innerhalb dieser Heime haben wir jeweils den Mittelwert der Heimentgelte gebildet (Tabellen 4.9 - 4.12).

Tabelle 4.10
Durchschnittliches monatliches Heimentgelt in DM in den günstigen Heimen

	Entgelt	Leistung SGB XI	Differenz
Pflegestufe 0	3.199,58	0	3.199,58
Pflegestufe 1	3.832,62	2.000,00	1.832,50
Pflegestufe 2	4.676,47	2.500,00	2.176,47
Pflegestufe 3	5.580,94	2.800,00	2.780,94

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Daten der Pflegekassen, Stand 1/2001

Auf Basis dieser Mittelwerte kann man das durchschnittliche monatliche Heimentgelt errechnen (Pflegesatz + Hotelkosten + Investitionskostenanteil mal 30,42 Tage)

¹⁹ Datenbasis ist hier die Liste der Pflegekasse der AOK, Stand 1/2001.

Tabelle 4.11
Durchschnittliches monatliches Heimentgelt in DM in den Heimen im Kostenmittelfeld

	Entgelt	Leistung SGB XI	Differenz
Pflegestufe 0	3.900,76	0	3.900,76
Pflegestufe 1	4.665,82	2.000,00	2.665,82
Pflegestufe 2	5.686,11	2.500,00	3.186,11
Pflegestufe 3	6.670,19	2.800,00	3.870,19

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Pflegekassen, Stand 1/2001.

Tabelle 4.12
Durchschnittliches monatliches Heimentgelt in DM in den teureren Heimen

	Entgelt	Leistung SGB XI	Differenz
Pflegestufe 0	4.937,17	0	4.937,17
Pflegestufe 1	5.755,46	2.000,00	3.755,46
Pflegestufe 2	6.847,54	2.500,00	4.347,54
Pflegestufe 3	7.939,62	2.800,00	5.139,62

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Pflegekassen, Stand 1/2001.

Die unter „Differenz“ verzeichneten Summen müssen vom Pflegebedürftigen aufgebracht oder als Zuschuss des Sozialhilfeträgers geleistet werden.

Vergleicht man die Kosten nach Abzug des Anteils der Pflegeversicherung, so betragen die auf einen Pflegebedürftigen in Stufe 3 entfallenden Kosten im Heim der teureren Gruppe 185% der Kosten, die bei der Pflege in einem Heim der günstigen Gruppe anfallen.

Tabelle 4.13
Kosten für stationäre Altenpflege (Heimentgelte) in Frankfurt am Main im Vergleich zu anderen hessischen Regionen pro Tag

	Stadt Frankfurt	Frankfurter Umland*	andere hessische Großstädte**	übriges Hessen
Pflegestufe 0	130,82 DM	102,06 DM	110,03 DM	99,78 DM
Pflegestufe 1	155,36 DM	122,91 DM	133,02 DM	121,47 DM
Pflegestufe 2	188,10 DM	150,90 DM	163,73 DM	150,00 DM
Pflegestufe 3	224,16 DM	180,50 DM	196,74 DM	179,78 DM

* Postleitzahlenbereiche 61, 63, 64, 65 außer Großstädten in diesen Bereichen
 ** Darmstadt, Kassel, Offenbach, Wiesbaden
 Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Pflegekassen, Stand 1/2001.

Die Pflegesätze der Heime in Frankfurt sind insgesamt hoch, wenn man sie mit den Pflegesätzen anderer Heime in Hessen vergleicht.

Die erheblichen Unterschiede zwischen den Pflegekosten in Frankfurt und dem Frankfurter Umland werfen auch die Frage auf, ob es eine Wanderungsbewegung von Frankfurt ins Umland gibt, um preiswertere Pflege zu finden und dadurch eventuell der Notwendigkeit zu entgehen, Sozialhilfe beantragen zu müssen. Auch diese Frage kann erst in einer späteren Untersuchung geklärt werden.

Und noch ein Hinweis: Einer ungefähren Schätzung des Frankfurter Forums für Altenhilfe zufolge beträgt der gesamte Umsatz der Frankfurter Pflegeheime für ältere Menschen im Jahr 2000 ca. 372 Millionen DM.

Tabelle 4.14
Kosten für stationäre Altenpflege in Frankfurt am Main im Vergleich zu anderen hess. Regionen

	Frankfurt zum Umland*	Frankfurt zu anderen hess. Großstädten**	Frankfurt zum übrigen Hessen
Pflegestufe 0	128%	119%	131%
Pflegestufe 1	126%	117%	128%
Pflegestufe 2	125%	115%	125%
Pflegestufe 3	124%	114%	125%

* Postleitzahlenbereiche 61, 63, 64, 65 außer Großstädten in diesen Bereichen
 ** Darmstadt, Kassel, Offenbach, Wiesbaden
 Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Pflegekassen, Stand 1/2001.

4.3.2 Pflegebedürftigkeit und Hilfe zur Pflege

Pflegebedürftigkeit birgt ein hohes Risiko, zur Deckung der Kosten auf Leistungen nach BSHG angewiesen zu sein. Die Sozialhilfestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes verzeichnet für das Jahresende 1999 in Frankfurt 1.400 Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen, die 65 Jahre und älter sind. Da in dieser Zahl aber auch Personen enthalten sind, die in Heimen außerhalb Frankfurts Hilfe zur Pflege erhalten, läßt sich daraus keine Aussage über den Anteil der Sozialhilfeempfänger in Frankfurter Heimen gewinnen.

In unserer Umfrage haben wir auch nach der Zahl der Selbstzahler und der Zahl der Sozialhilfeempfänger im Heim gefragt. Für 2.472 Heimbewohner erhielten wir eine Antwort, danach waren 1.186 Bewohner Selbstzahler und 1.286 auf Sozialhilfe angewiesen. Daraus resultiert eine Quote von 52% der Heimbewohner, für die eigenes Einkommen, Vermögen und Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, die Kosten des Heimaufenthalts zu decken.

Tabelle 4.15 Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen	
Pflegestufe 0	45,6%
Pflegestufe 1	41,6%
Pflegestufe 2	53,9%
Pflegestufe 3	64,4%
Quelle: Sozialhilfestatistik des HSL.	

Das Risiko, auf Hilfe zur Pflege angewiesen zu sein, steigt mit der Pflegebedürftigkeit.

In Pflegestufe 3 brauchen fast zwei Drittel aller Pflegebedürftigen Leistungen nach BSHG. Auffällig ist der verhältnismäßig hohe Anteil an Heimbewohnern mit Pflegestufe 0, die auf Sozialhilfe angewiesen sind. Die effektiven Heimkosten, die der Bewohner zu tragen hat, sind in dieser Stufe am höchsten, da es hier keine Leistungen der Pflegeversicherung gibt (nur in den Heimen der teuersten Kategorie übersteigen die zu tragenden Kosten in Stufe 3 die Kosten der Stufe 0).

Das Statistische Jahrbuch der Stadt Frankfurt am Main weist für das Jahr 1999 Bruttoausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege (§ 68 BSHG) in vollstationären Einrichtungen eine Summe von knapp 115,1 Mio DM aus.²⁰

4.4 Teilstationäre und Kurzzeitpflege

4.4.1 Teilstationäre Pflege

In Frankfurt gibt es sechs Einrichtungen teilstationärer Pflege für ältere Menschen.²¹ Nach § 41 SGB XI besteht Anspruch auf teilstationäre Pflege, „wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann“. Teilstationäre Pflege hat also die Aufgabe, eine vollstationäre Pflege im Heim verhindern zu helfen, indem die Pflegeperson entlastet wird.

Teilstationäre Pflege kann sowohl über den Tag als auch in der Nacht in Anspruch genommen werden. Nach den uns vorliegenden Unterlagen bieten die Einrichtungen in Frankfurt mit teilstationärem Angebot nur Tagespflege an. Tagespflege muss nicht regelmäßig jeden Tag in Anspruch genommen werden. Einige Pflegebedürftige kommen nur an bestimmten Tagen in der Woche.

Die Erstattung der Kosten für die Tagespflege durch die Pflegeversicherung wird nicht pauschal vorgenommen, wie bei der vollstationären Pflege, sondern

Tabelle 4.16 Höchstbeträge Erstattung von Tagespflegekosten durch die Pflegeversicherung in DM pro Monat	
Pflegestufe 1	750,00
Pflegestufe 2	1.800,00
Pflegestufe 3	2.800,00
Quelle: § 41 Abs.2 SGB XI.	

20 Tabelle 10.2, p. 115. Darin sind auch Einrichtungen der Behindertenhilfe enthalten.

21 Wir danken Herrn Kunkel vom VdAK in Hessen für die Überlassung der Unterlagen.

Tabelle 4.17 Tagespflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main			
PLZ	Einrichtung	Adresse	Plätze
60327	Johanna-Kirchner-Altenhilfezentrum	Gutleutstr. 319 60327 Frankfurt	E *
60386	Tagespflege im Heinrich-Schleich-Haus	Fachfeldstr. 42 60386 Frankfurt	11
60389	Hufeland-Haus	Wilhelmshöher Str. 34 60389 Frankfurt	35
60435	Sozialzentrum Marbachweg	Dörpfeldstr. 6 60435 Frankfurt	24
60489	Sozial- u. Rehabilitationszentrum West	Alexanderstr. 94-96 60489 Frankfurt	28
60599	Bürgermeister-Gräf-Haus	Hühnerweg 22 60599 Frankfurt	25
* 60327 Das Johanna-Kirchner-Altenhilfezentrum verfügt über keine eigene Abteilung für Tagespflege, sondern nur über einige eingestreute Plätze. Für diese Plätze gibt es keine festen Pflegesätze. Das Entgelt für die Pflege wird jeweils mit dem Pflegebedürftigen vereinbart (§ 91 SGB XI). Die Erstattung der Kosten durch die Pflegekassen ist auf 80% des normalen Höchstbetrags reduziert. Eine weitere Erstattung durch einen Sozialhilfeträger ist nicht möglich. Quelle: Liste des VdAK Hessen.			

nur gemäß den tatsächlich entstandenen Kosten. Die jeweiligen Höchstbeträge pro Monat sind auch hier nach Pflegestufen gestaffelt (Tabelle 4.16).²²

In der Tabelle 4.17 haben wir die bestehenden Tagespflegeeinrichtungen aufgeführt. Die Kosten für die Pflege schwanken zwischen DM 67,73 in Stufe 0 und DM 100,30 in Pflegestufe 3 pro Tag.

Auch bei Besuch der Tagespflege muss der Pflegebedürftige weiterhin zu Hause gepflegt werden. Hierfür können Pflegegeld bezogen und die Kosten für Sachleistungen erstattet werden, und zwar bis zum Höchstbetrag für Sachleistungen nach § 36 SGB XI. (Die Höchstbeträge für teilstationäre Pflege wurden mit dem 4. Änderungsgesetz zum SGB XI auf die Höhe der Beträge für Sachleistungen angehoben.)

Der Auslastungsgrad der Tagespflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main scheint nicht befriedigend zu sein. Es liegen zwar keine Daten zur Inanspruchnahme von Tagespflege vor, aber uns wurde von verschiedenen Seiten mitgeteilt, dass die Tagespflegeeinrichtungen trotz der geringen Platzzahl nicht ausgelastet seien. Der Auslastungsgrad sei von Ein-

richtung zu Einrichtung sehr schwankend – in Abhängigkeit von der Qualität der angebotenen Betreuung.

Die Attraktivität der Tagespflege leidet auch unter den hohen Kosten, die auf den Pflegebedürftigen zukommen, wenn neben der Tagespflege, die zusätzlich durch den Fahrdienst relativ kostenträchtig ist, auch noch ein ambulanter Pflegedienst zu Hause in Anspruch genommen werden muss.

Trotz der geringen Auslastung kann nicht gesagt werden, dass das Angebot in Frankfurt ausreichend sei. Es fehlen Tagespflege-Einrichtungen mit einer spezifisch gerontopsychiatrischen Ausrichtung, in denen Demente den Tag über kompetent betreut werden. Gerade für verwirrte ältere Menschen, bei denen die Notwendigkeit von Betreuung den Bedarf an Pflege übersteigt, bietet die Tagespflege eine fast ideale Möglichkeit der Entlastung des pflegenden Angehörigen. Umzüge ins Heim können so effektiv vermieden werden.

4.4.2 Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist in § 42 SGB XI geregelt:

„(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder

²² § 41 Abs.2 SGB XI.

- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.“

Kurzzeitpflege ist neben der teilstationären Pflege ein weiteres Mittel, häusliche Pflege dauerhaft zu ermöglichen und einen vollstationären Heimaufenthalt zu vermeiden.

Kurzzeitpflege ist in ihrer Dauer auf 4 Wochen im Jahr beschränkt. Die Aufwendungen werden durch die Pflegekasse bis zu einem Betrag von DM 2.800 übernommen. Für Kurzzeitpflege können auch Leistungen der Sozialhilfeträger in Anspruch genommen werden (§ 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG).

In Frankfurt am Main bieten 24 Pflegeheime auch Kurzzeitpflege an (vgl. Tabelle 4.18). In den meisten Fällen handelt es sich dabei um sogenannte „eingestreprte“ Kurzzeitpflegeplätze, d.h. Pflegebedürftige, die im Rahmen einer Kurzzeitpflege aufgenommen werden, sind nicht in einem eigenen

Wohnbereich untergebracht, sondern werden zusammen mit den vollstationär aufgenommenen Bewohnern betreut.

Das Vorhalten fester Kurzzeitpflegeplätze ist für das Heim mit einem hohen wirtschaftlichen Risiko verbunden, da durch eine stark schwankende Nachfrage regelhafte Kurzzeitpflegeplätze immer mit höheren Kosten belastet sind als eingestreprte Plätze, die gerade dem Ausgleich schwankender Nachfrage bei vollstationären Plätzen dienen können. Die höheren Kosten fester Kurzzeitpflegeplätze werden in den Pflegesatzverhandlungen aber nicht anerkannt.

Die Angabe eingestreprter Kurzzeitpflegeplätze wird auch bedeuten, dass Kurzzeitpflege nur im Rahmen freier Kapazitäten angeboten wird. Heimplätze werden nur dann für Kurzzeitpflege genutzt, wenn sie nicht mit vollstationären Patienten belegt werden können. Eine Angabe über die in Frankfurt zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze kann deshalb nicht gemacht werden.

Nr.	PLZ	Pflegeheim mit Kurzzeitpflege	Lage	Plätze
285	60311	Caritas Alten- und Pflegeheim Haus Leonhard	Innenstadt Buchgasse 3 – 60311 Frankfurt	E
289	60314	August-Stunz-Zentrum	Ostend Röderbergweg 82 – 60314 Frankfurt	E
292	60318	Versorgungshaus und Wiesenhüttenstift	Nordend Richard-Wagner-Str. 11 – 60318 Frankfurt	E
293	60318	St. Konradheim	Niederrad Schleidenstr. 14 – 60318 Frankfurt	E
296	60325	Justina von Cronstetten Stift	Westend Arndstr. 38 – 60325 Frankfurt	E
298	60327	Johanna-Kirchner-Altenhilfezentrum	Gutleutviertel Gutleutstr. 317a-323 – 60327 Frankfurt	E
300	60385	Altenheim St. Josefshaus	Bornheim Eichwaldstr. 39 – 60385 Frankfurt	E
301	60385	Alten- und Pflegeheim der Heilandsgemeinde e.V.	Bornheim Saalburgallee 7-9 – 60385 Frankfurt	E

302	60386	Heinrich-Schleich-Haus	Fechenheim Fachfeldstr. 42 – 60386 Frankfurt	4
303	60389	Henry und Emma Budge-Stiftung	Seckbach Wilhelmshöher Str. 279 – 60389 Frankfurt	E
304	60389	Hufeland-Haus	Seckbach Wilhelmshöher Str. 34 – 60389 Frankfurt	10E
305	60433	Haus Aja Textor-Goethe	Eschersheim Hügelstr. 69 – 60433 Frankfurt	3
306	60435	Julie-Roger-Heim	Eckenheim Gummersbergstr. 24 – 60435 Frankfurt	2E
308	60488	Pflegeheim Praunheim	Praunheim Alt Praunheim 48 – 60488 Frankfurt	6E
309	60487	Pflegeheim Bockenheim	Bockenheim Friesengasse 7 – 60487 Frankfurt	6E
310	60488	Altenzentrum Santa Teresa	Hausen Große Nelkenstr. 16 – 60488 Frankfurt	E
311	60489	Sozial- und Rehazentrum West	Rödelheim Alexanderstr.94-96 – 60489 Frankfurt	8E
312	60489	Haus Margarete GmbH	Rödelheim Radilostr. 16 – 60489 Frankfurt	2E
313	60528	Bürgermeister-Menzer-Haus	Niederrad Am Poloplatz 8 – 60528 Frankfurt	E
315	60528	Seniorenresidenz Mainpark	Niederrad Schleusenweg 26 – 60528 Frankfurt	E
317	60594	Martha-Haus	Sachsenhausen Schifferstr. 65-67 – 60594 Frankfurt	4E
318	60598	Seniorenzentrum am Goetheturm	Sachsenhausen Darmstädter Landstr. 106 – 60598 Frankfurt	10E
320	60599	Bürgermeister-Gräf-Haus	Sachsenhausen Hühnerweg 22 – 60599 Frankfurt	18E
580	65929	Altenzentrum Victor-Gollancz-Haus	Höchst Windthorststr. 31 – 65929 Frankfurt-Höchst	9E

E = Eingestreuete Kurzzeitplätze – Quelle: Liste des VdAK Hessen.

Tabelle 4.19

Kosten für Kurzzeitpflege in Frankfurt am Main in DM pro Tag inkl. Unterkunft und Verpflegung sowie Invest.-Kostenanteil

	niedrigster Wert	höchster Wert	Mittelwert	Preisspanne höchster Wert in % des niedrigsten Wertes
Pflegestufe 0	97,87	222,45	136,57	227%
Pflegestufe 1	121,21	242,49	161,52	200%
Pflegestufe 2	152,04	269,21	194,79	177%
Pflegestufe 3	180,41	295,94	228,70	164%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Pflegekassen, Stand 1/2001.

Die Abteilung Heimgesetz beim Hessischen Landesamt für Versorgung und Soziales in Frankfurt am Main rechnet in ihrer Statistik die Anzahl der beschäftigten examinierten und nicht-examinierten Mitarbeiterinnen auf Vollzeitstellen um.²³ Nach dieser Statistik ergibt sich für Frankfurter Pflegeheime ein durchschnittlicher Personalschlüssel von 1:2,9 bei einer Fachkraftquote von ca. 58%.

Beide Werte sind starken Schwankungen unterworfen. So gibt es in Frankfurt zwei Heime mit einem Personalschlüssel von über 1:2, während zwei andere Einrichtung einen Personalschlüssel von unter 1:4 aufweisen, dies aber bei einer extrem hohen Fachkraftquote, so dass hier zu vermuten ist, dass einige Aufgaben an Fremdpersonal abgegeben

werden, das in den Personalschlüssel nicht eingerechnet wurde. Die Fachkraftquote schwankt zwischen 36% und 94%.

4.5 Qualität der Pflege und Handlungsempfehlungen

Trotz seines Titels wird in diesem Kapitel nicht von § 80 SGB XI und Qualitätsmanagement die Rede sein. So wichtig die – gesetzlich vorgeschriebene – Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in Pflegeheimen ist: Wir wollen uns hier auf die zentrale Determinante für die Qualität der Pflege im Heim beschränken: die Pflegenden.

Die eigentliche Qualitätssicherung im Heimbereich fällt in die Kompetenz der Heime bzw. ihrer Träger, der Heimaufsicht und des MDK. Wir wollen im Folgenden drei Aspekte aufzeigen, in denen kommunale Förderung etwas zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen kann.

Nach der Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes arbeiten in den Frankfurter Pflegeheimen (inkl. der 3 Pflegeheime für Behinderte) 2.936 Personen. Davon sind 876 Personen examinierte Pflegekräfte (Altenpflegerinnen, Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Heilerziehungspfleger für den Bereich der Pflegeheime für Behinderte). Bei dem hohen Anteil teilzeitbeschäftigter Mitarbeiterinnen in der Pflege können aus diesen Zahlen leider keine Schlüsse auf die Qualität der personellen Versorgung gezogen werden.

Auch diese Zahlen sollten mit einiger Vorsicht betrachtet werden, da hier unterschiedliche Zuordnungen zu verschiedenen Diensten (Personalgruppen) eine Rolle spielen und insbesondere die Daten der drei Pflegeheime für Behinderte nicht herausgerechnet werden können.

Eine Verbesserung des Personalschlüssels stößt auf mindestens zwei Hindernisse: Fachkräfte für Altenpflege sind auf dem Frankfurter Arbeitsmarkt so gut wie nicht zu finden. Eine erhöhte Stellenzahl muss in den Pflegesatzverhandlungen erst bewilligt werden.

4.5.1 Förderung von Qualifizierung und Motivation der Pflegenden

Neben der Anzahl ist aber auch die Qualifizierung und die Motivation des Personals im Heim entscheidend für die Qualität der pflegerischen Versorgung. Deshalb haben wir in unserer Umfrage auch nach

23 Die Daten dieser Statistik sind nicht auf einen Stichtag bezogen, sondern sind innerhalb der letzten zwei Jahre zusammengetragen worden.

Angeboten von Supervision und Weiterbildung für das Pflegepersonal gefragt.

Das Angebot einer Supervision bietet den Pflegenden die Gelegenheit, ihre eigenen Probleme einmal zur Sprache zu bringen. Supervision gibt Hilfestellung bei der Verarbeitung der Belastungen durch den Pflegeberuf und kann – durch den externen Standpunkt des Supervisors – Wege aus Sackgassen aufzeigen, die im Alltag der Pflege nicht gesehen werden. Supervision ist ein wesentliches Mittel, ein Burn-out der Pflegenden zu verhindern und die Motivation zu stärken.

Ungefähr die Hälfte der Heime unserer Umfrage bieten Supervision an. Die Frequenz des Angebotes ist sehr unterschiedlich: Sie reicht im optimalen Fall von wöchentlichen oder vierzehntägigen Angeboten bis hin zu nur einem oder zwei Angeboten im Jahr, die ihre Funktion natürlich nicht erfüllen können. Die Teilnehmerzahl ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Wir haben den Eindruck gewonnen, dass die Notwendigkeit von Supervision in vielen Heimen zwar anerkannt wird, dass es aber an der notwendigen konsequenten Umsetzung fehlt. Dies kann an Akzeptanzproblemen bei den Heimleitungen wie bei den Pflegenden liegen.

Die Notwendigkeit von Fortbildungen ist weithin akzeptiert. Fast alle Heime organisieren Fortbildungsveranstaltungen im eigenen Haus oder nutzen fremde Angebote. Die Zahl der Fortbildungsveranstaltungen – ob extern oder intern – liegt im Durchschnitt bei 20 pro Heim, die jeweils von ungefähr 10 Pflegenden besucht werden. Diese Zahlen sind natürlich nur wenig aussagekräftig. Sie zeigen nur eines: Fortbildung findet statt, aber von Heim zu Heim in sehr unterschiedlicher Qualität. Es gibt Häuser mit umfangreichen und ausgefeilten Fortbildungsprogrammen und andere, die hin und wieder ein oder zwei Mitarbeiterinnen auf eine Veranstaltung schicken.

Unter der Prämisse, dass für die Qualität der Pflege die Pflegenden entscheidend sind, und unter den Bedingungen des SGB XI kann eine Handlungsempfehlung für eine nachhaltige Verbesserung der Pflege auf kommunaler Ebene nur lauten: Förderung der Motivation und der Qualifikation der Pflegenden.

Die naheliegende Forderung, die Qualität der Pflege durch mehr Personal zu heben, ist sicher richtig. Pflegestandards aber, die einen höheren Personalschlüssel fordern, dürften auf kommunaler Ebene rechtlich und politisch nur sehr schwer verbindlich durchsetzbar sein. Eine dauerhafte Bezuschussung der Personalkosten, damit mehr Personal eingestellt werden kann, wird durch § 82 Abs. 5 SGB XI verhindert.²⁴

Es kann höchstens daran gedacht werden, im Rahmen eines Modellprogramms mit konsequenter Evaluation die Erfüllung einer genau definierten Aufgabe zu bezuschussen, die so vorher im Heimalltag nicht vorgesehen war. Eine dauerhafte Finanzierung der damit verbundenen Stelle kann nur erreicht werden, wenn es gelingt, in den Pflegesatzverhandlungen diese Aufgabe als notwendig für eine Pflege „nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (§ 28 Abs. 2 SGB XI) anerkennen zu lassen. Hier kann die Stadt als Träger der Sozialhilfe durchaus ihren Teil dazu beitragen, aber die Zustimmung der Pflegekassen ist erforderlich.

Ein kommunales Programm zur Fortbildung und Entlastung des Personals durch Supervision oder andere Methoden fällt nicht unter den Vorbehalt des Betriebskostenzuschusses und kann doch die Qualität der Pflege verbessern. Deshalb möchten wir im Bereich der Pflege vorschlagen, dass die Stadt Frankfurt am Main mit einem Programm „Fortbildung und Selbstpflege der Pflegenden“ die Pflegekräfte in den Heimen und damit auch die Qualität der Pflege fördert. Unter dem Stichwort „Selbstpflege“ fassen wir dabei alles zusammen, „was den Pflegenden selbst gut tut“. Supervision ist nur ein Teilbereich davon. Dazu gehören auch das Lernen von Entspannungstechniken und von Strategien zur Stressvermeidung und vieles andere mehr.

Für die Ausgestaltung dieses Programms möchten wir keine näheren Empfehlungen geben. Im Rahmen des Frankfurter Forums für Altenhilfe (s. nächster Abschnitt) diskutieren Leitende und Pflegenden schon seit längerer Zeit über die Bedingungen der Pflege in Heimen und über Möglichkeiten ihrer Verbesserung. Diese Gruppe wird aus ihren eigenen Erfahrungen

24 § 82 Abs. 5 SGB XI: „Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Pflegevergütung abzuziehen.“

und Bedürfnissen Vorschläge auch im Bereich Fortbildung und Selbstpflege erarbeiten. Wir empfehlen, diesen Vorschlägen – nach Prüfung – zu folgen.

4.5.2 Vernetzung und Erfahrungsaustausch

Im Frankfurter Forum für Altenpflege (FFA) haben sich die Leitenden der Frankfurter stationären Altenhilfe eine Kommunikationsplattform geschaffen, die sowohl der Vernetzung untereinander als auch der Präsentation der (stationären) Altenpflege in der Öffentlichkeit dient. Das FFA entstand 1993 aus einer Imagekampagne für die Altenpflege. Seit 1994 unterhält das FFA eine Presse- und Informationsstelle zur Lenkung der internen und externen Kommunikationsflüsse.²⁵ Diese Pressestelle gibt auch einen Informationsdienst „FFA intern“ heraus, der die Medien über die Situation in der stationären Altenpflege informiert.

Die Arbeit des FFA war in den letzten beiden Jahren durch ein großes Projekt zum Thema „Gewalt in der Pflege“ geprägt. Im Juni 1999 organisierte das FFA eine Veranstaltung unter dem Thema „Die Würde des Alters ist antastbar“. „Ziel der Veranstaltung war es, dass Mitarbeiter aus der Pflege rechtzeitig überlegen lernen, wie Gewalt verhindert werden kann. Schon ein laufendes Radio kann für Pflegebedürftige ein Akt der Gewalt sein oder aber auch eine nicht erreichbare Klingel oder auch ein unerreichbares Trinkgefäß. Hier zeigt sich, dass ein beständiges Mitdenken und situatives Handeln Qualität in der Altenpflege erst ermöglicht. Dies kann hingegen nicht erreicht werden, wenn das Personal in eingefahrene Routineabläufe gepresst ist und durch Stress nicht zu sich selber kommen kann.“²⁶

Im Auftrag des FFA wurden im Herbst 1999 in neun Frankfurter Pflegeheimen Untersuchungen zur Gewaltprophylaxe durchgeführt.

Fundamentale Bedingungen der Verhinderung von Gewalt im Pflegeheim sind:

- Nur wenn es den Mitarbeitern gut geht, kann es auch den Bewohnern gut gehen.
- Für die Pflegeeinrichtungen gilt es, die starren und festgefahrenen Versorgungsstrukturen aufzubrechen.
- Die totale Institution Pflegeheim ist zu einem Wohn- und Lebensort zu entwickeln.

Dann werden die Gestaltungsprinzipien Würde, Selbstbestimmung und Individualität eher verwirklicht und alle Beteiligten können gelassener miteinander umgehen.²⁷

Die Arbeit am Thema wurde im Jahr 2000 fortgeführt mit dem „Laboratorium GegenGewalt 2000“. Ausgangspunkt des Laboratoriums war die Überlegung, „dass Gewalt stets etwas mit dem Ausüben von Zwang, mit dem Verfügen über Andere, mit Fremdbestimmung zu tun hat. Es erscheint daher naheliegend, Gewaltvorbeugung und Gewaltverminderung auch auf dem Weg der Förderung von Selbstbestimmung anzustreben.“²⁸ Das Laboratorium fand in Form dreier Veranstaltungen (die letzte im Januar 2001) für Pflegekräfte aus den Frankfurter Heimen statt. Die Themen: „Sehen/Wahrnehmen/Erfahren“, „Hinterfragen/Beurteilen/Stellung beziehen“ und „Sprechen/Handeln/Verändern“.

Parallel dazu erarbeitet ein Laborteam aus 16 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus acht Frankfurter Heimen einen „Leitfaden zur Gewaltprävention in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“. Eckpunkte für einen Altenplan der Stadt Frankfurt will diese Gruppe ebenfalls formulieren. Die entsprechenden Diskussionen sind aber im Moment (Januar 2001) noch nicht abgeschlossen.

Der Stand der Diskussion lässt erkennen, dass die Umsetzung der Ergebnisse, die in den verschiedenen Projekten des FFA zum Thema „Gewalt in der Pflege“ erarbeitet wurden, zu einer spürbaren Verbesserung der Pflegequalität in Frankfurt führen kann. Wir möchten der Stadt Frankfurt deshalb empfehlen, diese Ergebnisse – nach Prüfung – in die Frankfurter Altenplanung aufzunehmen und ihre Umsetzung zu fördern.

25 Wir danken der Leiterin dieser Pressestelle, Frau Glinkski-Krause, für ihre Unterstützung und die Informationen über das FFA und die Situation in den Frankfurter Heimen.

26 FFA intern vom 28. 9. 1999.

27 Abschlussbericht „Die Würde des Alters ist unantastbar“. Pressestelle des FFA vom 15. 12. 1999, p 17.

28 Thomas Görden, Zum Konzept des Laboratoriums GegenGewalt 2000.

Das FFA ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie durch Vernetzung und Erfahrungsaustausch eine Verbesserung der Situation der Pflegenden wie der Pflegebedürftigen gefördert werden kann.

4.5.3 Freiwilliges Engagement in der Betreuung Pflegebedürftiger

Zentraler Kritikpunkt in allen Klagen über mangelnde Pflegequalität ist die fehlende Zeit der Pflegenden. Es fehlt an der Zeit, zuzuhören, auf die Wünsche der Pflegebedürftigen einzugehen, das Tempo der Pflege vom Pflegebedürftigen und nicht vom Arbeitsplan diktieren zu lassen.

Die Mitarbeit ehrenamtlich tätiger Bürgerinnen und Bürger hat sich bei der Behebung dieses „Betreuungsnotstandes“ sehr bewährt. Dies gilt nicht nur für die Betreuung im Heim lebender Pflegebedürftiger, sondern auch für die Betreuung ambulant versorgter an Demenz erkrankter Menschen. Hier tut eine Entlastung der pflegenden Angehörigen besonders Not. Wir möchten der Stadt Frankfurt deshalb empfehlen, ein Programm zur Förderung des Einsatzes engagierter Bürgerinnen und Bürger bei der Betreuung älterer, pflegebedürftiger Menschen aufzulegen.

Die nähere Ausgestaltung dieses Programms haben wir in Kapitel 8.4 dargestellt.

5. Demenz

Zu den häufigsten Gesundheitsproblemen des Alters zählt die Demenz. Man versteht darunter in unterschiedlicher Zusammensetzung auftretende Störungen geistig-seelischer Leistungen wie Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und praktisches Geschick bei klarem Bewusstsein, wodurch die Bewältigung des Alltags entscheidend erschwert wird. Demenzerkrankungen können viele Ursachen haben, wobei die Alzheimer-Krankheit die häufigste ist. Rund 70% aller Demenzen werden durch sie hervorgerufen. Bei dieser Krankheit gehen in bestimmten Bereichen des Gehirns allmählich Nervenzellen zugrunde. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen nimmt mit dem Lebensalter zu: in der Altersgruppe 70 bis 74 sind 4% betroffen, in der Altersgruppe 85-89 sind es 21%.¹

den zwischen 6,5% und 8,7% der Altenbevölkerung an einer Demenz. Dies entspricht gegenwärtig einer Gesamtzahl von 830.000 bis 1,1 Mio. Erkrankten unter den über 65-Jährigen in Deutschland.

Häufigste Ursache einer Demenz ist in den westlichen Ländern die Alzheimer Krankheit mit einem Anteil von zwei Dritteln an den Krankheitsfällen, gefolgt von den durch Schädigungen der Blutgefäße des Gehirns verursachten vaskulären Demenzen mit einem Anteil von knapp 20%.

Die Prävalenzrate steigt steil mit dem Alter an. Wie aus der Tabelle 5.1 hervorgeht, verdoppelt sich die Krankenziffer im Abstand von jeweils etwa 5 Altersjahren. Überträgt man die altersspezifischen Raten auf die deutsche Bevölkerung, so wird deutlich, dass nahezu 70% aller Erkrankten bereits das 80. Lebensjahr vollendet haben.

5.1 Zur Verbreitung der Demenz²

5.1.1 Prävalenz

Als Prävalenz wird die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet. Nach umfangreichen Studien aus Deutschland und aus anderen Industrieländern lei-

Altersgruppe	Einwohner in Frankfurt	Mittlere Prävalenzrate	Geschätzte Krankheitsfälle
65 bis 69	27.512	1,2%	330
70 bis 74	25.809	2,8%	723
75 bis 79	22.512	6,0%	1.350
80 bis 84	10.785	13,3%	1.434
85 bis 89	13.966	23,9%	3.405
90 und älter		34,6%	
65 und älter	100.584	7,2%	7.242

Quelle: Eigene Berechnungen. – Das Frankfurter Melderegister unterscheidet in der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren keine Altersgruppen mehr. Die Schätzung der dementiell Erkrankten in Frankfurt ist als Differenz aus den Zahlen der unteren Altersgruppen und Gesamtzahl der Erkrankten 65-Jährigen und Älteren errechnet.

5.1.2 Inzidenz

Unter Inzidenz wird die Anzahl von gesunden Personen verstanden, die im Verlauf eines Jahres erkranken. Angaben zur Zahl der Neuerkrankungen haben noch nicht die gleiche Zuverlässigkeit wie Angaben zur Prävalenz. Inzwischen wurden aber weltweit

1 Deutsche Alzheimer Gesellschaft: www.deutsche-alzheimer.de/alzheimer.html.

2 Bis auf die Zahlen für Frankfurt ist dieser Abschnitt dem Informationsblatt 1 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: „Die Epidemiologie der Demenz“ entnommen. Autor des Informationsblattes ist Dr. Horst Bickel, TU München.

viele Studien durchgeführt, die eine hinreichend genaue Schätzung erlauben. Danach steigt das jährliche Neuerkrankungsrisiko von 0,33% unter den 65- bis 69-Jährigen bis auf 8% unter den Höchstbe-

- die Institutsambulanz der Klinik Hohe Mark⁴
- das Sachgebiet Gerontopsychiatrie im Stadtgesundheitsamt⁵
- die Gedächtnissprechstunde der Uni-Klinik.⁶

Altersgruppe	Einwohner in Frankfurt	Mittlere Inzidenzrate	Geschätzte Neuerkrankungen
65 bis 69	27.512	0,33%	91
70 bis 74	25.809	0,84%	217
75 bis 79	22.512	1,82%	410
80 bis 84	10.785	3,36%	362
85 bis 89	13.966	5,33%	
90 und älter		8,00%	
65 und älter	100.584	1,61%	1.619

Quelle: Eigene Berechnungen

Von diesen Einrichtungen ist allein die Gedächtnissprechstunde der Uni-Klinik auf die Diagnose und Therapie dementieller Erkrankungen spezialisiert.⁷ Sie verfolgt einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, der Angehörige und Patienten mit einbezieht, nicht medikamentöse wie medikamentöse Therapie-maßnahmen umfasst und eine langfristige

tagten an. Übertragen auf Deutschland ist Jahr für Jahr mit einer Gesamtzahl von rund 200.000 Neuerkrankungen zu rechnen, von denen 135.000 auf die Alzheimer Krankheit entfallen.

Betreuung und Beratung beinhaltet. Ihre Leistungen umfassen:

5.2 Medizinische Diagnose und Beratung

Demenz ist eine Krankheit, keine normale Alterserscheinung. Es gibt verschiedene Formen von Demenzen mit den unterschiedlichsten Ursachen. Einige dieser Formen können geheilt werden. Die Alzheimer Krankheit ist die häufigste Ursache einer Demenz (ca. 70% aller Demenzen). Eine Demenz vom Typ Alzheimer kann noch nicht ursächlich geheilt werden. Es gibt aber zahlreiche medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien, die den Verlauf der Krankheit verzögern und Verhaltensstörungen mindern können.

Bei Verdacht auf Demenz bedarf es einer umfangreichen Diagnostik, um die verschiedenen Formen unterscheiden und eine geeignete Therapie vorschlagen zu können. Der Demenz-Wegweiser des Instituts für Sozialarbeit nennt drei Anlaufstellen für eine medizinische Diagnostik und Beratung.³

- Diagnostik
- Ärztliches Gespräch und Untersuchung
- Psychometrische Testung
- Weitere medizinische Untersuchungen
- Therapie
- Medikamentöse Therapie
- Gedächtnistraining
- Musiktherapie
- Beratung
- Psychosoziale Beratung
- Angehörigengruppen
- Begleitung

- 3 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser, Frankfurt 2000, pp 36-38.
- 4 Klinik Hohe Mark – Institutsambulanz, Friedberger Landstr. 52, 60316 Frankfurt, Tel: 069/40 58 62 30, Ansprechpartner: Herr Dr. Seehuber, Mo-Fr, 8-17 Uhr.
- 5 Stadtgesundheitsamt, Abteilung Sozialpsychiatrie, Braubachstr. 18-22, 60311 Frankfurt, Tel: 069/21 24 43 89, Mo-Fr, 8.30-15 Uhr.
- 6 Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Gedächtnissprechstunde, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt, Tel: 069/63 01 59 96, Ansprechpartnerin: Frau Hassenzahl, Mo-Do, 9.30-12 Uhr und 13-15 Uhr, Fr. 9.30-12 Uhr.
- 7 Die folgenden Angaben sind Informationen über die Gedächtnissprechstunde entnommen, die uns PD Dr. Lutz Frölich freundlicherweise zur Verfügung stellte.

- Verlaufsuntersuchungen und Therapiekontrolle
- Langfristige Betreuung von Patienten und Angehörigen

Die notwendigen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Diagnose und Therapie der Demenz sind in Frankfurt also an mindestens einer Stelle gegeben. Über die Auslastung der Gedächtnisprechstunde liegen uns leider keine Daten vor.

5.3 Unterstützung und Beratung für pflegende Angehörige

Eine dementielle Erkrankung stellt die Angehörigen des Patienten vor Fragen und Probleme, die weit über die körperliche Belastung durch die anstrengende Pflege hinausgehen. Demenz führt beim Erkrankten zu einer Veränderung der Persönlichkeit, zu einer extremen Beeinträchtigung seiner Kommunikationsfähigkeit und oft auch zu Veränderungen im emotionalen Bereich bis hin zur Aggressivität gegenüber den nächsten Angehörigen.

Der Erkrankte zeigt neue, bisher bei ihm unbekannt Verhaltensweisen, seine Handlungen entbehren scheinbar jeder Logik. Die in einem langen gemeinsamen Leben geübten Regeln des Zusammenlebens gelten plötzlich nicht mehr. Die Angehörigen können den Erkrankten nicht mehr verstehen. Seine Handlungen sind für sie im besten Fall bedeutungslos, im schlimmsten Fall kontraproduktiv.

Der Umgang mit Dementen ist eine extreme Form der Kommunikation, weil es anscheinend keinen gemeinsamen Vorrat an Bedeutung für beide Kommunikationspartner mehr gibt. Für den Dementen ist das Verhalten seines Angehörigen wahrscheinlich genauso verwirrend wie das Verhalten des Dementen für den Angehörigen.

Aus diesem Unverständnis resultieren Missverständnisse und fehlerhafte Interpretationen der Handlungen des Dementen durch die Angehörigen. Diese fehlerhaften Interpretationen führen zu Reaktionen der Angehörigen auf die Handlung des Dementen, die dieser wiederum als völlig unangemessen empfindet. Er sieht seine Bedürfnisse durch die Reaktionen der Angehörigen auf seine Äußerungen nicht

befriedigt. Sein Verhalten wird für die Angehörigen noch schwieriger.

Pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen brauchen Unterstützung und Beratung für den Umgang mit dem Erkrankten. Solche Beratung kann Hinweise liefern, wie die Äußerung des Dementen zu verstehen sind. Diese Äußerungen entbehren keineswegs jeder Logik, nur beziehen sie sich auf die Welt, in der der Demente lebt. Die Welt des Dementen ist nicht mehr identisch mit unserer „normalen“ Welt. Die Welt des Dementen besteht aus Bruchstücken, in denen Gegenwärtiges und Erinnertes miteinander verwoben ist. Angehörige können lernen, diese Welt zu verstehen und so auf die Äußerungen des Dementen zu reagieren, dass ihre Reaktionen für ihn, in seiner eigenen Welt, sinnvoll sind. Der Umgang mit einem verwirrten älteren Menschen kann dadurch wesentlich leichter werden. Die Belastung durch die Pflege kann reduziert werden.

In Frankfurt am Main gibt es einige Beratungsstellen und unterstützende Dienste für Menschen, die an Demenz erkrankt sind und deren Angehörige. Alle diese Beratungsstellen und Initiativen haben eine höchst unterschiedliche Konzeption und Arbeitsweise. Sie werden im Folgenden als ein breiter Ausschnitt aus der Spanne der verschiedenen Möglichkeiten dargestellt, Kranken und pflegenden Angehörigen außerhalb des Rahmens des SGB XI zu helfen.

Gemeinsam ist allen Initiativen, die eine Betreuung für Demente anbieten, dass diese Betreuung ehrenamtlich geleistet wird. Der primäre Grund für diese Ehrenamtlichkeit liegt in der fehlenden regelmäßigen Finanzierung der Betreuung Dementer. Neben dieser „aus der Finanznot geborenen“ Konzeption ist es aber durchaus überlegenswert, ob ehrenamtliche Betreuung nicht die angemessene Betreuungsform ist, da es hier ja nicht um die Versorgung eines Kranken, sondern um die Aufrechterhaltung der Kommunikation mit einem Menschen geht, der verwirrt ist.

Als zentrale Orientierungsmöglichkeit hat das Institut für Sozialarbeit im August 2000 erstmals einen Demenzführer herausgegeben: „Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser zu ambulanten und teilstationären Angeboten für Betroffene, Angehörige und Interessierte in Frankfurt am Main“. Dieser Führer erfreut sich großer Nachfrage. Anfang 2001 sind von

den 5.000 Stück der ersten Auflage bereits 4.000 ausgegeben worden.

5.3.1 Beratungsstellen in Frankfurt

5.3.1.1 „Hilda“ des Instituts für Sozialarbeit

Institut für Sozialarbeit e.V.
HILDA – Hilfe für Demenzkranke
und ihre Angehörigen

Oberlindau 20
60323 Frankfurt am Main
Tel.: 069/97 20 17 37
Ansprechpartnerin: Angelika Petersen
Erreichbar: Mo-Do 9-13 Uhr

- Information und Beratung zu allen sozialen und finanziellen Fragen bei der Versorgung Demenzkranker sowie zum Umgang mit verwirrten alten Menschen
- Entlastungsangebot für pflegende Angehörige durch einen regelmäßigen wöchentlichen Besuchsdienst im gesamten Stadtgebiet.⁸

Das Institut für Sozialarbeit unterhält eine Beratungsstelle für pflegende Angehörige, die im Jahr 2000 ca. 80 mal in Anspruch genommen wurde.⁹

Der Schwerpunkt des Projekts „Hilda“ liegt auf einem ehrenamtlichen Besuchsdienst, der einmal in der Woche für vier Stunden in der eigenen Häuslichkeit die Betreuung eines Demenzen übernimmt und so die Angehörigen entlastet.

Im Jahr 2000 gab es 27 Anfragen nach einer solchen Hilfe. Auf jede dieser Anfragen hin erfolgte ein Hausbesuch, um die Möglichkeiten der Betreuung und die Anforderungen an die Betreuerin bzw. den Betreuer einschätzen zu können. Da die Nachfrage größer ist als das Angebot an engagementbereiten Betreuerinnen, kann es zu einer gewissen Wartezeit kommen, in der aber die Beratungsstelle weiterhin Kontakt zu den pflegenden Angehörigen hält. Die Warteliste umfasst durchschnittlich fünf Familien.

8 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000, p 50.

9 Wir danken Frau Petersen für diese Informationen.

Die Betreuerin und die Familie werden einander vorgestellt. Nach einer vierwöchigen Probezeit können beide Seiten entscheiden, ob sie die Betreuung für sinnvoll und hilfreich erachten oder lieber abrechnen möchten.

Dieser Dienst wird ausschließlich von Ehrenamtlichen geleistet, die sich für vier Stunden wöchentlich engagieren. Sie erhalten dafür kein Entgelt, lediglich die Fahrtkosten werden – wenn gewünscht – erstattet. Zur Zeit sind 12 Ehrenamtliche in der Betreuung aktiv. Alle vier Wochen wird ein Erfahrungsaustausch angeboten, der aber nicht immer wahrgenommen wird. Für die Familien kostet der Dienst DM 40,00 im Monat als Verwaltungskostenpauschale.

Die Ehrenamtlichen werden auf ihre Aufgabe in einem Einführungsseminar vorbereitet, das einmal jährlich – bei Bedarf auch öfter – angeboten wird. Ca. 80 % der Ehrenamtlichen haben einschlägige Vorerfahrungen. An dem Seminar nehmen auch Angehörige teil, die sich Hinweise für eine Erleichterung der häuslichen Pflegesituation und eine Verbesserung des Umgangs mit dem Kranken erhoffen.

5.3.1.2 „Gerontopsychiatrische Fachpflege“ des Caritasverbandes

Caritasverband Frankfurt e.V.
Gerontopsychiatrische Fachpflege

Humboldtstr. 94
60318 Frankfurt
Tel.: 069/75 00 94 25
Ansprechpartnerin: Rita Wagener
Erreichbar: Mo-Fr 8-13

- Validierender und biographiegestützter Ansatz im Umgang mit Demenzkranken
- Informationen und Beratung zur Erkrankung
- Planung von Pflegemaßnahmen
- Anleitung vor Ort
- Entwicklung persönlicher Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige.¹⁰

Diese Beratungsstelle wendet sich sowohl an pflegende Angehörige wie auch an Pflegedienste. Im

10 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000, p 44.

Laufe des Jahres 2000 haben sich ca. 40 Personen, die einen an Demenz erkrankten Angehörigen pflegen, mit der Beratungsstelle in Verbindung gesetzt. Bei ca. 20 Angehörigen blieb es bei einem einmaligen Gespräch. Bei den anderen 20 Angehörigen kam es zu einer längeren Beratung und Begleitung in der Pflege des Demenzkranken mit Zeiträumen von zwei bis vier Monaten und teilweise sogar noch länger. Zur Beratung des Angehörigen gehören Hausbesuche und auch einmal die direkte Pflege des Kranken zu Hause, damit aus der konkreten Pflegesituation heraus die passenden Hinweise auf eine Verbesserung der Pflege und eine Erleichterung des Umgangs mit dem Kranken gegeben werden können.¹¹

Ein neues Angebot sind Seminare für pflegende Angehörige, in denen Informationen über die Krankheit Demenz, über deren Auswirkung auf die Emotionen und Verhaltensweisen, über Möglichkeiten der Kommunikation mit dem Kranken und über Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen gegeben werden. Die Seminare sind für ca. 15 Teilnehmer in einem halbjährlichen Turnus geplant.

Die Bereitschaft bei Pflegediensten, sich zum Thema „Umgang mit Demenzkranken“ beraten zu lassen, ist laut Frau Wagener nicht sehr hoch.

5.3.1.3 „Telefon für pflegendende Angehörige“ des Caritasverbandes

Caritasverband Frankfurt e.V.
Telefon für pflegende Angehörige

Humboldtstr. 94
60318 Frankfurt am Main
Tel.: 069/95 52 49 11
Erreichbar: Mo-Fr 10-12 und 16-18 Uhr

- Gesprächsbereitschaft für pflegende Angehörige in Belastungssituationen; anonyme Beratung
- Aufklärung und Information über die Demenzerkrankung und Hilfsmöglichkeiten in Frankfurt und Umgebung.¹²

Dieser Dienst wendet sich an Angehörige von Kranken und Behinderten aller Altersstufen und Krankheiten bzw. Behinderungen. Neben der Weitergabe von Informationen über Einrichtungen und Stellen, die helfen können, nimmt die Funktion als Sorgentelefon, an dem sich Angehörige aussprechen können, in der Arbeit einen weiten Raum ein.¹³

Im Jahr 2000 erhielt das Beratungstelefon 238 Anrufe, davon waren ca. 85% zum Thema Demenz. 50% der Anrufer waren pflegende Ehepartner.

Der Dienst wird von einer Hauptamtlichen (auf einer halben Stelle) und neun Ehrenamtlichen, die sich pro Woche jeweils zwei Stunden engagieren, geleistet. Die Ehrenamtlichen können ihrem Engagement mittels einer Anrufweitschaltung von zu Hause aus nachgehen, ihnen steht aber auch das Büro zur Verfügung.

Die Ehrenamtlichen erhalten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit eine Schulung (ein Wochenende und mehrere Abende) zu Hilfen und unterstützenden Anlaufstellen bei der Pflege kranker Angehöriger, zu den Bedingungen einer gelingenden Beratung und zum Umgang mit den Belastungen, die sich aus den Beratungsgesprächen ergeben. Alle acht Wochen wird den Ehrenamtlichen eine Supervision angeboten, alle vier Wochen finden Teamgespräche statt.

5.3.1.4 „Anlaufbüro Seniorengruppen“ des Caritasverbandes

Caritasverband Frankfurt e.V.
Anlaufbüro Seniorengruppen

Humboldtstr. 94
60318 Frankfurt
Tel.: 069/95 96 63 21 /-31
Ansprechpartner: Gabriella Zanier, Martin Hütter

- Vermittlung von Gesprächskreisen für pflegende Angehörige (u.a. von Demenzkreisen, die vom Caritasverband angeboten werden). Es gibt sie in den

11 Wir danken Frau Wagener für diese Informationen.

12 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000, p 43. Öffnungszeiten aktualisiert.

13 Wir danken Frau Modenbach und Frau Haamel, ehren- und hauptamtliche Mitarbeiterinnen beim Telefon für pflegende Angehörige, für diese Informationen.

Stadtteilen Nordend, Bornheim, Fechenheim, Innenstadt, Höchst, Eschersheim und Zeilsheim.¹⁴

Das Büro betreut zur Zeit 6 Gruppen mit insgesamt ca. 42 Angehörigen, wobei die jeweilige Gruppenstärke zwischen 5 und 9 Teilnehmern liegt. Die Treffen finden 14-tägig, monatlich oder in einem Fall auch nur alle sechs Wochen statt. Die Gesprächskreise werden von Fachkräften begleitet.¹⁵

Die Anfrage nach Angehörigengruppen schwankt sehr stark im Maße der Öffentlichkeitsarbeit, mit der auf solche Gruppen aufmerksam gemacht wird.

5.3.1.5 Psychologische Praxis Renate Bunke

Psychologische Praxis
Renate Bunke

Arnoldshainer Str. 15
60489 Frankfurt
Tel.: 069/78 79 75
Ansprechpartnerin: Renate Bunke

- Psychologische und sozialpädagogische Beratung von demenzkranken Menschen und deren Angehörigen
- Teilnahme an Angehörigengesprächsguppen
- bei Bedarf auch psychotherapeutische Einzelgespräche für Demenzkranke sowie für Angehörige.¹⁶

Frau Bunke begleitet in Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main und der Gedächtnissprechstunde der Uni-Klinik vier Angehörigengruppen mit 5-14 Teilnehmern. Für zwei dieser Gruppen gibt es parallel zum Treffen eine Betreuung der kranken Angehörigen.¹⁷

In ihrer Praxis erhält sie ca. 400 Anfragen im Jahr für Beratungen unterschiedlicher Intensität und Dauer.

14 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000, p 45.

15 Wir danken Frau Zanier für diese Informationen.

16 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000, p 51.

17 Wir danken Frau Bunke für diese Informationen.

5.3.1.6 „Beratung für pflegende Angehörige und Patienten“ der Diakoniestationen gGmbH

Diakoniestationen gGmbH
Beratung für pflegende Angehörige und Patienten

Speyerer Str. 2-4
60329 Frankfurt
Tel.: 069 / 75 08 76 11
Ansprechpartnerin: Elsbeth Streib
Erreichbar: Di, 16-17 Uhr und Fr, 14-15:30 Uhr

- Persönliche und telefonische Beratung (auch anonym)
- Hausbesuche und Gesprächskreise im familiären Rahmen
- Gesprächskreise für pflegende Angehörige.¹⁸

Die Beratungsstelle betreut 2 Gesprächskreise für Angehörige mit jeweils ca. 14 Mitgliedern, von denen 5-8 zu den Treffen kommen. Es ist vorgesehen, parallel zu den Treffen der Gesprächskreise die kranken Angehörigen zu betreuen. Dieses Angebot wurde aber bisher noch nicht ausreichend in Anspruch genommen.¹⁹

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf einer intensiven Beratung und Begleitung der pflegenden Angehörigen, zu der auch – wenn gewünscht – regelmäßige Hausbesuche gehören. Im Jahr 2000 gab es ca. 160 solcher Gespräche und Hausbesuche. Die Beratung von Menschen, die einen an Demenz erkrankten Angehörigen pflegen, bildet hierbei den eindeutigen Schwerpunkt.

Das Aufrechterhalten und Pflegen der Kontakte zu den Angehörigen erfordert erhebliche Bemühungen von Seiten der Beratungsstelle. Deren Arbeit hat eher eine zugehende als eine Komm-Struktur. Die Pflege eines verwirrten Angehörigen ist eine so sehr belastende und emotional komplexe Situation, dass das Suchen und Akzeptieren von Hilfe in vielen Fällen überhaupt nicht leicht fällt.

18 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000, p 46.

19 Wir danken Frau Streib für diese Informationen.

5.3.1.7 „Hotline für pflegende Angehörige“ des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe

Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V.
„Hotline für pflegende Angehörige“

Bürgermeister-Gräf-Haus
Hühnerweg 62
60599 Frankfurt am Main
Tel.: 0180/5 55 78 78
Ansprechpartnerinnen: Ingrid Vogt, Marion Gilberg, Edeltraut Kneifel

- Information und Beratung zum Thema Pflegeversicherung sowie zu den Betreuungsangeboten für Altersverwirrte
- Tipps für die alltägliche Pflege.²⁰

Trotz zahlreicher Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten konnte die Hotline des Frankfurter Verbandes leider nicht erreicht werden.

Bezüglich der beiden anderen Angebote des Frankfurter Verbandes, die im Demenzführer des Instituts für Sozialarbeit aufgeführt sind (Betreuungsgruppe in der Begegnungsstätte Riedhof und ein Besuchsdienst), wurde uns mitgeteilt, dass diese Angebote zur Zeit (Januar 2001) nicht realisiert seien.

5.3.1.8 Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main

Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main e.V.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt am Main

Die Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main e.V. wurde 1996 gegründet, um den Interessen von psychisch kranken alten Menschen und von Patienten mit Hirnleistungsstörungen mehr Gewicht zu verleihen.²¹ Sie ist personell eng mit der Gedächtnisprechstunde verflochten.

Seit 1997 unterhält die Alzheimer Gesellschaft Frankfurt eine begleitete Angehörigengruppe sowie eine Trainingsgruppe für Demenzkranke leichten Schweregrades. Geübt werden alltagsnahe kognitive Kompetenzen zur Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen.

Ein weiteres Tätigkeitsfeld der Alzheimer Gesellschaft ist die Beratung von Angehörigen über die Grenzen und Möglichkeiten der Leistungen der Pflegekassen. Wichtig ist dabei, dass die Angehörigen ein Pflegetagebuch führen, in dem der durch die Demenz verursachte Hilfe- und Unterstützungsbedarf exakt dokumentiert wird. Auf der Basis dieser Dokumentation kann dann bei der Begutachtung durch den MDK für eine entsprechende Einstufung argumentiert werden.

Ein großes Projekt, an dessen Realisierung gearbeitet wird, ist der Aufbau eines gerontopsychiatrischen Verbundes. In diesem Projekt soll für einen Sektor der sozialpsychiatrischen Versorgung der Stadt Frankfurt ein Modell der ambulanten gerontopsychiatrischen Hilfe etabliert werden, um die Versorgung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen in ihrer häuslichen Umgebung zu verbessern. Ziel ist es, die Einweisung in ein Pflegeheim zu vermeiden oder zumindest zu verzögern.

5.3.1.9 Leben mit Demenz e.V.

Leben mit Demenz e.V.
Verein für angewandte Sozialarbeit bei dementieller Erkrankung

Lenastr. 72
60318 Frankfurt am Main
Tel.: 069/55 40 68
Ansprechpartner: Ulrich Amrhein

- Projekt *Psychosoziale Betreuungsstunden* für alleinlebende Demenzkranke in Zusammenarbeit mit der FH Frankfurt
- Projekt *Sonne*: Betreuung an Demenz erkrankter Menschen zur Entlastung der Angehörigen

20 Institut für Sozialarbeit: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000, p 47.

21 Material zur Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main e.V. wurde uns dankenswerterweise von Herrn PD Dr. Frölich zur Verfügung gestellt.

- Projekt *Wunscherfüllungsagentur*: Unterstützung bei der Erfüllung lang gehegter Wünsche von Senioren
- Beratung und Öffentlichkeitsarbeit
- Ambulante kunsttherapeutische Arbeit mit Demenzkranken²²

Der Verein „Leben mit Demenz e.V.“ wurde im Jahr 1999 gegründet und zählte Ende 2000 19 Mitglieder. Ein Ziel des Vereins ist die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, und deren Angehörigen.

Im Projekt *Psychosoziale Betreuungsstunden* betreuen Studierende der Universität und der FH Frankfurt an Demenz erkrankte oder anderweitig psychisch veränderte ältere Menschen in deren häuslicher Umgebung. Ziel ist die Übung kommunikativer Beziehungen, die Aufrechterhaltung der häuslichen Eigenständigkeit und die Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Bisher wurden 23 Senioren ein- bis dreimal in der Woche stundenweise betreut. Die Betreuten werden zusätzlich durch ambulante Dienste versorgt.

Das Projekt *Sonne* erhielt sein Startkapital durch Fördermittel der Europäischen Union. Seit August 2000 entlasten ehrenamtliche Mitarbeiter des Vereins pflegende Angehörige, indem sie für zwei bis vier Stunden in der Woche die Betreuung der kranken Angehörigen übernehmen. Die Vermittlung und Begleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter hat eine ebenfalls ehrenamtlich Engagierte übernommen, die über die Krankheit informiert, für Demente passende Kommunikationsweisen lehrt und auch eine Supervision anbietet. Zur Zeit sind vier Mitarbeiterinnen in der Betreuung engagiert.

Der Bereich *Beratung und Öffentlichkeitsarbeit* zielt neben der Beratung Betroffener auch auf die Information einer breiteren Öffentlichkeit sowie der Fachöffentlichkeit. Angestrebt wird auch eine Vernetzung aller, die in Frankfurt auf dem Gebiet der Betreuung Dementer und der Unterstützung ihrer Angehörigen tätig sind.

22 Informationen aus dem Tätigkeitsbericht 1999/2000 des Vereins. Wir danken Herrn Amrhein für seine Auskünfte.

5.3.1.10 „Leben mit der Alzheimer Krankheit“ des VdK

Sozialverband VdK Hessen
Leben mit der Alzheimer Krankheit
in Frankfurt
Betreuungsgruppe

Haus der Begegnung
Ostparkstr. 37
60385 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 43 50 81
Ansprechpartnerin: Hannelore Schüssler

- Betreuungsgruppe für an Alzheimer erkrankte Menschen zur Entlastung ihrer Angehörigen.²³

Als bewusste Ergänzung zu den bestehenden Angeboten in Frankfurt wurde im Herbst 2000 in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Hessen e.V. der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ein Projekt *Aufbau einer Angehörigenselbsthilfegruppe und einer Betreuungsgruppe* gestartet.

Die Betreuungsgruppe trifft sich zweimal wöchentlich für einen halben Tag in den Räumen des Mobilen Sozialen Hilfsdienstes des VdK. Zur Zeit werden ca. 7 dementiell erkrankte Menschen betreut, die aber nicht immer an jedem Gruppentreffen teilnehmen. Es werden nur Menschen mit einer leichten bis mittleren Demenz betreut.

Die Betreuung in der Gruppe wird 1:1 durchgeführt, d.h. jeder Alzheimer-Kranke hat seinen eigenen Betreuer, der individuell auf die Bedürfnisse und Kompetenzen des Kranken wie auch auf seine Tagesform eingehen kann. Die Betreuung übernehmen 4 Ehrenamtliche und eine Hauptamtliche des VdK. Die Ehrenamtlichen engagieren sich an zwei Tagen in der Woche für jeweils 4 Stunden.

Die Angehörigen der Dementen treffen sich einmal im Monat in einem eigenen Gesprächskreis, der auch Angehörigen von Kranken offen steht, die nicht in der Betreuungsgruppe sind.

Die Kosten der Betreuung belaufen sich auf DM 25,00 für den halben Tag (inkl. einer Mahlzeit), die

23 Informationen aus dem Projekt-Konzept. Wir danken Frau Schüssler für ihre Auskünfte.

von den Angehörigen getragen werden. Die Ehrenamtlichen erhalten eine Aufwandsentschädigung.

5.3.2 Hindernisse der Inanspruchnahme

Es ist für viele Angehörige nicht selbstverständlich, sich beraten zu lassen oder die Hilfe eines Betreuungsdienstes in Anspruch zu nehmen. Die Nutzerzahlen der einzelnen Beratungsstellen zeigen, dass es nur ein Bruchteil derer ist, die in Frankfurt von Demenz betroffen sind, der sich an diese Stellen wendet.

Nach übereinstimmenden Aussagen der Beraterinnen ist Demenz immer noch eine Krankheit, deren sich die Betroffenen schämen. Man schämt sich zuzugeben, dass der eigene Mann, die Mutter oder der Vater dement sind. Demenz wird eher versteckt.

Die Reaktion der Umwelt verstärkt dieses Verhalten. Menschen, die Demente betreuen, geraten immer tiefer in die Isolation. Freunde und Familienangehörige meiden die Wohnung; die pflegende Angehörige kann keine Besuche mehr machen, weil sie den Dementen nicht alleine lassen kann – und mitnehmen ist auch nicht möglich.

Vieles davon schuldet sich mangelnder Kenntnisse über das, was Demenz ist. Demenz ist keine Folge des natürlichen Alternsprozesses, sondern eine genau zu definierende Krankheit. Demente sind nicht von Natur aus aggressiv, sondern nur, wenn ihre Bedürfnisse nicht befriedigt werden – und auch bei gesunden Menschen führt Frustration zu Aggression. Demente sind zwar verwirrt, aber sie handeln nicht völlig plan- und ziellos. Das Verhalten von Dementen lässt sich verstehen, und dann ist auch ein – wie eingeschränkt er auch immer sein mag – positiver Umgang mit Dementen möglich.

Aufklärung über das, was Demenz ist, kann die Scham verschwinden lassen, damit man offen über Demenz reden und nach Hilfe fragen kann. Beratung zum Thema Demenz ist also nicht nur einzel-fallbezogen, sondern richtet sich auch an die Öffentlichkeit. Es bedarf einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Aufklärung über Demenz und der Ermunterung, sich professionell beraten und helfen zu lassen. Die Erfahrungen der Beratungsstellen zeigen, dass die Nachfrage nach Beratung stark steigt, wenn sie für ihre Dienste werben.

Das Bedürfnis nach Beratung und Unterstützung ist bei pflegenden Angehörigen also durchaus vorhanden. Aber der Befriedigung dieses Bedürfnisses stehen einige Hindernisse im Wege:

Die sechs Hürden auf dem Weg zur dauerhaft guten Pflege

1. *Wissen über die Krankheit aneignen!* Über Literatur, Fortbildung, Beratung, Gespräche: z.B. spezielle Seminare, Beratungen und Schulungen im häuslichen Umfeld nach § 45 SGB XI, Gesprächskreise, Selbsthilfegruppen. Erst wenn ich weiß, was Demenz ist – eine Krankheit und keine natürliche Stufe im Altern eines Menschen – kann ich die richtige Einstellung zu meinem kranken Angehörigen finden.

2. *Möglichkeiten und Fähigkeiten und Bereitschaft zur Pflege klären!* Überlegt entscheiden, ob ich die Pflege übernehmen will. Kriterien bei dieser Entscheidung sind z.B.: Wie viel Ekel kann ich aushalten? Wer kann mithelfen und steht mir bei? Wie viel Humor habe ich? ...

3. *Das Umfeld informieren und Isolationen vorbeugen!* Sich in Ruhe intensiv um Hilfsangebote kümmern: Selbsthilfegruppen, Sozialstationen, Tagespflege, Heimplatz

4. *Die Krankheit als Tatsache annehmen!* Es nützt nichts, täglich festzustellen, wie verwirrt mein Angehöriger ist. Wir müssen uns das Rätselhafte verständlich machen – und dies kann gelingen, weil das Verhalten des Kranken durchaus einer inneren Logik folgt.

5. *Den Kranken verstehen.* Wer dementen Menschen begegnet, ist gefordert, sich ihrem inneren Erleben zu stellen und von dieser Ebene aus die Beziehung zu gestalten. Das eigene Verhalten muss so der Krankheit angepasst werden, dass es für den Kranken verständlich und hilfreich ist.

6. *Für sich selber sorgen.* Alle Menschen haben Bedürfnisse in ihrem Leben. Auch der Pflegende. Gelingt die Befriedigung dieser Bedürfnisse nicht, so erleben wir Frustration, Unzufriedenheit oder Ärger. Mögliche Stö-

rungen sind dann: Depressionen, Neurosen, Psychosen – und schließlich kann man auch an unerfüllten Bedürfnissen sterben.

Nur ein zufriedener Mensch kann gut pflegen. Es ist also nicht egoistisch, sondern zur Aufrechterhaltung einer guten Pflegebeziehung notwendig, auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und sie zufrieden zu stellen. Bedürfnisse drücken sich meist über Gefühle aus. Das Akzeptieren aller Gefühle, die mit der Auseinandersetzung um Bedürfnisse und Wünsche – die eigenen wie die des Kranken – verbunden sind, bildet eine Voraussetzung für eine gesunde Pflegebeziehung, die sich immer weiter entwickeln kann.

Barbara Haamel

Telefon für pflegende Angehörige
Caritasverband Frankfurt e.V.

5.4 Demente in der stationären Pflege

In unserer kleinen Umfrage haben wir die Heime auch nach dem Anteil der dementen Bewohner gefragt. Nicht alle Heime, die unseren Fragebogen zurückgeschickt haben, konnten diese Frage beantworten.

Die Heime, die eine Einschätzung ihrer Bewohner nach Demenz abgegeben haben, haben insgesamt 1.950 Bewohner. Von diesen sind 1.100 dement. Die Quote der dementen älteren Menschen in diesen Heimen liegt also bei ungefähr 53%. Innerhalb der Frankfurter Heime schwankt diese Quote erheblich. Sie kann in einzelnen Heimen bis zu 70% der Pflegebedürftigen erreichen.

Rechnen wir die Zahlen aus der Umfrage auf alle Frankfurter Heime hoch, so ergibt sich bei einer Quote von 53% und einer Zahl von 3.600 Frankfurtern in der stationären Pflege eine Anzahl von ca. 1.900 Menschen, die an Demenz erkrankt sind und vollstationär gepflegt werden.

Beziehen wir diese Zahl von 1.900 an Demenz erkrankten Menschen im Heim auf die Gesamtzahl von ungefähr 7.250 an Demenz erkrankten älteren Menschen in Frankfurt, so ergibt sich ein Anteil von 74% aller an Demenz Erkrankten, die zu Hause gepflegt werden.

Es sei betont, dass diese Zahlen nur nicht ganz unbegründete Schätzwerte darstellen. Aber die Größenordnungen werden doch deutlich. Fast drei Viertel aller an Demenz erkrankten Frankfurter werden zu Hause – und das heißt meist: von ihren Angehörigen – gepflegt (in der Literatur wird dieser Prozentsatz sogar mit 80% angegeben). Diese Menschen und ihre pflegenden Angehörigen brauchen Hilfe. Sie werden bisher erst zu einem geringen Teil vom Angebot der Beratungsstellen erreicht.

Pflegestufe 0	16%
Pflegestufe 1	49%
Pflegestufe 2	60%
Pflegestufe 3	72%
Quelle: Eigene Erhebung (2001).	

Mehr als die Hälfte der Bewohner der befragten Frankfurter Pflegeheime sind dement. Ihr Anteil an den Pflegebedürftigen einer Pflegestufe nimmt mit steigender Pflegebedürftigkeit immer mehr zu: von 16% in der Pflegestufe 0 auf 72% in der Pflegestufe 3.

Der hohe Anteil an Demenz Erkrankter an den Bewohnern der Pflegeheime stellt eine erhebliche Belastung für das Pflegepersonal dar. Diese Belastung besteht nicht nur in der notwendigen Betreuung und Beaufsichtigung eines verwirrten älteren Menschen, die unabhängig von seiner Pflege geleistet werden müssen.

Auch die Pflege eines Dementen ist erheblich schwieriger als die Pflege eines nicht-dementen Heimbewohners. Die Demenz eines Pflegebedürftigen verlängert die Zeit, die für die Pflege gebraucht wird. Eine Studie weist hierfür einen zeitlichen Mehraufwand bei mobilen Demenzkranken von 45 Minuten pro Tag nach.²⁴ Dieser zusätzliche Zeitaufwand

findet in der Einstufung des Bewohners durch den MDK nur in den seltensten Fällen eine Entsprechung, da die Einstufungskriterien des § 15 SGB XI weder den Betreuungsaufwand noch den zusätzlichen Zeitaufwand in der Pflege eines Demenzpatienten berücksichtigen.

Trotz dieser Zeitnot bemühen sich fast alle Heime unserer Umfrage, besondere Betreuungsmaßnahmen für Demenzpatienten anzubieten. Diese Angebote erreichen zum Teil nur einen kleineren Teil der Bewohner und sind von unterschiedlicher Qualität. Eine umfangreiche Tagesbetreuung der Bewohner ist nur in einigen wenigen Heimen erkennbar.

Das Problem der Notwendigkeit einer besonderen Betreuung der demenzkranken Bewohner ist erkannt, aber es fehlt wohl in den allermeisten Fällen an den Möglichkeiten, eine adäquate psychosoziale Betreuung anzubieten.

Zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung in den Frankfurter Heimen hat die Stadtverordnetenversammlung am 14. 12. 2000 mit Beschluss § 7376 ein Sofortprogramm in Höhe von DM 3,4 Mio. beschlossen, das Projekte innerhalb von Einrichtungen fördern soll, die das Ziel haben, die psychosoziale Betreuung in Frankfurter Alten- und Pflegeheimen feststellbar zu verbessern. Die Gestaltung des einzelnen Projekts obliegt der durchführenden Einrichtung.

Eine Schwierigkeit des Programms liegt in der Bedingung, dass die Zuschüsse, die einzelne Heime aus dem Projekt erhalten, nicht als Betriebskostenzuschüsse nach § 82 Abs. 5 SGB XI gewertet und damit von der Pflegevergütung abgezogen werden. Es ist also im Programm sicherzustellen, dass die geförderten Projekte sehr genau von Maßnahmen der psychosozialen Betreuung abgegrenzt werden können, die bereits über die Pflegesätze vergütet werden.

Wenn die einzelnen Projekte vom jeweiligen Heim selbst entwickelt werden, dürfte es auf Schwierigkeiten stoßen, von den Pflegekassen eine generelle Zusage zu erhalten, dass die Mittel des Sofortpro-

gramms nicht als Betriebskostenzuschüsse gewertet werden.

Die Stadt München hat dieses Problem dadurch gelöst, dass ihr Sofortprogramm inhaltlich genau definiert war. In einem Abstimmungsprozess zwischen Sozialamt, Münchner Heimen und den Pflegekassen wurde die Einrichtung einer Personalstelle in den Heimen, die sich vorzugsweise der Überleitungs- und Pflege widmen soll, als Fördermaßnahme ausgewählt. Diese Stelle muss neu eingerichtet werden und ein genauer Tätigkeitsnachweis ist zu führen, damit der Vorwurf einer verdeckten Subventionierung der Betriebskosten entkräftet werden kann.

Wir möchten deshalb vorschlagen zu prüfen, ob das Sofortprogramm zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung nicht auch genaue inhaltliche Vorgaben enthalten sollte. Das geeignete Gremium, diese Vorgaben zu entwickeln, wäre eigentlich eine Pflegekonferenz nach Abschnitt 3 des Landesweiten Rahmenplans für die pflegerische Versorgung in Hessen²⁵, die es aber in Frankfurt am Main (noch) nicht gibt. Es ist aber ein leichtes, in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe nach § 95 BSHG und dem Frankfurter Forum für Altenhilfe schnell eine Arbeitsgruppe zusammenzustellen, die aus Vertretern des Jugend- und Sozialamtes, der Träger, der Leitenden und der Pflegenden, der Pflegekassen, des MDK sowie aus Fachleuten im Bereich der Gerontopsychiatrie und der Projektplanung und -durchführung besteht. Dieses Gremium könnte Vorschläge entgegennehmen, sie auf Durchführbarkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit und auf ihre Verträglichkeit mit dem § 82 Abs. 5 SGB XI prüfen. Aus den geprüften Vorschlägen könnte ein Katalog von Maßnahmen zusammengestellt werden, aus dem die einzelnen Heime dann das Projekt auswählen können, das sie umsetzen möchten.

Diese Arbeitsgruppe könnte innerhalb kürzester Frist und zu geringsten Kosten zusammengestellt werden. Es kann durchaus erwartet werden, dass der Katalog erstellt ist, wenn die Finanzierung des

24 Dürrmann, Peter: „45 Minuten Mehraufwand. Ergebnisse des Leistungsvergleichs vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)“. In: *Altenheim* (2000), Heft 4, pp 30-35.

25 Landesweiter Rahmenplan für die pflegerische Versorgung in Hessen, Abschnitt 3: „Pflegekonferenzen, die Landkreise und kreisfreie Städte einrichten, begleiten und unterstützen die Planung und den Aufbau der pflegerischen Versorgungsstruktur. Über ihre Zusammensetzung und Aufgaben entscheiden die kommunalen Gebietskörperschaften in eigener Zuständigkeit.“

Sofortprogramms gesichert ist. Es muss durch diese Arbeitsgruppe weder zu einer Verzögerung noch zu einer Schmälerung der Leistungen des Programms kommen.

Die Vorteile liegen auf der Hand:

- Die einzelnen Heime werden entlastet, denn es ist nicht mehr erforderlich, dass jedes Heim selbst ein Projekt entwickelt und seine Umsetzung konzipiert.
- Durch die Bereitstellung eines Katalogs möglicher Projekte bleibt den Heimen dennoch die Möglichkeit gegeben, ein Projekt auszuwählen, das auf ihre spezifische Situation abgestimmt ist..
- Die Prüfung der Projekte durch die Arbeitsgruppe bietet eine Basis für die notwendige Qualitätssicherung der Projekte.
- Die Beschränkung auf eine Auswahl an möglichen Maßnahmen erleichtert die Evaluation erheblich. Ergebnisse können leichter gesichert und verglichen werden.
- Auf der Grundlage der Evaluation können am Ende des Sofortprogramms die Maßnahmen ausgezeichnet werden, die zu einer effektiven Verbesserung der psychosozialen Betreuung in den Heimen geführt hat.
- Damit sind dann auch die Maßnahmen bestimmt, um deren Durchsetzung als regelmäßig zu finanzierende Maßnahmen der psychosozialen Betreuung die Heime und die Stadt als Sozialhilfeträger sich in den Pflegesatzverhandlungen bemühen sollten.

5.5 Elemente gerontopsychiatrischer Versorgung

Die Stadt Frankfurt verfügt mit der Gedächtnisprechstunde, den verschiedenen Beratungsstellen und einigen wenigen Angehörigen- und Betreuungsgruppen sowie Besuchsdiensten über einige Elemente, die zu einem umfassenden System der gerontopsychiatrischen Versorgung gehören. Dieses System ist aber keineswegs in ausreichendem Maße implementiert.

Es fehlen eine ausreichende Zahl von Betreuungsgruppen und Besuchsdiensten, es fehlen Einrichtungen der gerontopsychiatrischen Tagespflege, es fehlt eine Vernetzung unter allen Beteiligten.

Die Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen, die in einer Betreuungsgruppe sind oder durch einen Besuchsdienst erreicht werden, können wir leider nicht genau angeben. Aufgrund der einzelnen Angaben, die wir bei unserer telefonischen Umfrage erhalten haben, können wir jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass es nicht viel mehr als 100 Personen sein werden. Eine verschwindend geringe Anzahl, wenn man von der Gesamtzahl von ca. 5.350 an Demenz erkrankten älteren Menschen in Frankfurt ausgeht, die zu Hause gepflegt werden.

Betreuungsgruppen und Besuchsdienste können nur auf der Basis ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten. Hier müssen verstärkte Anstrengungen unternommen werden, Ehrenamtliche für diese Art des Engagements zu gewinnen und durch Begleitung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung in diesem Engagement zu halten.

Es gibt in Frankfurt einige wenige Tagespflegeeinrichtungen, die nach eigenen Angaben auch demente Pflegebedürftige aufnehmen. Wir haben aber in unseren Gesprächen den Eindruck gewonnen, als sei die Betreuung der Demenzen nicht immer optimal. Die Angehörigen zögern dementsprechend, ihre Kranken dorthin zur Betreuung zu geben. Tagespflege ist aber ein probates Mittel zur Entlastung pflegender Angehörige und zur Vermeidung einer vollstationären Heimaufnahme. Es fehlen in Frankfurt Tagespflegeeinrichtungen, die sich auf die Betreuung Dementer spezialisiert haben.

Dieses Kapitels hat auch gezeigt, dass es in Frankfurt eine Vielzahl von Gruppen und Personen gibt, die sich für an Demenz erkrankte Menschen engagieren. Es gibt von verschiedenen Seiten – Alzheimer Gesellschaft Frankfurt, Institut für Sozialarbeit, Leben mit Demenz e.V. u.a. – auch den Wunsch und erste Ansätze, diese Initiativen untereinander zu vernetzen. Ein funktionierendes Netzwerk scheint aber noch nicht zu existieren.

Ein Netzwerk „Demenz“ sollte installiert werden, eventuell mit einer zentralen Koordinierungsstelle. Dieses Netzwerk dient dem gegenseitigen Erfah-

rungsaustausch, der Sammlung von Wissen, der Koordination der Angebote und auch der Fortbildung. Angehörige, die sich an die zentrale Koordinierungsstelle oder eine andere Stelle im Netzwerk wenden, können sicher sein, dass sie umfassend beraten und gegebenenfalls auch weiter vermittelt werden. Eine lange Suche der Angehörigen nach Orten, an denen sie Hilfe erhalten können, kann so vermieden werden.

Im Bereich Planung und Aufbau einer umfassenden gerontopsychiatrischen Versorgung besteht in Frankfurt am Main noch ein erheblicher Handlungsbedarf. Unsere entsprechende Empfehlung geben wir in Kapitel 8.3.

6. Palliative Versorgung und Hospizarbeit für ältere Menschen

2003 wird damit begonnen werden, Krankenhauskosten in DRGs, sozusagen nach Fallkostenpauschalen abzurechnen.¹ Eine Abrechnung nach Pflegetagen, d. h. nach der Verweildauer im Krankenhaus, wird dann in sehr vielen Fällen nicht mehr möglich sein. Damit steht zu befürchten, dass Krankenhäuser nicht mehr in der Lage sind, Patientinnen und Patienten noch etwas länger zu beherbergen, wenn die Behandlung des eigentlichen „Falles“ abgeschlossen ist. Ohne eine Abrechnung auf der Basis von Pflegetagen könnte es zu Entlassungen kommen, auch wenn der Tod des Patienten in kurzer Frist absehbar ist. Gesucht wird dann ein Ort, an dem Menschen in Ruhe und Frieden sterben können.

Eine Lösung dieser Frage ist die Einrichtung ambulanter Hospizdienste und eines stationären Hospizes, die ältere Menschen zu Hause betreuen oder stationär aufnehmen und in ihrem Sterben begleiten können.

Diese Zahl relativiert sich etwas, wenn nach deutscher und ausländischer Bevölkerung mit ihrem erheblich jüngeren Altersdurchschnitt³ unterschieden wird. Danach kommen unter der deutschen Bevölkerung 1,27 Sterbefälle auf 100 Einwohner, während es unter der ausländischen nur 0,18 Sterbefälle sind.⁴

Die Statistik der Todesursachen (Tabelle 6.1) kennt keinen „natürlichen“ Tod, sondern erfasst jeden Sterbefall unter einer als ursächlich angesehenen Krankheit, als Unfall oder Selbstmord. Tabelle 6.2

Tabelle 6.1 Ausgewählte Todesursachen in Frankfurt am Main 1999			
	insgesamt	männlich	weiblich
	in % aller Todesursachen		
Krankheiten des Kreislaufsystems (darunter auch Krankheiten des Herzens)	41,4	37,6	44,6
Krebs	25,5	27,6	23,7
Krankheiten des Verdauungssystems	5,8	6,4	5,2
Krankheiten des Atmungssystems	5,3	5,4	5,3
Verletzung, Vergiftung und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache	5,2	6,5	4,2
Unfall	1,8	1,7	1,8
Vorsätzliche Selbstbeschädigung	1,3	1,8	0,9

Quelle: Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2000, p 36. Diese Statistik erfasst für das Jahr 1999 insgesamt 6705 Sterbefälle, das sind alle Sterbefälle, die sich in Frankfurt ereignet haben, unabhängig davon, ob der Verstorbene mit Hauptwohnsitz in Frankfurt am Main gemeldet war.

zeigt die Altersverteilung der Sterbefälle in Frankfurt am Main.

6.1 Sterben in Frankfurt

Das Statistische Jahrbuch Frankfurt am Main 2000 weist für das Jahr 1999 bei einer Bevölkerungszahl (Personen mit Hauptwohnsitz in Frankfurt am Main) von 646.038 Personen 6.260 Sterbefälle nach.² Dies entspricht 0,96 Sterbefällen pro 100 Einwohnern.

1 Vgl. Kap. 3.1.2.2.

Die Zahlen in Tabelle 6.3 sagen zunächst nur wenig aus. Man kann auch im Krankenhaus einen guten Tod sterben, wenn man eine an ganzheitlichen Leitbildern orientierte Pflege erfährt und Angehörige

2 Stadt Frankfurt am Main: Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2000, pp 8, 35.

3 Vgl. Kap. 2, Grafiken 2.2 und 2.3.

4 Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2000, p 35.

Tabelle 6.2

Sterbefälle in Frankfurt am Main 1999 in den Altersgruppen

	insgesamt	in %
von 0 bis unter 65 Jahre	1396	21,5
von 65 bis unter 75 Jahre	1226	18,8
75 Jahre und älter	3882	59,7
Summe	6504	100,0

Quelle: Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2000, p 37. Diese Statistik erfasst für das Jahr 1999 insgesamt 6504 Sterbefälle. Es fehlen hier gegenüber der Statistik der Todesursachen die Sterbefälle aufgrund von Unfall oder Selbstmord.

um sich hat. Man kann auch zu Hause unter inhumanen Umständen sterben, wenn die Angehörigen überfordert sind und der ambulante Pflegedienst nur das Nötigste leistet. Sterben ist ein höchst individueller Prozess, der sich einer quantitativen Analyse weitgehend entzieht.

Sicher aber ist: Die meisten Menschen wollen zu Hause sterben. Und sicher ist auch: Den meisten Menschen wird dieser Wunsch nicht erfüllt. Der Schluss, der daraus zu ziehen ist: Dienste und Einrichtungen sind zu initiieren und zu fördern, die Menschen ein menschliches Sterben ermöglichen wollen – sei es zu Hause, sei es in besonderen, dafür gerüsteten Einrichtungen.

6.2 Hospizdienste und Palliativmedizin

Die Begriffe „Hospizdienst“ und „Hospiz“ bezeichnen in diesem Bericht sowohl ambulante Hospizinitiativen als auch stationäre Hospize. Die *Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospi-*

Tabelle 6.3

Sterbeorte in Frankfurt am Main 2000

	Sterbefälle Frankfurt insgesamt		Sterbefälle Standesamt Mitte	Sterbefälle Standesamt Höchst
Insgesamt	7.402	100 %	6.400	1.002
im Krankenhaus	4.589	62 %	63 %	56 %
in Pflegeheimen	597	8 %	9 %	--
in Privatwohnungen	2.216	30 %	28 %	44 %

Quelle: Marianne Rodenstein: „Sterben in der Großstadt am Beispiel Frankfurt am Mains“. Vortrag auf der Tagung „Sterben in der Großstadt“ am 1. März 2001 in Frankfurt am Main. Die Angabe, dass im Bereich des Standesamtes Höchst keine Menschen in Pflegeheimen starben, bedürfte einer näheren Prüfung.

zen und Palliativmedizin e. V. gibt in der Präambel zu ihrer Satzung eine Definition von Hospizdienst:⁵

1. Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen der sterbende Mensch und die ihm Nahestehenden. Sie benötigen gleichermaßen Aufmerksamkeit, Fürsorge und Wahrhaftigkeit. Die Hospizarbeit richtet sich bei ihrer Hilfe und ihrer Organisation nach den Bedürfnissen und Rechten der Sterbenden, ihrer Angehörigen und Freunde.
2. Die Hospizbewegung betrachtet das menschliche Leben von seinem Beginn bis zu seinem Tode als ein Ganzes. Sterben ist Leben – Leben vor dem Tod. Die Hospizarbeit zielt vor allem auf

5 www.hospiz.net/bag/prae.html.

Es sei betont, dass es sich nur um eine mögliche Definition von Hospizdienst handelt. Es gibt hier keine endgültige Festschreibung. Das Wesen des Hospizdienstes zeigt sich sowieso nur in der jeweiligen konkreten und ganz individuellen Umsetzung dieser Idee im Dienst am sterbenden Menschen.

Fürsorge und lindernde Hilfe, nicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Diese lebensbejahende Grundidee schließt aktive Sterbehilfe aus.

3. „Sterben zu Hause“ zu ermöglichen ist die vorrangige Zielperspektive der Hospizarbeit, die durch den teilstationären und stationären Bereich ergänzt wird, wenn eine palliative Versorgung zu Hause nicht zu leisten ist.
4. Das Hospiz in seinen vielfältigen Gestaltungsformen kann eigenständige Aufgaben im bestehenden Gesundheits- und Sozialsystem übernehmen und ggf. in enger Kooperation mit den bereits bestehenden Diensten eine kontinuierliche Versorgung sterbender Menschen gewährleisten.
5. Zur Hospizarbeit gehört als wesentlicher Bestandteil der Dienst Ehrenamtlicher. Sie sollen gut vorbereitet, befähigt und in regelmäßigen Treffen begleitet werden. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Teilnahme des Sterbenden und der ihm Nahestehenden am Leben des Gemeinwesens.
6. Professionelle Unterstützung geschieht durch ein multidisziplinäres Hospizteam von Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Ehrenamtlichen u. a. Für diese Tätigkeiten benötigen sie eine sorgfältige Aus-, Fort- und Weiterbildung, fortgesetzte Supervision und Freiräume für eine persönliche Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer.
7. Das multidisziplinäre Hospizteam verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der medizinischen, pflegerischen, sozialen und spirituellen Beeinflussung belastender Symptome, welche das Sterben begleiten können, z.B. in der Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle.
8. Zur Sterbebegleitung gehört im notwendigen Umfang auch die Trauerbegleitung.

6.2.1 Qualitätsmerkmale für Hospizdienste

Aus einem solchen Hospizkonzept, das in seinen Grundzügen wohl von sehr vielen geteilt werden dürfte, die auf einen Hospizdienst angewiesen sind oder sich in einem Hospizdienst engagieren wollen, lassen sich verschiedene Qualitätsmerkmale ableiten.⁶ Diese Merkmale dienen der Sicherung der Qualität der hospizlichen Arbeit, denn die Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase ist eine

sehr anspruchsvolle und belastende Arbeit, deren erfolgreiche Leistung an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist.

1. Qualitätsmerkmal:

„Der sterbende Mensch und seine Angehörigen sind die gemeinsamen Adressaten des Hospizes.“

Die Wichtigkeit der Einbeziehung der Angehörigen – und „Angehöriger“ ist hier in einem sehr weiten Sinn zu verstehen – folgt allein schon aus der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen im Hospiz. Menschsein hat eine wesentlich soziale Dimension, die beim sterbenden Menschen im Begriff des „Abschiednehmens“ gefasst wird. Sterben heißt auch „Abschied nehmen“, und Hospiz-Arbeit muss dafür Raum geben, dass der Patient und seine Angehörigen einander in Ruhe begegnen können.

Aber auch um der Angehörigen willen gehört deren Begleitung zu den Aufgaben eines Hospizes, das seinen Auftrag ernst nimmt. Die Phase des Sterbens des Patienten mitzuerleben ist für die Angehörigen sehr schmerzlich. Sie erleiden mit seinem Tod einen großen Verlust. Sie dürfen in ihrer Trauer nicht allein gelassen werden.

2. Qualitätsmerkmal:

„Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt.“

Dieses Team umfasst:

- Arzt
- Pflegekraft
- Sozialarbeiter
- Psychologe
- Seelsorger.

Hospizliche Arbeit braucht eine umfassende Palette von Qualifikationen, die durch verschiedene Fachleute eingebracht werden. (Dies muss nicht in jedem Fall über Voll- oder Teilzeitstellen geschehen, sondern kann auch auf der Basis von Konsiliarverträgen o.Ä. geleistet werden.)

Die fachliche Qualifikation allein aber ist nicht ausreichend. Es muss zu einer wirklichen Zusammenarbeit

6 Vgl. Student, Johann-Christoph (Hg.): Das Hospiz-Buch. Freiburg: Lambertus, 4. Aufl. 1999, pp 24.

im Team kommen, die von der Akzeptanz der unterschiedlichen Kompetenzen der verschiedenen Team-Mitglieder geprägt ist. Jedes Mitglied hat aufgrund seiner Fachlichkeit einen besonderen Zugang zum Patienten, während ihm andere eher verschlossen bleiben. Nur gemeinsam gelingt es dem Team, den Patienten in seiner Befindlichkeit und mit seinen eigenen Bedürfnissen – einigermaßen – vollständig zu erfassen, um ihm die notwendige Begleitung und Pflege anbieten zu können.

3. Qualitätsmerkmal:
„Freiwillige Helferinnen und Helfer werden in die Arbeit des Hospizes einbezogen.“

„Freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Laien also, sind ein entscheidender Bestandteil des Hospizes. Sie sollen nicht etwa als „Lückenbüßer“ dort einspringen, wo es an Hauptamtlichen mangelt, sondern sie haben ganz eigenständige Aufgaben. Sie repräsentieren gewissermaßen das Element der „Normalität“ im Hospiz. Sie tun ganz Alltägliches. Aber es geschieht im Angesicht des Todes.“⁷

Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer im Hospiz werden auch gerne als „Fachleute für Normalität“ bezeichnet. Aber weder diese Bezeichnung noch die oben zitierte Charakterisierung trifft den Kern der ehrenamtlichen Tätigkeit im Hospiz. Beide Beschreibungen sind eher negativ gedacht – vom Bild des Fachmannes, der Fachfrau her. Im Vergleich mit diesen fehlt den Ehrenamtlichen eine besondere Qualifikation. Der Versuch, hier die besondere Qualifikation des Normalen einzuführen, scheitert schon im Ansatz. Die Blickrichtung ist falsch.

Im Hospiz begegnet der Mensch, der helfen will und kann, dem Menschen, der Hilfe braucht – und zwar in einer Situation, in der er durch die unausweichliche Konfrontation mit dem Tod ganz radikal auf sein Menschsein zurückgeworfen ist. In der Anwesenheit des Anderen ist er nicht allein gelassen mit dieser Konfrontation. Diesen Trost zu spenden, dass der soziale Tod nicht vor dem natürlichen Tod eintritt, ist Aufgabe des Hospizhelfers. Er erfüllt diese Aufgabe nicht, indem er irgendwelche besonderen Handlungen vollziehen würde, sondern mit seiner ganz normalen und alltäglichen Anwesenheit. Der ganz nor-

male Umgang des Menschen mit dem Anderen hat schon eine lindernde Wirkung.⁸

Und hier sind die Ehrenamtlichen im Hospiz im Vorteil gegenüber den Fachleuten. Fachleute haben eine bestimmte Funktion, in der sie dem Patienten gegenüber stehen. Auch wenn die Ausübung dieser Funktion lebensnotwendig für den Patienten ist, können diese Funktion und die Zwänge, die mit ihr einhergehen, doch den Menschen hinter dem Fachmann verdecken – und damit ist ihm nur „halb“ geholfen. Ehrenamtliche unterliegen dieser Gefahr nicht. Sie sind immer „nur“ als Mensch da, und als solche werden sie gebraucht.

Diese Charakterisierung der besonderen und unabdingbaren Aufgabe der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer im Hospiz ist sehr pointiert. Es gibt auch viele „menschliche“ Fachleute im Hospiz und es kann auch höchst unmenschliche Ehrenamtliche geben. Wichtig aber ist: Ein Hospiz ohne Ehrenamtliche ist kein Hospiz – und ein Hospiz ohne Fachleute ist inkompetent.

4. Qualitätsmerkmal:
„Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der palliativen Therapie.“

Eine Fachkompetenz wird hier gesondert herausgestellt, denn der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen hat bei schwerstkranken Menschen sehr häufig seinen Grund in den unerträglichen Schmerzen, die sie erleiden müssen. Die palliative Medizin verfügt aber über genügend Mittel, die Schmerzen in den allermeisten Fällen zu nehmen oder zumindest erträglich zu machen. Deutsche Ärzte stehen solchen Mitteln nicht sonderlich abgeschlossen gegenüber. Umso wichtiger ist es, dass Menschen im Hospiz eine angemessene und umfassende Schmerztherapie und Symptomkontrolle erhalten.

Schmerzfreiheit ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass ein Mensch sich überhaupt mit seinem nahenden Tod auseinandersetzen kann.

7 A.a.O., p 25. Der Schluss von Freiwilligkeit auf Laienhaftigkeit ist natürlich falsch. Professionalität ist nicht an Bezahlung gebunden.

8 In der Terminologie der Zeit, aus der der Begriff „Hospiz“ stammt, könnte man auch einfacher und treffender sagen: Der Helfer im Hospiz übt Barmherzigkeit gegenüber dem Menschen, der in Not ist.

5. Qualitätsmerkmal:
„Hospize gewährleisten Kontinuität der Betreuung.“

Die Einsatzbereitschaft des Hospizdienstes muss rund um die Uhr gewährleistet sein. Patienten und Angehörige müssen sich sicher sein können, dass sie – wann immer auch die Krise eintritt – zu jeder Zeit kompetente Hilfe durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Dienstes erhalten können.

Kontinuität der Betreuung heißt auch, dass die Angehörigen auch über den Tod des Patienten hinaus die Unterstützung des Hospizdienstes in Anspruch nehmen können.

Die vollständige Erfüllung dieser fünf Qualitätsmerkmale wird für viele Dienste – insbesondere für aus ehrenamtlichem Engagement heraus erwachsende ambulante Hospizinitiativen in ihrer Aufbauphase – eine zu hohe Hürde sein. Es bietet sich an, die Minimalanforderungen an einen Hospizdienst in drei Punkten zusammenzufassen.⁹

1. Es muss ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst gewährleistet sein.
2. Das Team der Helferinnen und Helfer muss über gute Kenntnisse, Erfahrungen und Möglichkeiten der Symptomkontrolle (insbesondere der Schmerztherapie) verfügen.
3. Für die Familie müssen ausreichend Entlastungsangebote bereitstehen.

Diese Leistungen müssen nicht alle durch den Hospizdienst direkt erbracht werden. Dies kann auch durch Kooperationsabkommen mit Ärzten, Pflege- und sozialen Diensten abgesichert werden.

6.2.2 Zielgruppen hospizlicher Arbeit

Hospizdienste brauchen Kriterien für die Aufnahme von Menschen. Mit diesen Kriterien wird sichergestellt, dass sich der Dienst nur der Menschen annimmt, für die er seiner Konzeption und seiner Leistungsfähigkeit nach bestimmt ist. Das Kriterium der absehbaren Nähe des Todes erlaubt es z.B. nicht, Menschen aufzunehmen, die an einem langen, langsam zum Tode führenden Siechtum leiden. So hart das für den einzelnen Betroffenen sein wird, so müssen

9 A.a.O., p 45.

doch die Hospizdienste darauf achten, dass sie sich selbst nicht überfordern.

In der Praxis haben sich die folgenden Kriterien bewährt, die alle erfüllt sein müssen.¹⁰

1. Der betroffene Mensch leidet an einer dieser Krankheiten:
 - Krebserkrankungen mit Tochtergeschwülsten, die trotz Therapie fortgeschritten sind
 - Vollbild von AIDS
 - Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen
 - Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.
2. Eine konkrete, individuelle Todesursache ist absehbar (z.B. Nierenversagen, Versagen der Atmung, Herzversagen, nicht mehr beherrschbare Blutvergiftung o.Ä.).
3. Der Patient und die Familie sind über die Art der Krankheit und über die Prognose aufgeklärt.
4. Der Betroffene und seine Familie kennen und billigen das vom Hospiz vertretene Prinzip der palliativen Pflege und Therapie. Sie wünschen keine eingreifenden Untersuchungen und Therapien mehr, sondern möchten, dass sich die weitere Behandlung auf eine Linderung der Beschwerden konzentriert.

Im Fall einer ambulanten Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase kommt als weiteres Kriterium hinzu, dass eine Bezugsperson des Sterbenden verantwortlich die Sorge für ihn übernehmen kann. Die Räumlichkeiten in der Wohnung des Sterbenden müssen die Pflege zulassen.

Die Angabe von Diagnose-Listen – eine solche Liste findet sich auch in der Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung – ist m.E. nicht ganz unproblematisch. Auf der einen Seite ist sie aus Gründen der Finanzierung und der Kapazitätsgrenzen notwendig, um den Kreis der Anspruchsberechtigten einzugrenzen. Auf der anderen Seite wird dadurch aber auch vielen Menschen der Zugang zu hospizlichen Leistungen verwehrt, die einfach „nur“ im Sterben liegen und aufgrund des fehlenden sozialen Umfelds dringend eine Begleitung brauchen. Die medizinische Indikation ist nach den o.g.

10 Vgl. a.a.O., p 28; Bausewein, Claudia/Roller, Susanne/Voltz, Raymond (Hg.): Leitfaden Palliativmedizin. München: Urban & Fischer, 2000, p 28.

Kriterien eine notwendige Bedingung für die Aufnahme ins Hospiz. Eine soziale Indikation allein reicht nicht.

Wenn es aber darum geht, die Krankenhauseinweisung für die letzten Tage zu vermeiden, die nicht aus medizinischen Gründen vorgenommen wird, sondern nur „weil es zu Hause nicht mehr geht“, dann muss über eine soziale Indikation als hinreichende Bedingung für die Inanspruchnahme hospizlicher Leistungen nachgedacht werden. Mit der Grundidee des Hospizes, dass Menschen anderen Menschen in der letzten Phase ihres Lebens Beistand leisten, damit sie einen menschlichen Tod sterben können, ist eine soziale Indikation verträglich. Die Problematik liegt eher in den Kapazitäten, die für eine solche Ausweitung geschaffen werden müssen, und in der Finanzierung dieser Kapazitäten. Die bisherigen und die zu erwartenden Regeln für die Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize sehen eine solche Finanzierung nicht vor. Ein genuines Feld kommunaler Gestaltung wäre hier die Förderung von Gruppen und Einrichtungen, die Bürgerinnen und Bürgern der Stadt in der letzten Phase ihres Lebens beistehen.

6.2.3 Palliativmedizin

Palliative Medizin unterscheidet sich in ihrer konzeptionellen Ausrichtung und in ihren konkreten Behandlungszielen von der kurativen Medizin. Kurative Medizin ist die „normale“ Medizin mit ihren Zielen der Heilung des Patienten, der Erhaltung und Verlängerung seines Lebens. Der Tod des Patienten muss so lange wie möglich hinausgezögert werden. Er gilt in manchen Bereichen immer noch als Versagen der ärztlichen Kunst.

In der Palliativmedizin geht es vor allem um die Linderung von Leiden. Die Zeit des Sterbens wird als wichtige Zeit des Lebens gesehen und weder hinausgezögert noch verkürzt. Die Behandlung von krankheitsbedingten Beschwerden und das Wohlbefinden des Patienten in allen Bereichen (physisch, psychisch, sozial und spirituell) stehen im Mittelpunkt. Ziel ist die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen. Die Angehörigen werden immer mitbetreut.¹¹

11 Vgl. a.a.O., pp 2ff.

Das Konzept der Palliativmedizin gilt für Menschen mit jeder Erkrankung, die progredient und irreversibel zum Tode führt und bei der die zu erwartende Lebenszeit relativ kurz (weniger als ein Jahr, zum Teil auch weniger als sechs Monate) ist. Das Angebot umfasst Symptomkontrolle, Rehabilitation, Betreuung in der Terminalphase, Beratung und Unterstützung der Familie, Betreuung zu Hause, im Tageshospiz oder im stationären Bereich, Begleitung in der Trauerphase. Aktive Sterbehilfe wird abgelehnt.

In der Palliativmedizin wird wie im Hospizdienst mit einem interdisziplinären Team aus

- Arzt
- Pflegekraft
- Sozialarbeiter
- Seelsorger
- Musik-, Kunst-, Körper-, Atem-Therapeuten u.a.
- Krankengymnasten
- Psychologen
- Diätassistenten
- ehrenamtlichen Hospizhelfern

gearbeitet. Auch hier geht es nicht um Multidisziplinarität (alle nebeneinander) sondern um eine interdisziplinäre (alle miteinander) Betreuung, in der die unterschiedlichen Fähigkeiten und Kenntnisse der Team-Mitglieder optimal für den Patienten eingesetzt werden.

Die Kriterien der Aufnahme von Patienten in eine Palliativstation sind dieselben wie die Aufnahmekriterien für ein Hospiz. Der Unterschied liegt in der Schwere der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit. Palliativstationen bieten eine ständige ärztliche Betreuung, die stationäre Hospize, die in der Regel mit niedergelassenen Ärzten zusammen arbeiten, nicht leisten können.

Palliativstationen sind eigenständige Krankenhäuser oder in Krankenhäuser eingegliedert. Aufnahmekriterium ist deshalb die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Patienten. Die Notwendigkeit der Behandlung liegt vor, wenn der Krankheitsverlauf bis zum Tode eine ständige ärztliche Betreuung erforderlich macht. Die Aufnahme ist auch dann notwendig, wenn nur mit den ärztlichen und medizintechnischen Mitteln eines Krankenhauses Symptomkontrolle und Schmerzbekämpfung erfolgreich eingestellt werden können. Gelingt die Symptomkontrolle, muss der Patient wieder nach Hause, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in ein Hospiz

entlassen werden. Ständig entgleisende Symptome sind ein Grund für das Verbleiben auf der Palliativstation.

Aus der Sicht des Patienten und seiner Angehörigen liegt der Unterschied zwischen Palliativstation und stationärem Hospiz in der Gewichtung der ärztlichen Maßnahmen gegenüber der Pflege. Wird ständige ärztliche Betreuung gebraucht, ist die Aufnahme in eine Palliativstation anzustreben. Dominiert hingegen der Pflegeaspekt und genügt die medizinische Betreuung durch einen niedergelassenen Arzt, dann sollte ein Hospizdienst in Anspruch genommen werden. Palliativstationen müssen entlassen, wenn die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht mehr vorliegt. Für Hospize gibt es ein solches Entlassungskriterium nicht.

Aus der Sicht der Kostenträger ist die Unterscheidung klar: Palliativstationen sind Krankenhäuser, deren Leistungen nach den Bedingungen des SGB V abgerechnet werden. Stationäre Hospize sind in erster Linie Pflegeeinrichtungen, deren Leistungen nach SGB XI vergütet werden, auch wenn es einen Zuschuss nach § 39a SGB V gibt. Aber obwohl die Leistungen des SGB V nicht gedeckelt sind, sind auch Palliativstationen auf ehrenamtliches Engagement und Spenden angewiesen, wenn sie ihre Aufgaben umfassend erfüllen können sollen. Ob auch bei der Abrechnung palliativ-medizinischer Leistungen das DRG-System zur Anwendung kommen wird, kann zurzeit noch nicht gesagt werden.

6.3 Hospizdienste und Palliativmedizin in Frankfurt

6.3.1 Christlicher AIDS-Hilfsdienst e.V.

Der Christliche AIDS-Hilfsdienst e.V. (CAH)¹² wurde 1990 als selbständiger Verein gegründet. Am 1. April 1991 nahm er als ambulanter Hospizdienst seine Arbeit auf.¹³ Der CAH bietet von HIV und AIDS betroffenen Menschen Hilfe durch Beratung, Betreu-

ung, Pflege, Aufklärung und seelsorgerliche Gespräche an. Der CAH arbeitet mit hauptamtlichen und geschulten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Hinzu kommen Zivildienstleistende, Frauen im Freiwilligen Sozialen Jahr und Praktikantinnen und Praktikanten.¹⁴

Der CAH verfügt über kein stationäres Hospiz. Die Patientinnen und Patienten werden zu Hause betreut. In einigen Fällen werden auch Patienten, die in einem stationären Hospiz in Frankfurt Aufnahme gefunden haben, durch den CAH besucht. Zusätzlich bietet der CAH ein betreutes Einzelwohnen für HIV-infizierte und an AIDS erkrankte Menschen an. Der CAH ist als Träger vom Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) anerkannt. Der LWV übernimmt die Kosten der psychosozialen Betreuung.

In den zehn Jahren seines Bestehens wurden 88 Patienten vom CAH betreut. Die Zeitspanne der Betreuung reicht von 2 Tagen bis über 3 Jahre. Die große Mehrzahl aller Betreuungen aber dauert nicht länger als 3 Monate.

Bis 1995 dominierte die Pflege gegenüber der hauswirtschaftlichen Versorgung und der psychosozialen Begleitung. Ab 1996 gingen die Pflegeleistungen erheblich zurück. Dies ist zum einen auf die Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen, die durch das Pflegegeld die Lage pflegender Angehöriger erheblich verbesserte. Der zweite Grund für den Rückgang liegt in der Wirksamkeit der seit dieser Zeit zum Einsatz kommenden Mehrfach-Kombinations-Therapien, die die Lebensdauer HIV-infizierter und die Lebensqualität an AIDS erkrankter Patienten erheblich verbessert haben. Der Aufgabenschwerpunkt des CAH verschob sich in dieser Zeit hin zur hauswirtschaftlichen Versorgung und diakonischen Begleitung, zur Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit sowie zu anderen Feldern der sozialen Arbeit. Seit 1999 gibt es wieder einen leichten, aber stetigen Anstieg der Patienten, wobei hier der Anteil der Patienten, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert haben, erheblich wächst.¹⁵

Der Verein finanziert sich überwiegend aus Spenden. Der Jahresetat liegt zwischen 500.000 und 600.000 DM, davon sind nur ca. 8% über die Erstattung von

12 Postfach 600125, 60331 Frankfurt.

13 Alle Angaben zum CAH sind der „Festschrift zum 10-jährigen Bestehen des Christlichen AIDS-Hilfsdienstes e.V.“, Frankfurt, 2001 entnommen.

14 CAH: Festschrift, p 66.

15 A.a.O., pp 24-28.

Leistungen durch Sozialamt, Pflegekassen und LWV gedeckt.¹⁶

Die Arbeit des CAH ist sehr stark durch seine christliche Grundhaltung motiviert. Dementsprechend hoch ist der Stellenwert der sozial-diakonischen Betreuung der Patientinnen und Patienten, die nicht erstattungsfähig ist.

6.3.2 „da sein“ – Lebensbegleitung bis zum Tode

Seit 1990 gibt es am Institut für Sozialarbeit e.V. die Initiative „da sein“ als ambulantes Begleitangebot in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Dieses Projekt begann als ein reiner Sitzwachendienst für sterbende Menschen in den letzten Tagen vor ihrem Tod, entwickelte sich dann aber fort zu einer Lebensbegleitung für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, die keine oder nur sehr wenige Kontakte zu Menschen außerhalb des Heimes haben.

„da sein“ ist keine Hospizgruppe im engeren Sinne.

- „da sein“ wendet sich nur an Menschen, die in Heimen der stationären Altenhilfe leben.
- „da sein“ will Menschen helfen, die aufgrund fehlender Kontakte nach „draußen“ im Heim zu vereinsamen drohen. Zur kontinuierlichen Begleitung dieser Menschen gehört es dann aber auch, dass diese Begleitung in der letzten Phase des Lebens nicht abbricht, sondern auch im Sterben versucht, Beistand zu geben.
- Aufgrund der Zielgruppe von „da sein“ – Menschen ohne soziales Netzwerk – gibt es keine Betreuung von Angehörigen in der Arbeit der Initiative.
- Die pflegerische und medizinische Versorgung der Menschen, die durch „da sein“ betreut werden, wird durch das Heim gewährleistet, in dem sie leben.

„da sein“ wird dennoch hier unter den Hospizgruppen in Frankfurt aufgeführt, weil Sterbebegleitung ein integrativer und wesentlicher Bestandteil der Arbeit des Projektes ist.

Die Konzeption von „da sein“ kann kurz so skizziert werden.¹⁷

- Begleitung in Institutionen der stationären Altenhilfe
- Begleitung von Menschen, die keine Angehörigen oder Freunde mehr haben, welche diese Aufgabe übernehmen können
- ehrenamtliche Arbeit als Ergänzung zu den professionellen Kräften im Altenpflegeheim
- Das Wie der Lebensbegleitung wird von den Menschen geleitet, die in der letzten Lebensphase sind, und nicht von den Begleitenden.
- Die Gruppe ist unter einem von den Altenpflegeheimen unabhängigen Dach angesiedelt und erhält dort Unterstützung in der ehrenamtlichen Arbeit.

Seit 1997 wird „da sein“ von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung gefördert. Diese Förderung erlaubt die Beschäftigung einer hauptamtlichen Leiterin des Projektes. Ihre Aufgabe ist die Schulung und fachliche Begleitung der Ehrenamtlichen, die Organisation von Weiterbildung und Supervision und die Abstimmung der Bedingungen des Einsatzes mit den Pflegeheimen.

Zurzeit (Sommer 2001) sind ca. 55 Ehrenamtliche für „da sein“ tätig. Sie begleiten jeweils einen Bewohner bzw. eine Bewohnerin eines Heimes, wobei einige Ehrenamtliche neben ihrer offiziellen Begleitung auch noch einen anderen Menschen im Heim besuchen. Die Zahl der Begleitungen entspricht so mindestens der Zahl der Ehrenamtlichen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Projekt kommen aus allen Altersgruppen, wobei der Schwerpunkt auf den 51- bis 60-Jährigen liegt.¹⁸ Der Anteil der Männer lag 1999 bei 16%, Tendenz steigend.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Projekt verpflichten sich zu mindestens einem Besuch pro Woche von einer Stunde Dauer. Diese

17 Sipreck, Julia: da sein – Lebensbegleitung bis zum Tode in Einrichtungen der Altenhilfe. Frankfurt am Main: Gemeinnützige Hertie-Stiftung, 2000, p 20. Wir danken Herrn Berner, dem Geschäftsführer des Instituts für Sozialarbeit, und Frau Sipreck, der Projektleiterin, für die ausführlichen Informationen über „da sein“, auf denen – zusammen mit der o.g. Veröffentlichung – diese Darstellung beruht.

18 Die Statistik für das Jahr 1999 weist folgende Altersverteilung aus: 20-20 Jahre: 1 Person, 31-40: 6, 41-50: 4, 51-60: 24, 61-70: 9, über 70: 6. Vgl. Sipreck, a.a.O.

16 A.a.O., p 49.

Mindestforderung wird aber in den meisten Fällen weit überschritten, sei es, dass der Besuch einen ganzen Nachmittag dauert, sei es, dass der Ehrenamtliche mehrmals in der Woche bei der begleiteten Person vorbei schaut.

Aufgabe der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist definitiv die Begleitung und nicht die Pflege der begleiteten Heimbewohner. Die Ehrenamtlichen verrichten keine pflegerischen Arbeiten. Es gibt so keine Konkurrenz zu den hauptamtlichen Pflegekräften im Heim.

Zehn Pflegeheime in Frankfurt sind Kooperationspartner im Projekt „da sein“: St.-Josefs-Haus, Haus Aja Textor-Goethe, Altenzentrum Santa Teresa, Bürgermeister-Menzer-Haus, Justina-von-Cronstetten-Stift, Versorgungshaus und Wiesenhüttenstift, Henry und Emman Budge-Stiftung, Altenzentrum der Jüdischen Gemeinde, Marthahaus, Sozial- und Rehasentrum West. Da das Wiesenhüttenstift der erste und für längere Zeit auch der einzige Kooperationspartner im Projekt war, arbeiten dort auch die meisten Ehrenamtlichen. Es folgen das Haus Aja Textor-Goethe und das Altenzentrum der Jüdischen Gemeinde, die aufgrund ihrer anthroposophischen Ausrichtung bzw. der Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der deutschen Vergangenheit ausgewählt werden.

Findet die eigentliche ehrenamtliche Tätigkeit im Pflegeheim statt, so bildet die Gruppe der Ehrenamtlichen im Institut für Sozialarbeit den Ort der „Begleitung der Begleiter“. Hier erfahren die Ehrenamtlichen Unterstützung bei fachlichen wie auch bei emotionalen Problemen, hier können sie an einer monatlich stattfindenden Supervision teilnehmen und erhalten die notwendigen Schulungen und Fortbildungen.

Vor seinem ersten Einsatz muss jeder Ehrenamtliche ein Einführungsseminar durchlaufen. Dieses ist eine zweiteilige Grund- und Aufbauveranstaltung mit drei bis vier Wochen Pause zwischen den beiden Blöcken. Inhalte des Seminars sind die Vermittlung von theoretischem Wissen, das Ausprobieren und Erlernen von neuen Verhaltensweisen sowie die Beleuchtung der affektiv-sozialen Aspekte von Sterben und Sterbebegleitung.¹⁹ Die im Einführungsseminar erworbenen Kenntnisse werden in verschiedenen Fort-

bildungsveranstaltungen, die mehrmals im Jahr angeboten werden, vertieft.

Für das Jahr 2002 ist in enger Zusammenarbeit mit dem Ev. Hospital für palliative Medizin eine Erweiterung des Projektes „da sein“ um eine Hospizgruppe geplant. Für den Aufbau dieser Gruppe hat die Gemeinnützige Hertie-Stiftung ihre Unterstützung zugesagt.

6.3.3 Eschenbachhaus

Die „Betreute Wohngemeinschaft Eschenbachhaus“²⁰ ist eine Wohngemeinschaft für HIV-infizierte Drogenabhängige.²¹ Sie wurde 1996 eröffnet und verfügt über 18 Wohnplätze. Dazu gehört eine Pflegeetage mit 6 Plätzen, auf der auch schwerkranke Bewohner gepflegt und versorgt werden können. Die Pflege wird ambulant durch ein Team des Malteserhilfsdienstes (MHD) geleistet.

Das Angebot des Eschenbachhauses richtet sich an substituierte Drogenabhängige mit einer fortgeschrittenen HIV-Infektion oder einer manifesten AIDS-Erkrankung. Eine gleichzeitig vorliegende psychiatrische Erkrankung ist kein Aufnahmehindernis. Kostenträger des Aufenthaltes im Eschenbachhaus ist der örtliche Sozialhilfeträger. Die Aufnahme erfolgt nach Zustimmung des Kostenträgers auf der Basis des § 39 BSHG im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe.

Im Jahr 2000 wurden insgesamt 28 Personen im Eschenbachhaus betreut, 14 Frauen und 14 Männer. Das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner lag am 31.12.2000 bei 38,8 Jahren.²² Dabei ist zu beobachten, dass seit 1996 das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner

20 Eschenbachstr. 29, 60596 Frankfurt, Tel. 069-63152030. Träger ist der Suchthilfeverbund „Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.“, Corneliusstr. 15, 60325 Frankfurt, Tel. 069-74348061.

21 Alle Informationen zum Eschenbachhaus sind dem Jahresbericht 2000 des Eschenbachhauses – zum Teil wörtlich – entnommen.

22 Eschenbachhaus: Jahresbericht 2000, p 14. Es handelt sich hier um die Altersverteilung der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Drogengebrauch – in den allermeisten Fällen mit Methadon – substituiert wird. Da aber von 28 Bewohner 27 substituiert werden, spielt dies für die Statistik keine wesentliche Rolle.

19 A.a.O., p. 36.

jedes Jahr im Schnitt um ein Jahr steigt, was auf eine geringe Fluktuationsrate und eine gute Wirksamkeit der antiretroviralen Therapien hinweisen könnte. Im Jahr 2000 haben 10 Bewohnerinnen oder Bewohner das Eschenbachhaus verlassen, davon eine durch Umzug in eine eigene Wohnung (der Kontakt zum Eschenbachhaus bleibt aber gewahrt) und zwei aufgrund disziplinarischer Maßnahmen. Sieben Bewohnerinnen oder Bewohner sind verstorben.

Die Erfolge der antiretroviralen Therapie führten auch im Eschenbachhaus zu einer Veränderung der Pflegesituation. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Eschenbachhauses stabilisierten sich in körperlicher und psychosozialer Hinsicht, wurden aber aufgrund hirnorganischer Prozesse zunehmend demenz.²³ Die Kernproblematik der Pflege war im Jahr 2000 weniger das akute oder schnelle Sterben, sondern eher schleichende Krankheitsverläufe mit allmählicher Chronifizierung sowie neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder. Diese äußern sich in

- einer fortschreitenden Demenz
- einer zunehmenden Immobilität
- einer zum Teil erheblichen paranoiden Wahrnehmung von Wirklichkeit
- einer Antriebs- und Beschäftigungslosigkeit mit Hospitalisierungstendenzen

der pflegebedürftigen Bewohner des Eschenbachhauses.

Die Leistungen der ambulanten Pflege im Eschenbachhaus werden rund um die Uhr erbracht. Sie umfassen:

- Grund- und Behandlungspflege
- hauswirtschaftliche Versorgung
- Beaufsichtigung
- Nachtwache
- Mithilfe bei der Substitution
- psychosoziale Begleitung
- emotionale Unterstützung
- Krisenintervention
- Akupunktur
- Sterbebegleitung.

Aufgrund der Dominanz körperlich bedingter Pflegebedürftigkeit im SGB XI und der Verschiebung der Krankheitsbilder der Bewohnerinnen und Bewohner des Eschenbachhauses in Richtung psychiatrischer

23 A.a.O., p 10.

Erkrankungen gelingt es nicht mehr, die Vorhaltung der Pflege über Leistungen nach SGB XI oder Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V zu finanzieren.²⁴ Um die notwendige Präsenz des Pflegepersonals gewährleisten zu können, ist das Eschenbachhaus zunehmend auf Sponsoren und Spenden angewiesen.²⁵

Das Eschenbachhaus ist eine Einrichtung zur Begleitung von Menschen, deren Leben in hohem Maße gefährdet ist: durch AIDS, durch Sucht, durch psychiatrische Erkrankungen. Das Eschenbachhaus will diesen Menschen einen Ort zum Leben bieten, an dem sie – auch – sterben können. Die Begleitung des Sterbens ist eine unter den Aufgaben des Eschenbachhauses, die vom Umfang her – nicht von der Wertigkeit her – nur eine geringere Rolle spielt.

6.3.4 Evangelisches Hospital für palliative Medizin

Das Evangelische Hospital für palliative Medizin²⁶ ist ein Krankenhaus mit 20 Betten, das sich ausschließlich der palliativen Betreuung – Schmerzlinderung, Symptomkontrolle, psychosoziale Begleitung – schwerstkranker Patienten widmet. Der größte Teil

24 A.a.O., pp 4, 10.

25 Möglicherweise könnte zur Finanzierung der betreuerischen Arbeit im Eschenbachhaus auch der § 37a SGB V (Soziotherapie) herangezogen werden. „Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 31a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen.“ (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Abschn. 1.) Mögliche Leistungen im Rahmen einer Soziotherapie sind: Motivationsrelevantes Training, Training zur handlungsrelevanten Willensbildung, Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, Hilfe in Krisensituationen (vgl. Soziotherapie-Richtlinien, Abschn. 14.1-14.4).

26 Rechnergrabenstr. 12, 60311 Frankfurt, Tel. 069-299879-0. Wir danken Herrn Dr. Elsner für ein ausführliches Gespräch.

Tabelle 6.4

Patienten im Ev. Hospital für palliative Medizin

	2000		1999		Veränderung	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Gesamtzahl	309	100	271	100	38	14
verstorben	221	71,5	206	76,0	15	7,3
Entlassungen nach Hause	62	20,1	34	12,5	28	82,4
Entlassung auf eigenen Wunsch	3	1,0				
Heimverlegung	17	5,5	24	8,9	-7	-29,2
Verlegung in andere Krankenhäuser	6	1,9	7	2,6	-1	-14,3

Quelle: Sozialdienststatistik 2000 des Ev. Hospitals für palliative Medizin

der aufgenommenen Patienten leidet an Krebs oder AIDS.²⁷

Das Krankenhaus hat einen Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V. Die Kosten der Behandlung werden durch die Krankenkassen übernommen. Voraussetzung für die Aufnahme ist Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Die Einweisung erfolgt über andere Krankenhäuser oder über den Hausarzt. Das Hospital ist dementsprechend keine Langzeitpflegeeinrichtung.

Unter den Patienten des Jahres 2000 gab es 26 Patienten, die zweimal zur Behandlung aufgenommen wurden, 8 Patienten davon wurden ein drittes Mal aufgenommen.

Die Patientenzahlen für das Jahr 2001 liegen bisher geringfügig unter den Zahlen für das Jahr 2000. Die Auslastung des Ev. Hospitals stellt sich so dar, dass nur in wenigen Zeiträumen eine Warteliste geführt werden muss.

Wie wichtig und umfangreich im Rahmen einer palliativen Versorgung

Tabelle 6.5

Ausgewählte Leistungen des Sozialdienstes des Ev. Hospitals im Jahr 2000

Patientengespräche	590
Gespräche mit Familienangehörigen	205
Telefonische Beratung (entlassene Patienten, Angehörige entlassener Patienten, Aufnahmeberatung)	137
Sicherung der Nachsorge bei Entlassung nach Hause (Vermittlung ambulanter häuslicher Pflege, hauswirtschaftlicher Hilfe, Essen auf Rädern, Hilfsmittel, Hausnotruf)	148
Beratungen bei Entlassungen nach Hause	62
Heimunterbringung (Antragstellung, Vorbereitung der Verlegung)	39
Hilfe bei Ansprüchen nach SGB XI	82
Hilfe bei Ansprüchen nach BSHG	28
Hilfe bei Ansprüchen nach SchwbG	9
Kontakte zu Sozialdiensten	126
Kontakte zu ambulanten Pflegediensten	141
Kontakte zu Beratungsstellen (BuV-Stellen, Krankenkassen, Pflegekassen)	69
Kontakte zu Pflegeheimen	87
Kontakte zu Ämtern	31

Quelle: Sozialdienststatistik 2000 des Ev. Hospitals für palliative Medizin

27 Die folgenden Daten sind der Sozialdienststatistik 2000 des Ev. Hospitals entnommen, die uns freundlicherweise von Frau Northmann zur Verfügung gestellt wurde.

die psychosoziale Begleitung und Betreuung ist, zeigt die Statistik des Sozialdienstes des Ev. Hospitals.

Diese Statistik zeigt deutlich, dass es erheblicher Anstrengungen bedarf, um schwerstkranken und in höchstem Maße pflegebedürftigen Menschen ein Leben zuhause zu ermöglichen. Diese Menschen brauchen Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen nach dem Sozialrecht und bei der Organisation der Pflege und Hilfen, die für eine möglichst optimale Versorgung in der eigenen Häuslichkeit notwendig sind. Diese Statistik zeigt auch, dass der Sozialdienst des Ev. Hospitals diese Aufgaben nur in engem Kontakt zu Ämtern, Sozialdiensten und Beratungsstellen erfüllen kann. Die Betreuung und pflegerische Versorgung schwerstkranker Menschen zuhause kann – zurzeit – nicht von einer einzigen Stelle aus geleistet werden, sondern bedarf einer guten Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste.

6.3.5 Franziskushaus

Das Franziskushaus²⁸ wurde 1992 gegründet, um Menschen im Finalstadium von AIDS durch eine angemessene pflegerische Versorgung ein humanes Sterben zu ermöglichen.²⁹ Aufgrund der Verbesserung der medikamentösen HIV-Therapie ist die Lebenserwartung HIV-infizierter Menschen erheblich gestiegen. Auch bei Menschen, die bereits an AIDS erkrankt sind, kann der Zustand stabilisiert werden. Diese Veränderung fand ihren Niederschlag in der Konzeption des Franziskushauses, dessen Schwerpunkt sich seit 1998 von einer Hospizeinrichtung zu einer Wohn- und Pflegeeinrichtung verschob. Dementsprechend steht jetzt nicht mehr die Begleitung von Menschen in der letzten Phase ihres Lebens im Mittelpunkt der Arbeit, sondern Krankenpflege, Sozial- und Ergotherapie.

Zielgruppe des Franziskushauses sind Menschen, die aufgrund einer AIDS-Erkrankung und eventuell darüber hinaus bestehender Beeinträchtigungen – z.B. psychische Komorbidität oder Suchterkrankung – nicht mehr zu einer eigenständigen Lebensführung in der Lage sind und stationärer Pflege bedürften. Die Bedeutung dieser Komorbiditäten für die Not-

wendigkeit des Wohnens und der Pflege in einer stationären Einrichtung zeigt sich daran, dass von den 27 Personen, die im Jahr 2000 im Franziskushaus betreut wurden, nur 3 Personen „nur“ an AIDS litten, während 24 Personen neben ihrer AIDS-Erkrankung noch eine Sucht- (19) und/oder eine psychiatrische Erkrankung (10) hatten (5 Doppelnennungen).

Betreut werden Menschen in allen Pflegestufen. Die Kosten der Pflege werden durch die Pflegeversicherung gedeckt. Wenn Pflegeversicherung und eigenes Einkommen zur Deckung des Heimentgeltes nicht ausreichen, tritt der Landeswohlfahrtsverband Hessen als Kostenträger ein.

Zur Pflege gehören:

- Grund- und Behandlungspflege
- Palliativpflege
- Sicherstellung der antiretroviralen Therapie
- hauswirtschaftliche Hilfen
- Anleitung und Unterstützung bei der selbständigen Lebensführung
- enge Kooperation mit den behandelnden Ärzten.

Das Betreuungsangebot in Sozial- und Ergotherapie umfasst:

- psychosoziale Betreuung
- Einzel- und Gruppengespräche
- Hilfe beim Erhalt oder der Wiederherstellung sozialer Bindungen
- Gespräche mit Angehörigen
- Beratung in sozialrechtlichen Fragen
- Schuldnerberatung
- Krisenintervention
- Unterstützung einer aktiven Lebensgestaltung
- Angebote zur Freizeitgestaltung
- handwerkliche Tätigkeiten
- Sportangebote.³⁰

Die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner des Franziskushauses wird durch niedergelassene Ärzte sichergestellt. Im Bereich der Krankenpflege sind 6,5 Planstellen eingerichtet, die Fachkraftquote liegt bei 84,6%.

28 Sandweg 57, 60316 Frankfurt, Tel. 069-944368-0. Träger des Franziskushauses ist der Verein „Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.“, Corneliusstr. 15, 60325 Frankfurt.

29 Alle Informationen über das Franziskushaus sind – zum Teil wörtlich – dem Jahresbericht 2000 des Franziskushauses entnommen.

30 A.a.O., p 3.

Tabelle 6.6 Beendigungen des Aufenthaltes			
	1998	1999	2000
Umzug in eigenständigere Wohnformen			3
Auszug wegen nicht tragbarer Verhaltensweisen	1	2	3
Verlegung in Krankenhäuser oder andere Einrichtungen	11	8	
verstorben	6	8	5
Summe	18	18	11

Quelle: Franziskushaus: Jahresbericht 2000, p 12

Tabelle 6.7 Auslastung des Franziskushauses	
1998	95,1 %
1999	95,2 %
2000	98,3 %

Quelle: Franziskushaus: Jahresbericht 2000, p 12

Das Franziskushaus verfügt über 18 Plätze in 6 Doppel- und 6 Einzelzimmern. Im Jahr 2000 wurden insgesamt 27 Personen betreut. Der Anteil der Frauen liegt dabei bei etwa 15% (= 4 Frauen).

Tabelle 6.8 Aufenthaltsdauer am 31.12.2000	
Aufenthalt bis	Personen
90 Tage	1
180 Tage	1
360 Tage	7
540 Tage	2
720 Tage	1
1200 Tage	2
1800 Tage	
2100 Tage	2

Quelle: Franziskushaus: Jahresbericht 2000, p 13

Der Wandel des Franziskushauses von einem Hospiz zu einer Wohn- und Pflegeeinrichtung wird bei einer Betrachtung der Aufenthaltsdauer besonders deutlich. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der 16 Personen, die am 31.12.2000 im Franziskushaus leb-

ten, betrug 621 Tage, das entspricht ungefähr 1 Jahr und 8,5 Monaten. Darunter waren zwei Bewohner, die bereits seit 5 Jahren im Franziskushaus leben.

Auch das Franziskushaus ist also kein Hospiz mehr, sondern eine Wohn- und Pflegeeinrichtung, die Menschen über eine längere Zeit ihres Lebens betreut und begleitet und in der letzten Phase dieses Lebens eine besondere palliative Versorgung anbieten kann.

6.3.6 Regenbogendienst

Der Regenbogendienst³¹ der AIDS-Hilfe Frankfurt wurde 1992 als Spezialpflegedienst für an AIDS erkrankte Menschen gegründet.³² Das Leistungsangebot des Regenbogendienstes umfasst im Bereich der häuslichen Krankenpflege:

- Grund- und Behandlungspflege für Patientinnen und Patienten aller Pflegestufen
- Palliativpflege
- Sicherstellung und Überwachung der antiretroviralen Therapie
- Begleitung zu Ärzten – Teilnahme an Arztgesprächen
- Mobilisierung und Unterstützung bei der selbständigen Lebensführung

31 Friedberger Anlage 24, 60316 Frankfurt, Tel.: 069-40586850.

32 Alle Informationen über den Regenbogendienst sind – zum Teil wörtlich – dem Jahresbericht 2000 des Regenbogendienstes entnommen.

- enge Kooperation mit Fachärzten, Schwerpunktpraxen und Krankenhäusern
- hauswirtschaftliche Hilfen.

Die pflegerischen Leistungen werden nach dem Modell der Bezugspflege erbracht, d.h. jeder Patient hat eine Pflegekraft als Bezugsperson, die nicht nur die Grund- und Behandlungspflege leistet, sondern auch auf gesundheitliche Veränderungen achtet und für Gespräche mit dem Arzt zur Verfügung steht.

Im Jahr 2000 versorgte der Regenbogendienst mit 5 examinierten Pflegekräften, 3 Mitarbeiterinnen (auf 1,5 Stellen) in der Hauswirtschaft und 1 Zivildienstleistenden insgesamt 52 Patienten. Ca. 75% der Patienten sind Männer. Im selben Jahr verstarben 10 Patienten und 10 Patienten nahmen auf eigenen Wunsch die Leistungen des Dienstes nicht mehr in Anspruch.

Der Schwerpunkt der Altersverteilung der Patienten liegt bei den 30- bis 50-Jährigen.

Altersgruppe	Personen
20 – 29	1
30 – 39	19
40 – 49	17
50 – 59	10
60 – 70	5

Quelle: Regenbogendienst: Jahresbericht 2000

Kostenträger für die Leistungen des Dienstes sind die Kranken- und Pflegekassen sowie der Sozialhilfeträger. Der Regenbogendienst ist daneben auf Spenden angewiesen, die sich im Jahr 2000 auf ca. DM 200.000 beliefen. Ursachen für die Fehldeckung sind nach Angabe des Regenbogendienstes die Kürzungen in der Behandlungspflege, die hohe Fachkraftquote von 100% sowie die hohen Wegekosten eines Dienstes, der in ganz Frankfurt Patienten versorgt.

Zum Regenbogendienst gehört neben der ambulanten Krankenpflege auch noch ein Betreutes Wohnen

mit insgesamt 48 Bewohnerinnen und Bewohnern im Jahr 2000.

Der Regenbogendienst wird in seinen Aufgaben von einer Gruppe von Ehrenamtlichen – den „Homeworkern“ – unterstützt, die sich um die Freizeitbedürfnisse der Patienten kümmern. Jeder Homeworker betreut kontinuierlich einen Patienten. Die Homeworker erhalten eine fachliche Ausbildung. Alle 14 Tage wird ihnen eine Supervision angeboten.

Die Homeworker sind Gesprächspartner für die Patienten. Sie kümmern sich um deren alltäglichen Bedürfnisse und helfen ihnen bei der Freizeitgestaltung. Einmal im Jahr organisieren sie eine gemeinsame Urlaubsreise für die Patienten, die aufgrund sozialer oder körperlicher Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sind, allein zu reisen. An der Reise des Jahres 2000 nach Mallorca nahmen 7 Patienten und 7 Homeworker teil. Finanziert wird die Fahrt durch Spenden.

Auch beim Regenbogendienst ist die palliative Arbeit nur ein Element unter anderen, das keinen besonderen Schwerpunkt setzt. Der Regenbogendienst ist kein Hospizdienst im engeren Sinne des Wortes.

6.3.7 Hospizdienste in Frankfurt

Wir haben oben alle Einrichtungen in Frankfurt am Main kurz dargestellt, die von der KASA³³ in ihrem Verzeichnis der hessischen Hospizinitiativen (Stand August 2001) aufgeführt werden. Keiner dieser Dienste hat sich als „reiner“ Hospizdienst erwiesen oder wenigstens als ein Dienst, dessen Arbeitsschwerpunkt auf Hospizarbeit liegt. Da die Liste der KASA keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, haben wir unsere Partner, mit denen wir im Rahmen der Erstellung dieses Berichts über das Thema „Hospiz in Frankfurt“ gesprochen haben, nach anderen Hospizdiensten gefragt. Keiner wusste uns aber einen solchen Dienst zu nennen.

Im Bereich der palliativen Medizin gibt es mit dem Ev. Krankenhaus für palliative Medizin eine entspre-

33 Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung c/o Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (HAGE), Heinrich-Heine-Str. 44, 35039 Marburg, Tel.: 06421-600743.

chende Einrichtung, die aber als Krankenhaus nach § 108 SGB V nicht als stationäres Hospiz dienen kann.

Es gibt in Frankfurt am Main zurzeit kein stationäres Hospiz, und es gibt unserem Kenntnisstand nach³⁴ auch keinen ambulanten Hospizdienst. Von einem Bedarf an hospizlichen Leistungen in Frankfurt kann auch ohne gesonderte Erhebung ausgegangen werden. Die Mitarbeiterinnen des Franziskushauses berichteten uns von drei bis vier Anfragen pro Woche, in denen Angehörige nach einem Platz in einem stationären Hospiz suchen. Wer als Frankfurter Aufnahme in ein stationäres Hospiz sucht, muss nach Wiesbaden oder in andere Orte ausweichen.

Auslastung von ca. 90% und 8 Plätzen ergeben sich jährliche Gesamtkosten in Höhe von ca. 550.000 Euro. Diese Gesamtkosten sollen im Folgenden aufgeschlüsselt werden.

An Personal ist für ein Hospiz dieser Größe vorzusehen:

- für den Pflegedienst: 8,1 Stellen
- für die soziale Betreuung: 0,75 Stellen
- für die Leitung des Hospizes: 0,5 Stellen
(Die Leitung übernimmt neben den Führungsaufgaben im Haus auch die Außendarstellung und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Verhandlungen mit den Kostenträgern.)
- für die Verwaltung: 0,4 Stellen
- für die Pforte und für Hausmeisterdienste: 0,2 Stellen
- für Hauswirtschaft und Küche: 1,3 Stellen
- für Zivildienstleistende/Praktikanten: 1 Stelle.

6.4 Finanzierung der Hospizarbeit

Daraus ergeben sich Personalkosten, wie sie in Tabelle 6.10 dargestellt sind.

6.4.1 Laufende Kosten eines stationären Hospizes

Um einen groben Überblick zu geben, mit welchen Kosten für den Betrieb eines stationären Hospizes gerechnet werden muss, sei hier eine Beispielrechnung von Michael Haag (Caritas Köln) für ein fiktives Hospiz mit acht Plätzen wiedergegeben.³⁵ Ausgangspunkt dieser Berechnung ist ein Tagessatz für einen Hospizaufenthalt in einem Hospiz in Nordrhein-Westfalen, der im Jahr 2000 bei ca. 210 Euro lag.³⁶ Bei einer

Tabelle 6.10
Personalkosten eines stationären Hospizes pro Jahr

	Vollzeitstellen	durchschnittl. jährliche Kosten	Gesamtkosten
Leitung	0,5	50.000 Euro	25.000 Euro
Verwaltung	0,4	37.500 Euro	15.000 Euro
Pforte/Hausmeister	0,2	25.000 Euro	5.000 Euro
Pflege	8,1	40.000 Euro	324.000 Euro
Soziale Betreuung	0,75	40.000 Euro	30.000 Euro
Hauswirtschaft/Küche	1,3	32.000 Euro	41.600 Euro
Zivis/Praktikanten	1	4.400 Euro	4.400 Euro
Summe Personalstellen	12,25		
Summe Personalkosten			445.500 Euro

Quelle: Haag, a.a.O.

Problematisch an dieser Beispielrechnung von Haag ist die Verortung der Kosten für die ehrenamtlichen Mitarbeiter, die nicht auf Stellen geführt werden, aber durchaus Personalnebenkosten in Form von Aufwandsentschädigungen, Kosten für Fortbildung und Supervision und eventuelle Gratifikationen verursachen. Diese Kosten sind in der obigen Rechnung nicht enthalten.

34 Die Durchführung einer Felderhebung zu diesem Thema war nicht Gegenstand unseres Auftrags.

35 Haag, Michael: „Was kostet ein Tag im Hospiz?“, in: Stappen, Birgit/Dinter, Reinhard: Hospiz. Was Sie wissen sollten, wenn Sie sich engagieren wollen. Freiburg: Herder, 2000, pp 87-96.

36 Diese Zahl dürfte eher die Untergrenze von Tagessätzen in stationären Hospizen markieren.

Die Größenordnung der einzelnen anfallenden Sachkosten für den Betrieb unseres fiktiven Hospizes sind in der folgenden Tabelle 6.11 aufgeführt:

Lebensmittel	15.000 Euro
Medizinischer Bedarf	2.500 Euro
Wasser, Energie, Brennstoffe	8.500 Euro
Wirtschaftsbedarf (Gebäude-, Wäschereinigung)	27.500 Euro
Betreuungsaufwand	2.500 Euro
Verwaltungsaufwand	4.500 Euro
Steuern, Abgaben, Versicherungen	3.500 Euro
Wartungskosten	1.000 Euro
Summe Sachkosten	65.000 Euro
Quelle: Haag, a.a.O.	

An den Gesamtkosten von ca 550.000 Euro fehlen nach Personal- und Sachkosten noch ca 40.000 Euro. Dies sind die Investitionskosten, unter die die Kosten für Abschreibung, Zinsen, Instandhaltung etc. fallen.

Personalkosten	81 %	445.000 Euro
Sachkosten	12 %	65.000 Euro
Investitionskosten	7 %	40.000 Euro
Summe	100%	550.000 Euro
Quelle: Haag, a.a.O.		

Diese Beispielrechnung gibt einen groben Überblick – und es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass dieser Überblick wirklich sehr grob ist – über die Kosten, die beim Betrieb eines Hospizes mit acht Plätzen anfallen.

6.4.2 Finanzierung stationärer Hospize

Die Basis für die Finanzierung stationärer Hospize wurde mit der Einfügung des § 39a „Stationäre Hos-

pize“ in das SGB V gelegt. Seit 1997 haben damit Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse, wenn sie in einem stationären Hospiz gepflegt werden. Bis dahin gab es keine gesetzliche Regelung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz. (Dies ist einer der Gründe für das Scheitern des Christophorus-Hauses in Frankfurt.) Der Gesetzgeber geht dabei davon aus, dass Hospize nicht allein durch die Krankenkassen, sondern auch durch Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Spenden und Eigenleistungen finanziert werden.³⁷

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben (...) Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.³⁸

Art und Umfang der Versorgung im stationären Hospiz wird durch eine Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den „für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen“³⁹ festgelegt. Diese Rahmenvereinbarung trifft weitreichende Festlegungen zu Anforderungen an stationäre Hospize, zu den anspruchsberechtigten Versicherten, zum Versorgungsumfang und zur Vergütung der Leistungen.⁴⁰

Stationäre Hospize werden in dieser Rahmenvereinbarung folgendermaßen definiert:

Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit eigenständigem Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren

37 Vgl. Bundestags-Drucksache 13/7264 mit der gesetzlichen Begründung.

38 § 39a SGB V, Abs. 1, Satz 1.

39 § 39a SGB V, Abs. 1, Satz 4.

40 Die Rahmenvereinbarung ist nicht unumstritten. So hat der Deutsche Caritasverband die Rahmenvereinbarung nicht unterschrieben. (Eine erhebliche Anzahl von Hospizen ist unter dem Dach der Caritas organisiert.) Zu rechtlichen Bedenken gegen die Rahmenvereinbarung vgl. Philopp, Albrecht: Hospizfinanzierung zwischen SGB V, SGB XI und ehrenamtlichen Leistungen, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 42 (1999), pp 1-22.

Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker sterbender Menschen auszurichten ist. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere Ausstattung, die eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet. Ein bedeutender Anteil der Kosten ist durch Eigenleistung des Versicherten, Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufzubringen. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes.⁴¹

In § 1, Abs. 3 wird das Kriterium der Selbständigkeit sehr eng gefasst: Hospize müssen baulich, organisatorisch, wirtschaftlich und konzeptuell selbständig sein. Eine Integration in eine stationäre Pflegeeinrichtung wird explizit ausgeschlossen. Es ist damit nicht möglich, in einem Pflegeheim eine Hospiz-Einheit aufzubauen, deren besondere Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer letzten Lebensphase als Leistungen eines stationären Hospizes nach § 39a SGB V abgerechnet werden könnten. Andererseits dürfen Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnen, nur unter besonderen Bedingungen in ein stationäres Hospiz verlegt werden.⁴² Damit können Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnen, nur ambulant hospizlich versorgt werden.⁴³

41 Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung, § 1, Abs. 1.

42 Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung, § 2, Abs. 2: „Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Patienten aus einem Pflegeheim in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, ob die Kriterien nach Absatz 1 [Voraussetzungen für eine Aufnahme] erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich ist.“

Der Träger eines Pflegeheims, der seinen Bewohnerinnen und Bewohnern die Leistungen eines stationären Hospizes bieten will, steht trotz der möglichen Unterstützung durch einen ambulanten Hospizdienst vor dem erheblichen Problem, dass er die Kosten für die Vorhaltung und den Einsatz palliativ-medizinischer Einrichtungen sowie für eine besondere palliative Pflege und psycho-soziale Betreuung in den Pflegegesetzverhandlungen geltend machen müsste, obwohl ihm nur eine „1. leistungsgerechte Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie 2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung“ zustehen (§ 82, Abs. 1 SGB XI).

§ 2 der Rahmenvereinbarung regelt die Leistungsvoraussetzungen:

- (1) Grundvoraussetzungen für die Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung ist, dass der Patient an einer Erkrankung leidet,
- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
 - solange eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

In der Regel kommt eine palliativ-medizinische Behandlung in einem stationären Hospiz nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,

43 Ein Grund für diese strenge Trennung zwischen stationärer Pflege und stationärem Hospiz mag darin liegen, dass der Gesetzgeber im SGB XI Pflege unter den Bedingungen der Wirtschaftlichkeit und des Marktes organisieren will, während Hospize über den geforderten Eigenanteil des Trägers und den Einsatz von Ehrenamtlichen gerade so konstruiert sind, dass mit ihnen kein Geld verdient werden kann. Mögliche Synergien zwischen stationärer Pflege und stationärem Hospizdienst sind damit ausgeschlossen.

- c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
- d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Diese Liste von Diagnosen, die bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz einen Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse begründen, ist zwar sehr umfangreich, dennoch sind zahlreiche Fälle denkbar, in denen ein Hospizaufenthalt angezeigt wäre, ohne dass eine der obigen Krankheiten vorliegen muss. Was völlig fehlt – und dies ist bei einer Finanzierung über das SGB V nicht zu verdenken – ist eine psychosoziale Indikation: Ältere Menschen, die alleine ohne familiäres oder soziales Netzwerk leben und in der letzten Phase ihres Lebens mehr Beistand, Betreuung und Pflege brauchen, als sie ein ambulanter Hospizdienst leisten kann. Oft erfolgt in diesen Fällen sozusagen „im letzten Moment“ noch eine Einweisung ins Krankenhaus oder eine Aufnahme in ein Pflegeheim, die aber beide den besonderen Bedürfnissen eines sterbenden Menschen in den allermeisten Fällen nicht gerecht werden können.

Der § 39a SGB V und die zugehörige Rahmenvereinbarung verhindern die Aufnahme solcher Menschen in ein stationäres Hospiz nicht. Sie schließen nur eine Mitfinanzierung dieses Aufenthaltes aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Insofern ist zu überlegen, wie diese Finanzierungslücke geschlossen werden kann, wenn die Eigenmittel des Patienten nicht ausreichen: durch Eigenmittel des Hospizträgers, durch Stiftungen, Sponsoren oder Spenden, durch den Sozialhilfeträger.

Die Rahmenvereinbarung sieht zwei weitere Bedingungen vor, damit Versicherte beim Hospizaufenthalt einen Zuschuss der Krankenkasse erhalten können: Gemäß § 5 bedarf es eines Versorgungsvertrags zwischen dem Hospiz und den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene. Nach § 7 müssen zwischen Kassen und Hospizträgern „leistungsgerechte tagesbezogene Bedarfssätze“ vereinbart werden, von denen dann 90% zuschussfähig sind. Die übrigen 10% stellen den Eigenanteil des Trägers dar, der durch Eigenmittel, Spenden oder ehrenamtliche Arbeit erbracht werden muss und dem Patienten nicht in Rechnung gestellt werden darf.

Diese Regelungen sind rechtlich nicht ganz unumstritten, da sie u.a. möglicherweise den Zuschuss-Charakter des Beitrags der Krankenkassen zur Finanzierung eines Aufenthaltes in einem stationären Hospiz verkennen und den Auftrag des § 39a SGB V zum Abschluss einer Vereinbarung sehr großzügig auslegen.⁴⁴ Stationäre Hospize sind in der Regel stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 (2) SGB XI. Als solche haben sie Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Pflegekassen nach § 72 SGB XI, wenn sie den dort in Abs. 3 festgelegten Bedingungen genügen. Die dort aufgeführten Bedingungen – (i) selbständig wirtschaftende Einrichtung, (ii) Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Fachkraft, (iii) vollstationäre oder teilstationäre Unterbringung und Verpflegung, (iv) leistungsfähige und (v) wirtschaftliche Versorgung⁴⁵ – sind von jedem Hospiz, das seinen Auftrag ernst nimmt, leicht zu erfüllen.

Unabhängig vom Abschluss des Versorgungsvertrags ist die Aushandlung der Pflegevergütung in den Pflegegesetzverhandlungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungsträger, die in den §§ 82 ff SGB XI geregelt ist. Im Falle stationärer Hospize werden aufgrund der besonderen Leistungen der palliativen Pflege und der umfangreichen psychosozialen Betreuung die ausgehandelten Pflegesätze regelmäßig wesentlich höher sein als die Leistungen der Pflegeversicherung, die in Pflegestufe III DM 2.800 monatlich, bei Anerkennung als Härtefall DM 3.300 monatlich nicht übersteigen (§ 43 SGB XI). Der Zuschuss der Krankenkassen nach § 39a SGB V wird nun dazu verwendet, die Deckungslücke zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und dem Pflegesatz im stationären Hospiz zumindest teilweise zu schließen. Ein möglicherweise verbleibender Rest muss durch Eigenmittel des Versicherten oder durch den Sozialhilfeträger aufgebracht werden.

Nach diesem Modell sind stationäre Hospize primäre Einrichtungen der stationären Pflege. Ihre Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Leistungen der Pflegekassen (sofern sie in eine Pflegestufe eingestuft sind). Ergänzend können Leistungen der Krankenkassen in Anspruch genommen werden, wenn die Anspruchsvoraussetzungen der §§ 1 und 2 der Rahmenvereinbarung vorliegen.⁴⁶

44 Vgl. Philipp, a.a.O., passim.

45 Für die Bedingungen (i) bis (iii) wird dort auf § 71, Abs. 2 SGB XI zurückverwiesen.

6.4.3 Finanzierung ambulanter Hospizdienste

Obwohl der Gesetzgeber bereits in der Begründung des § 39a SGB V auf die Bedeutung und den Vorrang ambulanter Hospizleistungen hingewiesen hat,⁴⁷ gibt es bis dato keine gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung ambulanter Hospizdienste. Dies könnte sich zum 1. Januar 2002 ändern. Im Sommer 2000 brachten die Länder Baden-Württemberg⁴⁸ und Rheinland-Pfalz⁴⁹ Gesetzentwürfe zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit im Bundesrat ein, die auf eine entsprechende Ergänzung des § 39a SGB V hinzielten.⁵⁰ Ursprünglich sollte die Änderung des § 39a SGB V in einem größeren Änderungsgesetz zum SGB V enthalten sein, wurde dann aber überraschenderweise Anfang Oktober 2001 in der Ausschussberatung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PfLEG) über einen Änderungsantrag der Fraktionen der SPD und Bündnis90/Die Grünen in dieses Gesetz eingefügt.⁵¹ Für das Inkrafttreten des PfLEG ist der 1. Januar 2002 vorgesehen.

Beantragt wird die Überschrift des § 39a SGB V als „Ambulante und stationäre Hospizleistungen“ zu fassen und nach dem bisherigen Text als Absatz 1 einen weiteren Absatz einzufügen:

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, ehrenamtliche

Sterbebegleitung erbringen. Voraussetzung für die Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit Pflegediensten und mit einem in der Sterbebegleitung oder Palliativmedizin erfahrenen Arzt zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über eine mehrjährige Erfahrung in der Sterbebegleitung sowie über eine Weiterbildung in Leitungsfunktionen oder in der Palliativpflege verfügt.

Der ambulante Hospizdienst kann palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte erbringen und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher.⁵²

Auch dieser Entwurf enthält eine Aufforderung zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Hospizdienste über die Voraussetzungen der Förderung und über Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit.

Diese Rahmenvereinbarung könnte vorsehen, dass nur Hospizdienste mit Erfahrung, d.h. mit einer nachgewiesenen Begleitung einer bestimmten Anzahl sterbender Menschen über eine Reihe von Jahren hinweg in den Genuss der Förderung kommen können. Diese Bestimmung zur Abwehr von Diensten, die sich in der Praxis nicht bewährt haben, würde eine Förderung von Hospizdiensten in deren Aufbauphase ausschließen. Hier wäre dann die Stadt gefragt, ernsthaften Hospizinitiativen über Zuschüsse den Einkauf der notwendigen Fachkompetenz zu ermöglichen bis die Förderung nach SGB V greifen kann.

Der Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen enthält keine Aussage über die Art der Förderung der ambulanten Hospizdienste, während der Bundesratsentwurf hier von einem Zuschuss zu den „Personalkosten, welche für die Gewinnung, Vorbereitung,

46 Nach Auskunft von Michaela Röber, Pflegekasse der AOK, Eschborn, wird in Hessen nach diesem Modell verfahren.

47 Bundestags-Drucksache 13/7264.

48 Bundesrat-Drucksache 407/00 vom 05.07.00.

49 Bundesrat-Drucksache 578/00 vom 26.09.00.

50 Beschlussfassung des Bundesrates am 22.06.01 (Bundesrat-Drucksache 433/01), Einbringung des Gesetzentwurfes in den Bundestag am 26.07.01 (Bundestag-Drucksache 14/6754). Die Bundesregierung weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie die Ziele des Gesetzentwurfes unterstützt, aber einen eigenen Gesetzentwurf vorbereitet, der hinsichtlich der qualitativen Anforderungen an die Förderung der ambulanten Hospizdienste vom Entwurf des Bundesrates abweicht.

51 Das PfLEG ist in seiner ursprünglichen Fassung ein reines Gesetz zur Änderung des SGB XI zur „Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ (Bundestag-Drucksache 14/6949).

52 Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 1128 in der 14. Wahlperiode.

Koordination und Begleitung ehrenamtlicher Hospizkräfte sowie für die Vernetzung mit anderen Diensten entstehen“⁵³, spricht. Die nähere Bestimmung der Förderung bleibt nach dem momentanen Stand des Gesetzgebungsverfahrens der Rahmenvereinbarung überlassen.⁵⁴

Fest steht, dass es sich hier um eine Förderung des Hospizdienstes und nicht – wie im Falle der stationären Hospize – um einen Leistungsanspruch des versicherten Patienten handelt. Diese Förderung wird vernünftigerweise als Zuschuss zu den Personalkosten einer Hospizfachkraft gewährt werden, die Einsätze der ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und -helfer koordiniert, die Einsätze fachlich vorbereitet und begleitet, eventuell für Supervisionsaufgaben zur Verfügung steht, den Kontakt mit dem beratenden Arzt des Hospizdienstes und den niedergelassenen Ärzten der durch den Besuchsdienst betreuten Patienten hält sowie allgemein für fachliche Beratungen zum Thema Palliativpflege zur Verfügung steht.

Für Aufwandsentschädigungen oder für eine Vergütung der Arbeit der einzelnen Hospizhelfer wird die Förderung wahrscheinlich nicht verwendet werden dürfen. Mit diesen Fördermitteln können sich ehrenamtlich arbeitende ambulante Hospizdienste die notwendige Fachlichkeit sichern. Die Hospizdienste erhalten dadurch auch ein Stück Stabilität und Konstanz.

Alle diese Bemerkungen stehen aber unter dem Vorbehalt, dass das Gesetz beschlossen und die Rahmenvereinbarung abgeschlossen werden.

Es dürfte deutlich sein, dass mit diesem Gesetz allein der ehrenamtliche Teil ambulanter Hospizarbeit gefördert werden soll, d.h. die Begleitung und Betreuung von Patienten durch ehrenamtlich tätige Hospizhelferinnen und Hospizhelfer. Die Finanzierung der psychosozialen Betreuung durch Psychologen und Sozialarbeiter oder -pädagogen und der palliativen Pflege durch entsprechende Fachkräfte

53 Bundesrat-Drucksache 433/01. Ein Grund dafür, dass diese Präzisierung der Förderung im Änderungsantrag entfallen ist, mag in einer Angleichung an die Regelungen zur Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V liegen.

54 Als Beispiel für eine solche Rahmenvereinbarung könnte die Vereinbarung zwischen der LAG Hospiz und der AOK Rheinland-Pfalz dienen, die ebenfalls einen Personalkostenzuschuss vorsieht.

wird dadurch nicht verbessert werden. Die hier anfallenden Kosten können weiterhin nur auf der Basis der entsprechenden Vorschriften des SGB V, SGB XI und BSHG vergütet werden – oder eben auch nicht. Zu nennen sind hier:⁵⁵

- § 37 Abs. 1 SGB V: Häusliche Krankenpflege als Ersatz-, Vermeidungs- oder Verkürzungspflege. Voraussetzung ist hier eine (überprüfbare, aber dennoch eher fiktiv zu verstehende) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Die Leistungsdauer ist auf vier Wochen begrenzt, kann aber nach Prüfung durch den MDK verlängert werden.
- § 37 Abs. 2 SGB V: Behandlungspflege als Sicherungspflege, d.h. als Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung. Eine zeitliche Beschränkung ist im Gesetz nicht genannt. Die Krankenkasse kann zusätzlich zur Behandlungspflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung leisten. Diese Zusatzleistungen fallen aus, wenn Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegt. Umgekehrt wird im SGB XI in den §§ 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2, 3 und 5 festgelegt, dass bei teilstationärer, Kurzzeit- und vollstationärer Pflege die Pflegekasse die Kosten der Behandlungspflege übernimmt. (Diese Regelung ist bis zum 31.12.2004 befristet.⁵⁶) Konkret bedeutet dies, dass Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen keinen Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V haben. Werden Leistungen palliativer Pflege erforderlich, so können diese nur im Rahmen des Pflegesatzes vergütet werden, der für alle Bewohnerinnen und Bewohner derselben Pflegestufe gilt, die in der Einrichtung leben. Eine besondere Vergütung der (Mehr-)Aufwendungen für palliative Pflege

55 Vgl. Klie, Thomas: „Sozialleistungsrecht und Hospizarbeit“, in: Klie, Thomas/Roloff, Sighard (Hg.): Hospiz und Marketing. Finanzierungsstrategien für soziale Initiativen am Beispiel der ambulanten Hospizarbeit. Freiburg 1997, pp 96-127.

56 Momentan gilt die Befristung bis zum 31.12.2001. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das noch verabschiedet werden muss und zum 1.1.2002 in Kraft treten soll, sieht hier eine Verlängerung der Frist vor. Da dies bereits die zweite Verlängerung dieser Frist ist, kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass ab dem 1.1.2004 Behandlungspflege nach § 37 SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen abgerechnet werden kann.

ist in stationären Pflegeeinrichtungen nur sehr schwer möglich.⁵⁷

- § 36 SGB XI: Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Dieser Anspruch besteht unter bestimmten Umständen auch, wenn die Pflege nicht in der eigenen Häuslichkeit erbracht wird. Die Leistungen können nur durch Pflegekräfte erbracht werden, die bei einem Pflegedienst angestellt sind, mit dem die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Verwandte oder Freunde des Patienten oder Helferinnen und Helfer eines ehrenamtlichen Hospizdienstes können keine häusliche Pflege im Sinne dieses Paragraphen erbringen.⁵⁸
- § 37 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen. Hier bietet sich eine Möglichkeit für den Pflegebedürftigen, die Art der geleisteten Pflege selbst zu bestimmen. Insbesondere kann er selbst darüber entscheiden, wie hoch der Anteil der psychosozialen Begleitung an der Pflege ist. Die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss aber sichergestellt sein. Der Nachteil: Das Pflegegeld ist im Vergleich zur Pflegesachleistung nicht sonderlich hoch. In Pflegestufe III beträgt das Pflegegeld im Moment (2001) nur DM 1.300 pro Monat, während Sachleistungen in Höhe von DM 2.800 in Anspruch genommen werden können.
- §§ 41 und 42 SGB XI: Die Leistungen in der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege unterscheiden sich ihrem Inhalt nach nicht von den Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI.

57 Dies gilt nicht für Einrichtungen des betreuten Wohnens, in denen die notwendige Pflege ambulant erbracht wird (z.B. das Eschenbachhaus). Hier können durchaus Leistungen der Behandlungspflege abgerechnet werden. Dass die Leistungen der Pflegekassen in der ambulanten Pflege niedriger sind als in der stationären Pflege spielt für Patientinnen und Patienten mit niedrigem Einkommen keine Rolle, da die Differenz zwischen Leistungen der Pflegekasse und Kosten der Pflege vom Sozialhilfeträger übernommen werden muss.

58 Der Weg über einen Vertrag mit einer Einzelperson nach § 77 SGB XI dürfte nur in sehr seltenen Ausnahmefällen gangbar sein.

- § 43 SGB XI: Vollstationäre Pflege. Leistungen der Behandlungspflege und der psychosozialen Betreuung sind in den allgemeinen Pflegeleistungen enthalten. Aufwendungen für die Förderung und Einbeziehung ehrenamtlicher Helfer können in die Pflegesätze einfließen. Die Frage ist, ob solche Aufwendungen in den Pflegesatzverhandlungen durchgesetzt werden können.
- § 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen. Diese Kurse können auch für die Ausbildung der ehrenamtlichen Mitarbeitern von Hospizdiensten genutzt werden.
- §§ 68 ff BSHG: Hilfe zur Pflege. Diese Paragraphen bieten über die Leistungen des SGB XI hinaus Möglichkeiten zur Finanzierung hospizlicher Pflege. (i) Leistungen können auch bei „Pflegestufe 0“ bezogen werden. (ii) Die Liste der Einrichtungen (§ 68 Abs. 5 BSHG) wird in Abs. 1 geöffnet. (iii) Die Höhe der Leistungen ist nicht gedeckelt.

6.4.4 Hospizarbeit und Pflegeheim

Da die finanzielle Förderung hospizlicher Leistungen im Pflegeheim als Leistungen des Pflegeheims durch die Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V explizit ausgeschlossen ist, sei hier kurz skizziert, wie auch ohne diese Förderung eine Integration der Hospizidee in ein Pflegeheim aussehen könnte.

Die Aufnahme hospizlicher Leistungen in das Angebot eines Pflegeheims bietet eine gute Möglichkeit, dass Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Phase des Lebens die notwendige psychosoziale Begleitung erfahren können und eine „notwendige“ Einweisung ins Krankenhaus für die letzten Tage des Lebens vermieden werden kann.

Die Aufnahme solcher Leistungen kann vom Träger oder von der Heimleitung nicht angeordnet werden. Hospizdienste können nicht gezwungenermaßen vom Personal erbracht werden. Der bewusster Umgang mit Sterben und Tod kann nur dann gelingen, wenn auch die Heimbewohnerinnen und -bewohner eine gewisse Offenheit für diesen Bereich des Lebens zeigen. Vor der Entscheidung, hospizliche Leistungen im Pflegeheim erbringen zu lassen, steht ein langer Prozess der Überlegung und Diskus-

sion mit allen Beteiligten – Träger, Leitung, Personal, Bewohner –, in dem die Akzeptanz dieses Angebots geprüft und die besondere Konzeption der Hospizarbeit im Heim erarbeitet werden muss. So individuell, wie die Hospizarbeit auf die Bedürfnisse des einzelnen Menschen eingehen muss, so individuell muss auch der Rahmen dieser Arbeit auf das jeweilige Heim zugeschnitten sein.

Für die Struktur der Einbettung der Hospizarbeit in ein Pflegeheim sind zwei Modelle denkbar: ein integratives und ein segregatives. Vollständige Integration des hospizlichen Angebotes in das Pflegeheim heißt: Die hospizlichen Leistungen werden im Zimmer des Bewohners erbracht, in dem er während seines Aufenthaltes im Heim gewohnt hat. Die Leistungen werden von den Mitarbeitern des Heimes erbracht, die den jeweiligen Wohnbereich versorgen. Der Bewohner oder die Bewohnerin bleibt auch in der letzten Phase seines/ihrer Lebens in der gewohnten Umgebung und wird von den gewohnten Personen versorgt. Man bleibt in seinem Wohnbereich, der Kontakt mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern desselben Bereichs ist weiterhin leicht möglich.

Zu denken wäre auch eine segregative Lösung, in der hospizliche Leistungen räumlich und personell getrennt von den anderen Leistungen des Heimes erbracht würden. Dies bedeutete ein oder zwei ruhige Zimmer, in denen ein Bewohner in der letzten Phase seines Lebens in Ruhe Abschied nehmen kann – ungestört durch den üblichen Betrieb des normalen Heimalltags und betreut durch spezielle Mitarbeiter, die sich auf diese besondere Aufgabe eingelassen haben und dafür von anderen Aufgaben im Heim entlastet sind. Nicht zu vergessen sei auch die Problematik der Doppel- oder gar Mehrbettzimmer im Heim. Das besondere Hospizzimmer würde dann wenigstens für das Sterben die notwendige Intimität garantieren.

Die segregative Lösung ist in zweierlei Hinsicht problematisch: In organisatorischer Hinsicht stellt sich die Frage, wie diese besonderen Zimmer und das dort betreuende Personal finanziert werden könnten. Eine Finanzierung als stationäres Hospiz ist definitiv ausgeschlossen.⁵⁹ Ob die besonderen Aufwendungen für eine hospizliche Pflege in die allgemei-

59 Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung, § 2, Abs. 2.

nen Pflegesätze einfließen und in Pflegesatzverhandlungen durchgesetzt werden können, ist sehr fraglich.

In der Perspektive des Bewohners könnte der Umzug ins Hospizzimmer als „Abschieben“ verstanden werden: „Es geht mit mir zu Ende, die bringen mich jetzt weg. Die anderen wollen nichts mehr von mir wissen.“ Der Umzug ins Hospizzimmer im Pflegeheim ist etwas anderes als der Umzug in ein stationäres Hospiz. Die Aufnahme in das stationäre Hospiz erfolgt, weil die notwendige Pflege und Begleitung zuhause nicht mehr gewährleistet ist. Im stationären Hospiz hat es der Patient besser als in seiner angestammten Wohnung. Dieses Argument entfällt bei einem Umzug innerhalb des Heimes, da die notwendige Pflege auch im Zimmer des Bewohners erbracht werden kann. Für Bewohnerinnen und Bewohner des Heimes, die ihr Sterben – noch – nicht akzeptieren können, ist die Verlegung in das Hospizzimmer eine Katastrophe.

Ohne die Kooperation mit einem ambulanten Hospizdienst dürfte kaum ein Pflegeheim in der Lage sein, im eigenen Haus hospizliche Leistungen anbieten zu können. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes bringen die Zeit mit, die die Begleitung sterbender Menschen braucht. Die im Hospizdienst versammelte Fachkompetenz – die leitende Hospizfachkraft, der beratende Arzt – kann bei der Lösung von Problemen im Heim genutzt werden. Diese Zusammenarbeit kann nur funktionieren, wenn die ehrenamtlichen Mitarbeiter im Heim willkommen sind, feste Ansprechpartner im Heim vorfinden und an den Informationsflüssen beteiligt werden.

Für die Kooperation zwischen Pflegeheim und ambulanten Hospizdienst bieten sich zahlreiche Möglichkeiten an.⁶⁰

- Vorbereitung ehrenamtlicher Mitarbeiter des Pflegeheims für die Sterbebegleitung
- Hilfen für den Aufbau neuer Gruppen
- Mitarbeit in der Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter des Pflegeheims in der Sterbebegleitung

60 Vgl. Müller, Monika/Kessler, Gera (Hg.): Implementierung der Hospizidee in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheims. Bonn: Pallia Med, 2000, pp 68-69.

- Mitarbeit in der Öffentlichkeitsarbeit des Pflegeheims
- Regelmäßiger Informationsaustausch zwischen dem Pflegeheim und dem Hospizdienst über die jeweiligen Entwicklungen und Erfahrungen
- Angebot von Praktikumsplätzen für ehrenamtliche Helfer des Hospizdienstes im Pflegeheim
- Angebot der Nutzung von Räumlichkeiten im Pflegeheim für Veranstaltungen des Hospizdienstes
- Teilnahmemöglichkeit an Fortbildungsangeboten des Hospizdienstes für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter des Pflegeheims
- Planung, Durchführung und Organisation gemeinsamer Fortbildungsangebote.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter des Hospizdienstes bieten so eine wesentliche Entlastung der hauptamtlichen Mitarbeiter des Pflegeheims, die hospizliche Leistungen ja zusätzlich übernehmen müssen. (Die Schaffung neuer Personalstellen für hospizliche Leistungen dürfte – so wünschenswert dies auch wäre – in Pflegesatzverhandlungen kaum durchzusetzen sein.)

Sterbebegleitung ist keine Aufgabe, die den Mitarbeitern einfach zugewiesen werden kann. Sterbebegleitung kann nur freiwillig von Mitarbeitern, die sich zur Erfüllung dieser Aufgabe in der Lage sehen, übernommen werden. Und auch hier ist darauf zu achten, dass nicht jeder Mitarbeiter, der sich zum Hospizdienst im Heim bereit erklärt hat, jede Aufgabe übernehmen kann. Bei hospizlicher Arbeit darf jeder nur gemäß seinen besonderen Fähigkeiten und Neigungen eingesetzt werden. Auf der einen Seite kann nur so die notwendige menschliche Qualität der hospizlichen Leistungen sichergestellt werden, auf der anderen Seite wird so die Belastung des Personals auf einem erträglichen Niveau gehalten.

Hospizarbeit ist eine sehr belastende Aufgabe, die nur dann ertragen werden kann, wenn sie in jeder Hinsicht freiwillig übernommen und ausgeführt wird. Dies hat erhebliche Konsequenzen für die Arbeitsorganisation und Dienstplangestaltung im jeweiligen Wohnbereich, die nicht nur von der Leitung, sondern auch von den Mitarbeitern akzeptiert werden müssen, die aus welchen Gründen auch immer an der Erbringung der hospizlichen Leistungen nicht beteiligt sind.

Hospizdienst im Pflegeheim setzt auf jeder Ebene und von jedem Beteiligten eine hohe Akzeptanz voraus, ohne die die notwendige Atmosphäre der Geborgenheit nicht entstehen kann.

6.5 Handlungsempfehlung

Aufgrund des festgestellten Defizits an Hospizdiensten in Frankfurt am Main kann die Handlungsempfehlung im Bereich Hospiz und Palliativmedizin nur lauten, den Aufbau ambulanter Hospizdienste zu fördern und genau zu prüfen, ob Frankfurt am Main nicht auch ein stationäres Hospiz braucht.

Im Einzelnen möchten wir diese Maßnahmen vorschlagen:⁶¹

- Öffentlichkeitsarbeit, um Menschen mit der Hospizidee bekannt zu machen
- ein Netzwerk aller, die sich in Frankfurt mit den Themen Sterbebegleitung und Palliativpflege und -medizin beschäftigen
- eine Bedarfs- und Machbarkeitsstudie für ein stationäres Hospiz in Frankfurt
- Unterstützung von Hospizinitiativen in der Aufbauphase durch finanzielle Förderung und Vermittlung von Fachkompetenz, auch im Bereich des Managements von Initiativen und Projekten
- die Weiterbildung von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfern
- die Förderung hospizliche Leistungen für Menschen ohne eine medizinische Indikation gemäß den Rahmenvereinbarungen nach § 39a SGB V.

61 S. die Ausführungen in Kapitel 8.5.

7. Hilfen und Angebote zur Erhaltung der selbständigen Lebensführung im Alter

7.1 Ambulante Pflege

Ende 1999 gab es nach der Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes mehr als dreitausend Pflegebedürftige, die durch ambulante Pflegedienste betreut wurden. Knapp die Hälfte davon entfiel auf Pflegestufe 1, in immerhin 468 Fällen wurden schwer Pflegebedürftige (Pflegestufe 3) ambulant versorgt. Diese Zahlen beziehen sich auf alle Altersklassen, eine gesonderte Auswertung nur für ältere Pflegebedürftige war im vorgegebenen Zeitrahmen nicht möglich.

Die Tabelle 7.1 zeigt eine relativ gleichmäßige Verteilung der Pflegedienste in Bezug auf verschiedene Betriebsgrößen. Nimmt man für die Zahl der betreuten Personen innerhalb der verschiedenen Betriebsgrößenklassen plausible Mittelwerte an, so lässt sich schätzen, dass jeweils ziemlich genau ein Drittel der Pflegebedürftigen von kleinen (bis zu 25 Pflegebedürftigen), mittleren (26 bis 50 Pflegebedürftigen) und großen Pflegedienstleistern (mehr als 50 Pflegebedürftigen) betreut wird.

Die Datenbank der AOK Hessen weist mit dem Stand Januar 2001 128 ambulante Pflegedienste in Frankfurt¹ aus.

Von diesen Diensten arbeitet rund die Hälfte mehr oder weniger seit Einführung der Pflegeversicherung, ca. ein Viertel hat die Zulassung

innerhalb der letzten drei Jahre erhalten. Über die Zahl der Pflegedienste, die wieder vom Markt verschwunden sind, haben wir keine Angaben.

Da wir keine Informationen über die Kapazität der Anbieter haben und diese sich insbesondere bei kleineren Anbietern auch relativ kurzfristig ändert, lässt

Tabelle 7.1

Ambulante Pflegedienste am 15.12.1999 in Frankfurt am Main

	Zahl	Anteil
Ambulante Pflegedienste insgesamt	117	
Pflegedienste mit ... bis ... Pflegebedürftigen		
1-10	26	22%
11-15	17	15%
16-20	12	10%
21-25	15	13%
26-35	15	13%
36-50	16	14%
51-70	10	9%
71 oder mehr	6	5%
Durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige insgesamt:	3.244	
Davon:		
Pflegestufe 1	1.518	47%
Pflegestufe 2	1.258	39%
Pflegestufe 3 (einschl. Härtefälle)	468	14%
Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt		

sich aus den vorliegenden Daten keine Aussage über einen Nachfrage- oder Angebotsüberhang ableiten. Unsere Gespräche mit Fachleuten deuten jedoch übereinstimmend darauf hin, dass es eher ein Überangebot als eine Unterversorgung gibt: Ältere Bürgerinnen und Bürger in Frankfurt können davon ausgehen, dass sie ohne Probleme die Pflegeleistungen

1 Vgl. Tabelle „Ambulante Pflegedienste in Frankfurt, Stand 25.1.2001“, für unsere Analysen zur Verfügung gestellt von der Abteilung Strategie Pflegeversicherung der AOK Hessen.

erhalten, die sie benötigen und die sie – über die Pflegeversicherung oder als Selbstzahler – finanzieren können.

Tabelle 7.2
Ambulante Pflegedienste in Frankfurt am Main nach Zulassungsdatum

Zulassung seit:		
1995	69 Dienste	53%
1996	15 Dienste	12%
1997	11 Dienste	9%
1998	13 Dienste	10%
1999	11 Dienste	9%
2000	9 Dienste	7%
insgesamt	128 Dienste	100%

Quelle: Listen der Pflegekasse der AOK Hessen (Fn. 1)

Die Adressenlisten des Jugend- und Sozialamtes der Stadt Frankfurt am Main weisen für Oktober 2000 43 gemeinnützige² sowie 97 private Anbieter³ ambulanter Dienste aus. Dies sind zusammen 140 Anbieter, also 12 mehr als in der Datenbank der AOK aufgeführt. Die Unterschiede zur Statistik der AOK könnten sich daraus erklären, dass die städtische Liste auch Anbieter umfasst, die ausschließlich einen Vertrag mit Krankenkassen, nicht aber mit Pflegekassen haben. Empirisch tritt dies allerdings weder bei den privaten noch bei den gemeinnützigen Anbietern auf. Es gibt lediglich einen Dienst, bei dem es keine Angabe zur Art der Vergütungsverträge gibt. Auch der zeitliche Unterschied zwischen den Stichtagen der Listen von drei Monaten dürfte die Abweichung nicht erklären.

Der Unterschied von 11 Diensten zwischen den 117 Pflegediensten, die das Statistische Landesamt zum Ende 1999 ausweist, und den 128 Diensten in der AOK-Statistik können ebenfalls nicht vollständig auf das dazwischenliegende Jahr zurückgeführt werden,

2 Vgl. Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main, Fachreferat Grundsatz: „Gemeinnützige Anbieter ambulanter Dienste der freien Wohlfahrtspflege“ (Stand 10/2000).

3 Vgl. Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main, Fachreferat Grundsatz: „Private Anbieter ambulanter Dienste“ (Stand 10/2000).

denn laut AOK-Datenbank gab es im Jahr 2000 nur 9 Neuzulassungen. Außerdem müsste man davon ausgehen, dass im Jahr 2000 kein einziger Pflegedienst seine Pforten geschlossen hat. Diese Annahme ist nicht naheliegend.

Dringend wünschenswert wäre hier ein regelmäßiger Abgleich der unterschiedlichen Datenquellen mit dem Ziel, mittlerweile nicht mehr existente Anbieter aus den Listen zu entfernen bzw. fehlende Adressen nachzutragen. Unterschiede von 10% bis 20% in den unterschiedlichen Datenquellen machen eine präzise Analyse der Angebotsituation unmöglich.

Anders als im stationären Bereich sind die Pflegesätze für ambulante Pflege weitestgehend einheitlich. Der Satz für Grundpflege beträgt in den meisten Fällen 46,50 DM, in der Spitze werden 51,30 DM gezahlt. Für eine hauswirtschaftliche Fachkraft werden 30 DM gezahlt, von diesem Satz gibt es nur eine einzige Abweichung (28 DM).⁴

Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen geben Hinweise darauf, dass ein erheblicher Anteil der Pflegebedürftigen von Angehörigen gepflegt wird. Uns liegt eine Statistik für das Jahr 1999 vor, nach der in Frankfurt am Main 7.645 Begutachtungen zur Pflegeeinstufung vorgenommen wurden.⁵ Allerdings unterscheidet diese Statistik nicht zwischen Erst- und Folgebegutachtungen.

Eine andere Statistik des MDK, die sich allerdings auf die Bezirksstelle Frankfurt bezieht und den Wetterau- sowie den Hochtaunuskreis einschließt, weist Erst- und Folgebegutachtungen getrennt aus. Aus ihr ist ersichtlich, dass die Zahl der Folgebegutachten und der Begutachtungen aufgrund von Widersprüchen zusammengenommen etwa ebenso hoch ist wie die Zahl der Erstbegutachtungen.⁶

In der Zusammenschau beider Datenquellen lässt sich demnach schätzen, dass die Zahl der ambulanten Erstbegutachtungen für Frankfurt am Main der-

4 Vgl. Tabelle „Ambulante Pflegedienste in Frankfurt, Stand 25.1.2001“ der AOK Hessen.

5 Vgl. Medizinischer Dienst der Krankenkassen in Hessen, Tabelle „Kreisfreie Stadt – Pflegeeinstufung ambulant – Zeitraum 99“.

6 Vgl. Medizinischer Dienst der Krankenkassen in Hessen, Tabelle „Ambulante und stationäre Pflegeeinstufung des MDK in Hessen – Bezirksstellenbereich Frankfurt“.

zeit bei ca. 3.800 liegt. Wenn man plausiblerweise von einer durchschnittlichen ambulanten Pflegedauer von mehr als einem Jahr ausgeht, lässt sich sagen, dass viele Pflegebedürftige nicht von Pflegediensten, demnach also von Angehörigen betreut werden.

7.1.1 Resümee

Die Pflegebedürftigkeit von Personen, die weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben sowie die Angebotsstrukturen, die diesen Personen zur Verfügung stehen, sind ein hochkomplexes Thema. Umfangreiche Datenbestände sind im Prinzip vorhanden, allerdings bei unterschiedlichen Stellen. Der Stadtverwaltung Frankfurt am Main liegt nach unseren Recherchen nur ein geringer Teil der einschlägigen Daten vor, obwohl ein Bedarf geäußert wurde, mehr statistische Unterlagen für die eigene Arbeit nutzen zu können.

Die Pflegekassen verfügen über detaillierte Individualdaten der Personen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Diese Daten sind selbstverständlich nur der internen Verwendung zugänglich. Man kann auf ihrer Basis, wenn auch mit beträchtlichem Aufwand, statistische Auswertungen vornehmen.

Der Zugang zu diesen Daten müsste unter datenschutzrechtlichen Aspekten geprüft werden, es müssten hinsichtlich der älteren Menschen umfassende Sonderauswertungen durchgeführt sowie verschiedene Datenquellen zusammengeführt werden. Die Kompatibilität und Widerspruchsfreiheit dieser Daten ist nach unseren bisherigen Erfahrungen bei weitem nicht in allen Fällen gewährleistet.

Andere Daten, wie z.B. die subjektiv empfundene oder auch objektivierbare Bedarfsdeckung durch die Leistungen, die die Pflegeversicherung finanziert, müssten durch eigene Erhebungen eruiert werden.

Die Analyse von Dokumenten, die im Rahmen von Widerspruchs- und Beschwerdeverfahren anfallen, würde vielfältige Aufschlüsse über Probleme im Bereich der ambulanten Pflege geben, die sich in statistischen Daten kaum niederschlagen.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass es im vorgegebenen Zeitrahmen nicht möglich war,

mehr als erste überblickshafte Analysen anzustellen. Der Bereich bedarf unseres Erachtens dringend einer eingehenderen Analyse.

7.2 Stadtteilorientierte Beratung und Vermittlung älterer Menschen

Angesichts des hohen Orientierungs- und Informationsbedarfs älterer Menschen im Hinblick auf die verschiedenen Problemlagen des Alters einerseits und der komplexen, vielfältigen und sich rasch wandelnden Angebotsstruktur andererseits kommt einem kleinräumig organisierten Beratungs- und Vermittlungsangebot für ältere Menschen zentrale Bedeutung zu. Diese Aufgabe wird in Frankfurt am Main hauptsächlich von zwei Einrichtungen übernommen, nämlich

- den „Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen“, in der Folge kurz BuV-Stellen genannt, und
- den Besonderen Sozialdiensten (BSD) für ältere Bürgerinnen und Bürger, dem Allgemeinen Sozialdienst bzw. den multiprofessionellen Stadtteilteams in den Sozialrathäusern.

Für ältere Menschen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt pflegerische Hilfen benötigen, treten als dritte Säule der Beratungsinfrastruktur

- die Sozialdienste der Krankenhäuser hinzu.

Wir werden auf Basis der uns vorliegenden Unterlagen zunächst die Aufgabenstellung und Arbeitsweise dieser Einrichtungen nachzeichnen.

7.2.1 Struktur und Aufgaben der BuV-Stellen

Die Tätigkeit der BuV-Stellen ist durch einen Vertrag zwischen deren Trägern und der Stadt Frankfurt am Main vom 1.2.1996 sowie durch eine in der AG 95⁷ am 14.6.1996 beschlossene Konzeption geregelt.

Die BuV-Stellen sind jeweils mit 1,5 Personalstellen für Sozialarbeiter/innen ausgestattet und erhalten

pro Jahr eine städtische Finanzierung in Höhe von 170.000 DM. Es gibt 10 über das Stadtgebiet verteilte Stellen in Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege. Beim Besonderen Dienst „Ältere Bürger und Leistungen des Bundes“ im Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main ist eine Zentrale Koordinierungsstelle für die BuV-Stellen angesiedelt, die mit drei vollen Stellen für Sozialarbeiter/innen sowie einer halben Stelle für eine Hilfskraft ausgestattet ist. Diese Stelle fungiert gleichzeitig als zentrale BuV-Stelle, die für Zielgruppen zuständig ist, welche sich keinem bestimmten Stadtteil zuordnen lassen.⁸ Die Zentrale Koordinierungsstelle koordiniert auch die Arbeit der Besonderen Sozialen Dienste für ältere Bürger. Die Leistungsbeschreibung der Zentralen Koordinierungsstelle ist auf der folgenden Seite im Original dokumentiert.

Arbeitsgrundlage ist gegenwärtig wieder die oben angeführte Konzeption aus dem Jahr 1996. Zwischenzeitlich wurde im Jahre 1999 eine neue Konzeption erarbeitet, die allerdings auf einem Förderkonzept des Landes Hessen basierte,⁹ das nach dem Regierungswechsel in Hessen nicht realisiert wurde. Derzeit wird von den meisten Beteiligten die Notwendigkeit gesehen, diese Konzeption zu überarbeiten. Wie zu zeigen sein wird, ergibt sich die Notwendigkeit einer konzeptionellen Überarbeitung wesentlich auch aus der Tatsache, dass die BuV-Stellen gegenwärtig mehr und andere Dinge tun als sie nach der Konzeption tun müssten.

Die Konzeption definiert die Zielgruppe relativ eng als „Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main, die ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfeleistungen, Pflege und Versorgung benötigen.“¹⁰ Die Konzeption stellt weiterhin klar, dass der

Auftrag der Pflegeversicherung zur Aufklärung und Beratung sowie zur Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit¹¹ von der Tätigkeit der BuV-Stellen unberührt bleibt. Eine beratende und orientierende Arbeit im Vorfeld eines manifesten Hilfebedarfs ist somit laut Konzept nicht Gegenstand der Arbeit der BuV-Stellen. In der Praxis werden aber nach unserer Kenntnis Ratsuchende, die sich im Vorfeld eines Pflegebedarfs über die Bedingungen und Möglichkeiten informieren wollen, nicht abgewiesen, sondern ebenfalls beraten.

Ebenso ist es nach dem Konzept nicht Aufgabe der BuV-Stellen, Mängel in der pflegerischen Versorgung zu identifizieren und auf deren Beseitigung hinzuwirken, denn dies ist ebenfalls eine Aufgabe der Pflegekassen.¹² Da jedoch die „Konfliktberatung zwischen Anbietern, Pflegebedürftigen und sozialem Umfeld“¹³ laut Konzeption zu den Aufgaben der BuV-Stellen gehört, ist davon auszugehen, dass sie hinsichtlich der Qualität und der Qualitätsmängel im ambulanten Versorgungsangebot über einen besonders guten Informationsstand verfügen.

Neben den BuV-Stellen gibt es bei den Sozialrathäusern der Stadt Frankfurt am Main Sozialdienste für ältere Bürger,¹⁴ deren Aufgabenprofil im Bereich Beratung und Vermittlung älterer Menschen sich laut der schriftlichen Konzeption mit dem der BuV-Stellen weitgehend deckt.¹⁵ Die Arbeitsteilung zwischen beiden Einrichtungen ist im Sinne eines Anlaufmodells geregelt,¹⁶ das heißt, die Ratsuchenden haben die Wahl, in ihrem Stadtteil die eine oder die andere

7 Arbeitsgemeinschaft gemäß §95 Bundessozialhilfegesetz. Hier ist die Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Sozialhilfeträger und der Träger der freien Wohlfahrtspflege als Soll-Bestimmung geregelt.

8 Hierunter fallen „Ältere Menschen ohne festen Wohnsitz, ältere Menschen aus Psychiatrischen Krankenhäusern, ältere Menschen mit Wohnsitz außerhalb von Frankfurt sowie Verlegung in andere Heimeinrichtungen“ (Faltblatt „Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen“).

9 Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung: Entwurf eines Rahmenkonzeptes für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen. Fassung vom 27.4.1998.

10 Konzeption zur Zusammenarbeit ... Ziffer 0.3, p 2.

11 Vgl. Sozialgesetzbuch XI, §7 Abs. 1.

12 Vgl. Sozialgesetzbuch XI, §12 Abs. 1.

13 Konzeption zur Zusammenarbeit ... Ziffer 2, p 4.

14 Insgesamt ist die Leistungsbeschreibung in dem Papier „Aufgaben des kommunalen Sozialdienstes für ältere Bürger der Stadt Frankfurt am Main“ in der Fassung vom Juni 1998 niedergelegt.

15 Der Abschnitt 3 der Konzeption zur Zusammenarbeit ... definiert die Aufgaben des Sozialamts im Hinblick auf ambulante und stationäre Hilfen für ältere Menschen. Fünf von insgesamt elf Punkten sind identisch formuliert wie bei der Auflistung der Aufgaben der BuV-Stellen, weitere Punkte entsprechen sich sinngemäß.

16 „Bürgerinnen und Bürger (...) die keine Hilfe im Sinne des Vertrags benötigen“ oder für den Fall, dass „eine längerfristige psychosoziale Beratung und Begleitung im Vordergrund“ steht. (Vgl. Konzeption zur Zusammenarbeit ... Abschnitt 1 Absätze 3 und 4 sowie Abschnitt 2 Absätze 2 und 3).

51.D22 (50.32)

Zentrale Koordinierungsstelle –
Kurzdarstellung der Leistungen:

Koordination, Vernetzung:

- Fachberatung und Koordination der Beratungs- und Vermittlungssysteme in Frankfurt am Main
 - Fachberatung und Koordination der städtischen Sozialdienste für ältere Bürger
 - Fachberatung und Koordination der Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen (BuV)
 - Koordination und Kooperation mit den einzelnen Leistungs-anbietern in enger Zusammenarbeit mit den BuV-Stellen
 - Umfassende Koordination der Zusammenarbeit und sämtlicher Handlungsvollzüge zwischen der Zentralen Koordinierungsstelle, den BuV-Stellen, den ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen, den Krankenhäusern, den Fachreferaten und Besonderen Diensten des Jugend- und Sozialamtes, den Sozialrathäusern, den Kostenträgern sowie anderen Kooperationspartnern
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung eines auf einander abgestimmten, vernetzten, effizienten und bedarfsorientierten Altenhilfesystems in Frankfurt am Main

Zentrale Führung der aktuellen Übersicht

- der Angebotsstruktur ambulanter Hilfen und teilstationärer Einrichtungen in Frankfurt am Main sowie Bereitstellung der Angebote an alle BuV-Stellen über EDV
- der Angebotsstruktur sowie der freien Kapazitäten in den Alten- und Pflegeheimen in Frankfurt am Main sowie Bereitstellung der Angebote an alle BuV-Stellen über EDV
- Anwendungsbezogene Betreuung des EDV-Systems für ambulante, teilstationäre und stationäre Vermittlungen

Beratung und Vermittlung

- Zentrale Information und Beratung über die Versorgungsstrukturen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich und „Weitervermittlung“ an die zuständigen Stellen
- Beratung und Vermittlung von Heimplätzen für besondere Personengruppen
 - ältere Menschen ohne festen Wohnsitz
 - ältere Menschen, die sich in einem Psychiatrischen Krankenhaus befinden
 - ältere Menschen, die von außerhalb in ein Frankfurter Alten- und Pflegeheim ziehen möchten
 - Klärung von Umzugswünschen von Heimbewohnern, deren Angehörigen oder Betreuern sowie von Verlegungsanträgen der Einrichtungen, ggf. Vermittlung einer anderen Einrichtung

Analyse, Altenplanung, Konzeptentwicklung

- Beobachtung der Entwicklungstendenzen im ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereich, der Situation in den Krankenhäusern und in den Stadtteilen, Aufzeigen von Engpässen und Defiziten in den Versorgungsstrukturen sowie Weitergabe der Änderungen der Bedarfs- und Angebotsstruktur an die zuständigen Stellen
- Erarbeitung von Analysen, Berichten, Stellungnahmen und Beschlussvorlagen für altpolitische Entscheidungen
- Mitwirkung bei der Erarbeitung von Versorgungskonzepten für hilfs- und pflegebedürftige Menschen

Informations- und Öffentlichkeitsarbeit

- Erarbeitung von „Roten Fäden“ für die Beratungs- und Vermittlungsarbeit
- Erarbeitung von Zeitungsartikeln und Informationsbroschüren

Sprechzeiten: Montag u. Donnerstag 7.30 Uhr bis 12.00 Uhr und 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr sowie nach Vereinbarung

Einrichtung aufzusuchen. Die „Überweisung“ von Ratsuchenden ist nur in einigen explizit aufgeführten Situationen vorgesehen, von denen einige allerdings einen erheblichen Ermessensspielraum offen lassen.

Seit 1997 sind allein die BuV-Stellen für die Vermittlung von Heimplätzen mit Hilfe eines EDV-Systems zuständig, sodass die Sozialdienste für ältere Bürger zumindest für diesen Teilbereich an die BuV-Stellen verweisen müssen. Der „Vermittlungsauftrag“, das ist die Suche nach einem Heimplatz und der Nachweis eines geeigneten Angebotes, ist aber nur die Endphase des gesamten Prozesses der Heimplatzvermittlung. Die zentrale Statistik unterscheidet bislang nicht zwischen Fällen, in denen die BuV-Stelle den gesamten Arbeitsgang durchführt, und solchen, in dem sie nur in der Endphase eingeschaltet wird.

Eine aufsuchende oder zugehende Arbeit der BuV-Stellen ist vom Konzept her nicht vorgesehen, während Hausbesuche bei den Sozialdiensten für ältere Bürger zum Aufgabenspektrum gehören. Auch diese Regelung der Konzeption entspricht nicht der Arbeitsrealität. Hausbesuche durch die Sozialarbeiter der BuV-Stellen sind nicht nur üblich, sondern für eine Reihe von Arbeitsvollzügen sogar zwingend notwendig, nämlich

- bei der Erstellung des „Sozialberichts“ im Rahmen einer Heimeinweisung,
- bei der Stellungnahme zur Bestellung eines gesetzlichen Betreuers nach Betreuungsgesetz,
- bei der Stellungnahme gegenüber dem Sozialamt, wenn im Rahmen der ambulanten Pflege und Betreuung Leistungen aus der Sozialhilfe beansprucht werden.

Die persönliche Anwesenheit von Mitarbeiter/innen ist in den BuV-Stellen lediglich für jeweils drei Stunden an zwei Vormittagen und einem Nachmittag zu gewährleisten, allerdings spricht die Vereinbarung von einer „ständigen“ telefonischen Erreichbarkeit.¹⁷

Die Sozialdienste der Krankenhäuser können die Leistungen der BuV-Stellen in Anspruch nehmen, werden allerdings nicht ausdrücklich auf eine Zusammenarbeit mit ihnen verwiesen.

17 Vgl. Konzeption zur Zusammenarbeit ... Abschnitt 2, letzter Absatz, p 6.

7.2.2 Beratung älterer Menschen und Vermittlung von Dienstleistungen durch die Sozialrathäuser der Stadt Frankfurt am Main

Der Prozess der Umgestaltung der ehemaligen Sozialstationen in Sozialrathäuser befindet sich derzeit in Gang. In zwei Pilotregionen, nämlich Bockenheim und Eschersheim, wurden unterschiedliche Arbeitsformen entwickelt und erprobt. Das Leitbild, das dieser Umstrukturierung zugrunde liegt, betont die Aspekte

- Dienstleistung für Bürgerinnen und Bürger im Stadtteil,
- Kommunikation mit den Akteuren im Stadtteil,
- Erkennen neuer Bedürfnisse sowie
- Entwicklung innovativer Arbeitsansätze.¹⁸

Auch im Hinblick auf die Zielgruppe der älteren Menschen ist die Orientierung an diesem Leitbild uneingeschränkt zu begrüßen. Die Ausarbeitungen beider Pilotteams weisen jedoch darauf hin, dass bis zur konsequenten Verankerung dieses Leitbildes in der Alltagsarbeit der Sozialrathäuser noch einige Hürden zu überwinden sind. Ein Ansatz zur Überwindung dieser Hürden ist die Teamorientierung. In jedem Sozialrathaus werden zukünftig mehrere „multiprofessionelle Teams“¹⁹ stadtteilorientiert arbeiten. Im Falle des Sozialrathauses Bockenheim sind dies vier Teams, die jeweils für einen Teil des Einzugsgebietes des Sozialrathauses zuständig sind.²⁰

Den einzelnen Sozialrathäusern ist es freigestellt, hinsichtlich der Zielgruppe der älteren Menschen zwischen drei Organisationsvarianten zu wählen:²¹

1. Der Besondere Soziale Dienst für ältere Bürgerinnen und Bürger wird einem der Stadtteilteams zugeordnet, ist aber räumlich für den gesamten Zuständigkeitsbereich des Sozialrathauses verantwortlich.²² Dies bedeutet, dass es in jedem Team sowohl eine räumliche als auch eine zielgruppenbezogene Spezialisierung gibt.²³

18 Vgl. Pilotteam Bockenheim: Das Sozialrathaus, p 3.

19 Pilotteam Bockenheim: Das Sozialrathaus, p 26.

20 Vgl. Pilotteam Bockenheim: Das Sozialrathaus, p 27.

21 Vgl. Sozialrathäuser in Frankfurt am Main: Leitlinien für die Umsetzung, Stand 25.11.1999, p 6.

22 Entsprechend werden andere Besondere Soziale Dienste den anderen Stadtteilteams zugeordnet.

2. Der Besondere Soziale Dienst für ältere Bürgerinnen und Bürger wird ebenso wie die anderen BSD aufgelöst, die Aufgaben werden von den einzelnen Stadtteilteams mit übernommen. Dazu gibt es in jedem Sozialrathaus eine Fachreferentin oder einen Fachreferenten, die oder der Spezialkenntnisse an die Mitglieder der Stadtteilteams weitervermitteln soll. Das Fernziel besteht darin, dass alle Mitglieder des Stadtteilteams auch im Bereich der Altenhilfe tätig werden können.²⁴
3. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die entweder im Sozialdienst oder in der Wirtschaftlichen Sozialhilfe auf Alten- und Behindertenhilfe spezialisiert sind, werden zu einem eigenen Team zusammengefasst, wobei es innerhalb des Teams wiederum Zuständigkeiten für einzelne Stadtteile gibt.²⁵

Mit den unterschiedlichen Gestaltungsvarianten der Arbeit in den Sozialrathäusern korrespondieren verschiedene Optionen der Vernetzung im Stadtteil. So gibt es in Bornheim entsprechend zur Bildung eines spezialisierten Teams für ältere und behinderte Menschen einen Arbeitskreis „Altenarbeit Bornheim/Nordend“.²⁶

Über die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit der Sozialrathäuser liegen uns keine statistischen Daten vor. Auf die Gründe werden wir weiter unten in die-

-
- 23 Dieser Weg wurde im Sozialrathaus Bockenheim gewählt. Vgl. Pilotteam Bockenheim: Das Sozialrathaus, p 27.
 - 24 Nach Mitteilung der Zentralen Koordinierungsstelle wurde diese Gestaltungsvariante nach den oben bezeichneten schriftlichen Fixierung in den Leitlinien noch weiter ausdifferenziert. Ziel im Sozialrathaus Eschersheim ist es, dass alle Mitglieder der Stadtteilteams alle Klienten betreuen können (vgl. Pilotteam Eschersheim: Ergebnisbericht Teil 1 p 33ff, insbesondere p 36f). Die Sozialrathäuser Bergen-Enkheim und Sachsenhausen verfolgen dagegen die Strategie, in jedem Stadtteilteam eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten für die Betreuung älterer Menschen zu haben.
 - 25 Vgl. Sozialrathäuser in Frankfurt am Main: Leitlinien für die Umsetzung, Stand 25.11.1999, p 6f. Diese Option wurde u.a. vom Sozialrathaus Bornheim gewählt. (Vgl. Konzeption zur Umsetzung der Neuorganisation der Jugend- und Sozialverwaltung für das Sozialrathaus Bornheim, Frankfurt 2000, Abschnitt 4.)
 - 26 Vgl. Konzeption zur Umsetzung der Neuorganisation der Jugend- und Sozialverwaltung für das Sozialrathaus Bornheim, Frankfurt 2000, Abschnitt 8.

sem Abschnitt eingehen. Um auch ohne differenzierte Datengrundlage ein Bild von der Beratungs- und Vermittlungstätigkeit der Sozialrathäuser und ihrer Kooperation mit den BuV-Stellen zu gewinnen, fand auf Initiative der Sozialplanung ein Gespräch mit den Leiter/innen der Spezialistenteams für Ältere und Behinderte aus den drei Sozialrathäusern statt, die nach dem dritten der oben umrissenen Organisationsmodelle arbeiten (Bornheim, Nordweststadt, Obermain).

Wir stützen uns in den folgenden Ausführungen auf die fachlichen Erfahrungen von drei Gesprächspartner/innen, es muss dennoch betont werden, dass die folgenden Ausführungen bezogen auf die Gesamtheit der Sozialrathäuser und BuV-Stellen als vorläufige Ergebnisse im Sinne von Hypothesen zu betrachten sind, die empirisch mit Hilfe statistischer Erhebungen breiter untermauert werden müssten.

Je nach der Altersstruktur der Bevölkerung im Einzugsbereich besteht das Klientel der Sozialrathäuser bis zu 60% aus älteren Menschen (über 60 Jahre). Davon kann nur etwa die Hälfte durch die Spezialistenteams betreut werden, d.h. auch innerhalb der Sozialrathäuser, die sich für das Organisationsmodell „Spezialistenteam“ entschieden haben, gibt es parallel zwei Varianten der Beratung älterer Menschen, nämlich entweder über das Spezialistenteam oder über die (nicht zielgruppenspezifisch angelegten) Stadtteilteams.

In der Regel werden ältere Menschen dann vom Spezialistenteam betreut, wenn sie pflegebedürftig sind. Wird ein älterer Klient, der vorher von einem Stadtteilteam betreut wurde, pflegebedürftig, so hat dies einen Wechsel der Zuständigkeit innerhalb des Sozialrathauses zur Folge.

Vorgängiges Zuordnungsprinzip von Klienten zu Teams ist eine gleichmäßige Verteilung der Gesamtzahl der Klienten auf die verschiedenen Teams sowie die gleiche Größe der einzelnen Teams. Die Zuordnung einzelner älterer Menschen entweder zum Spezialistenteam oder zu einem der Stadtteilteams muss also pragmatisch gehandhabt werden. Bemerkenswert ist dabei, dass ältere Menschen im Spektrum der Klientel der Sozialrathäuser zumindest bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der wirtschaftlichen Sozialhilfe als der weniger problematische Teil gelten, also als Klienten, die im Durchschnitt weniger Arbeitsaufwand verursachen.

Es gibt in den Sozialrathäusern im Prinzip eine zugehende Arbeit mit älteren Menschen, doch hat diese aufgrund der über Jahre hinweg gestiegenen Fallzahlen bzw. aufgrund zusätzlicher Arbeitsvollzüge in der Betreuung der einzelnen Klienten nur einen geringen Stellenwert. Eine Ausweitung der zugehenden und kleinräumig orientierten Arbeit wird von der Sache her als wünschenswert erachtet. Die Frage nach einer genauen Abgrenzung der Zielgruppe stellt sich also derzeit, nämlich so lange, wie die Arbeit weit überwiegend auf Komm-Strukturen beruht, nicht.

In den Sozialrathäusern werden durchaus auch ältere Menschen mit höherem Einkommen sozialarbeiterisch betreut. Ihr Anteil ist von Sozialrathaus zu Sozialrathaus je nach den örtlichen Bedingungen vermutlich recht unterschiedlich. Genaue Angaben liegen aufgrund der fehlenden statistischen Erfassung nicht vor. Einigkeit herrschte aber auch darüber, dass es einen Anteil an älteren Menschen gibt, die aufgrund einer Scheu vor dem Sozialamt dessen Leistungen auch im beratenden Bereich nicht in Anspruch nehmen würden, sodass dieser Bedarf nur über die BuV-Stellen abgedeckt werden kann. Diese Scheu gegenüber „dem Sozialamt“ ist auch, möglicherweise sogar in besonderem Maße bei älteren Menschen mit geringem Einkommen anzutreffen, sodass diese unter Umständen erst auf dem „Umweg“ über eine Beratung durch die BuV-Stellen auf die Tatsache hingewiesen werden können, dass sie sozialhilfeberechtigt sind.

Die Umgestaltung der Sozialrathäuser zu Dienstleistungsagenturen für alle Bürger/innen im Stadtteil, wie dies im Leitbild formuliert wurde, ist u.a. aufgrund unzureichender räumlicher Verhältnisse in naher Zukunft nicht zu erwarten. Es muss deswegen damit gerechnet werden, dass bestehende Barrieren gegenüber „dem Sozialamt“ auf absehbare Zeit auch gegenüber den Sozialrathäusern wirksam sind.

Die Kooperationsstrukturen zwischen Sozialrathäusern und BuV-Stellen sind von Bezirk zu Bezirk unterschiedlich. Maßgebend für diese Unterschiede ist nahezu ausschließlich die individuelle Kontaktbereitschaft zwischen einzelnen Mitarbeiter/innen, also der „menschliche Faktor“. Können die Mitarbeiter/innen der Sozialrathäuser und der BuV-Stellen gut miteinander, so gibt es eine enge Zusammenarbeit und einen Grad der Arbeitsteilung, der deutlich über die vertragliche Grundlage hinaus geht, ist dies nicht

der Fall, so arbeiten Sozialrathäuser und BuV-Stellen als weitgehend unverbundene Parallelstrukturen.

Nach Auskunft unserer Gesprächspartnerinnen aus den Sozialrathäusern vermitteln die Krankenhaussozialdienste als dritte Säule des Beratungs- und Vermittlungssystems für ältere Menschen nicht selten auch selbst, also ohne Einschaltung der BuV-Stellen, ambulante Dienste. Dies macht insofern Sinn, als die Mitarbeiter/innen der Krankenhaussozialdienste zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus die Klienten bereits persönlich kennen und die ambulanten Dienste auf individuelle Besonderheiten hinweisen können.

Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass die Krankenhaussozialdienste oft unter kurzfristigem Erfolgsdruck stehen: Ziel der Krankenhausleitungen ist es mittlerweile, Betten freizumachen und Liegezeiten zu minimieren. Der Wunsch nach einer schnellen Lösung kann hier durchaus in Konflikt mit dem Ziel geraten, die sach- und bedürfnisgerechteste Lösung für den Klienten zu finden. Vor diesem Hintergrund erscheint eine engere Zusammenarbeit zwischen Krankenhaussozialdiensten und BuV-Stellen und insbesondere eine frühere Einbeziehung der BuV-Stellen in die Entwicklung einer Versorgungsperspektive nach dem Krankenhaus wünschenswert.

Auch die Vermittlung von Heimplätzen erfolgt mitunter außerhalb der formellen Vermittlungsprozedur. Wenn die Zeit drängt, ist ein informelles Vorgehen und die Nutzung guter persönlicher oder institutioneller Kontakte zu bestimmten Einrichtungen meist schneller.

Es gibt zurzeit keine empirische Informationsgrundlage, anhand derer eine klare Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche von Sozialrathäusern, BuV-Stellen und Krankenhaussozialdiensten vorgeschlagen werden könnte.

Eine Abgrenzung der Klientengruppen zwischen Sozialrathäusern und BuV-Stellen nach der Sozialhilfeberechtigung, wie wir sie zeitweise erwogen hatten, ist aus grundsätzlichen wie auch aus pragmatischen Erwägungen nicht sinnvoll:

- Die Barrieren gegenüber einer Inanspruchnahme „des Sozialamtes“ – auch in der gegenwärtigen Form des Sozialrathauses – existieren auch bei älteren Menschen, die sozialhilfeberechtigt sind.

- Die Erfahrung zeigt, dass die Sozialhilfeberechtigung älterer Menschen oft erst nach längeren Recherchen festzustellen ist, sodass sie in diesen Fällen gar nicht zum Zuordnungskriterium gemacht werden kann.

Was die Zukunftsperspektiven für die Beratung und Vermittlung älterer Menschen aus Sicht der Sozialrathäuser betrifft, so kann nach Überzeugung der Leiter/innen der Spezialistenteams kein Zweifel daran bestehen, dass die älteren Bürgerinnen und Bürger ein Beratungs- und Vermittlungsangebot unter einem Dach bevorzugen würden. Dies ist jedoch nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit einem Beratungsangebot aus einer Hand.

Weiterhin wurde angeregt, das Beratungs- und Vermittlungsangebot noch kleinräumiger zu organisieren. Zu prüfen wäre in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten der Anknüpfung an das früher stärker praktizierte Modell der Beratungswohnungen, in denen Beratung und Vermittlung fern vom Amtsamiente stattfinden könnten. Auch eine mobile Beratung in Zusammenarbeit mit Altenclubs und Seniorenbegegnungsstätten wäre eine näher zu prüfende Option.

Einigkeit herrschte aber auch darüber, dass die eigene Einrichtung, also das Sozialrathaus, als Beratungs- und Vermittlungsstelle für alle älteren Bürgerinnen und Bürger nicht geeignet ist. Wir sind weiter oben bereits auf die Barrierenproblematik eingegangen.

Ideal wäre ein neutraler Einrichtungstyp, der nach außen hin z.B. an das Bürgeramt der Stadt Frankfurt angebunden werden könnte. Dies spräche nicht dagegen, dass in dieser Einrichtung trotzdem Mitarbeiter/innen der BuV-Stellen und der Sozialrathäuser zusammenarbeiten. Statt einer Anbindung an das Bürgeramt käme auch eine Anbindung an die zu schaffende „Leitstelle Älterwerden“ in Frage.

7.2.3 Daten zur Arbeit der Sozialdienste für ältere Bürgerinnen und Bürger

Die Erfassung von Klientendaten, die eine Grundlage für statistische Auswertungen bilden könnte, ist in den Sozialrathäusern je nach Bereich sehr unterschiedlich:

- Im Bereich der wirtschaftlichen Sozialhilfe findet über das PROSOZ-System eine detaillierte Erfassung aller Daten statt, die für die Gewährung finanzieller Leistungen erforderlich sind.
- Außerhalb dieses Bereiches, also für Klienten, die keine finanziellen Leistungen beziehen und in den Sozialrathäusern ausschließlich Beratungs- und Vermittlungsangebote in Anspruch nehmen, findet keine Datenerfassung statt.

Was die Möglichkeit einer statistischen Analyse und Dokumentation der Leistungen der Sozialrathäuser jenseits der wirtschaftlichen Sozialhilfe (und damit auch die Möglichkeit eines Vergleichs mit den BuV-Stellen) betrifft, ist hier eine Verschlechterung gegenüber der Zeit vor Einführung von PROSOZ festzustellen. Damals wurden Leistungen außerhalb der wirtschaftlichen Sozialhilfe auf einem sogenannten Ergänzungs-Erfassungsblatt dokumentiert, inzwischen ist diese Zusatzerhebung entfallen.

Im Ergebnis bleibt die Datenerfassung derzeit blind gegenüber einem Teil der von den Mitarbeiter/innen der Sozialrathäuser erbrachten Leistungen. Gleiche Fallzahlen gemäß der PROSOZ-Erfassung lassen nicht auf gleiche Arbeitsbelastung schließen, was von den beteiligten Mitarbeiter/innen verständlicherweise als ungerecht empfunden wird. Mehr noch: gerade die Sozialarbeiter/innen, die besonders gute Beratungsleistungen erbringen und infolgedessen durch die übliche Mund-zu-Mund-Propaganda zusätzliche Ratsuchende anziehen, riskieren, dass der statistisch dokumentierte Teil ihrer Leistungen im Vergleich zu ihren Kolleg/innen absinkt. Diese einseitige Erfassung steht damit in krassem Widerspruch zum Leitbild der Sozialrathäuser als Dienstleister gegenüber den (also allen) Bürgern im Stadtteil.²⁷

In mindestens einem Sozialrathaus hat es deswegen schon eine Erfassung von Beratungs- und Vermittlungsaktivitäten in Eigenregie mit Hilfe eines EXCEL-Tabellenblatts gegeben, dies wurde aber auch hier wegen des damit verbundenen Arbeitsaufwandes wieder eingestellt.

Die Haltung der Sozialarbeiter/innen gegenüber einer Erfassung ihrer Tätigkeit jenseits dessen, was die PROSOZ-Datei abdeckt, kann als ambivalent eingeschätzt werden. Dem Vorteil einer besseren Doku-

27 Vgl. Pilotteam Bockenheim S. 3

mentation der eigenen Arbeit steht der Nachteil zusätzlicher Arbeitsbelastung durch die Datenerfassung gegenüber.

Die Motivation der Mitarbeiter/innen, diesen Vorteil zu nutzen, wird dadurch beeinträchtigt, dass man nicht die Hoffnung hegt, eine bessere Dokumentation der Arbeitsbelastung könne auch zu einer Entlastung durch Änderung der Fallzahlen, durch interne Umstrukturierung oder die Schaffung zusätzlicher Stellen führen.

Der befürchtete Nachteil zusätzlicher Arbeitsbelastung hingegen wird dadurch verstärkt, dass bislang nicht jede/r Sozialarbeiter/in über einen eigenen PC verfügt. Auch hinsichtlich der Bereitstellung einer komfortablen Datenbankinfrastruktur und der nötigen technischen Unterstützung („user-support“) ist man nicht optimistisch.

Eine Datenerfassung ausschließlich zu Dokumentations- und statistischen Zwecken würde unter diesen Bedingungen auf wenig positive Resonanz stoßen und ist problematisch, denn für eine inhaltlich valide Erfassung von Daten aus einem so komplexen Bereich wie der Beratung älterer Menschen ist ein ausreichendes Maß an positiver Identifikation der Mitarbeiter/innen mit dieser Aufgabe unabdingbar.

Die Frage ist, inwieweit eine effiziente Datenerfassung auch ein Hilfsmittel in der alltäglichen Arbeit sein kann, mit dessen Hilfe sich Zeit sparen lässt, indem man Dateien aufruft statt sich aus den Akten kundig zu machen. Wir sind der Überzeugung, dass eine EDV-gestützte Aktenführung wesentliche Arbeitserleichterungen beinhaltet.

Gegen eine elektronische Datenerfassung wird allerdings das Datenschutzargument vorgetragen: elektronische Daten seine gerade wegen ihrer einfachen und zielgenauen Zugreifbarkeit auch sehr viel schlechter gegen unberechtigte Zugriffe zu sichern. Wir teilen diese Auffassung zwar nicht, meinen aber, dass man derartige Bedenken ernst nehmen muss, wenn man eine elektronische Datenerfassung in konstruktiver Zusammenarbeit mit allen Beteiligten und nicht qua Anordnung in die Wege leiten will.

7.2.4 Daten zur Arbeit der BuV-Stellen

Im Vertrag zwischen der Stadt Frankfurt und den Trägern der BuV-Stellen ist die Entwicklung „geeigneter Instrumente zur Überprüfung der Effizienz“²⁸ vorgesehen. Die statistischen Zahlen über die Arbeit der BuV-Stellen werden jährlich von der Zentralen Koordinierungsstelle zusammengestellt.

Bis Ende 2000 wurde den einzelnen BuV-Stellen halbjährlich eine einseitige statistische Übersicht zur Information zur Verfügung gestellt. Seit Frühjahr 2001 erhalten die BuV-Stellen detaillierte statistische Auswertungen. Die umfassendere Information seit diesem Zeitpunkt hat bereits dazu geführt, dass Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten zwischen den einzelnen BuV-Stellen erkannt und beseitigt wurden.

Eine einseitige statistische Übersicht der Zentralen Koordinierungsstelle weist für jede BuV-Stelle die Grunddaten aus. Dies sind: Anzahl von Beratungen, Vermittlungen an ambulante Dienste sowie Vermittlungsaufträge in stationäre Einrichtungen.

Die einzelnen BuV-Stellen sind für unterschiedlich viele ältere Menschen zuständig. Bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren ist die bevölkerungsstärkste BuV-Stelle für nahezu doppelt so viele Personen zuständig wie die mit der geringsten Zahl an älteren Einwohnern.

Die Statistik für 2000 weist mit stadtweit 6.850 Beratungs- und Vermittlungsfällen in den 10 stadtteilorientierten BuV-Stellen eine Steigerung um bemerkenswerte 16% gegenüber dem Vorjahr (5.930 Fälle) aus, wobei die Steigerung bei den Beratungen mit 23% wesentlich höher ausfällt als bei den Vermittlungsaufträgen für stationäre Einrichtungen mit 8% (1.399 auf 1.507). Die Zahl der Vermittlungen an ambulante Dienstleister und teilstationäre Einrichtungen ist sogar leicht zurückgegangen (um 3% von 1.072 auf 1.041).

In der Arbeit der zentralen Vermittlung, die bei der Zentralen Koordinierungsstelle angesiedelt ist, dominiert von den Fallzahlen her ebenfalls die Beratung mit 618 Fällen im Jahr 2000 stark gegenüber der Vermittlung in stationäre Einrichtungen mit 174 Ver-

28 Vertrag vom 1.2.1996 zwischen der Stadt Frankfurt am Main und den Trägern der BuV-Stellen, Ziffer 9.

Tabelle 7.3 Gesamtzahl der Beratungen und Vermittlungen durch BuV-Stellen					
BuV-Stelle:	Zahl der Einwohner ab 65 Jahren im Zuständigkeitsbereich*	Beratungen und Vermittlungen			
		1998	1999	2000	Änderung 2000/1998
Goldstein	7.196	367	378	406	11 %
Obermain	9.959	570	657	755	32 %
Gallus	7.499	492	461	569	16 %
Bergen-Enkheim	8.148	495	553	749	51 %
Bornheim	7.851	536	623	591	10 %
Nordweststadt	13.846	593	669	699	18 %
Bockenheim	10.055	596	559	730	22 %
Höchst	12.222	409	481	533	30 %
Sachsenhausen	10.390	679	667	686	1 %
Eschersheim	13.418	737	882	1.132	54 %
insgesamt	100.584	5.474	5.930	6.850	25 %
* eigene Berechnung auf Grundlage der Tabelle „Kleinräumige Altersstruktur“ des Bürgeramtes der Stadt Frankfurt, Stand 31.12.1999					
* eigene Berechnung auf Grundlage der „Statistischen Zahlen der Beratungs- und Vermittlungsstellen 1998, 1999 und 2000“, erstellt von der Zentralen Koordinierungsstelle der BuV-Stellen im Jugend- und Sozialamt					

mittlungsaufträgen. Mit der Vermittlung an ambulante Dienstanbieter ist die zentrale BuV-Stelle laut Konzeption nicht befasst.

Im Vergleich zwischen den Jahren 1999 und 2000 ist allerdings eine deutliche Steigerung der Vermittlungsaufträge in stationäre Einrichtungen um 19% (von 146 auf 174) zu verzeichnen, während die Zahl der Beratungen um 10% zurückgegangen ist (von 683 auf 618).

Die statistische Erfassung der Arbeit der BuV-Stellen in den Bereichen Beratung und Vermittlung ambulanter Dienste basiert auf dem Erfassungsbogen „Monatsstatistik für Beratung sowie ambulante und teilstationäre Vermittlung in den Beratungs- und Vermittlungsstellen (BuV)“.

In diesem Bogen werden folgende Angaben erfragt:

- Zahl der *abgeschlossenen* Beratungsvorgänge
- Zahl der *abgeschlossenen* Vermittlungsvorgänge.

Die folgenden Angaben im Erfassungsblatt sind mit „Angaben zur Vermittlung“ überschrieben, sie beziehen sich also ausschließlich auf den Arbeitsbereich Vermittlung von ambulanten und teilstationären Leistungen. Für den Arbeitsbereich Beratung werden über die Zahl der abgeschlossenen Vorgänge keinerlei weitere Daten erhoben. Somit liegen statistische Daten nur über ein gutes Drittel des Arbeitsspektrums der BuV-Stellen vor, denn mit 4.262 Fällen im Jahr 2000 ist Beratung im Vergleich zu Vermittlungen im ambulanten und teilstationären Bereich (1.041 Fälle) und stationären Vermittlungsaufträgen (1.507 Fälle) bei weitem der wichtigste Bereich.

In Bezug auf die Vermittlung werden im Einzelnen erfasst:

- Art der vermittelten Leistung
- Alter der Klienten (unter 60, 60-64, 65-74, 75-84, 85-94, 95 und älter)
- Geschlecht der Klienten
- Anlaufstelle (die Fachstelle, die zuerst Kontakt mit den Ratsuchenden hatte, bei allen anderen Fachstellen außer den BuV-Stellen selbst also die

Stelle, von der die Ratsuchenden an die BuV-Stelle weitervermittelt wurden)

- Stadtbezirk, in dem die/der Ratsuchende wohnt
- Haushaltsform, in der die/der Ratsuchende lebt (allein/mit Partner/mit anderen Familienangehörigen)
- Nationalität der/des Ratsuchenden (deutsch/EU-Bürger/in/andere Nationalitäten)
- Anerkannte Schwerbehinderung (dokumentiert durch Schwerbehindertenausweis)
- Betreuung des/der Klientin nach Betreuungsgesetz (unterschieden nach einer durch die BuV-Stelle angeregten und einer bereits vor dem Kontakt bestehenden Betreuung. Letzteres dürfte in aller Regel bedeuten, dass der/die gesetzlich bestellte Betreuer/in Kontakt aufnimmt).

Die zweite Seite des Erfassungsblattes ist mit „Vermittlungsstatistik der BuV-Stelle“ überschrieben und weist

- einerseits die Vermittlungen an einzelne Anbieter, gegliedert nach ambulanten und teilstationären Leistungen sowie
- andererseits, ebenfalls für einzelne Anbieter, die Gründe für Nichtvermittlung aus.

Die nachfolgenden Aussagen basieren auf den Statistiken für das Jahr 2000 sowie ein Vergleich einiger zentraler Daten über die Jahre 1998, 1999 und 2000. Die Zentrale Koordinierungsstelle hat die Daten in der uns vorliegenden Form auch den einzelnen BuV-Stellen zugänglich gemacht.

Somit sind für unsere nachfolgenden Ausführungen folgende Aspekte maßgebend:

1. Was lässt sich aus den vorliegenden Daten über die Erfassungspraxis der einzelnen BuV-Stellen entnehmen?
2. Was sagen die vorliegenden statistischen Daten über die Arbeit der BuV-Stellen und über die Art von Aufgaben und Problemen, mit denen sie konfrontiert sind?
3. Wie gut sind die statistischen Ergebnisse in der vorliegenden Form als Arbeitshilfen für die BuV-Stellen geeignet?

Es steht zu befürchten, dass die Praxis der Datenerfassung im Vergleich aller BuV-Stellen sehr unterschiedlich ist und bei einzelnen BuV-Stellen stark zu wünschen übrig lässt. Wir schließen dies aus den

Angaben über die Altersstruktur der Ratsuchenden bei abgeschlossenen Vermittlungsfällen. Die Altersstruktur wird, wie bereits ausgewiesen, überwiegend in 10-Jahres-Klassen erfasst, es sollte also selbst in den (vermutlich seltenen) Fällen, in denen ein/e Ratsuchende/r keine Angaben machen will oder kann, nicht allzu schwer sein, die Zuordnung zu diesen Altersklassen zu schätzen. Anders ist dies, wenn Vermittlungen ausschließlich aufgrund eines telefonischen Kontakts erfolgen können. Ob und inwieweit dies der Fall ist, lässt sich aus den Statistiken nicht entnehmen.

Nur zwei BuV-Stellen konnten das Alter aller Klienten ermitteln, am anderen Ende des Spektrum finden sich zwei BuV-Stellen, die bei 40% bzw. sogar bei 44% der Klienten kein Alter ermittelt haben. Auch bei der Haushaltszusammensetzung, also der Frage, ob die Klienten allein oder mit dem Partner oder anderen Familienangehörigen zusammenleben, wird von drei BuV-Stellen zu 16, 18 und 20% angegeben, dass diese unbekannt sei.

In dieselbe Richtung weist die Tatsache, dass zwei BuV-Stellen jeweils über 20% ihrer Vermittlungsaktivitäten ohne nähere Erläuterung in die Kategorie „sonstiges“ einordnen. Es fällt auf, dass fehlende Angaben zum Alter, zur Haushaltszusammensetzung und zur Art der Vermittlung nicht gleichmäßig über alle BuV-Stellen verteilt sind, sondern überdurchschnittlich häufig bei denselben BuV-Stellen auftreten.

Weitaus überwiegend, im Schnitt zu fast 90%, befassen sich die BuV-Stellen mit Klienten, die sich direkt an sie wenden, also nicht von einer anderen Erstanlaufstelle weitervermittelt werden. Vermittlungsaufträge, die von Krankenhaussozialdiensten weitergegeben werden, nehmen in einzelnen BuV-Stellen bis zu 16% der Fälle ein, während sie in anderen BuV-Stellen kaum eine Rolle spielen. Die Vermittlung von Fällen aus den Sozialrathäusern spielt im ambulanten und teilstationären Bereich kaum eine Rolle. In einer BuV-Stelle sind es 8%, in einer zweiten 5% der Fälle, die vom Sozialrathaus weitervermittelt werden, bei den acht übrigen BuV-Stellen liegt der Anteil zwischen 0 und 3%.

Eine detaillierte Analyse der Altersstruktur der Klienten macht vor dem Hintergrund der oben geschilderten großen Unschärfen wenig Sinn. Es kann jedoch festgestellt werden, dass der größte Anteil der Rat-

suchenden in der Altersgruppe 75-84 Jahre zu finden ist, gefolgt von der nächst älteren Gruppe der 85- bis 94-Jährigen. Deutlich weniger Klienten sind jünger als 75 Jahre. Es fällt auf, dass in 8-10% der Fälle Klienten vermittelt werden, die unter 60 Jahre alt sind. Aufgrund altersbedingter Pflegebedürftigkeit lässt sich dieser Anteil nicht erklären.

Es wäre sehr interessant, Daten darüber zu haben, wie sich der Beratungs- und Vermittlungsbedarf mit zunehmendem Alter verändert, doch lässt die Art der statistischen Erfassung in Form zusammenfassender Monatsberichte solche Querbezüge nicht zu. Wir werden auf diesen Aspekt weiter unten zurückkommen.

Der Altersstruktur der Bevölkerung entsprechend sind mehr als zwei Drittel der Klient/innen Frauen.

Mehr als 90% aller Vermittlungen bezieht sich auf drei Leistungsarten, nämlich Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Dienste. Das relative Gewicht dieser drei Leistungsarten ist von BuV-Stelle zu BuV-Stelle recht unterschiedlich. In einigen Fällen nehmen die hauswirtschaftlichen Dienste, in anderen die Grundpflege den ersten Platz in der Häufigkeitsrangfolge ein.

Die Vermittlung eines ehrenamtlichen Besuchs- und Begleitdienstes ist eine Kategorie, die in der statistischen Auswertung, aber nicht im Erfassungsbogen enthalten ist, also offenbar von einigen BuV-Stellen zusätzlich auf dem Erfassungsbogen vermerkt wurde. In vier Fällen signalisiert eine Vermittlungshäufigkeit von mindestens 1, dass die BuV-Stelle überhaupt in der Lage ist, auf diese Option zurückzugreifen. Spitzenreiter ist eine BuV-Stelle, bei der die Vermittlung eines ehrenamtlichen Besuchs- und Begleitdienstes einen Anteil von sechs Prozent (5 Fälle) an den Vermittlungsaktivitäten hat.

Den geringen Stellenwert ehrenamtlicher Aktivitäten im Bereich der ambulanten Versorgung halten wir insofern für bedeutsam, als allenthalben die geringen Zeitressourcen der hauptamtlichen Pflegekräfte und der Mangel an personeller Kontinuität beklagt werden und eine feste Besuchspartnerschaft zwischen einer alleinlebenden älteren Person und einer/ einem Ehrenamtlichen hier maßgeblich zur Verbesserung beitragen könnte.

Im Durchschnitt aller BuV-Stellen gibt es in weniger als zehn Prozent der Fälle eine Betreuung der/des Klienten nach Betreuungsgesetz. Diese wurde zu etwa einem Viertel durch die BuV-Stelle selbst ange-regt.

In durchschnittlich ca. 5% der Fälle sind die Klient/innen anerkannte Schwerbehinderte. Gut zwei Drittel der Klienten leben allein. Migranten spielen in der Arbeit der BuV-Stellen mit ca. 4% in 8 BuV-Stellen bislang eine recht geringe Rolle. In zwei BuV-Stellen ist der Anteil der ausländischen Klient/innen mit 10% deutlich höher.

Sehr detailliert erfasst wird in der Statistik die Vermittlung an einzelne ambulante Leistungsanbieter. Das Verhältnis zwischen gemeinnützigen Trägern (47%) und gewerblichen Anbietern (42%) ist nahezu ausgeglichen. In den übrigen Fällen (11%) konnte der Rechtsstatus der Anbieter nicht ermittelt werden.

Die im Erfassungsbogen erfragten Gründe für die Nichtvermittlung tauchen in der statistischen Auswertung nicht mehr auf.

Was die Vermittlungsaufträge in den stationären Bereich²⁹ betrifft, so ist im Zusammenhang dieses Kapitels lediglich zu vermerken, dass sich knapp ein Fünftel dieser Aufträge auf den Bereich der Kurzzeitpflege bezieht, die wir dem ambulanten Bereich zurechnen würden.³⁰

Im Zeitvergleich ist zwischen 1998 und 2000 in der großen Mehrheit der BuV-Stellen (7 von 10) ein kontinuierlicher und zum Teil starker Anstieg der Beratungsfälle zu verzeichnen. Bei den ambulanten und teilstationären Vermittlungen sowie bei den stationären Vermittlungsaufträgen ist das Bild uneinheitlich. Es macht wenig Sinn, diese unterschiedlichen Verläufe inhaltlich interpretieren zu wollen, denn diese

29 Diese sind ein wichtiger Teil der Arbeit der BuV-Stellen, aber nicht Gegenstand des vorliegenden Kapitels, das sich auf den ambulanten Bereich konzentriert.

30 In der Logik der Leistungsanbieter kann man die Kurzzeitpflege insofern dem stationären Bereich zurechnen als sie sich desselben Typs von Einrichtung bedient. In der Logik der Klienten und Nutzer hingegen ist Kurzzeitpflege ein Instrument der Erhaltung der selbständigen Lebensmöglichkeiten und muss in dieser Sicht dem ambulanten Bereich zugerechnet werden.

können zum Teil auf Personalwechsel und die zeitweilige Nichtbesetzung von Personalstellen in den einzelnen BuV-Stellen zurückgehen.

Nachdem wir vorstehend einen Überblick darüber gegeben haben, welche inhaltlichen Ergebnisse sich den statistischen Daten entnehmen lassen, möchten wir uns der Frage zuwenden, inwieweit die vorliegenden Daten als praktische Arbeitshilfen für die BuV-Stellen genutzt werden können. Die Bereitschaft, Zeit und Energie in die Erfassung von Daten zu investieren, hängt entscheidend davon ab, ob man für diesen Aufwand etwas zurückbekommt, also z.B. Informationen über die Arbeit anderer BuV-Stellen erhält, die es erlauben, Entwicklungstendenzen in der eigenen Arbeit vergleichend einzuordnen.

Wir kommen zu dem Schluss, dass die statistische Erfassung der Arbeit der BuV-Stellen auf drei Ebenen dringend verbesserungsbedürftig ist, nämlich

1. in Bezug auf die Datenqualität, die, wie oben am Beispiel der Angaben zum Alter geschildert, in einigen BuV-Stellen an einer mangelhaften Erfassungsdisziplin leidet;
2. in Bezug auf die erfassten Inhalte. Hier sei nur darauf verwiesen, dass der quantitativ größte und am stärksten wachsende Bereich, nämlich die Beratung, über eine globale Fallzahl hinaus inhaltlich überhaupt nicht Gegenstand der statistischen Erfassung ist;
3. in Bezug auf die Aufbereitung der Ergebnisse, die sich in eine sehr knappe Rumpfinformation auf einer Seite einerseits und in ein umfangreiches und detailliertes Tabellenmaterial andererseits gliedert. Eine inhaltliche Interpretation der Ergebnisse in Form eines zusammenhängenden Textes sowie die Heranziehung von Bezugsgrößen erfolgt bislang nicht.

7.2.5 Exemplarische Darstellung der Daten zur Arbeit der BuV-Stelle Bornheim

Die BuV-Stellen sind vertraglich nicht verpflichtet, einen jährlichen Rechenschaftsbericht zu erstellen. Ein Träger, nämlich der Caritasverband Frankfurt, hat die Initiative ergriffen und detaillierte Jahresberichte erstellt.³¹ Wir orientieren uns an den Daten der Beratungs- und Vermittlungsstelle Bornheim für 1999, um die Tätigkeit der BuV-Stellen detaillierter zu skizzieren.

Jeweils 13% der insgesamt 467 Klienten der BuV-Stelle Bornheim waren jünger als 65 Jahre bzw. gehörten der Altersklasse zwischen 65 und 74 Jahren an, nahezu drei Viertel der Klienten waren also 75 Jahre und älter. Mehr als ein Drittel der Klienten waren hochaltrige Personen von 85 und mehr Jahren.³² Angesichts der Altersstruktur verwundert es nicht, dass drei Viertel der Klienten Frauen waren. Bei den unter 75-jährigen Klienten liegt der Männeranteil noch bei 40%, bei den über 75-Jährigen entsprechend der demographischen Struktur hingegen nur noch bei 20%.³³

Mehr als zwei Drittel der Klienten lebten allein in ihrer Wohnung, ein Zehntel lebte in einer Seniorenwohnanlage.³⁴

Nur in weniger als 20% der Fälle sind es die Klienten selbst, die Hilfebedarf anmelden, ca. 40% der Anfragen kommen von Angehörigen und Nachbarn. Ein Viertel der Hilfeersuchen gelangte über die Krankenhaussozialdienste an die BuV-Stelle. Hierbei handelt es sich zum weitaus überwiegenden Teil um Vermittlungsaufträge in stationäre Einrichtungen.³⁵

Bei den 157 in Bornheim bearbeiteten Anträgen auf Heimplatzvermittlung kamen zwei Drittel der Fälle über die Sozialdienste der Krankenhäuser, 10% über die Sozialdienste für ältere Bürger und 20% wurden von der BuV-Stelle selbst aufgenommen. Der ehrenamtliche Dienst des Sozial- und Jugendamtes spielt in der direkten Kooperation mit der BuV-Stelle praktisch keine Rolle, es ist allerdings möglich, dass entsprechende Anfragen den Umweg über die Sozialrathäuser nehmen.³⁶

31 Nach Tätigkeitsberichten haben wir zunächst die Zentrale Koordinierungsstelle der BuV-Stellen gefragt, dort lagen jedoch keine vor. Eine schriftliche Rundfrage bei den Trägern verhalf uns zunächst zum Jahresbericht der Caritas. Mitte Februar erhielten wir dann kurze Tätigkeitsberichte der beiden BuV-Stellen in Trägerschaft der AWO, Gallus und Obermain. Wir schließen nach diesem Ergebnis nicht aus, dass noch weitere Tätigkeitsberichte existieren.

32 Caritas Frankfurt, Jahresbericht 1999 der Beratungsstelle für ambulante und stationäre Hilfen Bornheim, p 4. Die dort ausgewiesenen Zahlen wurden auf Basis der Personen, deren Alter bekannt war, neu prozentuiert.

33 a.a.O. p 5, eigene Berechnung aufgrund der dort ausgewiesenen Zahlen.

34 a.a.O. p 6.

35 a.a.O. p 9.

Knapp die Hälfte der Beratungsanfragen bezog sich auf den stationären Bereich, ein gutes Drittel auf ambulante Hilfsangebote. Probleme und Konflikte mit Anbietern ambulanter Dienste sowie Anfragen zu Wohnmöglichkeiten im Alter spielten nur eine marginale Rolle.

Die geringe Rolle, die die Beratung zum Wohnen im Alter spielt, halten wir für bemerkenswert. Insgesamt kann nämlich von einem hohen und steigenden Bedarf in diesem Beratungsbereich ausgegangen werden.³⁷ Abweichend von der Aufgabenauffassung in der Konzeption ist „Beratung über Wohnen im Alter“ im Faltblatt der BuV-Stellen als Teil des Leistungsspektrums aufgeführt.

Ebenso erscheint es sachlich adäquater, die BuV-Stellen nicht nur mit der Beratung zu Fragen des Wohnens im Alter, sondern auch mit der Vermittlung von Seniorenwohnungen zu betrauen, denn hier ist eine kleinräumige Vermittlung zur Erhaltung des vertrauten Wohnumfeldes von vorrangiger Bedeutung.³⁸

In dem komplizierten Prozess, eine geeignete Wohnform für einen älteren Menschen zu finden, können die BuV-Stellen – in Zusammenarbeit mit der Wohnberatung für Behinderte und Senioren³⁹ – eine wichtige beratende und vermittelnde Funktion erfüllen.

Um diese Funktion erfüllen zu können, müssen die BuV-Stellen mit detaillierten und aktuellen Informationen über Seniorenwohnungen, aber auch über innovative Projekte zum Wohnen im Alter in Frankfurt am Main versorgt werden. Diese Informationen sollten zentral bereitgestellt werden. Wir werden auf diese Notwendigkeit im Rahmen unserer Handlungsempfehlungen zurückkommen.⁴⁰

Im ambulanten Bereich wurden von der BuV-Stelle Bornheim Klienten an insgesamt 28 verschiedene Anbieter vermittelt, von denen ca. 60% der Fälle auf 15 gemeinnützige und 40% der Fälle auf 13 private Anbieter entfallen.⁴¹ Vermittelt wird hier also an ein breites Spektrum von Dienstleistern.

Der Jahresbericht der BuV-Stelle Bornheim dokumentiert darüber hinaus detailliert Aktivitäten und Kooperationsstrukturen im Stadtteil. Wir gehen auf diesen Teil der Berichterstattung hier nicht ein, weil die Annahme der Generalisierbarkeit auf das gesamte Stadtgebiet hier weniger haltbar ist als bei den dargestellten Strukturdaten.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die von der BuV-Stelle Bornheim dokumentierten Daten geeignet sind, ein detailliertes Bild der Tätigkeit zu zeichnen. Wir gehen davon aus, dass die erhobenen Variablen Eingang in das Konzept für die statistische Erfassung der Arbeit aller BuV-Stellen gefunden haben, sodass in naher Zukunft hierzu aussagefähige Daten vorliegen werden.

7.2.6 Der Vorschlag der AG BuV-Stellen der Liga der Wohlfahrtsverbände für eine zukünftige statistische Erfassung der Arbeit der BuV-Stellen

Für eine zukünftige statistische Erfassung der Leistungen der BuV-Stellen gibt es einen konkreten Entwurf, den ein Unterausschuss der AG 95 unter Federführung der Abteilung Alten- und Krankenhilfe des Caritasverbandes Frankfurt erarbeitet hat. Der Bogen gliedert sich in 5 Bereiche, nämlich

- gemeinwesenbezogene Leistungen
- Arbeitsorganisation
- operative Leistungen der Einzelfallhilfe
- klientenbezogene Daten sowie
- anderweitig nicht erfasste besondere Leistungen.

Generell ist eine Abwägung zu treffen zwischen der (großen) Menge der Daten, die für eine umfassende Dokumentation der Arbeit der BuV-Stellen wünschenswert wäre und der Menge von Daten, die erhoben werden kann, ohne die Kooperationsbereitschaft der BuV-Stellen im Hinblick auf eine statistische Erfassung zu überfordern.

36 a.a.O. p 7.

37 Vgl. ISIS, Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main.

38 Vgl. ISIS, Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main.

39 Zu deren Aufgabenzuschnitt vgl. Frankfurter Richtlinie zu §75 BSHG, Wohnberatung für Menschen mit Behinderungen und Senioren, vom 28.6.1993. Die „Frankfurter Richtlinien“ sind interne Dienst- und Arbeitsanweisungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugend- und Sozialamtes der Stadt Frankfurt am Main.

40 Vgl. Handlungsempfehlung 6: Leitstelle Älterwerden.

41 Caritas Frankfurt (1999) p 10.

Vor diesem Hintergrund wäre es zwar wünschenswert, die in der Abteilung „Gemeinwesenbezogene Leistungen“ erfassten stadtteilorientierten Aktivitäten der BuV-Stellen insbesondere in qualitativer Hinsicht noch genauer zu dokumentieren, doch ist die vorgesehene Erfassung von Vernetzungs- und Informationsleistungen ausreichend und gegenüber der bisherigen Erfassungspraxis ein wichtiger Schritt nach vorn.

Nach unserem Eindruck ist der zweite Bereich mit „Arbeitsorganisation“ etwas missverständlich überschrieben, denn die aufgeführten Kategorien beziehen sich unseres Erachtens auf Netzwerkaktivitäten innerhalb des Systems der Beratung und Vermittlung älterer Menschen in Frankfurt am Main. Ihre Erfassung in der vorgeschlagenen Form wird wertvolle Informationen liefern.

Unser zentraler Änderungsvorschlag bezieht sich auf die beiden Bereiche „Operative Leistungen der Einzelfallhilfe“ und „Klientenbezogene Daten“ des statistischen Erfassungsvorschlags. Wir haben keine Kritik an den hier vorgesehenen Inhalten, halten aber einige Ergänzungen für wünschenswert.

Eine Unterscheidung zwischen telefonischen und persönlichen Informations- und Beratungsgesprächen würde es erlauben, die Wichtigkeit einer kleinräumigen Organisation der Beratung und Vermittlung älterer Menschen genauer einzuschätzen. Sollte sich herausstellen, dass ein hoher Anteil der Beratungsaktivitäten telefonisch erfolgt, so wäre diese Frage anders zu beurteilen als wenn die Beratung in hohem Maße auf persönlichen Kontakten basiert.

Eine Erfassung der Themenbereiche und Problemlagen, die Gegenstand der Beratungsanfragen sind, halten wir ebenfalls für wünschenswert. Hier können thematische Schwerpunkte und Entwicklungsprozesse im Zeitablauf erfasst werden. Dabei könnte unmittelbar an der Erfassung von Themenfeldern, wie sie die BuV-Stelle Bornheim vorgenommen hat, angeknüpft werden.

Für noch wichtiger als diese thematischen Ergänzungen halten wir es aber, die Erfassung der statistischen Angaben auf individueller Ebene vorzunehmen statt in Form einer monatlichen Übersicht. Wir sind der Überzeugung, dass dies ohne nennenswerten Mehraufwand und ohne datenschutzrechtliche Probleme möglich ist. Dabei müssten Arbeitsfelder,

Tätigkeitsmerkmale, Kontaktperson und zeitliche Intensität in einer Datenbank einzelnen Klienten zugeordnet werden. Dies ist innerhalb der BuV-Stelle sowohl mit als auch ohne Verwendung persönlicher Daten möglich, für eine statistische Auswertung über alle BuV-Stellen hinweg müssten die persönlichen Daten auf jeden Fall abgetrennt werden.

Nur diese Erfassung auf individueller Ebene ermöglicht es, statistische Querbezüge zwischen den einzelnen Merkmalen herzustellen, also z.B. festzustellen, ob es in den verschiedenen Altersklassen charakteristische Unterschiede im Informations- und Beratungsbedarf gibt, ob Beratungs- und Vermittlungsprozesse signifikant anders verlaufen, je nachdem, ob der betroffene ältere Mensch selbst mit der BuV-Stelle in Kontakt tritt oder ob dies ein Angehöriger tut.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass von der praktischen Umsetzung dieses Vorschlags zur statistischen Erfassung eine grundlegende Verbesserung der Informationslage über die Arbeit der BuV-Stellen zu erwarten ist. Damit die zu erwartende verbesserte Informationslage ihre Wirkung in der praktischen Arbeit der BuV-Stellen entfalten kann, müsste allerdings auch für eine entsprechend gründliche Analyse der Daten sowie für eine übersichtliche und nutzerfreundliche Präsentation der Ergebnisse Sorge getragen werden.

7.2.7 Resümee

Wir verfügen über eine Reihe von Hinweisen darauf, dass das derzeitige faktische Arbeitsspektrum der BuV-Stellen über die vertraglich geregelten Punkte hinausgeht. Dies ist im Sinne eines breiten Beratungsspektrums sowie einer Einbeziehung zugehender und präventiver Elemente auch sinnvoll.

Es steht zu hoffen, dass es in absehbarer Zukunft aussagefähige statistische Daten zur Arbeit der BuV-Stellen geben wird. Eine Gesamtbewertung des derzeitigen Systems der Beratung und Vermittlung älterer Menschen ist jedoch erst dann möglich, wenn entsprechend aussagefähige Daten auch für die anderen Säulen dieses Systems, nämlich die Sozialrathäuser und die Krankenhaussozialdienste erhoben werden. Diese Daten sollten so bald wie möglich einer sozialpolitischen Bewertung unterzogen wer-

den und Eingang in Neukonzeptionen der Arbeit in und der Kooperation zwischen den Säulen finden.

7.3 Der ehrenamtliche Dienst des Jugend- und Sozialamtes

Mit dem ehrenamtlichen Dienst des Jugend- und Sozialamtes verfügt die Stadt Frankfurt am Main über eine traditionsreiche Einrichtung der ehrenamtlichen Sozialarbeit. Aufgabe des Dienstes ist die „Festigung des Vertrauens zwischen der Bevölkerung und der Verwaltung sowie (...) [die] Förderung der Beziehungen zwischen der Bürgerschaft und den sozialen Ämtern“. ⁴²

Dazu ist das Stadtgebiet in 68 Sozialbezirke unterteilt, für die jeweils eine Sozialbezirksvorsteherin bzw. ein Sozialbezirksvorsteher zuständig ist. In jedem Sozialbezirk wird die „erforderliche Zahl“ von Pflögern bestellt. Sozialbezirksvorsteher und Pflöger sind Ehrenamtliche im engen semantischen Sinne des Wortes, sie werden zu „Ehrenbeamt/innen“ der Stadt Frankfurt am Main mit klar definierten Rechten und Pflichten bestellt. Je nach den Gegebenheiten des Sozialbezirks werden zwischen 3 und 10 Pflöger bestellt, im statistischen Mittel sind es 6. Im Februar 2001 gab es stadtweit 411 Sozialpflegerinnen und Sozialpflöger, sodass der ehrenamtliche Dienst insgesamt nahezu 500 Personen umfasst. Selbst wenn man nur von einigen Stunden wöchentlicher Arbeit ausgeht, ist dies insgesamt ein beeindruckendes Personalvolumen.

Sozialbezirksvorsteher erhalten eine monatliche Aufwandsentschädigung von 700 DM, Sozialpflöger erhalten 350 DM. Zum Teil dient diese Aufwandsentschädigung dem Ersatz entstandener Auslagen, die nicht unerheblich sind. Z.B. müssen Sozialbezirksvorsteher für ihre Sprechstunden einen Raum in ihrer Wohnung zur Verfügung stellen, in dem vertrauliche Gespräche möglich sind. ⁴³ Zu einem anderen Teil ist die Aufwandsentschädigung als (geringfügige)

Bezahlung zu verstehen, denn es erscheint unwahrscheinlich, dass die verauslagten Kosten die gesamte Aufwandsentschädigung aufzehren. Auf Basis der Zahlen vom Februar 2001 beläuft sich der Jahresetat an Aufwandsentschädigungen auf 2,3 Millionen DM pro Jahr.

Langjährig tätige Sozialbezirksvorsteher werden jährlich öffentlich durch Verleihung der Römerplakette der Stadt Frankfurt am Main geehrt. Nach zehnjähriger Dienstzeit gibt es die bronzene, nach 15 Jahren die silberne und nach 20 Jahren die goldene Römerplakette. Im Jahre 2001 wird an 58 Sozialbezirksvorsteher bzw. Sozialpflöger die bronzene, an sieben die silberne und an sechs die goldene Römerplakette verliehen. ⁴⁴

Der ehrenamtliche Dienst kümmert sich weitaus überwiegend – eine Schätzung beläuft sich auf 90% – um ältere Menschen, ⁴⁵ sodass er als wesentlicher Bestandteil der wohnungsnahen Sorge für ältere Menschen betrachtet werden kann und muss.

In der Konzeption des ehrenamtlichen Dienstes mischen sich traditionelle und moderne Elemente. Der Dienst blickt auf eine lange Geschichte zurück, in der früher die öffentliche Armenfürsorge und auch das Element der Kontrolle von Personen, die öffentliche Sozialleistungen beziehen, eine wichtige Rolle gespielt haben. Es steht zu vermuten, dass der historische Hintergrund für das Image des Dienstes auch heute noch eine gewisse Rolle spielt.

Die derzeit gültige Geschäftsanweisung ist hingegen dem heutigen Verständnis eines ehrenamtlichen Dienstes angepasst. So ist ausdrücklich geregelt, dass zur Erhaltung des Vertrauensverhältnisses zu den Klienten Kontrollfunktionen nicht übernommen werden sollen. ⁴⁶ Insgesamt kann festgestellt werden, dass der ehrenamtliche Dienst gegenwärtig Leistungen erbringt, die von den professionellen Diensten des Sozial- und Jugendamtes nicht erbracht werden (können), weil diesen in aller Regel die nötige Zeit fehlt, sich intensiv mit Einzelschicksalen zu

42 Satzung vom 24.5.1994 §2 in: Stadt Frankfurt am Main, Handbuch für den ehrenamtlichen Dienst des Sozialamtes und des Jugendamtes, p 3.

43 Vgl. Geschäftsanweisung vom 24.5.1994, Abschnitt 4.5. In: Handbuch ... p 9.

44 Vgl. Aufstellung des Hauptamtes der Stadt Frankfurt am Main zur Verleihung der Römerplakette 2001.

45 Allerdings werden derzeit Überlegungen angestellt, den ehrenamtlichen Dienst zukünftig verstärkt in die Arbeit im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes einzubeziehen.

46 Geschäftsanweisung vom 24.5.1994 Abschnitt 3.1. In: Handbuch ... p 6.

befassen. Da der zunehmende Zeitdruck, unter dem professionelle Dienste arbeiten, mit Recht allenthalben beklagt wird, eine starke personelle Ausweitung der professionellen Dienste gleichzeitig angesichts der Finanzsituation unrealistisch erscheint, kann gesagt werden, dass sich der ehrenamtliche Dienst geradezu ideal in die „Landschaft“ der ambulanten Angebote für ältere Menschen einpasst.

Das ehrenamtliche Engagement von Bürgerinnen und Bürgern erfreut sich, nachdem es zwei Jahrzehnte lang mehr oder weniger ein Schattendasein gefristet hat, seit einigen Jahren mit Recht wieder verstärkt öffentlicher Aufmerksamkeit. Zunehmend kommen unter dem Zeit- und Kostendruck professioneller Dienste diejenigen Aufgaben zu kurz, die mit persönlicher Zuwendung und dem Eingehen auf individuelle Bedürfnisse zu tun haben.

Viele Kommunen bemühen sich zurzeit darum, ehrenamtliche Mitarbeit in der Altenhilfe auf- und auszubauen, um im direkten Kontakt von Bürger zu Bürger einen Beitrag zur sozialen Einbindung und Betreuung älterer Menschen zu leisten.⁴⁷ Man kann vor diesem Hintergrund sagen, dass man, gäbe es den ehrenamtlichen Dienst nicht bereits, ihn jetzt neu einrichten sollte, um zur Lösung von Problemen beizutragen, die es zurzeit schon gibt und die sich durch den demographischen Wandel in Zukunft verstärken werden. Zu nennen ist hier insbesondere die zunehmende Zahl alleinlebender älterer Menschen und die bei vielen von diesen zu beobachtende Tendenz zur Vereinsamung.

Dieses Plädoyer ist nicht als unkritische Laudatio für die Institution des ehrenamtlichen Dienstes mit Sozialbezirksvorstehern und Sozialpflegern zu verstehen, vielmehr sehen wir in einer Reihe von Aspekten Modernisierungs- und Unterstützungsbedarf und werden weiter unten noch genauer hierauf eingehen.

Zunächst jedoch sollen Arbeitsweisen und Kooperationsstrukturen des ehrenamtlichen Dienstes näher

beschrieben werden. Statistische Unterlagen oder schriftliche Tätigkeitsberichte über die Arbeit des ehrenamtlichen Dienstes gibt es nach unseren Recherchen nicht. Die Darstellung stützt sich deswegen einerseits auf das „Handbuch für den ehrenamtlichen Dienst des Sozialamtes und des Jugendamtes“ der Stadt Frankfurt am Main in der Fassung vom Mai 1994, zum anderen auf persönliche Gespräche über die Arbeitspraxis des Dienstes.⁴⁸

Sozialbezirksvorsteher/innen müssen in dem Sozialbezirk wohnen, für den sie zuständig sind, oder zumindest in dessen nächsten Einzugsbereich. Sinn dieser Regelung ist es sicherzustellen, dass die Betreffenden die Verhältnisse vor Ort auch aus persönlicher Anschauung gut kennen und in der Lage sind, auf ein informelles Kontakt- und Kooperationsnetz zurück zu greifen.

Sozialbezirksvorsteher/innen werden von den Ortsbeiräten vorgeschlagen. Das Fachreferat Personal des Sozial- und Jugendamtes prüft diese Vorschläge anhand eines polizeilichen Führungszeugnisses sowie eines Personalfragebogens, der allerdings nur die persönlichen Daten, nicht aber tätigkeitsbezogene Fragen umfasst. Die Ernennung erfolgt dann durch den Magistrat der Stadt Frankfurt.

Es war lange Zeit üblich, dass im Ernennungsverfahren streng nach dem Proporz der politischen Parteien vorgegangen wurde. Dies hatte zur Folge, dass bei einem Wechsel der politischen Mehrheitsverhältnisse in einem Ortsbeirat auch neue Sozialbezirksvorsteher bestellt wurden. Werden nun im Rahmen der Arbeit informelle Kontakte genutzt und ausgebaut, so bedeutet eine Neubesetzung die Zerstörung einer wichtigen Ressource für die Arbeit, denn ein/e Nachfolger/in müsste dieses informelle Netz wieder neu aufbauen. Dieser Erkenntnis wird inzwischen in der Ernennungspraxis zunehmend Rechnung getragen: Die jeweiligen neuen Mehrheitsparteien sind zunehmend bereit, bisher erfolgreich arbeitende Sozialbezirksvorsteher/innen im Amt zu bestätigen. Unberührt davon bleibt eine recht enge Anbindung der Sozialbezirksvorsteher/innen an die Parteipolitik.

47 Vgl. Stiehr, Karin / Schumacher, Jürgen: Förderung des freiwilligen sozialen Engagements älterer Menschen durch Länder und Kommunen. Stuttgart, Marburg, Erfurt 1999, insbesondere p 33ff. sowie Schumacher, Jürgen / Stiehr, Karin: Praktische Beispiele der Förderung des Engagements älterer Menschen in deutschen Großstädten. Stuttgart, Marburg, Erfurt 2000, insbesondere p 23ff.

48 Zu besonderem Dank verpflichtet sind wir in diesem Zusammenhang Herrn Hans-Günther Joras, Sprecher des Dreierausschusses des ehrenamtlichen Dienstes, für die reichhaltigen Informationen und seine Geduld in der Beantwortung unserer Fragen.

Damit wird verständlich, warum sich bislang vorwiegend Personen als Sozialbezirksvorsteher/innen und Pfleger/innen engagieren, die dem Typus des „traditionellen Ehrenamtlichen“ entsprechen, wobei zu betonen ist, dass diese Bezeichnung keineswegs diskriminierend gemeint ist, sondern einer in der Literatur gebräuchlichen Unterscheidung zwischen „altem“ (=traditionellem) und „neuem“ Ehrenamt folgt.⁴⁹ Die Engagementpotenziale im „traditionellen“ Ehrenamt allerdings sind weitgehend ausgereizt. Um dem Nachwuchsmangel des ehrenamtlichen Dienstes zu begegnen, wäre zu überlegen, wie und unter welchen Bedingungen der Dienst für „neue“ Ehrenamtliche attraktiv gemacht werden kann.

Es sind vor allem zwei Kriterien, die dem ehrenamtlichen Dienst andere Möglichkeiten eröffnen, als sie professionelle Einrichtungen haben. Sozialbezirksvorsteher/innen und Sozialpfleger/innen können „nach eigenem Ermessen“⁵⁰ tätig werden und sie sind gehalten, „Hilfempfänger in ihrer Wohnung [zu] besuchen und (...) einen intensiven Kontakt [zu] unterhalten.“⁵¹ Dies ist eine zeitintensive Aufgabe, die es erfordert, den Kreis der Klienten pro Pfleger/in klein zu halten. Laut Geschäftsanweisung sollten von

jedem Mitglied des ehrenamtlichen Dienstes nicht mehr als 10 Personen oder Familien betreut werden.⁵²

Da nicht alle Klienten regelmäßige Hausbesuche wünschen, kann in der Praxis von 5-6 intensiv betreuten Klienten sowie einem weiteren Personenkreis ausgegangen werden, der im Bedarfsfall auf die Unterstützung von Sozialpfleger/innen zurückgreift und zu dem telefonisch Kontakt gehalten wird. Bei insgesamt 479 Sozialbezirksvorstehern und Sozialpflegern im Stadtgebiet kann auf dieser Basis von 2.400 bis 2.800 Personen bzw. Familien in Frankfurt am Main ausgegangen werden, die vom ehrenamtlichen Dienst intensiv betreut werden.

Diese Betreuung besteht aus Hausbesuchen und Gesprächen, durchaus auch einmal in einem Besuch im Café oder in einer Gaststätte, in der Vermittlung an professionelle Dienste und nicht selten in der Fürsprache gegenüber diesen. Die Intervention bei familiären und nachbarschaftlichen Streitigkeiten, bei Überschuldungsproblemen oder gerichtlichen Auseinandersetzungen sind weitere Elemente der Arbeit des ehrenamtlichen Dienstes. Die Sozialbezirksvorsteher haben auch die Möglichkeit, nach eigenem Ermessen und unbürokratisch finanzielle Zuwendungen zu gewähren. Jeder Sozialbezirksvorsteher verfügte im Jahr 2000 über 2.000 DM, aus der er Weihnachtsbeihilfen gewähren kann, in den Jahren davor waren es jeweils 1.200 DM. Die Gelder hierfür, insgesamt immerhin 136.000 DM, stammen aus dem Allgemeinen Almosenkasten in Frankfurt am Main, einer „öffentlichen milden Stiftung“, die auf das Jahr 1531 zurückgeht.⁵³

Laut Geschäftsanweisung bezieht sich die Tätigkeit des ehrenamtlichen Dienstes auf die Durchführung des Bundessozialhilfegesetzes und des Jugendwohlfahrtsgesetzes (jetzt: Kinder- und Jugendhilfegesetz, KJHG), doch ist in der Geschäftsanweisung ausdrücklich erwähnt, dass die Aufgaben im Laufe der Zeit den sich verändernden sozialen Bedingungen anzupassen sind. Die Einführung der Pflegeversi-

49 Danach sind „alte“ Ehrenamtliche solche, die sich langfristig und mit einer starken institutionellen und weltanschaulichen Bindung engagieren und weder bezüglich der Arbeitsinhalte noch bezüglich der Gratifikationen, die ihnen gewährt werden, hohe Ansprüche stellen. Sie akzeptieren verbindliche terminliche Festlegungen auch auf längerfristiger Basis. Sie sind altruistisch motiviert in dem Sinne, dass die Befriedigung eigener Bedürfnisse im ehrenamtlichen Engagement kein explizites Thema ist.

„Neue“ Ehrenamtliche hingegen beziehen ihr Engagement deutlich auf eigene Bedürfnisse. Indem sie etwas für andere tun, tun sie auch etwas für sich selbst. „Sie wollen über Art und Gestaltung ihrer unbezahlten Arbeit selbst entscheiden, wollen den zeitlichen Rhythmus ihres Engagements selbst bestimmen und interessieren sich für interessante und abwechslungsreiche Tätigkeiten, die für sie mit neuen Erfahrungen und sozialen Kontakten verbunden sind.“ (Olk, Thomas: Vom „alten“ zum „neuen“ Ehrenamt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege Heft 1/1989, p 8). Vgl. auch Ferber, Christian von: Neues Ehrenamt – altes Ehrenamt. Traditionelle Helfer, neue Helfer. Traditionelle Verbände, neue Initiativen. In: Fink, Ulf (Hg.): Der neue Generationenvertrag: Ich für Dich. Die Zukunft der sozialen Dienste. München 1988.

50 Geschäftsanweisung vom 24.5.1994 Abschnitt 3.2. In: Handbuch ... p 7.

51 Geschäftsanweisung vom 24.5.1994 Abschnitt 4.1. In: Handbuch ... p 8.

52 Geschäftsanweisung vom 24.5.1994 Abschnitt 4.1. In: Handbuch ... p 8.

53 Vgl. Schembs, Hans Otto, Der Allgemeine Almosenkasten in Frankfurt am Main 1531-1981, Frankfurt am Main 1981.

cherung und die damit verbundenen Aufgabenstellungen und Probleme im Bereich der ambulanten Pflege stellen eine solche neue Bedingungskonstellation dar, zumal das Einleiten und Koordinieren von ambulanten Hilfen bereits nach der Geschäftsanweisung von 1994 zu den Aufgaben des ehrenamtlichen sozialen Dienstes gehören.⁵⁴

7.3.1 Kooperation mit professionellen Einrichtungen

Vergleichsweise wenige Ausführungen finden sich in der Geschäftsanweisung zur Zusammenarbeit zwischen den Hauptamtlichen in den Sozialrathäusern, also in erster Linie den multiprofessionellen Stadtteilteams⁵⁵ und dem ehrenamtlichen Dienst.

Einerseits sind die Sozialrathäuser dem ehrenamtlichen Dienst gegenüber weisungsbefugt,⁵⁶ andererseits können Sozialbezirksvorsteher und Sozialpfleger jenseits dieser Aufträge Eigeninitiative entwickeln. Indem sie Aufträge ausführen und den Mitarbeitern der Sozialrathäuser Informationen zur Verfügung stellen, entlasten sie die Hauptamtlichen. Indem sie eigene Initiativen entfalten und von ihnen als legitim erachtete Ansprüche ihrer Klienten durchzusetzen versuchen, belasten sie diese mit zusätzlichen Arbeitsanforderungen.

Obwohl uns hierzu nur Indizien vorliegen, sind wir der Überzeugung, dass es in der Zusammenarbeit zwischen den Sozialrathäusern und dem ehrenamtlichen Dienst Konfliktzonen und Belastungen gibt, die einer Bearbeitung bedürfen, um die Kooperation zu optimieren. Auffällig ist, dass in den umfangreichen Berichten der Pilotteams Bockenheim und Eschersheim der ehrenamtliche Dienst kaum eine Rolle spielt. In den Ausführungen und Schaubildern zur Struktur des Sozialrathauses Bockenheim taucht der ehrenamtliche Dienst nicht auf.⁵⁷

Der Abschnitt „Sozialrathaus im Stadtteil“ des Pilotteams Bockenheim ist den Außenbeziehungen des Sozialrathauses gewidmet, der „konstruktiven und ergebnisorientierten Zusammenarbeit mit allen Institutionen und Trägern im Stadtteil“.⁵⁸ Hier findet als letzte, und in der Wahrnehmung der Autoren offenbar externe Einrichtung der ehrenamtliche Dienst Erwähnung. Als seine Stärke wird „Kontakt und Kommunikation in Alltagssituationen“ wahrgenommen, durch die „eine zu große Distanz zwischen den Strukturen öffentlicher Träger und den betroffenen Bürgern“ verhindert werden kann.

Aus dem Konzept für das Sozialrathaus Bornheim geht hervor, dass die Sozialbezirksvorsteher gemeinsam mit Vereinen, Verbänden und sozialen Institutionen in Stadtteilarbeitskreisen mitarbeiten werden.⁵⁹

Es wird auch unmissverständlich festgestellt, dass „ehrenamtliche Tätigkeit (...) *grundsätzlich* (Hervorhebung nicht im Original) die Tätigkeit von Fachkräften nicht ersetzen“⁶⁰ könne. Die Rolle des ehrenamtlichen Dienstes wird in einer Bereicherung und Ergänzung der Arbeit der Fachkräfte gesehen. Ein Qualifizierungsbedarf der Ehrenamtlichen wird gesehen und das Angebot formuliert, die Fachreferenten des Sozialrathauses mit dieser Fortbildung zu betrauen.

Gerade eine ergänzende Funktion in einem Leistungsprozess ist aber auf eine enge kooperative Verzahnung mit der Kernfunktion angewiesen. Soll der ehrenamtliche Dienst diese Rolle spielen – und dies wäre unseres Erachtens sinnvoll – so sind Maßnahmen zu einer Intensivierung der Zusammenarbeit erforderlich.

Es gibt demnach deutliche Hinweise für eine mangelhafte Integration des ehrenamtlichen Dienstes in das System der ambulanten Versorgung. Auch in Dokumenten anderer Einrichtungen findet sich verschiedentlich ein Hinweis darauf, dass man bei Bedarf an andere Einrichtungen vermittele, gefolgt von einer Aufzählung dieser Einrichtungen. Der ehrenamtliche Dienst taucht hierbei an keiner Stelle auf.

54 Geschäftsanweisung vom 24.5.1994 Abschnitt 3.2.2. In: Handbuch ... p 7.

55 Vgl. Kapitel 7.2.

56 „Die von den Sozialstationen (...) erteilten Aufträge sollen schnell und zuverlässig ausgeführt werden“ Geschäftsanweisung vom 24.5.1994 Abschnitt 4.3. In: Handbuch ... p 8.

57 Vgl. Pilotteam Bockenheim, Das Sozialrathaus, p 27a, b, c, p 68ff.

58 Pilotteam Bockenheim, Das Sozialrathaus, p 82.

59 Vgl. Konzeption zur Umsetzung der Neuorganisation der Jugend- und Sozialverwaltung für das Sozialrathaus Bornheim, Frankfurt 2000, Abschnitt 8.

60 Pilotteam Bockenheim, Das Sozialrathaus, p 84.

7.3.2 Beitrag zur Bekämpfung der verdeckten Armut

Der Sozialbericht der Stadt Frankfurt verweist auf das Problem der verdeckten Armut und stellt fest, dass der ehrenamtliche soziale Dienst dazu beitragen kann, die Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe zu verringern, da dessen „Angehörige in der Regel sehr gut über die Verhältnisse vor Ort informiert sind und von sich aus auf die vermutlich anspruchsberechtigte Person zugehen (...) können.“⁶¹ Dem ist uneingeschränkt zuzustimmen, da dies ausdrücklich zu den Aufgaben des ehrenamtlichen Dienstes gehört. Der ehrenamtliche Dienst ist zuständig für das „Einleiten von Hilfen für Mitbürger, die aus Unkenntnis der einschlägigen Bestimmungen oder aus falsch verstandenem Ehrgefühl die ihnen gebotenen Möglichkeiten nicht wahrnehmen.“⁶²

An anderer Stelle wird die Einrichtung von „Sozialbüros“ in problemverdichteten Stadtteilen erwogen, um Sozialhilfeberechtigten zur Einlösung ihrer Ansprüche zu verhelfen.⁶³ Wir vertreten die Auffassung, dass ein modernisierter und fachlich besser unterstützter ehrenamtlicher Dienst in der Lage wäre, die umrissene Aufgabe der Sozialbüros sowohl kostengünstiger als auch möglicherweise besser zu übernehmen, da er zumindest in Bezug auf die erforderliche „Niedrigschwelligkeit“ jedem institutionalisierten Angebot überlegen sein dürfte.

7.3.3 Qualitätssicherung

Die Rekrutierung der Sozialbezirksvorsteher erfolgt wie geschildert aus dem politischen System der Stadtteile heraus. Seitens der Stadt erfolgt eine formale, aber keine inhaltliche Eignungsprüfung. Dies ist ein Mangel, denn es gibt ohne Zweifel persönliche Orientierungen, die Personen für die Arbeit als Sozialbezirksvorsteher bzw. Sozialpfleger ungeeignet machen, auch wenn diese verdiente Parteimitglieder sind und – auf der Ebene von polizeilichen Führungszeugnissen – über einen einwandfreien Leumund verfügen. Zu nennen wären hier vor allem Ressenti-

ments gegenüber der Zielgruppe, also Sozialhilfeempfängern, insbesondere, wenn diese langfristig Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, oder Teilen der Zielgruppe, seien es Ausländer oder Menschen anderer ethnischer Herkunft oder Hautfarbe, Suchtkranke oder Straffällige.

Aufgrund des Bestellungsverfahrens gibt es keine Möglichkeit auszuschließen, dass sich Angehörige des ehrenamtlichen Dienstes trotz anderslautender Geschäftsordnung noch immer eher als Kontrollorgan gegenüber Sozialhilfeempfängern verstehen. Eine solche Auffassung wäre der Aufgabenerfüllung des ehrenamtlichen Dienstes in keiner Weise förderlich.

Persönliche Orientierungen, die einer erfolgreichen Tätigkeit im ehrenamtlichen Dienst entgegenstehen, sollten, soweit möglich, im Ernennungsverfahren identifiziert werden. Darüber hinaus ist es eine wichtige Aufgabe von Fortbildung, solche Haltungen zu thematisieren und im offenen Diskurs auf ihre Veränderung hinzuwirken.

Eine weitere Anforderung der Qualitätssicherung erwächst aus einem Grundproblem des sogenannten „bezahlten Ehrenamtes“: Eine Aufwandsentschädigung in der Größenordnung, wie sie Sozialbezirksvorsteher und Sozialpfleger erhalten, ist für diejenigen, die sich stark engagieren, eher gering. Es wird aber auch Personen geben, die in dieser Aufwandsentschädigung einen willkommenen Nebenverdienst sehen, für den sie nur so viel tun, wie nötig ist. Dies gilt insbesondere, weil jedes zusätzliche Engagement auch Kosten verursacht, die wiederum diesen „Verdienst“ schmälern.

Hier wäre eine gewisse Offenlegung und Dokumentierung der erbrachten Leistungen wünschenswert: Diejenigen, die sich stark engagieren, werden in der Regel eine Dokumentierung begrüßen, denn sie macht ihr Engagement erkennbar und damit der öffentlichen Anerkennung zugänglich. Diejenigen, die eher an einem „Nebenverdienst“ interessiert sind, geraten durch die Anforderung der Dokumentierung unter einen gewissen Leistungsdruck, der sie entweder zu stärkerem Engagement oder zur Aufgabe ihrer Position motivieren wird.

61 Jacobs, Herbert: Frankfurter Sozialbericht. Teil II: Sozialhilfeempfänger, Frankfurt 2000, p 75.

62 Geschäftsanweisung vom 24.5.1994 Abschnitt 3.2.1. In: Handbuch ... p 7.

63 Vgl. Jacobs, Herbert: Frankfurter Sozialbericht. Teil II: Sozialhilfeempfänger, Frankfurt 2000, p 77f.

7.3.4 Resümee

Der ehrenamtliche Dienst des Sozial- und Jugendamtes ist ein wertvolles Element der ambulanten Betreuung älterer Menschen in Frankfurt. Seine Leistungsfähigkeit kann und sollte durch drei Maßnahmen wesentlich gesteigert werden:

1. Qualitätssicherung durch ein individualisiertes Ernennungsverfahren und einschlägige Fortbildungsangebote sowie durch Dokumentierung der Aktivitäten im Sinne eines „monitoring“.
2. Nachhaltige Verbesserung der Vernetzung zwischen ehrenamtlichem Dienst und den professionellen Einrichtungen.
3. Bekämpfung des Nachwuchsproblems durch Öffnung des ehrenamtlichen Dienstes für „neue“ Ehrenamtliche.

7.4 Altenclubs und Altenbegegnungsstätten

Mit der Entdeckung der „jungen Alten“ als Zielgruppe der Seniorenarbeit wurden Altenclubs und Altenbegegnungsstätten einige Jahre lang als nicht mehr attraktives Element traditioneller Seniorenarbeit angesehen. In der Tat sprechen diese Formen die Generation der „jungen Alten“ nur in geringem Maße an. Für Hochaltrige hingegen sind Besuche in Clubs und Begegnungsstätten oftmals die einzige verbliebene Brücke zum öffentlichen Leben, eine wertvolle Möglichkeit, außerhalb der eigenen Wohnung soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen.

Die Beurteilung der Altenclubarbeit ist mithin auch eine Frage der Perspektive: als Freizeitangebot für die Gesamtheit derer, die das Erwerbsleben hinter sich gelassen haben, mögen Altenclubs und -begegnungsstätten unattraktiver geworden sein, weil das Anspruchsniveau der älteren Generation höher geworden ist. Als Medium der sozialen Integration vereinsamer alter Menschen sind sie hingegen von hohem sozialpolitischen Wert. Dieser Überlegung folgend thematisieren wir die Altenclubarbeit in Frankfurt am Main nicht im Sinne eines Freizeitangebotes, sondern als Element der sozialen Sorge für alte Menschen in ihrem Wohnumfeld. Clubangebote bilden ein feinmaschiges stadtweites Netz, das wir

als integralen Bestandteil des ambulanten Versorgungssystems betrachten.

Der Infrastrukturatlas der Stadt Frankfurt weist insgesamt 347 Angebote im Bereich der Altenclubarbeit aus.⁶⁴ Zu einem Teil der Angebote gibt es nähere Angaben zur Zielgruppe und den Inhalten, bei vielen Angeboten ist dies aber nicht der Fall. Die Abteilung Jugendhilfe- und Sozialplanung des Jugend- und Sozialamtes der Stadt Frankfurt am Main hat deswegen zur Unterstützung des vorliegenden Sachstandsberichts alle Träger im Bereich der Altenclubarbeit angeschrieben und um Überlassung vorhandener statistischer und inhaltlicher Unterlagen gebeten. Ein Großteil der Träger hat daraufhin zum Teil sehr detailliertes Material zur Verfügung gestellt, dessen erschöpfende Auswertung den Rahmen dieses Sachstandsberichts sprengen würde.

Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf dieses Material, können aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Systematik erheben, weil wir uns jeweils auf die Daten stützen, die die einzelnen Träger – größtenteils nach eigenem Ermessen – erheben.

7.4.1 Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe

Der Frankfurter Verband ist der größte Anbieter im Bereich der Clubarbeit. Er betreibt 116 Altenclubs mit einer Mindestöffnungszeit von drei Stunden pro Woche sowie 15 Altenbegegnungsstätten, die jeden Tag oder zumindest an jedem Werktag geöffnet sind.⁶⁵ In einem Altenclub wird man Mitglied, so dass davon auszugehen ist, dass die Mitglieder die wöchentlichen Angebote mehr oder weniger regel-

64 Eigene Auszählung aus der Adressenliste in: Infrastrukturliste der Stadt Frankfurt am Main, Abschnitt 8.4.2: Begegnungsstätten, Clubs und Freizeitangebote für ältere Menschen. Diese Zahl ist mit den Angaben der einzelnen Träger nicht kompatibel. Allein die Summe der Clubangebote des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe sowie der katholischen und evangelischen Kirchengemeinden beläuft sich auf 357, sodass man basierend auf den Angaben der Träger stadtweit eher von insgesamt ca. 500 Angeboten ausgehen müsste.

65 Vgl. Leistungsvereinbarung zwischen der Stadt Frankfurt am Main und dem Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe, gültig ab 1.6.1996, §2 und §3, p 3.

mäßig besuchen. Im 3. Quartal 2000 gab es insgesamt 2.661 Mitglieder in den Altenclubs des Frankfurter Verbandes. In den Altenbegegnungsstätten wurden im selben Zeitraum 36.440 Besuche gezählt.

Angaben über die Altersstruktur der Mitglieder und Besucher liegen uns nicht vor. Die Leitung der Clubs und Begegnungsstätten des Frankfurter Verbandes wird von bezahlten Arbeitskräften wahrgenommen.

7.4.2 Caritasverband – Katholische Pfarrgemeinden

Von der Stadt Frankfurt bezuschusst wurden im Jahre 1999 insgesamt 85 Altenclubs und -kreise der katholischen Pfarrgemeinden.⁶⁶ An 2.115 Veranstaltungen nahmen durchschnittlich jeweils 26 Personen teil.⁶⁷ Obwohl einige der Clubs unter Titeln wie „Aktive Senioren“ oder „Junge Alte“ gezielt andere Zielgruppen ansprechen, ist die Mehrheit der Besucher hochaltrig.

Bei der Vielzahl der Angebote darf nicht übersehen werden, dass deren Frequenz relativ gering ist: Zwei Fünftel der Angebote fanden wöchentlich, ein Fünftel vierzehntägig und die restlichen zwei Fünftel monatlich statt.

Die Altenclubs der katholischen Pfarrgemeinden werden ehrenamtlich geleitet. Die Ehrenamtlichen werden fachlich unterstützt durch Fortbildungen und Angebote zum Erfahrungsaustausch, die das Anlaufbüro Seniorengruppen der Caritas moderiert.

Im Hinblick auf das hochaltrige und zunehmend in der Bewegungsfähigkeit beeinträchtigte Klientel sind die baulichen Bedingungen problematisch. „Nur wenige Clubs verfügen über einen ebenerdigen Zugang.“⁶⁸

7.4.3 Evangelischer Regionalverband Frankfurt – Evangelische Pfarrgemeinden

In den 56 evangelischen Kirchengemeinden in Frankfurt am Main gab es im Jahr 2000 insgesamt 141 Seniorenclubs und -gruppen.⁶⁹ Zwei Drittel davon waren Clubs mit gemischtem Angebot, das letzte Drittel waren thematisch festgelegte Gruppen mit folgenden Themen: Gymnastik (20), Tanz (7), Handarbeit und Basteln (5), Bibelarbeit (5) sowie Chor, Englisch und Literatur mit jeweils 3 Gruppen.

Jährlich werden 6 Treffen zur Fortbildung der Leiterinnen der Seniorenclubs angeboten, darüber hinaus kann bei Einzelproblemen fachliche Beratung in Anspruch genommen werden.

7.4.4 Resümee

Zur Untermauerung der Annahme, dass Seniorenclubs ein Angebot für Hochaltrige sind, wären statistische Angaben über die Altersstruktur der Mitglieder und Besucher von großem Wert. Diese liegen uns leider von keinem der Anbieter vor.

Ebenso verfügen wir nicht über Daten zur Dauer der bisherigen Mitgliedschaft. Mit Hilfe dieser Daten könnte man die These überprüfen, dass sich Seniorenclubs mit zunehmender Dauer sozial immer stärker gegen neue Mitglieder abschotten, sodass die Clubs mit zunehmender Dauer unter Mitglieder-schwund leiden.

Über Hol- und Bringangebote für Besucher von Seniorenclubs liegen uns keine Angaben vor, allerdings gibt es bei der Caritas ein eigenständiges Projekt „Fahrdienst für gehbehinderte Senioren“.⁷⁰

Wir gehen davon aus, dass in einer Reihe von Altenclubs Hol- und Bringangebote organisiert werden können, sei es durch Ehrenamtliche (dies dürfte vor allem im Bereich der Kirchengemeinden der Fall sein), sei es durch nachbarschaftliche Unterstützung.

Wenn man Seniorenclubs als das sieht, was sie unseres Erachtens in erster Linie sind bzw. sein sollten,

66 Vgl. Caritas Frankfurt, Sachbericht Altenclubarbeit in den katholischen Pfarrgemeinden, Frankfurt 2000, p 1.

67 Eigene Berechnung auf Grundlage der Zahlen in: Caritas Frankfurt, Sachbericht Altenclubarbeit.

68 Caritas Frankfurt, Sachbericht Altenclubarbeit in den katholischen Pfarrgemeinden, Frankfurt 2000, p 1.

69 Evangelischer Regionalverband: Zusammenstellung von Angeboten im Rahmen der offenen Altenhilfe.

70 Caritas Frankfurt, Sachbericht Altenclubarbeit in den katholischen Pfarrgemeinden, Frankfurt 2000, p 2.

nämlich Brücken zum sozialen Leben für vereinsamte ältere Menschen, so wäre es wichtig, Hol- und Bringdienste systematisch zu organisieren. Dies wird nicht ohne zusätzliche Kosten möglich sein, selbst wenn man hier in erheblichem Maße auf ehrenamtliches Engagement setzt.

In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, Hol- und Bringangebote nicht auf den technischen Aspekt des Transports zu beschränken, sondern durch Hausbesuche und Schnupperangebote offensiv auf vereinsamte ältere Menschen zuzugehen, damit diese vorhandene Barrieren gegen einen Besuch im Altenclub besser überwinden können.⁷¹

71 Ein entsprechendes Konzept wurde im Rahmen eines unserer früheren Projekte für eine Seniorenbegegnungsstätte in Jena entwickelt.

8. Handlungsempfehlungen

8.1 Daten- und Dokumentenkataster zur Situation älterer Menschen in Frankfurt am Main

Aufgabenstellung des vorliegenden Berichts war es, innerhalb kurzer Zeit die verfügbaren Daten zur Situation älterer Menschen in Frankfurt am Main zusammenzutragen und zu analysieren. Dies gestaltete sich erwartungsgemäß schwierig. Relevante Daten fallen bei einer Vielzahl von Ämtern, Fachabteilungen und anderen Institutionen sowie Einrichtungen der Altenhilfe im Arbeitsprozess an oder werden eigens erhoben. Für die Datenformate und für statistische Auswertungen gibt es keine einheitlichen Standards. Datenschutzbestimmungen verbieten entweder faktisch die Weitergabe bestimmter Daten oder aber eine Weitergabe von Daten kommt nicht zustande, weil Unsicherheit darüber besteht, ob und inwieweit sie unter den Datenschutz fallen.

Dies gehört insoweit zu den normalen Problemen empirischer Forschungsarbeit. Was uns dazu veranlasst, die Erstellung eines Datenkatasters zur Situation älterer Menschen in Frankfurt am Main vorzuschlagen, ist die Erfahrung, dass eine Vielzahl von Fachleuten, die mit der Planung und Durchführung von Maßnahmen zugunsten älterer Menschen befasst sind, einen Mangel an aussagefähigen, vollständigen und aktuellen Daten beklagen und durch diesen Mangel in ihrer Arbeit behindert werden. Nach unseren Recherchen entsteht ein großer zusätzlicher Arbeitsaufwand dadurch, dass einzelne Fachbereiche im Bedarfsfall eigene Recherchen betreiben und Daten zusammenstellen.

Nicht selten bleibt die Suche nach aussagefähigen Daten erfolglos, sei es, weil diese Daten in entsprechender Form nicht vorliegen, sei es, dass sie hinsichtlich einer bestimmten Arbeitsaufgabe nicht innerhalb der verfügbaren Zeit zugänglich gemacht werden können. Es kann aber durchaus auch dazu kommen, dass Daten mühsam zusammengestellt und ausgewertet werden, die andernorts bereits vorliegen, weil die Information darüber, wer über welche Datenbestände verfügt, nicht vorhanden ist.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass es zu bestimmten Fragestellungen unterschiedliche Datenquellen gibt, die nicht selten auch unterschiedliche Zahlen ausweisen.¹ Um eine größere Planungssicherheit zu erreichen, müssten die Ursachen für solche Abweichungen identifiziert und beseitigt werden.

Um den oben skizzierten Mängeln abzuhelpfen, schlagen wir die Erstellung eines Datenkatasters zur Situation älterer Menschen in Frankfurt am Main vor.² Diese könnte in folgenden Arbeitsschritten erfolgen:

Es wird ein Raster von Fragestellungen und Merkmalen erstellt, die für Fachkräfte innerhalb der Stadtverwaltung, aber auch für die Arbeit der freien Träger und anderer Akteure der kommunalen Seniorenpolitik notwendig sind. Dieses Raster wird mit der Bitte um Ergänzung an die Akteure verschickt. Die Ergänzungen beziehen sich auf Daten, deren Verfügbarkeit für den eigenen Arbeitsbereich wünschenswert oder erforderlich wäre.

Die so entstandene vollständige „Wunschliste“ von Daten müsste dann, wiederum in Zusammenarbeit mit den einzelnen Akteuren, bearbeitet werden. Viele Datenbestände werden bei überörtlichen Stellen geführt, können aber unter bestimmten Voraussetzungen auf das Stadtgebiet Frankfurt oder sogar auf die Stadtteilebene disaggregiert werden. Auch mit diesen Stellen müsste Kontakt aufgenommen werden.

1 Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf Abschnitt 7.1 zur ambulanten Pflege, in dem wir Abweichungen zwischen verschiedenen Datenquellen zur Zahl der ambulanten Pflegedienste in Frankfurt am Main diskutiert haben. Auch bezüglich der Zahl der Heimplätze in Frankfurt wiesen unterschiedliche Datenquellen – allerdings auch zu unterschiedlichen Stichtagen – Zahlen aus, die in der Spitze um 50 Plätze voneinander abweichen.

2 Das Problem wird auch in anderen Kommunen gesehen. So erarbeitet zur Zeit das Institut für Berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (INBAS) in Offenbach am Main im Auftrag der Stadt Offenbach ein generelles Kataster von planungsrelevanten Daten.

Die Bearbeitung der „Wunschliste“ müsste sich auf die Beantwortung folgender Fragen beziehen:

- Wer bzw. welche Einrichtung verfügt über die Daten?
- Ist das Merkmal in der gewünschten Form erfasst oder müssen Einschränkungen hingenommen werden (indem z.B. Daten über Pflegebedürftigkeit nur für Personen verfügbar sind, die in der gesetzlichen Versicherung versichert sind)?
- In welcher Form liegen die Daten vor: maschinenlesbar oder auf Papier, in einem Datenbankformat, in einer Spreadsheet-Tabelle (MS-EXCEL-Tabelle), in einem Statistikprogramm?
- Unter welchen Voraussetzungen sind die Daten zugänglich (Genehmigungsverfahren, Antrag, Kosten der Datenüberlassung, einschlägige Datenschutzbestimmungen)?
- Wie weit können die Daten räumlich disaggregiert werden (Gesamtstadt, Stadtteile, Stadtbezirke, Blockseiten, Häuser, Haushalte, Einzelpersonen)?
- Von wann datieren die aktuellsten Daten und wann ist mit der nächsten Aktualisierung zu rechnen?
- Inwieweit sind Zeitreihen verfügbar und wie lange reichen diese Zeitreihen zurück?
- Nach welchen anderen Merkmalen kann das betreffende Merkmal untergliedert werden (z.B. Pflegebedürftigkeit nach Alter, Geschlecht, Haushaltszusammensetzung, finanzieller Situation)?

Das Ergebnis der vorstehenden Arbeitsschritte wäre ein Katalog, in dem vermerkt ist, welche Stelle über welche Daten verfügt. Der Zugang zu den Daten selbst müsste weiterhin im bilateralen Kontakt geregelt werden. Ein solches Datenkataster wäre für die praktische Arbeit bereits sehr sinnvoll. Ungleich komfortabler wäre es aber, wenn im Zuge der Katastererstellung zumindest ein Teil der Daten selbst bereits gesammelt, aufbereitet und verwaltungsintern oder auch öffentlich zugänglich gemacht werden könnte.

Die maschinenlesbare Version des Statistischen Jahrbuchs der Stadt Frankfurt kann hier als Vorbild dienen. Im Portable Document Format (PDF) erstellt, kann schnell und einfach innerhalb des Dokuments – ähnlich wie im Internet – navigiert und auf einzelne Kapitel und Tabellen zugegriffen werden. Das dazu

nötige Programm, der Acrobat Reader, ist kostenlos im Internet erhältlich.³ Allerdings deckt das Statistische Jahrbuch eine Vielzahl von unterschiedlichen Bereichen ab, kann demnach in einzelnen Bereichen nur vergleichsweise wenig ins Detail gehen.

Ergänzend wäre hinsichtlich eines Datenkatasters zur Situation älterer Menschen in Frankfurt ein detaillierter Schlagwortkatalog wünschenswert, der es erlaubt, schnell alle vorhandenen Datenquellen oder Daten zu einem bestimmten Gesichtspunkt zu finden.

Was für Zahlenmaterial gilt, trifft in gleicher Weise für Dokumente zu. Nahezu alle Konzepte, Berichte, Dokumentationen etc. werden heute am Computer, also in maschinenlesbarer Form erstellt. Es könnte also relativ einfach eine Materialdatenbank mit einschlägigen Texten erstellt werden, die man wiederum entweder verwaltungsintern oder fachöffentlich zugänglich machen könnte. Hierdurch könnte viel Zeit für die Suche nach einschlägigem Informationsmaterial eingespart werden. Es könnten Unsicherheiten beseitigt werden, die in der Frage begründet sind, ob eine Geschäftsanweisung aus dem Jahre 1995 noch gültig ist oder ob die Neufassung einer bestimmten Konzeption bereits vorliegt bzw. verabschiedet ist. Der Schlüssel zu einer optimalen praktischen Nutzbarkeit liegt wiederum in einem sach- und problemorientierten Schlagwortsystem.

Die ideale, weil leicht zugängliche und kostengünstige technische Umsetzung für das Daten- und Dokumentenkataster wäre die Einstellung ins Internet, verbunden mit der Möglichkeit, umfangreichere Dokumente als Textdateien auf den eigenen Personalcomputer herunterzuladen. Dabei könnte für nichtöffentliche Teile der Informationsbestände ein passwortgeschützter Zugang geschaffen werden. Eine andere Option wäre die Einstellung ins Intranet der Stadtverwaltung.

Nicht zu unterschätzen ist nach Erfahrungen, die z.B. der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband mit seinem verbandseigenen Intranet gemacht hat,⁴ die

3 <http://www.adobe.com>.

4 Die Information entstammt einem Vortrag von Martin Wisskirchen, Paritätischer Gesamtverband, auf dem Zukunftsforum „Technik für Senioren“ am 8.-9.12.1998 in Frankfurt am Main.

Kostenersparnis im Bereich der Kopier- und Portokosten. Das vorgeschlagene Daten- und Dokumentenkataster könnte Teil des Leistungsangebots der geplanten „Leitstelle Älterwerden“⁵ sein. Dazu müsste das Kataster idealerweise im Vorfeld der Eröffnung dieser Stelle erstellt und im Rahmen der Arbeit der Leitstelle laufend gepflegt werden. Eine weitere Aufgabe sollte darin bestehen, auf eine Harmonisierung der Erfassung strukturgleicher Daten durch unterschiedliche Stellen hinzuwirken.

8.2 Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes

Im März 2000 begann das neue Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend *Altenhilfestrukturen der Zukunft*. Inoffizieller Auftrag vieler beteiligter Modelle ist es, Überbrückungen für die Lücken zwischen SGB V und SGB XI zu finden (die beide in der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit liegen). Im Rahmen des Modellprojekts gibt es einen Förderschwerpunkt *Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation*. Eines der Ziele dieses Schwerpunkts ist es, den Zugang zu Leistungen der geriatrischen Rehabilitation von der häuslichen Umgebung aus zu erleichtern.

Unsere Handlungsempfehlung im Bereich Geriatrie in Kapitel 3.3 zielt auf eine Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Behandlung und Rehabilitation vom Akut-Krankenhaus aus, diese möchte auch diejenigen die Möglichkeiten geriatrischer Rehabilitation eröffnen, die zwar keine Akut-Behandlung brauchen, zur Erhaltung ihrer Selbständigkeit und ihres gesundheitlichen Zustands aber einer Rehabilitation bedürfen. Insbesondere kann eine rechtzeitige Rehabilitation in vielen Fällen die Heimeinweisung verhindern.

Diese Handlungsempfehlung gilt der Umsetzung der beiden Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 31 SGB XI). § 8 SGB XI zählt zu den Pflichten der Kommunen auch die Mitwirkung bei der „Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Maßnahmen der medizinischen

5 Vgl. Handlungsempfehlung 8.9.

Rehabilitation“. Zu den Aufgaben des MDK bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gehört auch die Prüfung, ob rehabilitative Maßnahmen geeignet oder notwendig sind zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Dabei wird den Versicherten ein Anspruch auf Leistungen ambulanter medizinischer Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren zugesprochen (§ 18 SGB XI).

Das Hessische Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz greift im § 1 Abs. 2 den Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege auf. Dieses Prinzip findet sich auch in der Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen (§ 1 Satz 1) und im Landesweiten Rahmenplan für die pflegerische Versorgung in Hessen (Abschnitt 2).

Die Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags besteht nicht nur in der Schaffung entsprechender Einrichtungen – wie es in Frankfurt mit den vier geriatrischen Kliniken in einem ersten Schritt getan wird –, sondern auch in der Gestaltung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation auf eine Weise, dass auch ältere, pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen diesen Zugang finden. Es wird nur in den wenigsten Fällen erfolgreich sein, einem Patienten den Auftrag zu erteilen, sich in die Reha zu begeben. Die Organisation der Reha inklusive der Anträge zur Finanzierung dürfte viele ältere Menschen überfordern und eigentlich notwendige rehabilitative Maßnahmen verhindern.

Das Modellprojekt Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation basiert auf den bereits bestehenden Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Die Frankfurter BuV-Stellen sind diesen Stellen in Struktur und Auftrag vergleichbar.⁶ Diese Beratungsstellen verfügen über zahlreiche Kontakte im Bereich der Altenhilfe, der Pflegedienste, der Ärzte und Therapeuten, der Krankenhäuser und der Kasernen, die für den Aufbau des Netzwerks genutzt werden können.

Das Projekt geht von den folgenden Thesen aus:⁷

6 Vgl. Kapitel 7.2.

7 Eilermann, Manuela/Haas, Birgit/Weber, Johannes: Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi. (Stand 10/2000), pp 2-3.

- Zu Hause leben ältere Menschen, deren Situation durch Rehabilitationsmaßnahmen oder Heilmittel deutlich zu verbessern ist.
- Viele ältere Menschen werden von Einrichtungen der Altenhilfe und mobilen (Pflege-)Diensten unterstützt.
- Diese Einrichtungen und Dienste sind prädestiniert dafür, Rehabilitationsbedarfe und Heilmittelbedarfe festzustellen.
- Dadurch besteht die Chance, frühzeitig über die niedergelassenen Ärzte Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten oder Heilmittel einzusetzen.
- Rehabilitationsmaßnahmen oder Heilmittel können sich rechnen.

Ziele und Arbeitsschwerpunkte des Projekts:⁸

- Vernetzung der Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens mit dem Ziel einer Unterstützung älterer Menschen bei medizinischer Behandlung, pflegerischer Versorgung und sozialer Betreuung;
- Systematisierung vorhandener Angebote, Förderung der Integration aller beteiligten Professionen in den Behandlungsprozess, Entwicklung von effektiven und effizienten Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen den Beteiligten;
- Eröffnung von Zugängen zur (teil-)stationären, mobilen und ambulanten Rehabilitation;
- Strukturierung der Nachsorge.

Da das Projekt auf die vorhandenen Beratungsstellen zurückgreift, ist nur ein kleines zusätzliches Koordinierungsteam mit 1,5 Stellen eingerichtet worden. Das Projekt verspricht mit sparsamstem Mitteleinsatz durch die Bündelung vorhandener Ressourcen in den Bereichen Altenhilfe, medizinischer Versorgung, Rehabilitation und Pflege zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation älterer Menschen zu führen.

Wir möchten deshalb vorschlagen, die Umsetzung eines ähnlichen Projekts für die Stadt Frankfurt zu prüfen.

Auf der Ebene der Beratungsstellen könnte dies dadurch geschehen, dass eine Mitarbeiterin einer Frankfurter BuV-Stelle in Wiesbaden hospitiert, um das Wiesbadener Netzwerk kennenzulernen und mit der Arbeit der Frankfurter BuV-Stellen vergleichen zu

können. Ähnliche Kontakte sollten auf der Ebene der jeweiligen Koordinierungsstellen eingerichtet werden, die im Prozess des Aufbaus eines Netzwerks eine wesentliche Aufgabe übernehmen müssen. Später kann ein gemeinsamer Erfahrungsaustausch von Frankfurt und Wiesbaden auf beiden Seiten das Reha-Netzwerk befördern.

Wiesbaden ist noch in der Aufbauphase. Wir möchten trotzdem vorschlagen, mit der Umsetzung des Projekts nicht erst zu warten, bis der Aufbau in Wiesbaden abgeschlossen ist. Erste Erfahrungen lassen bisher keinen Zweifel daran aufkommen, dass das Wiesbadener Projekt erfolgreich sein wird. Der Aufbau des geriatrischen Netzwerks in Frankfurt sollte parallel zur Umstrukturierung und Neugestaltung der Geriatrie in Frankfurt erfolgen: Die neuen Möglichkeiten der Geriatrie und des Netzwerks können sofort effektiv genutzt werden. Die Strukturen der Geriatrie können noch so gestaltet werden, dass die Integration ins Netzwerk ohne Brüche gelingen kann.

Mit dem Neuaufbau der Geriatrie in Frankfurt, der Einführung eines externen geriatrischen Konsils und dem Aufbau des Netzwerks geriatrische Rehabilitation kann Frankfurt am Main im Jahr 2004 über ein leistungsfähiges und integriertes System geriatrischer Rehabilitation verfügen.

8.3 Aufbau einer umfassenden gerontopsychiatrischen Versorgung

In Kapitel 5 haben wir einige Einrichtungen und Dienste dargestellt, die ältere Menschen, die an Demenz erkrankt sind, und ihre Angehörigen unterstützen. Es handelt sich hier um Projekte einzelner Initiativen und Träger, die untereinander nicht koordiniert sind. Bis zu einem systematisch aufgebauten und umfassenden Angebot an Unterstützungs- und Betreuungsleistungen für an Demenz Erkrankte und ihre pflegenden Angehörigen ist es noch ein weiter Weg.

8 Eilermann, Haas, Weber (2000), p 3.

8.3.1 Elemente der gerontopsychiatrischen Versorgung

Der „Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung“⁹ des Bundesministeriums für Gesundheit nennt verschiedene Bausteine einer ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung, die zusammen ein Unterstützungssystem ergeben, das die notwendige Pflege und Betreuung der Demenzen sichern und die Angehörigen wirksam entlasten kann. Ziel dieses Systems ist die Vermeidung einer vollstationären Heimaufnahme.

Ein solches Versorgungssystem umfasst eine gerontopsychiatrische Ambulanz, eine Tagesklinik, eine Tagespflege und ein gerontopsychiatrisches Zentrum.

8.3.1.1 Die gerontopsychiatrische Ambulanz

Gerontopsychiatrische Ambulanzen sind erste Anlaufstellen für Patienten und ihre Angehörigen, die sich mit dem Verdacht des Vorliegens einer Demenz konfrontiert sehen.¹⁰ Die Aufgaben einer gerontopsychiatrischen Ambulanz sind:

- Diagnostik gerontopsychiatrischer Störungen und (psychosoziales) Assessment;
- Gedächtnissprechstunde;
- Konsiliarische Zusammenarbeit und Beratung;
 - im Bereich der hausärztlichen Praxis,
 - im Bereich der somatisch-stationären Behandlung;
 - im Bereich der Heimbetreuung (auch Fallkonferenzen);
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote;
- Vermittlung von psychosozialen Hilfen;
- Beratung und Unterstützung von Angehörigen;
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Laienhelfern;
- Förderung rehabilitativer Maßnahmen;

- Beratung der Kommune bei Altenplänen und Pflegebedarfsermittlungen;
- Beratung bei Neueinrichtung einer Altenhilfeeinrichtung;
- Gesundheitsfürsorge für Ältere in Form von öffentlichen Veranstaltungen.

Gerontopsychiatrische Ambulanzen haben eine wichtige Funktion in der Betreuung von Heimbewohnern, da diese durch niedergelassene Fachärzte oft nicht ausreichend gewährleistet ist. Die Leistungen der Ambulanz im Heim reichen von der Visite und Einzelgesprächen mit Heimbewohner über die Fall-Besprechungen im Team und möglicherweise auch Supervision für das Team bis hin zu Beratung der Heim- und Pflegedienstleitungen. Die in der Ambulanz versammelte gerontopsychiatrische Kompetenz kommt also nicht nur dem Patienten, sondern auch den Pflegenden zugute.

Eine Ambulanz hat eigentlich eine Komm-Struktur, viele Aufgaben erfordern aber eine zugehende Arbeitsweise. Ein ambulanter gerontopsychiatrischer Dienst kommt zum Patienten und klärt in der eigenen Häuslichkeit die medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Problemlagen. Weitere ambulante Behandlung, Begleitung, Betreuung und Beratung erfolgt ebenfalls durch diesen Dienst. Pflegeleistungen im Sinne einer Grundpflege gehören nicht zu den Leistungen des ambulanten gerontopsychiatrischen Dienstes.¹¹

8.3.1.2 Die gerontopsychiatrische Tagesklinik

Der Aufenthalt in einer Tagesklinik ist immer dann angezeigt, wenn die ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, eine stationäre aber nicht notwendig ist und der Patient zu Hause in der Nacht und am Wochenende versorgt ist.¹² Zudem muss der Patient den täglichen Wechsel von der eigenen Wohnung in die Tagesklinik verkraften können. Bei verwirrten Menschen kann ein häufiger Wechsel der Umgebung in einigen Fällen eher kontra-produktiv sein. Aufgaben einer Tagesklinik sind:

- Intensive diagnostische Abklärung und Assessment;

9 Hirsch, Rolf/Holler, Gerhard/Reichwaldt, Winfried/Gervink, Thomas: Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Baden-Baden: Nomos, 1999 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 114).

10 Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung, pp 139-149.

11 Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung, p 186.

12 Leitfaden ..., pp 150-159.

- Einleitung von rehabilitativen Trainingsmaßnahmen, die – im Unterschied zu einer vollstationären Aufnahme – sofort zu Hause geübt werden können;
- Poststationäre Behandlung und Rehabilitation;
- Erhaltung der Kontinuität der Behandlung und der behandlungsbegleitenden Maßnahmen durch engen Kontakt zu Angehörigen, nachbetreuenden Versorgungsstrukturen und Hausärzten.

8.3.1.3 Gerontopsychiatrische Tagespflege

Ziel der Tagespflege ist es, dem psychisch veränderten Menschen solange wie möglich das Wohnen in der vertrauten Umgebung zu erhalten. Psychisch veränderte ältere Menschen reagieren oft sehr sensibel auf Veränderungen in ihrer Umgebung.¹³ Tagespflege hilft:

- das familiäre und nachbarschaftliche Hilfesystem zu entlasten,
- die Motivation der Pflegenden aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren,
- angemessene Rehabilitation und Pflege sicherzustellen,
- der Isolation des Kranken und seiner Angehörigen abzuweichen.

Tagespflege ist zudem oft preisgünstiger als eine vollstationäre Versorgung.

Unter dem Aspekt der Versorgung und Betreuung nach abgeklärter Diagnostik und eingestellter Therapie ist die Tagespflege das wichtigste Element im gerontopsychiatrischen Verbundsystem.

8.3.1.4 Gerontopsychiatrisches Zentrum

Im „Leitfaden“ wird zusätzlich noch die Einrichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums empfohlen. Es besteht aus einer teilstationären Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtung, einem ambulanten Dienst und einer Altenberatung. Seine Arbeitsweise ist eher gemeindenah, dezentral und in enger Kooperation mit den jeweiligen regionalen medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen der Altenhilfe.

Wesentliche Aufgabe des Zentrum ist es, treibende Kraft zu sein in der Region für eine Verbesserung der Versorgung, für eine Zusammenarbeit der einzelnen Einrichtungen und für ein differenziertes öffentliches Problembewusstsein.

8.3.2 Umsetzung für Frankfurt

Von den im Leitfaden des Bundesministeriums für Gesundheit vorgesehenen Einrichtungen der ambulanten und teilstationären Versorgung verfügt Frankfurt erst über eine dieser Einrichtungen: die Gedächtnissprechstunde der Uni-Klinik. Ob die Gedächtnissprechstunde auch aufsuchende Arbeit leistet, ist uns nicht bekannt.

Von den vier vorhandenen Tageskliniken der psychiatrischen Versorgung ist keine auf gerontopsychiatrische Patienten spezialisiert. Es gibt keine gerontopsychiatrische Tagespflege und auch kein gerontopsychiatrisches Zentrum.

Wir möchten ein Programm zum Aufbau einer umfassenden und integrierten gerontopsychiatrischen Versorgung vorschlagen, das auf bestehenden Einrichtungen und Diensten basiert und durch deren Koordinierung und Vernetzung zu einer Verbesserung der Situation Dementer und ihrer Angehörigen führt.

8.3.2.1 Kooperation von sozialpsychiatrischem Dienst und Gedächtnissprechstunde

Mit der Gedächtnissprechstunde der Uni-Klinik ist eine gerontopsychiatrische Ambulanz für Frankfurt gegeben. Ob die Kapazitäten der Gedächtnissprechstunde ausreichend sind, muss noch geklärt werden. Der Leitfaden betont die Wichtigkeit einer aufsuchenden ambulanten Arbeit. Der sozialpsychiatrische Dienst des Stadtgesundheitsamts leistet eine solche aufsuchende Arbeit, wenn auch ohne Spezialisierung auf den Bereich der Gerontopsychiatrie.

Der Aufbau eines eigenen ambulanten gerontopsychiatrischen Dienstes kann als Fernziel formuliert werden. Als in nächster Zukunft umzusetzende Maßnahme schlagen wir eine enge Zusammenarbeit zwischen sozialpsychiatrischem Dienst, dem Gerontopsychiater im Gesundheitsamt und der Gedächtnissprechstunde vor. Über die Schnittstelle

13 Leitfaden ..., pp 160-166.

des Gerontopsychiaters im Gesundheitsamt kann die fachliche Kompetenz der Gedächtnissprechstunde mit der Arbeit vor Ort des sozialpsychiatrischen Dienstes verbunden werden. Ein gemeinsames Case-Management von sozialpsychiatrischem Dienst und Gedächtnissprechstunde ist hierbei das Ziel.

Der sozialpsychiatrische Dienst erkennt den Handlungsbedarf vor Ort. Er trägt dafür Sorge, dass der ältere Mensch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gedächtnissprechstunde diagnostiziert wird. Die Gedächtnissprechstunde erstellt einen Therapieplan, auf dessen Umsetzung dann wiederum der sozialpsychiatrische Dienst achtet.

Bei der Vielzahl der zu betreuenden Patienten ist der sozialpsychiatrische Dienst auf die Mitarbeit der Pflegedienste angewiesen, die die Grundpflege vornehmen. Pflegedienste müssen für diese Aufgabe geschult werden. Bei der Organisation und Durchführung wirken sozialpsychiatrischer Dienst (für den Bereich der Bedarfsfeststellung vor Ort), Gedächtnissprechstunde (für die fachliche Kompetenz) und die Koordinierungsstelle „Demenz“ zusammen.

8.3.2.2 Koordinierungsstelle „Demenz“

Die Koordinierungsstelle „Demenz“ übernimmt die zentralen Aufgaben des gerontopsychiatrischen Zentrums des Leitfadens, ohne natürlich über dessen diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zu verfügen. Sie lässt sich daher mit verhältnismäßig geringem Aufwand bei einem Träger verwirklichen, der schon jetzt auf dem Gebiet der Beratung und Unterstützung Demenzkranker und ihrer Angehörigen tätig ist. Ihre Aufgaben sind:

Sammlung von Informationen:

- über den tatsächlichen Unterstützungsbedarf von Demenzkranken und ihren Angehörigen;
- über vorhandene und fehlende Angebote in Frankfurt.

Koordination und Vernetzung:

- Koordination der vorhandenen Angebote;
- Vernetzung der Akteure zum Zweck des Erfahrungsaustauschs und der gegenseitigen Unterstützung.

Angebote der Fort- und Weiterbildung:

- für Hausärzte;

- für Pflegende in ambulanten Pflegediensten, in Heimen und in nicht-geriatrischen Akut-Krankenhäusern;
- für pflegende Angehörige und für Ehrenamtliche, die sich in Besuchsdiensten und Betreuungsgruppen engagieren wollen;
- für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betreuungsvereinen, Sozialdiensten und Polizei.

Öffentlichkeitsarbeit:

- zur Förderung des Verständnisses der Probleme Demenzkranker und ihrer Angehörigen in der Öffentlichkeit, damit deren Isolierung abgebaut und ein offensiverer Umgang mit dieser Krankheit möglich wird.

Zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle gehört natürlich auch die Beratung Angehöriger und ihre Weitervermittlung an Stellen und Dienste, die ihnen helfen können. In diesem Punkt unterscheidet sich die Koordinierungsstelle aber nicht von allen anderen Beratungsstellen, die in Frankfurt schon tätig sind.

Die Koordinierungsstelle ist nicht als Konkurrenz zu den anderen Stellen oder gar als eine übergeordnete Stelle anzusehen. Der Name „Koordinierungsstelle“ ist hier sehr ernst gemeint. Es geht nur darum, dass es einen Ort gibt, an dem alle Informationen zusammenlaufen, und dass es eine Stelle gibt, die für die Aufrechterhaltung des Netzwerks sorgt. Die obige Liste der Aufgaben bedeutet auch nicht, dass alle diese Aufgaben von der Koordinierungsstelle allein durchgeführt werden müssten. Sie bedeutet nur, dass es in der Verantwortung der Koordinierungsstelle liegt, darauf zu achten, dass die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt werden.

8.3.2.3 Tagespflege

Obwohl es in Frankfurt zurzeit nicht ausgelastete Plätze in Tagespflegeeinrichtungen gibt, möchten wir doch den Aufbau einer gerontopsychiatrischen Tagespflege vorschlagen. Da Tagespflege wohnortnah stattfinden muss, wäre der Aufbau einer Tagespflege pro Standardversorgungsgebiet sinnvoll.

Der Bedarf an Tagespflegeplätzen speziell für Demenzkranke lässt sich im Moment schwer abschätzen. Er wird bestimmt durch die Qualität und die Bekanntheit des Angebots. Zur Qualität des Angebots gehört neben der eigentlichen Betreuung

auch die Flexibilität in den Öffnungszeiten und in den Nutzungszeiträumen, der Fahrdienst und die Erreichbarkeit. Alle Komponenten spielen zusammen, damit die Entlastung durch die Tagespflege die Belastung durch das Verlassen des Hauses überwiegt.

Der Betrieb von Pflegeeinrichtungen fällt in den Kompetenzbereich der jeweiligen Träger. Die Stadt Frankfurt aber könnte durch eine gezielte Investitionsförderung für solche Einrichtungen, die sich auf die Pflege an Demenz erkrankter älterer Menschen spezialisieren und dabei auch eine Tagespflege aufbauen wollen, die Entscheidungen der Träger beeinflussen. Auch die Einrichtung der Koordinierungsstelle und des Verbundes von sozialpsychiatrischem Dienst und Gedächtnissprechstunde zeigen den Trägern der stationären Altenhilfe, dass der Versorgung Demenzkranker von der Stadt Frankfurt am Main eine hohe Priorität eingeräumt wird.

8.4 Förderung des freiwilligen Engagements Frankfurter Bürgerinnen und Bürger in der Betreuung pflegebedürftiger älterer Menschen.

Eine der Hauptklagen über mangelnde Qualität in der Pflege bezieht sich auf den Zeitdruck, unter dem von den Pflegekräften gearbeitet werden muss. Es bleibt keine Zeit für ein Gespräch, ein aufmuntern, des Wort oder gar für ein Eingehen auf die besonderen Bedürfnisse des älteren Menschen.

Zeit ist in der professionellen Pflege wirklich Geld. Den Pflegesätzen liegen direkt oder indirekt Kalkulationen zugrunde, wie lange Pflege dauern darf. „Unbezahlbare“ Zeit bringen Menschen mit, die sich freiwillig in der Betreuung Pflegebedürftiger engagieren. Ehrenamtliche haben Zeit für das, was das „Gepflegt-werden im Heim“ vom „Leben im Heim“ unterscheidet: für ein ruhiges Gespräch, für einen Spaziergang, zum Vorlesen. Entscheidend für den Pflegebedürftigen ist, dass ein anderer Mensch Zeit für ihn hat; Zeit, in der er als Mensch und nicht als Pflegefall wahrgenommen wird.

Bis auf ein einziges Heim gibt es in allen Heimen unserer Umfrage eine Gruppe von Ehrenamtlichen, die sich in der Betreuung der Pflegebedürftigen engagieren. Insgesamt sind es 400 Freiwillige, die im Durchschnitt 2-3 Stunden in der Woche Zeit haben. In der umfangreichen Liste ihrer Einsatzgebiete werden neben der Einzelbetreuung oft die Bereiche „seelsorgliche Begleitung“ und „Feiern“ genannt: Zentrale Aspekte des Menschseins also, die von den professionell Pflegenden, die ihre Arbeit unter ständigem Zeitdruck erledigen müssen, nicht genügend berücksichtigt werden können.

Pflegekräfte und Ehrenamtliche stehen nicht in Konkurrenz zueinander. Pflege braucht eine Fachlichkeit, die nur in einer gründlichen Ausbildung erworben werden kann und Ehrenamtlichen häufig nicht zur Verfügung steht. Ehrenamtliche bieten mit ihrer Art der Betreuung eine Zuwendung, die mit bezahlter Zeit nicht zu leisten ist. Nicht, weil das Geld nicht da ist, diese Zeit zu bezahlen, sondern weil diese Zeit verschenkt wird. Zeit, die verschenkt wird, hat eine grundsätzlich andere Qualität als Zeit, die bezahlt werden muss. In der Betreuung älterer Menschen, in der es nur darauf ankommt, für diese Menschen da zu sein, können Ehrenamtliche mit ihrem freiwilligen Engagement etwas leisten, was professionellen Kräften nicht möglich ist.

Der Einsatz von Ehrenamtlichen spielt nicht nur in den Heimen eine wichtige Rolle, sondern ist auch bei der Betreuung Dementer, die von ihren Angehörigen und ambulant gepflegt werden, unverzichtbar. Alle Frankfurter Projekte, die sich in der Betreuung Dementer engagieren, können dies nur mit der Unterstützung von Ehrenamtlichen.

Ehrenamtliche stellen sich zur Verfügung, um einen Demenzkranken für ein paar Stunden zu Hause zu betreuen, damit der pflegende Angehörige Zeit für Besorgungen, einen Arztbesuch oder auch einfach nur für sich hat. Auch Betreuungsgruppen, in denen an einem oder zwei halben Tagen in der Woche Demente zusammenkommen, um gemeinsam – soweit es die Fähigkeiten noch zulassen – zu singen, zu spielen, Gymnastik zu treiben und anderes miteinander zu tun, sind unbedingt auf Ehrenamtliche angewiesen. Denn nur mit deren Einsatz kann diese 1:1-Betreuung geleistet werden, die ein optimales Eingehen auf die Wünsche des einzelnen Kranken erlaubt.

In unseren Gesprächen sagte uns jede der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen, dass die Werbung von Ehrenamtlichen und deren Begleitung in den durchaus belastenden Einsätzen unabdingbar für eine erfolgreiche Arbeit mit Ehrenamtlichen sei. Dies kostet die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen viel Zeit, und ein Projekt ist auch daran gescheitert, dass diese Zeit letztendlich nicht zur Verfügung stand.

Ehrenamtliches Engagement bedarf der Förderung und der Unterstützung. Die Stadt Frankfurt kann unserer Meinung nach mit einem entsprechenden Programm einen erheblichen Beitrag dazu leisten, die Zahl ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenhilfe zu erhöhen und damit einen Beitrag zur Verbesserung der Pflegesituation im Heim, zur Betreuung von Demenzkranken und zur Entlastung ihrer Angehörigen leisten.

Einzelne Komponenten dieses Programms sollten sein:

- Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeitern;
- Unterstützung von hauptamtlichen Kräften, die die Ehrenamtlichen begleiten;
- Fortbildung und Supervision auch für Ehrenamtliche;
- Aufbau von Netzwerken der Ehrenamtlichen untereinander;
- Erstattung der Aufwendungen (Fahrtkosten u.a.).

Wir schlagen vor, im Rahmen des geplanten Sofortprogramms zur Verbesserung der Situation in der stationären Pflege mindestens zwei, besser aber drei Pilotprojekte auszuschreiben, in denen Frankfurter Heime unterschiedliche Gestaltungsvarianten des oben skizzierten Programms entwickeln und erproben können. Diese Pilotprojekte sollten wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, damit die gewonnenen Erkenntnisse möglichst bald von anderen Frankfurter Heimen übernommen werden können.

8.5 Hospizdienste und Palliativmedizin

In Frankfurt am Main fehlen Hospizdienste jeder Art. Es gibt kein stationäres Hospiz und es gibt keinen ambulanten Hospizdienst allgemeiner Art:

- Zwei Pflegedienste mit Schwerpunkt in der Pflege an AIDS erkrankter Menschen leisten *auch* Palliativpflege und Sterbebegleitung.
- Die Initiative „da sein“ bietet Lebensbegleitung bis zum Tode für Bewohnerinnen und Bewohner von Altersheimen.
- Der Bedarf an stationärer Palliativmedizin wird durch das Ev. Hospital für palliative Medizin abgedeckt.

Die Einrichtung von Hospizdiensten in Frankfurt tut Not, wenn sterbende Menschen die Unterstützung und Begleitung erhalten sollen, die sie brauchen. Die Einrichtung von Hospizdiensten kann nun nicht von oben herab angeordnet werden. Hospizdienste sind in ihrem Kern Initiativen von Menschen, die in der Sterbebegleitung eine sinnvolle und notwendige Aufgabe sehen und sich dafür engagieren wollen. Ohne diese selbstbestimmte Entscheidung ist eine wirksame Umsetzung der Hospizidee nicht möglich, die wesentlich von der direkten Begegnung von Menschen lebt. In diesem Sinne können auch die bezahlten Fachkräfte nur „freiwillig“ in einem Hospiz arbeiten. Für die ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Helfer ist dieses Engagiert-Sein selbstverständlich.

Konkret heißt dies: Es macht wenig Sinn, wenn die Stadt Frankfurt einen Träger der Wohlfahrtspflege beauftragt, ein Hospiz einzurichten. Sinnvoll hingegen wäre es, wenn von der Stadt Frankfurt gefördert würden:

- Öffentlichkeitsarbeit, um Menschen mit der Hospizidee bekannt zu machen;
- ein Netzwerk aller, die sich in Frankfurt mit den Themen „Sterbebegleitung“ und „Palliativpflege und -medizin“ beschäftigen;
- eine Bedarfs- und Machbarkeitsstudie für ein stationäres Hospiz in Frankfurt;
- Hospizinitiativen in der Aufbauphase durch finanzielle Förderung und Vermittlung von Fachkompetenz, auch im Bereich des Managements von Initiativen und Projekten;

- die Weiterbildung von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfern;
- hospizliche Leistungen für Menschen ohne eine medizinische Indikation gemäß den Rahmenvereinbarungen nach § 39a SGB V.

8.5.1 Öffentlichkeitsarbeit

Im März 2001 führten das Stadtgesundheitsamt und das Institut für Sozialarbeit gemeinsam eine Veranstaltung zum Thema „Sterben in der Großstadt“ durch, die großen Anklang fand. An diesen Erfolg gilt es mit verschiedenen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit anzuknüpfen, um

- das Thema „Hospiz“ in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken;
- um Menschen anzusprechen, die sich vorstellen können, ehrenamtlich in einem Hospizdienst zu arbeiten;
- um die Ärzteschaft für den Bereich der Palliativmedizin zu sensibilisieren;
- um Stiftungen, Sponsoren und Spender für eine Unterstützung der aufzubauenden Hospizdienste zu gewinnen.

Die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit durch die Stadt könnte auf zweierlei Weise geschehen:

- durch eine direkte finanzielle Förderung der entsprechenden Maßnahmen;
- durch die Förderung eines Koordinators, der die Öffentlichkeitsarbeit in Abstimmung mit allen beteiligten Stellen, Initiativen und Personen plant, Sponsoren wirbt und Konzeption und Durchführung der Maßnahmen überwacht.

Unseres Erachtens ist der zweite Punkt der wichtigste: Benennung und Förderung eines Verantwortlichen. (Dies muss beileibe keine Vollzeitstelle sein, ein Projektauftrag an eine Person, die sowieso im Hospizbereich engagiert ist, reicht sicherlich aus.)

8.5.2 Netzwerk „Hospiz und Palliativmedizin“

In Frankfurt ist eine hohe Fachkompetenz im Bereich Hospizarbeit und Palliativmedizin versammelt. Das selbe gilt für den Bereich der Arbeit mit Ehrenamtlichen. Diese Kompetenz gilt es zu nutzen, um

gemeinsam darüber nachzudenken, wie Hospizarbeit in Frankfurt aussehen kann.

Wir schlagen vor, dass die Stadt Frankfurt eine kleine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des Jugend- und Sozialamtes und des Stadtgesundheitsamtes, mit Fachleuten aus den Bereichen Hospiz, Palliativmedizin und Ehrenamt sowie mit Menschen, die bereits Erfahrungen in der Hospizarbeit in Frankfurt gesammelt haben, initiiert. Auftrag dieser Arbeitsgruppe wäre die Entwicklung einer Konzeption „Hospizarbeit in Frankfurt“, die u.a. Aussagen dazu trifft, ob und wie Hospizinitiativen in Frankfurt angeregt und gefördert werden sollten.

Diese Arbeitsgruppe kann später die Keimzelle bilden eines Netzwerkes „Hospiz und Palliativmedizin“, das weiter gespannt ist und alle umfasst, die sich in der Stadt auf diesem Gebiet engagieren. Hospizarbeit kann nur im Rahmen von Kooperationen und Vernetzung geleistet werden. Dies gilt im Besonderen für ambulante Hospizdienste, aber auch ein stationäres Hospiz kann nicht sämtliche Fachkompetenz auf eigener Basis vorhalten, sondern ist darauf angewiesen, von Fall zu Fall sich mit anderen beraten oder Spezialisten heranziehen zu können. Es geht hier um den Aufbau von Kooperationsstrukturen, die Hospizarbeit in Frankfurt verlässlich machen und ihr Stabilität geben.

Die Ärzte des Ev. Hospitals für Palliative Medizin und Dr. Flöter von der Schmerzklinik Frankfurt haben bereits ihre Bereitschaft erklärt, in einem solchen Netzwerk im Rahmen ihrer Möglichkeiten mitzuarbeiten.

8.5.3 Bedarfs- und Machbarkeitsstudie für ein stationäres Hospiz

Auch ohne eine wissenschaftliche Erhebung sollte es „eigentlich“ klar sein, dass Frankfurt ein stationäres Hospiz braucht. Und nach Einführung des § 39a in das SGB V sollte die Finanzierung eines stationären Hospizes „eigentlich“ auch kein Problem mehr sein. Trotzdem möchten wir – auch vor dem Hintergrund des Scheiterns des Christophorus-Hauses – empfehlen, eine Bedarfs- und Machbarkeitsstudie zu erstellen, bevor konkret mit der Planung und dem Bau eines stationären Hospizes begonnen wird.

Diese Studie sollte nicht nur die Lage in Frankfurt beschreiben, sondern auch die Standpunkte der Pflege- und der Krankenkassen einholen, Aussagen über das notwendige Potenzial von Ehrenamtlichen treffen und nicht zuletzt die Frankfurt benachbarten und bereits bestehenden Hospize befragen. Damit kann eine solide Basis für die Entscheidung gelegt werden, inwieweit die Stadt Frankfurt den Bau und den Unterhalt eines stationären Hospizes in der Stadt fördern kann.

Diese Studie kann möglicherweise sehr knapp gehalten sein:

- wenn eine Stiftung die Investitionskosten übernimmt und eventuell sogar noch einen Kapitalstock für die laufende Finanzierung legt;
- wenn ein geeigneter Träger bereitsteht mit Erfahrungen in der Hospizarbeit;
- wenn eine große Anzahl ernsthaft engagierter Menschen sich bereit erklärt, das Projekt zu unterstützen und im Hospiz mitzuarbeiten;
- wenn die Pflege- und die Krankenkassen keine Einwände erheben.

8.5.4 Förderung von Hospizinitiativen in der Aufbauphase

Damit sich in Frankfurt am Main möglichst schnell eine lebendige Hospizlandschaft entwickelt, empfehlen wir die Unterstützung von Hospizinitiativen in der Aufbauphase, wenn diese Initiativen von Bürgerinnen und Bürgern getragen werden, die sich in der Hospizarbeit engagieren wollen.

Es geht hier weniger um eine finanzielle Förderung als um die Bereitstellung oder Vermittlung von Fachleuten, die den Initiativen die notwendigen Fachkenntnisse in der Hospizarbeit vermitteln. Damit sollen die Initiativen in die Lage versetzt werden, schnell einschätzen zu können, „was auf sie zukommt“. So können Irrwege und Überforderungen bei der Umsetzung der Hospizidee vermieden werden.

Diese Fachleute sollten nicht nur hospiz-spezifisches Wissen vermitteln können sondern auch allgemeine Kenntnisse im Management von Initiativen und Projekten.

Am einfachsten lässt sich diese Art der Förderung durch das Einrichten eines Adressenpools erreichen, in dem Personen aufgenommen werden, die sach-

kundig sind und sich den Hospizinitiativen als Ansprechpartner zur Verfügung stellen.

8.5.5 Weiterbildung von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfern

Wir haben an anderer Stelle in diesem Bericht bereits ausführlich auf die Bedingungen eines erfolgreichen Einsatzes von Ehrenamtlichen in der psychosozialen Betreuung älterer Menschen hingewiesen und dazu auch eine eigene Handlungsempfehlung entwickelt.¹⁴ Das dort Gesagte gilt auch für ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer.

Es sei hier nur betont, dass aufgrund der Schwere und der Schwierigkeit der Aufgabe, der sich ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer in der Begleitung sterbender Menschen stellen, diese einen besonderen und sehr umfangreichen Bedarf an Weiterbildung haben. Diese Qualifikation ist Voraussetzung dafür, dass Ehrenamtliche überhaupt im Hospizdienst eingesetzt werden können. Es wäre für Hospizinitiativen eine große Erleichterung, wenn die Kosten dieser Weiterbildung von der Stadt Frankfurt getragen werden könnten.

8.5.6 Förderung hospizlicher Leistungen, die aus sozialen Gründen erbracht werden

Ein Grund dafür, diesem Sachstandsbericht zur Lage älterer Menschen in Frankfurt am Main ein Kapitel über Hospize und Palliativmedizin einzufügen, war die Frage, wo ältere Menschen in Frieden sterben können, wenn 2003 die DRGs in der Krankenhausabrechnung eingeführt werden und es zu befürchten steht, dass Krankenhäuser dann nicht mehr in der Lage sind, Patientinnen und Patienten noch etwas länger zu beherbergen, wenn die Behandlung des eigentlichen „Falles“ abgeschlossen ist. Ohne eine Abrechnung auf der Basis von Pflorgetagen könnte es noch zu Entlassungen kommen, auch wenn der Tod des Patienten in kurzer Frist absehbar ist.

Eine Antwort auf diese Frage ist die Einrichtung ambulanter Hospizdienste und eines stationären Hospizes, die ältere Menschen zu Hause betreuen

14 Vgl. Handlungsempfehlung 8.4.

oder stationär aufnehmen und in ihrem Sterben begleiten können.

Abgesehen von der Schwierigkeit, hierfür die notwendigen Kapazitäten zu schaffen, steht diese Lösung auch noch vor dem Problem der Finanzierung. Im § 39a SGB V ist zwar keine Rede von einer bestimmten medizinischen Indikation als Voraussetzung für die Finanzierung hospizlicher Leistungen durch die Krankenkassen, aber in der Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung ist ein solcher Diagnosenkatalog eingeführt und es steht zu befürchten, dass dies auch in der Rahmenvereinbarung für ambulante Dienste der Fall sein wird. Die Zielgruppe aber, um die es hier geht, ist gerade dadurch gekennzeichnet, dass es nicht so sehr medizinische als soziale Gründe sind, die die Inanspruchnahme hospizlicher Leistungen erforderlich machen. Es fehlt das soziale Umfeld, das den sterbenden Menschen in der letzten Phase seines Lebens tragen und begleiten kann.

Die Finanzierungslücke, die entsteht, wenn aufgrund sozialer Indikation die Leistungen der Krankenkassen ausfallen, muss durch Eigenmittel des Patienten, durch Eigenmittel des Trägers des Hospizdienstes oder durch Leistungen Dritter geschlossen werden. Bei diesen Leistungen Dritter sind – mindestens – drei Lösungen denkbar:

- Der Träger des Hospizdienstes versucht durch Einwerbung von Spenden die notwendigen Mittel zu erhalten.
- Der Sozialhilfeträger verpflichtet sich, bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch die Kosten einer ambulanten hospizlichen Betreuung oder einer Aufnahme in ein stationäres Hospiz zu übernehmen.
- Die notwendigen Mittel werden über die Erträge einer Stiftung erbracht. Sei es, dass eine neue Stiftung dafür gegründet wird, deren Kapital erst noch gesammelt werden muss, sei es, dass der Stiftungszweck einer bestehenden Stiftung eine Interpretation erhält, die die Förderung hospizlicher Leistungen erlaubt.

Die dritte Lösung – die Stiftungslösung – ist u.E. die attraktivste. Sie bietet verschiedene Vorteile gegenüber den anderen Lösungen.

- Die Erträge einer Stiftung bieten eine gewisse Kontinuität gegenüber einem doch Schwankungen unterworfenen Spendenaufkommen.
- Die Finanzierung unterliegt nicht dem Risiko, dass Änderungen in der Sozialgesetzgebung oder in der Haushaltslage dazu führen, dass der Sozialhilfeträger seine Unterstützung aufgeben muss.
- Es muss keine Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.
- Die Finanzierung über eine Stiftung entspricht am ehesten der Hospizidee als Begleitung von Menschen durch Menschen. In einer Stiftung tragen Bürger der Stadt Sorge für ihre Mitbürger, eine Idee, die in Frankfurt durchaus Tradition hat.

Die Schwierigkeiten, die notwendigen Mittel für eine Stiftung einzuwerben, sollten nicht überschätzt werden. Zum einen ist im Sinne des Spenden-Marketings ein Hospiz ein überaus attraktives Ziel, für das gerne gespendet wird. Zum anderen können bei der Abrechnung von Leistungen eines stationären Hospizes auch durchaus die Investitionskosten in Anschlag gebracht werden, sodass die Baukosten eines stationären Hospizes nicht unbedingt über eine Stiftung erbracht werden müssen. Die hierfür zu sammelnden Mittel könnten dann für eine laufende Förderung der Kosten verwendet werden.

Wir können in diesem Bereich keine dezidierte Handlungsempfehlung abgeben. Wir möchten nur dringend darauf hinweisen, dass der Bereich der Finanzierung hospizlicher Leistungen aus sozialen Gründen einer Lösung bedarf.

8.6 Neugestaltung der Beratungs- und Vermittlungsstellen für ältere Bürger

Der Leitgedanke für diese Handlungsempfehlung liegt darin, dass es unseres Erachtens auf Stadtteilebene ein Beratungsangebot für *alle* älteren Bürgerinnen und Bürger geben sollte. Dieses Beratungsangebot sollte bestimmte Kriterien erfüllen, auf die wir weiter unten im Einzelnen eingehen werden, die aber im Wesentlichen auf der Anforderung basieren, Barrieren im baulichen, im sozialen und im zeitlichen

Sinn zu vermeiden bzw. abzubauen. Hinsichtlich spezifischer Problemlagen sollte diese Beratungsstelle an andere (fachlich spezialisierte) Beratungsstellen, an städtische Ämter und Einrichtungen sowie an Leistungsanbieter vermitteln.

Eine wesentliche Innovation dieses Leitgedankens gegenüber der bisherigen Praxis liegt darin, dass gezielt auch diejenigen Teile der älteren Bevölkerung als Nutzer der Beratungseinrichtung angesprochen werden sollten, die sie bislang nicht oder kaum nutzen. Es sind dies einerseits Personen mit „ausreichendem“ oder sogar höherem Einkommen, die ebenfalls Beratungsbedarf zu pflegerischen Angeboten und über Wohnformen im Alter haben, andererseits diejenigen, die bereits weit vor Auftreten eines akuten Hilfebedarfs vorausschauend planen. Der sozialpolitische Sinn dieser Ausweitung des Beratungsangebots liegt in der Förderung und Unterstützung sowohl der eigenverantwortlichen Gestaltung der individuellen Lebenssituation im Alter als auch der bürgerschaftlichen Mitgestaltung des sozialen Nahbereichs.

Für eine fundierte Beurteilung der Überlappungszonen in der Arbeit von BuV-Stellen einerseits und Sozialrathäusern andererseits, die aufgrund der Konzeption zur Zusammenarbeit¹⁵ beider Einrichtungen zu vermuten ist, fehlen uns die einschlägigen Daten. Wie in Abschnitt 7.2.3 näher ausgeführt, werden insbesondere zum quantitativ wie qualitativ bedeutsamen Bereich der Beratung weder in den Sozialrathäusern noch in den BuV-Stellen Daten erhoben.

Wenn man Beratungs-, Unterstützungs- und Vermittlungsangebote so konzipieren will, dass sie möglichst viele Teilgruppen unter den älteren Menschen ansprechen, kann das Sozialrathaus in absehbarer Zukunft noch nicht der ideale Anbieter solcher Leistungen sein. Der Entwicklungsprozess von der Sozialstation zur bürgerfreundlichen Dienstleistungsinstitution eines Sozialrathauses mit seinem neuen Leitbild¹⁶ erfordert zusätzliche personelle und räum-

liche Ressourcen sowie Zeit, um das Leitbild im Arbeitsalltag zu verwirklichen.

Es wird daher empfohlen, die nötigen Untersuchungen zu den Nutzergruppen, Arbeitsabläufen und den konkreten Inhalten der Beratungsanfragen in BuV-Stellen und Sozialrathäusern umgehend durchzuführen. Basierend auf den Ergebnissen dieser Untersuchungen bestünde dann auch die Möglichkeit, verschiedene Gestaltungsvarianten zur Kooperation zwischen BuV-Stellen und Sozialrathäusern zu konzipieren und dann in der Praxis zu erproben.

Dem oben formulierten Leitgedanken folgend sollte das Aufgabenspektrum der BuV-Stellen um folgende Bereiche erweitert bzw. in folgenden Bereichen intensiviert werden:

- Präventive Arbeit im Sinne einer orientierenden Beratung (lange) bevor akuter Hilfebedarf eintritt. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Planung eines kleinräumigen Umzugs in eine seniorengerechte Wohnung, durch die akute und schwer zu bewältigende Problemsituationen beim Eintreten altersbedingter Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit vermieden werden können.
- Zugehende Arbeit durch Hausbesuche insbesondere bei isoliert lebenden älteren Menschen, die aufgrund ihres Rückzugs aus dem öffentlichen Leben nicht von sich aus eine Beratungsstelle in Anspruch nehmen würden.
- Stimulation und Unterstützung von Selbsthilfe- und Netzwerkaktivitäten vor Ort. Dies können z.B. selbstorganisierte Telefonketten älterer Menschen oder die gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben sein.

Darüber hinaus erscheint es naheliegend, dass die BuV-Stellen als Kenner des lokalen Spektrums ambulanter Pflegedienstleistungen Aufgaben der Qualitätssicherung in diesem Bereich übernehmen. Dies müsste in enger Zusammenarbeit mit der zuständigen Fachabteilung des Jugend- und Sozialamtes und den Pflegeversicherungen geschehen.

Weiterhin legen die statistischen Ergebnisse zu den Vermittlungsleistungen der BuV-Stellen die Vermutung nahe, dass es ungenutzte Potenziale hinsichtlich der Einbeziehung ehrenamtlicher Dienste in die Betreuung pflegebedürftiger oder einfach sozial isolierter älterer Menschen gibt. Wir schlagen deswe-

15 Vgl. Konzeption zur Zusammenarbeit zwischen den Beratungs- und Vermittlungsstellen, den Abteilungen des Sozialamtes und den Sozialstationen bei der Beratung, Beantragung und Vermittlung von ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen. Beschlossen in der Arbeitsgemeinschaft gemäß §95 BSHG am 14.6.1996.

16 Vgl. Pilotteam Bockenheim: Das Sozialrathaus p 3.

gen vor, dass die BuV-Stellen in diesem Bereich stärker aktiv werden.

Neue Aufgabenbereiche erfordern natürlich personelle und finanzielle Ressourcen. Wir sind jedoch optimistisch, dass es durch eine Analyse der derzeitigen Arbeitsvollzüge der BuV-Stellen gelingen kann, eine Reihe von Möglichkeiten der Arbeitseinsparung aufzuzeigen, durch deren Nutzung Ressourcen für die Übernahme neuer Aufgaben frei werden.

Wie eingangs geschildert orientieren sich unsere Vorschläge zur Neugestaltung der BuV-Stellen an dem Ziel, Zugangsbarrieren zu vermeiden. Wir gehen dazu von einer Liste von Kriterien aus, die eine ideale Beratungsstelle erfüllen sollte:

- Die Anforderung eines barrierefreien Zugangs bedarf keiner näheren Begründung, wenn das Klientel einer Beratungsstelle zu einem erheblichen Teil aus Personen besteht, die in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt sind.
- Die Beratungsstelle sollte von außen, also aus der Straßenperspektive leicht erkennbar und zugänglich sein.

Die beiden ersten Anforderungen lassen sich am besten durch Ansiedlung der Beratungsstelle in einem Ladenlokal realisieren.

- Die Beratungsstelle sollte von ihrem optischen Eindruck her in der Lage sein, sich überzeugend als Dienstleistungseinrichtung zu präsentieren. Dies bedeutet, dass ein Ambiente vermieden werden muss, das Teile der Zielgruppe abschreckt.
- Eine persönliche Erreichbarkeit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters der Beratungsstelle sollte an allen Werktagen zu üblichen Bürozeiten (z.B. 9-12 und 14-17 Uhr) gewährleistet sein. Hiermit ist eine Ansprechbarkeit „face-to-face“ gemeint, die nicht mit telefonischer Erreichbarkeit gleichzusetzen ist.
- Eine Beratungsstelle sollte neutral hinsichtlich der Anbieter und Einrichtungen sein, an die sie weitervermittelt.

In enger Zusammenarbeit mit den einzelnen BuV-Stellen und deren Trägern sollte überprüft werden, inwieweit die BuV-Stellen diesen Kriterien gerecht werden. Dabei müssen die zuvor umrissenen Idealvorstellungen mit den finanziellen Möglichkeiten

und den verschiedenen Interessenlagen der Beteiligten ausbalanciert werden. Auf dieser Basis sollte ein Katalog konkreter Umgestaltungsschritte für jede BuV-Stelle formuliert werden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BuV-Stellen sind die Spezialisten für Angebote für ältere Menschen in ihrem Einzugsbereich. Darüber hinaus benötigen sie für ihre Arbeit aber auch eine Vielzahl von Informationen, die sich auf die gesamtstädtische Ebene, die Landes- und die Bundesebene beziehen. Diese Informationen sollten den BuV-Stellen in aktueller und nutzerfreundlicher Form zur Verfügung gestellt werden. Wir sehen hierin eine wichtige Aufgabe für eine „Leitstelle Älterwerden“ in Frankfurt am Main und werden hierauf im Rahmen der Handlungsempfehlung 8.9 zurückkommen.

8.7 Ausbau und Modernisierung des ehrenamtlichen Dienstes des Sozial- und Jugendamtes

Ziel dieser Handlungsempfehlung ist es, den ehrenamtlichen Dienst des Jugend- und Sozialamts zu modernisieren, die Qualität der Arbeit durch gezielte Unterstützungsangebote zu steigern und das Nachwuchsproblem durch Ansprache neuer Zielgruppen für die ehrenamtliche Mitarbeit zu beheben.

Der erste Schritt der Handlungsempfehlung bezieht sich auf die Beschaffung detaillierterer Daten über die Sozialbezirksvorsteher und Sozialpfleger und ihre Tätigkeit. Hierzu schlagen wir eine schriftliche Befragung mittels eines weitgehend standardisierten Fragebogens vor. In dieser Erhebung sollte explizit auch nach

- Kooperationsbeziehungen zu professionellen Einrichtungen,
- Problemen der Arbeit sowie
- Unterstützungs- und Weiterbildungsbedarf

gefragt werden.

Maßnahmen sollten sich zunächst in Form eines Pilotprojektes auf den Bereich eines Sozialrathauses beziehen. Hierzu sollten diejenigen Sozialrathäuser angesprochen werden, die einer engeren Zusam-

menarbeit mit dem ehrenamtlichen Dienst besonders aufgeschlossen gegenüberstehen.

In einem zweiten Schritt sollten dann durch moderierte Gruppengespräche mit hauptamtlichen Mitarbeitern des ausgewählten Sozialrathauses

- Vorbehalte gegenüber einer Zusammenarbeit mit dem ehrenamtlichen Dienst offen thematisiert,
- mögliche Formen und Inhalte einer engeren Zusammenarbeit erwogen sowie schließlich
- Anforderungen an die Neugestaltung des ehrenamtlichen Dienstes aus Sicht der Hauptamtlichen formuliert werden.

Die Verfasser dieses Berichts führen zurzeit (2001) im Rahmen des Programms Leonardo da Vinci der Europäischen Kommission ein Projekt „Förderung und Unterstützung von Freiwilligenarbeit“ zur beruflichen Fortbildung hauptamtlicher Arbeitskräfte durch, die mit Freiwilligen zusammenarbeiten. Das Sozialdezernat der Stadt Frankfurt am Main ist Partner in diesem Projekt. Die Ergebnisse könnten für die Arbeit mit den Hauptamtlichen der Sozialrathäuser genutzt werden.

Auf Grundlage der zuvor erhobenen Informationen sollte ein Konzept für die fachliche Unterstützung des ehrenamtlichen Dienstes erarbeitet werden, das folgende Bereiche abdeckt:

- stärkere Berücksichtigung inhaltlicher Kriterien und der persönlichen Eignung bei der Ernennung von Sozialbezirksvorstehern und bei der Besetzung der Stellen für Sozialpfleger,
- Erfassung von Informationen über die laufende Arbeit des ehrenamtlichen Dienstes in jährlichem Abstand,
- Benennung eines hauptamtlichen Ansprechpartners für den ehrenamtlichen Dienst im Sozialrathaus, mit dem Probleme besprochen und dem gegenüber Unterstützungsbedarf angemeldet werden kann,
- Erprobung von Möglichkeiten für eine engere Zusammenarbeit zwischen dem ehrenamtlichen Dienst und professionellen Stellen außerhalb der Sozialrathäuser, insbesondere mit den BuV-Stellen. Kernpunkt ist es hierbei, den möglichen beidseitigen Nutzen einer Zusammenarbeit deutlich zu machen.
- Einführung einer Spezialisierung von Sozialpflegern auf die Arbeit mit bestimmten Zielgruppen.

Hier erscheint insbesondere die Einbeziehung von Sozialpflegern ausländischer Herkunft für die Arbeit mit älteren Migranten wichtig.

Für einige Elemente des Konzeptes kann auf Vorbilder zurückgegriffen werden. So ist es inzwischen weitgehend üblich, in der Arbeit mit „sensiblen“ Zielgruppen ein ausführliches Erstgespräch mit Interessenten für eine ehrenamtliche Mitarbeit zu führen. Diese Erstgespräche sollten von einer dafür geschuldeten Fachkraft durchgeführt werden.

Aus dem Gesamtetat des ehrenamtlichen Dienstes sollten 10 bis 15% für Maßnahmen der Qualitätssicherung, der fachlichen Unterstützung und der Rekrutierung von Nachwuchs verwendet werden. Nach unseren Erfahrungen kann man zuversichtlich davon ausgehen, dass mit diesem relativ geringen Anteil eine wesentliche Steigerung der Wirksamkeit des ehrenamtlichen Dienstes erzielt werden kann.

Nach einem erfolgreichen Abschluss des vorgeschlagenen Pilotprojekts im Bereich eines Sozialrathauses sollten die Arbeitsergebnisse schrittweise auf das gesamte Stadtgebiet übertragen werden.

8.8 Kooperation – Vernetzung – Abstimmung

Die Arbeit an diesem Bericht hat uns gezeigt, dass die Altenarbeit in Frankfurt von einer großen Unübersichtlichkeit geprägt ist. Auf der Ebene der Verwaltung – und das bezieht sich nicht nur auf die städtische Verwaltung – sind die Daten, die in einem Zuständigkeitsbereich erhoben werden, oft mit den Daten eines anderen Bereiches nicht vergleichbar. Es fehlt an Informationsflüssen quer durch die Kompetenzbereiche und an geregelten Abstimmungsprozessen zwischen einzelnen Bereichen.

Auf der Ebene der stationären Altenpflege ist mit dem Frankfurter Forum für Altenhilfe ein erstes Kooperationsinstrument geschaffen, das dem Informationsaustausch der angeschlossenen Heime untereinander, Diskussionen zur Lage in den Heimen und der Durchführung gemeinsamer Projekte dient.

Einige der Dienste und Initiativen, die im Bereich der ambulanten gerontopsychiatrischen Betreuung tätig sind, denken an die Gründung eines Arbeitskreises zur Koordination der Arbeit und zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

Aus dem Bereich der ambulanten Pflege ist uns kein Beispiel für ein Forum bekannt, das dem gegenseitigen Meinungs- und Informationsaustausch quer über Verbandsgrenzen hinweg dient.

Die für die Altenarbeit zur Verfügung stehenden Mittel sind knapp. Es bedarf des effektiven Einsatzes der Ressourcen, um das Niveau der Altenpflege zumindest halten zu können. Mangelnde Information, Kooperation und Abstimmung behindern einen effektiven Einsatz der Mittel.

Wir schlagen deshalb vor, dass die Stadt Frankfurt auf allen Ebenen die Kooperation und Vernetzung der beteiligten Akteure fördert, indem sie den Aufbau von Netzwerken anstößt und unterstützt.

8.8.1 Netzwerke innerhalb von Arbeitsbereichen

Netzwerke können innerhalb der einzelnen Ebenen der Arbeit für und mit älteren Menschen entstehen. Mögliche Ebenen der Vernetzung sind zum Beispiel:

- Beratungsstellen für ältere Menschen; Hier ist nicht nur an die verschiedenen Beratungsstellen zu denken, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig ältere Menschen beraten, sondern auch an viele andere Stellen, zu deren Klientel ältere Menschen gehören.
- Altenbegegnungsstätten und Altenclubs;
- Anbieter von Bildungsmaßnahmen für Senioren;
- ambulante Pflegedienste;
- Einrichtungen und Initiativen der gerontopsychiatrischen Betreuung;
- Einrichtungen des Wohnens älterer Menschen;
- Altenpflegeheime
 - auf der Ebene der Leitenden,
 - auf der Ebene der Pflegenden,
 - auf der Ebene der Heimbeiräte;
- Träger der Altenarbeit;
- Städtische Ämter: Jugend- und Sozialamt, Stadtgesundheitsamt, Amt für Wohnungswesen, Stadtplanungsamt; nicht nur auf der Ebene der

Leitenden, sondern auch auf der Ebene der einzelnen Abteilungen;

- Pflegekassen, MDK und Sozialhilfeträger.

Diese Netzwerke sind durch gemeinsame Arbeitsbereiche bestimmt. Ihr Aufbau rentiert sich allein schon dann, wenn es innerhalb des Netzwerks zu einem Erfahrungsaustausch der Beteiligten kommt. Unsere Erfahrungen mit verschiedenen Netzwerken zeigen, dass bereits die Möglichkeit, mit anderen, die auf dem gleichen Gebiet tätig sind, über Probleme in der Arbeit sprechen zu dürfen, sehr begrüßt wird und zu einer Entlastung führt. Eine Entlastung, die wie die Informationen, die im Erfahrungsaustausch über mögliche Problemlösungen weitergegeben werden, schon zu einer Verbesserung der Arbeit – für den Ratsuchenden und Pflegebedürftigen wie für den Beratenden oder Pflegenden – führen kann.

Zusätzlich zum Erfahrungsaustausch kann das Netzwerk genutzt werden, um gezielt Informationen weiterzugeben: über Veränderungen in der Altenhilfelandchaft vor Ort, über rechtliche oder politische Rahmenbedingungen, über Weiterentwicklungen der eigenen Arbeitsformen, über neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu älteren Menschen und ihrer Situation.

Solche Netzwerke leben davon, dass sich die Beteiligten gegenseitig kennen lernen und ein gewisses Vertrauen zueinander entsteht. Erst in dem Moment, in dem dieses Vertrauen entstanden ist, der andere nicht als Konkurrent, sondern als Mit-Arbeiter an der gemeinsamen Sache Altenhilfe empfunden wird, beginnt das Netzwerk selbständig zu werden und sich von einer reinen Arbeitsgruppe zu unterscheiden.

Die Qualität der Arbeit im Netzwerk macht dann einen entscheidenden Sprung. Die Diskussionen werden offener. Es kann gemeinsam über Problemlösungen nachgedacht werden, ohne dass Besitzstandswahrung und die Angst, der andere könne mehr profitieren als man selbst, die Entdeckung neuer Lösungen behindert.

In dieser Phase eines Netzwerkes werden Kooperationen möglich. Hilfe wird angeboten, und man traut sich auch, diese Hilfe anzunehmen. Ungenutzte Ressourcen des einen werden dem anderen zur Verfügung gestellt. Parallel-Arbeit wird vermieden. Spätestens im diesem Moment wird durch das

verbesserte Leistungsangebot auch in der Öffentlichkeit klar, wie Vernetzung die Arbeit der beteiligten Einrichtungen fördern kann.

8.8.2 Netzwerk zur Koordinierung und Zielentwicklung

Zusätzlich zu den Netzwerken auf der Ebene der einzelnen Arbeitsbereiche sollte in Frankfurt ein Netzwerk aufgebaut werden, das quer zu diesen einzelnen Bereichen liegt. Seine Aufgabe ist zweigeteilt.

Dieses Netzwerk dient der Koordinierung über die Grenzen der einzelnen Arbeitsbereiche hinweg. Es erörtert die Problematik von Schnittstellen und sucht nach Wegen, die Übergänge zwischen einzelnen Bereichen der Altenhilfe so zu gestalten, dass ältere Menschen ohne Hindernisse Leistungen aus verschiedenen Bereichen kombinieren können, um die für sie optimale Unterstützung zu erhalten.

Diese Wege zwischen den einzelnen Bereichen können nur in Kooperation gebahnt werden, denn gerade für Verbindung zwischen den einzelnen Bereichen der Altenarbeit, die intern sehr wohl geregelt sein können, gibt es keine festen Regeln.

Die zweite Aufgabe dieses Netzwerks ist die Arbeit am System Altenhilfe. Dieses System ist keineswegs stabil, sondern auf verschiedene Weisen gefährdet, von denen die Knappheit der finanziellen Mittel nur eine ist. Gekennzeichnet ist dieses System durch eine große Zersplitterung im Bereich der Zuständigkeiten wie der Träger. Eine Stabilisierung dieses Systems oder gar eine Fortentwicklung kann nur erreicht werden, wenn die negativen Folgen der Vielfalt in Trägerschaft und Zuständigkeit durch Kooperation überwunden und gemeinsam an der Entwicklung neuer Arbeitsformen gearbeitet wird.

Dieses Netzwerk profitiert von den Erfahrungen und Kenntnissen aller Beteiligten, die sie in ihrer täglichen Arbeit mit älteren Menschen in Frankfurt gewonnen haben. Im Netzwerk kann zwischen unterschiedlichen Interessen vermittelt und Konkurrenzängste können abgebaut werden. Netzwerke sind intern nur minimal strukturiert. Sie bieten daher eine Offenheit, die es erlaubt, quer über festgeschriebene Kompetenzbereiche hinweg über völlig neue Strukturen der Altenhilfe nachzudenken.

8.8.3 Aufbau der Netzwerke

Netzwerke entstehen in den seltensten Fällen von allein. Sie bedürfen eines Anstoßes zur Entstehung, einer intensiven Begleitung in der Aufbauphase und oft auch später einer Moderation und organisatorischen Unterstützung.

Netzwerke entstehen zwischen Personen und nicht zwischen Institutionen. Sie leben von dem Vertrauen und der Offenheit der Diskussionen zwischen den Beteiligten. Die Effekte eines Netzwerks, die an der verbesserten Arbeit der Institutionen abzulesen sind, die im Netzwerk vertreten sind, verdanken sich allein dieser Offenheit.

Jeder Teilnehmer im Netzwerk bringt seine eigenen Interessen mit – die seiner Person wie die der Institution, die er vertritt. Vertrauen und Offenheit können nur entstehen, wenn die Diskussionen im Netzwerk nicht als bedrohlich für die eigenen Interessen verstanden werden. Damit von vorneherein ein bestimmter Vertrauensvorschluss der Beteiligten möglich wird, sollte das Netzwerk von einer externen Begleitung moderiert werden. Extern heißt, dass der Moderator nicht aus denselben Arbeitsbereichen kommt wie die Teilnehmer. Er hat keine eigenen Interessen, die mit den Interessen der Teilnehmer in Konflikt stehen könnten. Der Moderator kommt erst gar nicht in den Verdacht, seine eigenen Interessen in den Diskussionen vertreten zu wollen. Er bildet die neutrale Instanz, mit der die Kooperation im Netzwerk beginnen kann.

Die Stadt Frankfurt ist selbst Partei im System der Altenhilfe. Es wäre also sehr sinnvoll, wenn der Aufbau der verschiedenen Netzwerke nicht durch eine städtische Stelle erfolgen würde, sondern durch einen externen Anbieter, der in der Moderation und Unterstützung von Netzwerken ausgewiesen ist. Innerhalb der Stadt Frankfurt sollte die Förderung des Netzwerkaufbaus bei der Abteilung Planung und Statistik des Jugend- und Sozialamtes angesiedelt sein und nicht bei einer Stelle der Altenhilfe, die Partei sein könnte.

8.9 Ausgestaltung einer „Leitstelle Älterwerden“ für die Stadt Frankfurt am Main

Die Einrichtung einer „Leitstelle Älterwerden“ für die Stadt Frankfurt ist seit längerem geplant.¹⁷ Die Einrichtung einer solchen Stelle ist aus zwei Gründen nachhaltig zu begrüßen:

- Eine Stelle, die sowohl den verschiedenen Ämtern und Fachabteilungen, die mit älteren Menschen befasst sind, als auch den freien Trägern Informationen zur Verfügung stellt und sich aktiv um eine bessere Koordination der verschiedenen Aktivitäten bemüht, könnte zu einer wesentlichen Steigerung der Effizienz und Zielgenauigkeit der Seniorenarbeit in Frankfurt führen.
- Der Name „Leitstelle Älterwerden“ selbst ist von hoher programmatischer Bedeutung. Er steht nämlich in deutlichem Kontrast zum traditionellen Konzept der *Altenhilfe*. Er verweist darauf, dass die Bürgerinnen und Bürger sich sinnvollerweise bereits lange, bevor sie alt sind, mit dieser künftigen Lebensphase auseinandersetzen und eigene Entscheidungen treffen und Weichen stellen, damit sie im Alter so leben können, wie es ihren individuellen Bedürfnissen am besten entspricht.

Dieser Prozess sollte durch kommunale Seniorenpolitik aktiv gefördert und unterstützt werden, statt vorwiegend reaktiv auf die Hilfebedürftigkeit alter Menschen mit Versorgungsangeboten zu reagieren. Ein solches Verständnis von Seniorenpolitik ist nicht nur bedarfs- und bedürfnisgerechter, sondern aller Voraussicht nach auch kostengünstiger.¹⁸

Damit diese anspruchsvolle Zielsetzung eingelöst werden kann, müssen an die Aufgabenbeschreibung

17 Vgl. Dezernat Jugend und Soziales der Stadt Frankfurt am Main: Frankfurter Senioren-Service – Ratgeber für die ältere Generation, p 46.

18 Die Stadt Frankfurt am Main hat sich zu diesem Verständnis programmatisch bereits bekannt und nennt „die Förderung der Eigeninitiativen und der vorhandenen Ressourcen“ als eine der Zukunftsaufgaben der Seniorenpolitik (vgl. Dezernat Jugend und Soziales der Stadt Frankfurt am Main: Frankfurter Senioren-Service – Ratgeber für die ältere Generation, p 45).

und Ausstattung einer solchen Leitstelle jedoch konkrete Anforderungen gestellt werden, die wir in der Folge benennen und begründen wollen.

Die erste dieser Anforderungen bezieht sich auf das *Selbstverständnis der Leitstelle*. Wir vertreten die Position, dass sich die Leitstelle als Dienstleistungseinrichtung verstehen und auch als solche agieren muss. Wirkungsvolle Koordination kann nicht per Dienstanweisung verordnet werden, sondern sie kommt dann zustande, wenn die beteiligten Akteure daraus konkrete Vorteile für ihre eigene Arbeit ziehen können. Damit nicht genug: die Einrichtung von Koordinationsgremien zwischen Akteuren, die nicht wirklich zur Zusammenarbeit bereit sind, wirkt sich eher lähmend als fördernd auf die Arbeitsprozesse aus, da hier langwierige Abstimmungsprozesse durchlaufen werden müssen, in denen das vorrangige Interesse der Beteiligten darin besteht, die eigene Position zu sichern oder zu verbessern.

Für eine künftige „Leitstelle Älterwerden“ in Frankfurt am Main bedeutet dies, dass sie den Akteuren, die sie in einen produktiven Koordinationsprozess einbinden will, *attraktive Dienstleistungsangebote* machen muss. Dies Verständnis einer Leitstelle Älterwerden als Dienstleistungseinrichtung auch für diejenigen Akteure, die aus städtischen Mitteln gefördert werden und somit in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Kommune stehen, mag (noch) ungewöhnlich klingen. Der Bedarf an Orientierung im Sinne von:

- Wer macht was?
- Wer hat was (insbesondere bezogen auf Daten und Informationen)?
- Wer plant was?

ist bei städtischen Stellen und freien Trägern gleichermaßen groß. Dies gilt für komplexe Arbeitszusammenhänge allgemein und insbesondere für ein Politikfeld wie das der Politik für ältere Menschen, das sich als zielgruppenbezogenes Politikfeld gerade neu strukturiert. Eine Leitstelle Älterwerden wird dann erfolgreich arbeiten und effiziente Kooperationsstrukturen etablieren können, wenn sie dieses berechtigte Bedürfnis nach Orientierung und Information bedient.¹⁹

Wenn man, wie wir dies aus den geschilderten Gründen für notwendig halten, eine Leitstelle Älterwerden als Dienstleistungseinrichtung versteht, dann

muss sie auch in der Lage sein, diesem Anspruch gerecht zu werden und zwar von Anfang an.

Dies führt zur zweiten Anforderung, die wir formulieren wollen: Die Leitstelle Älterwerden sollte erst dann als solche stadtoffentlich in Erscheinung treten, wenn sie über ein gewisses Leistungsangebot verfügt.

Der Alltagsverstand lehrt, dass man keinen Laden aufmacht, bevor die Regale gefüllt sind.²⁰ In Bezug auf Informations- und Vernetzungsangebote lässt sich dies empirisch detailliert für Webseiten im Internet nachweisen. Weist eine Seite beim ersten Besuch eines Nutzers keine interessanten Informationsangebote auf, so sinkt die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Besuchs dieser Seite drastisch. Die Strategie vieler Informationsanbieter, schon einmal ein Deckblatt und einige wenige Informationen ins Internet zu stellen und zu signalisieren: „Wir sind da und irgendwann später haben wir auch etwas Interessantes zu bieten“ ist falsch.

Daraus ergibt sich die Forderung, vor der Eröffnung einer Leitstelle Älterwerden ein Dienstleistungsangebot zu erstellen und mit diesem in die Arbeit zu starten. Das in unserer Handlungsempfehlung 8.1 beschriebene Daten- und Dokumentenkataster zur Situation älterer Menschen in Frankfurt am Main kann ein wichtiger Teil eines solchen Dienstleistungsangebots sein. Ein Katalog mit Dienststellen, Einrichtungen, Projekten und Initiativen von und für ältere Menschen, der nicht nur Namen, Adressen und Ansprechpartner enthält, sondern die Aufgabenstellung und Arbeitsweise der jeweiligen Stelle aussagefähig umreißt, wäre ein weiterer wichtiger Bestandteil.

19 Die Erhebung und statistische Auswertung von Daten sei hier als Beispiel angeführt: Frage- und Erhebungsbögen lösen bei den Personen, an die man sie schickt, verständlicherweise wenig Begeisterung aus, denn ihre Bearbeitung erfordert viel Zeit. Kann man klar angeben, mit welchem Ziel die Daten erhoben werden, in welcher Form die Ergebnisse den beteiligten Akteuren zugänglich gemacht werden und welchen Nutzen diese aus den Ergebnissen ziehen können, steigt die Bereitschaft zur Beteiligung sprunghaft an: Das Prinzip des Gebens und Nehmens ist funktionsfähig und sollte im Sinne einer funktionierenden Kooperation eingesetzt werden.

20 Dies bedeutet natürlich nicht, dass alles, was man später einmal anbieten will, bereits von Anfang an in den Regalen stehen muss.

Eine „Leitstelle Älterwerden“ sollte mittelfristig in der Lage sein:

- die wichtigsten Strukturdaten über ältere Menschen und Angebote für sie in aktueller Form vorzuhalten,²¹
- fachöffentlich Auskunft über alle für ältere Menschen relevanten Angebote in Frankfurt am Main geben zu können,
- als Schnittstelle zur Seniorenpolitik anderer Großstädte, des Landes Hessen, der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union (neue Gesetze, Programme, Förderrichtlinien und Politikansätze) sowie
- als Schnittstelle zu den Alterswissenschaften zu fungieren,
- die stadtweite Koordination von Angeboten, die zwar stadtteilorientiert sind, die es aber in gleicher oder ähnlicher Form in allen Stadtteilen gibt (insbesondere die BuV-Stellen und die Sozialdienste für ältere Bürger in den Sozialrathäusern), zu übernehmen.

Um den oben umrissenen Aufgaben gerecht werden zu können, müssen in der „Leitstelle Älterwerden“ vielfältige Kompetenzen vertreten sein. Neben profunden Kenntnissen im Bereich der Gerontologie und der Altenhilfe wären hier Kompetenzen in modernen Informations- und Kommunikationstechnologien zu nennen.

Ein weiterer wichtiger Kompetenzbereich ist Datenerhebung, Daten- und Datenbankmanagement sowie Statistik und empirische Sozialforschung. Dieser Kompetenzbereich kann entweder in der Leitstelle, in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe- und Sozialplanung oder durch Vergabe an eine externe Einrichtung abgedeckt werden.

Die Schlüsselqualifikation, die für eine erfolgreiche Arbeit der „Leitstelle Älterwerden“ benötigt wird, liegt jedoch jenseits formaler Ausbildungsgänge: die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der „Leitstelle Älterwerden“ müssen in der Lage sein, erfolgreich Koordinationsprozesse einzuleiten, wobei sich der Erfolg an konkreten, schriftlich dokumentierten und von den beteiligten Akteuren verbindlich umgesetzten Arbeitsergebnissen festmacht. Im Rahmen dieser Koordination muss ein schneller und umfassender

21 Dies könnte in Form einer Pflege des Datenkatasters erfolgen.

Informationsfluss sowohl von den einzelnen Akteuren zur Leitstelle als auch von der Leitstelle zu den einzelnen Akteuren gewährleistet werden.

8.10 Erstellung eines Altenplans für die Stadt Frankfurt am Main

8.10.1 Vorbemerkung

Der vorliegende Sachstandsbericht ist in einer Bearbeitungszeit von dreieinhalb Monaten entstanden. Wir hoffen, mit ihm eine Reihe von interessanten Ergebnissen und praktikablen Vorschlägen vorgelegt zu haben. Die kurze Bearbeitungszeit machte es zwingend erforderlich, sich im Wesentlichen auf

- vorliegendes schriftliches Material und
- für die statistische Analyse bereits aufbereitete Daten

zu stützen. Es hat sich gezeigt, dass dies nicht ausreicht, um alle relevanten Bereiche auf einer fundierten Grundlage zu analysieren. Wir haben deswegen, wo immer dies zeitlich möglich war, auch das persönliche Gespräch gesucht. Es versteht sich von selbst, dass dies im gegebenen Zeithorizont nur mit einzelnen Akteuren möglich war.

Die Komplexität des Themas ist groß. So gibt es in Frankfurt am Main eine Reihe von innovativen Projekten im Bereich der Seniorenarbeit, die jedes für sich eine ausführliche Darstellung und Analyse verdienen. Auch dies war im gegebenen Rahmen nicht leistbar.

Ein wesentlicher Grund hierfür ist die Tatsache, dass im vorliegenden Bericht Bereiche abgedeckt sind, die nach unserem Kenntnisstand bei Auftragserteilung zu anderen Teilen der Sozialberichterstattung gehörten. So waren wir davon ausgegangen, dass es einen Teilbericht „Gesundheit und Pflege“ gibt. Faktisch bezieht sich dieser Teilbericht aber ausschließlich auf Gesundheit und auch innerhalb dieses Teils ist der Bereich der Geriatrie nicht thematisiert.

Das landläufige Vorurteil besagt, dass innerhalb großer Verwaltungen zu viel Papier produziert wird. Im Gegensatz dazu stellen wir für einige wichtige Berei-

che der Altenarbeit in Frankfurt am Main einen auffälligen Mangel an schriftlichem Material in Form von Protokollen, Jahresberichten, ausführlichen Konzepten und Evaluationen fest. Dieser Mangel müsste behoben werden, dies ist jedoch nur in einer längeren Zeitperspektive möglich.

8.10.2 Handlungsempfehlung

Im Ergebnis verstehen wir den vorliegenden Bericht als einen wichtigen ersten Schritt zur Erarbeitung eines Altenplanes. Um von der vorliegenden Grundlage zu einem Altenplan zu gelangen, sind folgende Schritte erforderlich:

- Aufbereitung von Prozessdaten, die wichtige Erkenntnisse versprechen, aber der statistischen Analyse derzeit nicht zugänglich sind, weil sie z.B. nicht in maschinenlesbarer Form vorliegen;²²
- Erhebung zusätzlicher Daten, die zur fundierten Beurteilung verschiedener Gestaltungsalternativen erforderlich sind;
- Persönliche Gespräche mit wichtigen Akteuren;
- Diskussion der Ergebnisse mit den Trägern der Seniorenarbeit und politischen Entscheidungsträgern.

Der Begriff „Altenplan“ wird üblicherweise für Werke verwendet, die zu einem größeren Teil aus einem Bericht über den Ist-Zustand und zu einem kleineren Teil aus dem eigentlichen Plan, also den Zielvorgaben für die Zukunft, bestehen. Wir übernehmen diese Begrifflichkeit, werden aber innerhalb des vorgeschlagenen Altenplans zwischen Bericht und Plan unterscheiden.

Die Perspektive, die der Altenplan einnehmen sollte, ist eindeutig weiter als die Perspektive der klassischen kommunalen *Altenhilfe*. Der Plan sollte *alle* Menschen jenseits des Berufslebens in den Blick nehmen, auch wenn diese biologisch noch keineswegs „alt“ sind. Wenn man die Potenziale der Selbsthilfe und der Eigenverantwortlichkeit der älteren Genera-

22 Dieser Schritt überschneidet sich zum Teil mit dem, was wir in der Handlungsempfehlung 8.1 vorgeschlagen haben. Während sich die Aufbereitung von Daten im Rahmen des Datenkatasters aber an den Arbeitsanforderungen der beteiligten Akteure orientieren würde, würde sie hier durch die analytischen Erfordernisse des Altenplanes gesteuert.

tion für die Gestaltung ihrer Lebenssituation im Alter nutzen und fördern will, darf sich die Perspektive nicht auf diejenigen Personen beschränken, die finanziell, gesundheitlich oder sozial bereits hilfsbedürftig sind, sondern sie muss sich gezielt auch auf die Möglichkeiten der Prävention von Problemen im Alter beziehen.

Wichtig ist auch, dass ein Altenplan im Dialog mit allen wichtigen Akteuren entsteht. Dies erhöht durch Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven nicht nur die analytische Qualität, sondern optimiert vor allem die Umsetzungschancen der Vorschläge. Ergebnis eines solchen Abstimmungsprozesses darf aber nicht sein, dass der Altenplan sich lediglich auf den erzielten Minimalkonsens²³ erstreckt, sondern im Zweifelsfall sollten kontroverse inhaltliche Positionen und unterschiedliche Interessenlagen offengelegt werden.

Damit der Dialog mit den Akteuren frei von strategischen Überlegungen geführt werden kann, ist es wichtig, dass der Altenplan von einer Institution erstellt wird, die nicht selbst Partei ist, also zu den Akteuren der Seniorenpolitik und Altenhilfe in Frankfurt am Main gehört.

Die beauftragte Institution sollte

- einen Bericht zur Lage der älteren Menschen in Frankfurt am Main (eine vertiefte und ergänzte Version des vorliegenden Sachstandsberichts) sowie
- einen *Planentwurf* mit den Zielvorgaben für die Zukunft erstellen.

Die fachliche Gesamtverantwortung für den Bericht, also die Entscheidung darüber, was letztendlich in diesem steht und was nicht, muss ausschließlich bei den Autoren liegen. Die wichtigsten Akteure sollten jedoch Gelegenheit erhalten, den Bericht aus ihrer Sicht zu kommentieren. Diese Kommentare sollten zusammen mit dem Bericht veröffentlicht werden.

Desgleichen sollten die Akteure zum vorgelegten Planentwurf Stellung nehmen. Der Planentwurf und die Stellungnahmen dazu sollten dann in den politischen Gremien der Stadt Frankfurt am Main diskutiert werden, sodass eine überarbeitete Fassung des Planentwurfs schließlich als verbindlicher Plan verabschiedet werden kann.

Dieser Plan sollte sich wiederum in zwei Teile gliedern:

- Zielvorgaben und Arbeitsschritte für die Neugestaltung von Arbeitsabläufen bei städtischen Stellen, für Maßnahmen, die von städtischen Stellen durchzuführen sind sowie für zu erzielende Arbeitsergebnisse;
- Zielformulierungen und Kriterien für die Vergabe von Mitteln an freie Träger der Altenhilfe als Grundlage für die Ausarbeitung von Förderrichtlinien der Stadt Frankfurt am Main. Förderrichtlinien sollten in einer Weise gestaltet werden, die die Entwicklung und Erprobung innovativer Lösungsansätze stimuliert.

Über die Umsetzung des Altenplans sollte in jährlichem Abstand in knapper Form Bericht erstattet werden. Dies kann in Form einer Synopse von Tätigkeitsberichten geschehen, die die beteiligten Akteure für ihren Arbeitsbereich erstellen.

23 Uns ist aufgefallen, dass in verschiedenen Konzepten eindeutige Regelungen für Bereiche fehlen, die unter fachlichen Gesichtspunkten geregelt werden müssten. Auf Nachfrage erhielten wir die Information, dass zum Teil solche Regelungen ursprünglich vorhanden waren, dann aber dem Abstimmungsprozess zum Opfer fielen.

9. Literatur

- AOK Hessen, Abteilung Strategie Pflegeversicherung: Tabelle „Ambulante Pflegedienste in Frankfurt“, Stand 25.1.2001.
- Arbeitsgruppe Altenwohnen, Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales, Jugend und Wohnungswesen: Wohnen in Altenwohnanlagen. Befragung von Bewohnern und Bewerbern, Reihe Soziales, Jugend und Wohnungswesen, Band 4, 1980.
- Asemann, Karl H., Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Senioren in Frankfurt am Main – Aspekte des Altseins. Eine sozialstatistische Studie, frankfurter statistische berichte, 1'1998, S. 5-85.
- Ausschuss für Gesundheit: Ausschussdrucksache 1128 in der 14. Wahlperiode.
- Bartelheimer, Peter, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Zwei Jahre Sozialberichterstattung – eine Zwischenbilanz, frankfurter statistische berichte, 3'1997, S. 115-134.
- Bausewein, Claudia/Roller, Susanne/Voltz, Raymond (Hg.): Leitfaden Palliativmedizin. München: Urban & Fischer, 2000.
- BMFSFJ: „Informationen zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)“ vom 17. Dezember 1999, www.bmfsfj.de.
- BMFSFJ: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft, Bonn 2001.
- Böhme, Günther/Brauerhoch, Frank-Olaf/Dabo-Cruz, Silvia: Forschung als Herausforderung. Zum wissenschaftlichen Potential und ehrenamtlichen Engagement der Älteren, 1998.
- Bundesrat-Drucksache 407/00 vom 05.07.00.
- Bundesrat-Drucksache 578/00 vom 26.09.00.
- Bundesrat-Drucksache 433/01.
- Bundestag-Drucksache 13/7264.
- Bundestag-Drucksache 14/6754.
- Bundestag-Drucksache 14/6949.
- Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung: Erfahrungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung über die Auswirkung der Krankenhaus-Neuordnung 1984, Bonn 1989.
- Caritasverband Frankfurt, Jahresbericht 1999 der Beratungsstelle für ambulante und stationäre Hilfen Bornheim.
- Caritasverband Frankfurt: Sachbericht Altenclubarbeit in den katholischen Pfarrgemeinden, Frankfurt 2000.
- Christlicher AIDS-Hilfsdienst e.V.: Festschrift zum 10-jährigen Bestehen des Christlichen AIDS-Hilfsdienstes e.V., Frankfurt am Main 2001.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Informationen von PD Dr. Fröhlich.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft: www.deutsche-alzheimer.de/alzheimer.htm.
- Deutschen Alzheimer Gesellschaft: Informationsblatt 1: „Die Epidemiologie der Demenz“ (Horst Bikel, TU München).
- Deutscher Bundestag: Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter und Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission, Drucksache 13/9750, 28.01.1998.
- Dobroschke, Wolfhard, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: 5 Jahre Bürgerbefragung in Frankfurt am Main – Ergebnisse der 97er Umfrage und Entwicklungstrend seit 1993, frankfurter statistische berichte, 4'1997, S. 207-222.
- Dobroschke, Wolfhard, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Marktinformation für Politik und Verwaltung. Weitere Ergebnisse der Bürgerbefragung 1999, frankfurter statistische berichte, 4'2000, S. 331-355.
- Dobroschke-Kohn, Wolfhard, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Leben in Frankfurt am Main – Ergebnisse der Bürgerbefragung 1999, frankfurter statistische berichte, 2/3'2000, S. 262-279.
- Dürmann, Peter: „45 Minuten Mehraufwand. Ergebnisse des Leistungsvergleichs vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)“. In: Altenheim (2000), Heft 4.
- Eilermann, Manuela/Haas, Birgit/Weber, Johannes: Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi (Stand 10/2000).

- Eschenbachhaus*: Jahresbericht 2000.
- Evangelischer Regionalverband*: Zusammenstellung von Angeboten im Rahmen der offenen Altenhilfe.
- Evangelisches Hospital für palliative Medizin*: Sozialdienststatistik 2000.
- Faltblatt „Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen“.
- Ferber, Christian von*: Neues Ehrenamt – altes Ehrenamt. Traditionelle Helfer, neue Helfer. Traditionelle Verbände, neue Initiativen. In: Fink, Ulf (Hg.): Der neue Generationenvertrag: Ich für Dich. Die Zukunft der sozialen Dienste. München 1988.
- Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V./Magda Haßdenteufel*: Konzeption - Ersatzneubau Victor-Gollancz-Haus, September 2000.
- Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V.*: Broschüre.
- Franziskushaus*: Jahresbericht 2000.
- Füsgen, I.*: Konzept für ein Gerontologisch/Geriatriisches Zentrum der Stadt Frankfurt, 1999.
- Geriatrische Reha im Hilfesystem der Stadt Frankfurt a.M. am Beispiel des Beratungs- und Hilfeangebots der „Ambulante Erstversorgung nach stationärer geriatrischer Behandlung“ (Wohnraumanpassung) der Klinik für Geriatrie im Hufelandhaus, Frankfurt am Main 2000.
- Gesundheitsausschuss*: Protokoll der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 14. 02. 2000.
- Görgen Thomas*: Zum Konzept des Laboratoriums GegenGewalt 2000.
- Haag, Michael*: „Was kostet ein Tag im Hospiz?“, in: Stappen, Birgit/Dinter, Reinhard: Hospiz. Was Sie wissen sollten, wenn Sie sich engagieren wollen. Freiburg: Herder, 2000
- Hahn, K./Knauf, W./Misselwitz, B./Werner, H.*: Strukturqualität geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in Hessen. Eschborn: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, 1998.
- Heimgesetz* (Entwurf zum Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes, Stand 1. 11. 2000).
- Hennig, Eike*, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Wirtschaftskräfte und hektisch: Frankfurt am Main im Urteil seiner Bevölkerung, frankfurter statistische berichte, 2/3'2000, S. 187-203.
- Hennig, Eike/Lohde-Reiff, Robert/Völker, Marion*, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Zufriedenheit und Sicherheit in Frankfurter Stadträumen. Eine Analyse der Frankfurter Bürgerbefragungen 1994 bis 1997, frankfurter statistische berichte, 4'1998, S. 253-279.
- Herdt, Jürgen/Rudolph, Britta/Stegmüller, Klaus/Gerlinger, Thomas*, HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH: Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege, HLT Report Nr.: 608, 2000.
- Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Frankfurt am Main, Abteilung Heimgesetz*: Daten zu den Frankfurter Heimen.
- Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung*: Entwurf eines Rahmenkonzeptes für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen. Fassung vom 27.4.1998.
- Hessisches Statistisches Landesamt, Abteilung Pflegestatistik*: Daten der Ende des letzten Jahres (mit Stichtag 15.12.1999) erstmals erhobenen Pflegestatistik.
- Hirsch, Rolf/Holler, Gerhard/Reichwaldt, Winfried/Gervink, Thomas*: Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Baden-Baden: Nomos, 1999 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 114).
- Holz, Gerda*: „SeniorInnen planen ihr Altwerden in der Kommune mit“ – Altenplan der Stadt Eschborn, ISS-RERERAT, 1/1998.
- Hufeland-Haus*: Hufeland-Spiegel, Abschied und Neubeginn – Kosten- und Leistungsrechnung – Ambulante Pflege – Altenpflegeausbildung, April 2000-10-19.
- Institut für Sozialarbeit*: Im Blickpunkt Demenz – Ein Wegweiser. Frankfurt 2000.
- ISIS*: Förderung des bürgerschaftlichen Engagements in Frankfurt am Main – Die Rolle des Instituts für Sozialarbeit in Gegenwart und Zukunft, Frankfurt am Main 1999.
- ISIS*: Wohnen älterer Menschen in Frankfurt am Main. Bestandsaufnahme und Diskussion von Zukunftsperspektiven unter besonderer Berücksichtigung von älteren Menschen mit geringem Einkommen, Frankfurt am Main, 2000.
- Jacobs, Herbert*: Frankfurter Sozialbericht. Teil II: Sozialhilfeempfänger, Frankfurt 2000.
- KHG*. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Kranken-

- hauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz.
- Kleemann, Ulla/Merz, Wiltrud/Jindra-Süß, Doris*, Stadt Frankfurt am Main Der Dezernent für Soziales, Jugend und Wohnungswesen: Bedarfsanalyse zur Wohnsituation Körperbehinderter in Frankfurt, Reihe Soziales, Jugend und Wohnungswesen, Band 15, 1991.
- Klie, Thomas*: „Sozialleistungsrecht und Hospizarbeit“, in: Klie, Thomas/Roloff, Sighard (Hg.): Hospiz und Marketing. Finanzierungsstrategien für soziale Initiativen am Beispiel der ambulanten Hospizarbeit. Freiburg 1997.
- Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main*: Informationen über die Gedächtnissprechstunde von PD Dr. Frölich.
- Klueß, Sieglinde*, Stadt Frankfurt am Main Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Das Wohngeld in Frankfurt am Main, frankfurter statistische berichte, 2/3'2000, S. 254-261.
- Klueß, Sieglinde*, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Die Frankfurter Volkshochschule 1985 bis 1995, frankfurter statistische berichte, 1'1997, S. 37-45.
- Knauf W.*: Erfahrungen mit externen geriatrischen Konsilen an einem Krankenhaus der Regelversorgung. In: Geriatrie Forschung 9, 1999, Heft 3.
- Knödler, Sibylle*: Bedarf an sozialer Infrastruktur am Beispiel der Altenhilfe in einem Frankfurter Stadtteil, 1995.
- Konzeption zur Zusammenarbeit zwischen den Beratungs- und Vermittlungsstellen, den Abteilungen des Sozialamtes und den Sozialstationen bei der Beratung, Beantragung und Vermittlung von ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen. Beschlossen in der Arbeitsgemeinschaft gemäß §95 BSHG am 14.6.1996.
- Krankenhauskonferenz für das Versorgungsgebiet Frankfurt am Main/Offenbach*: Protokoll der 37. Sitzung am 20. 12. 1999.
- Leben mit Demenz e.V.*: Informationen aus dem Tätigkeitsbericht 1999/2000 des Vereins und Mitteilungen von Herrn Amrhein.
- Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung.
- Magistrat der Stadt Hanau, Sozialamt*: Altenhilfeplan für die Stadt Hanau – Fakten, Analysen, Empfehlungen, 1999.
- Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.)*: Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie-Verlag 1996.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen in Hessen*: Überlassung von Daten.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen in Hessen*: Tabelle „Ambulante und stationäre Pflegeeinstufung des MDK in Hessen – Bezirksstellenbereich Frankfurt“.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen in Hessen*: Tabelle „Kreisfreie Stadt – Pflegeeinstufung ambulant – Zeitraum 99“.
- Müller, Monika/Kessler, Gera (Hg.)*: Implementierung der Hospizidee in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Altenheims. Bonn: Pallia Med, 2000.
- Olk, Thomas*: Vom „alten“ zum „neuen“ Ehrenamt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege Heft 1/1989.
- Ostermann Klaus*: Geriatrie Behandlung im Hufelandhaus Frankfurt/Main, Kassel 2000a.
- Ostermann Klaus*: Studie über den Verlauf geriatrischer Rehabilitation am Hufelandhaus und den Übergang in die häusliche und stationäre Pflege, Kassel 2000b.
- Philopp, Albrecht*: Hospizfinanzierung zwischen SGB V, SGB XI und ehrenamtlichen Leistungen, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 42(1999).
- Picot, Sibylle*: Freiwilliges Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Band 3: Frauen und Männer, Jugend, Senioren, Sport. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000.
- Pilotteam Bockenheim*: Das Sozialrathaus.
- Pilotteam Eschersheim*: Ergebnisbericht Teil 1.
- Polizeipräsidium Frankfurt am Main*: Pressemitteilung: Vorstellung der Kriminalitätsstatistik 1999 für den Dienstbezirk Frankfurt am Main, 17. Februar 2000.
- Polizeipräsidium Frankfurt am Main*: Verkehrsbericht 1999. Frankfurt am Main und Main-Taunus-Kreis, März 2000.
- Pressedienst des Frankfurter Forums für Altenpflege*: Abschlußbericht „Die Würde des Alters ist unantastbar“, 15.12.1999.
- Pressedienst des Frankfurter Forums für Altenpflege*: FFA intern vom 28. 9. 1999.
- Pressedienst des Frankfurter Forums für Altenpflege*: FFA intern vom 13.06.2000.

- Priester, Klaus*, HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH: Ambulante Dienste und Pflegebedürftigkeit in Hessen 1991 – 2010. Teil 1 Bestandsaufnahme, HLT Report Nr.: 375, 1993.
- Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung.
- Ramb, Hans*, Stadt Frankfurt am Main Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Aktuelle Daten zur Bevölkerungsstruktur der Frankfurter Ortsteile, frankfurter statistische berichte, 2/3'2000, S. 214-238.
- Regenbogendienst*: Jahresbericht 2000.
- Reichenwallner, Martina*, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Statistik, Wahlen und Einwohnerwesen: Projekt Bevölkerungsanalyse, Teilvorhaben Einwohnerprognose für Frankfurt am Main und seine Ortsteile – Ein Zwischenbericht, frankfurter statistische berichte, 1'1999, S. 5-16.
- Rupflin, Theresa*: Eine Untersuchung zur Lebenssituation älterer Menschen im Auftrag der Stadt Rüsselsheim, Pro Alter 4/99.
- Schembs, Hans Otto*: Der Allgemeine Almosenkasten in Frankfurt am Main 1531-1981, Frankfurt am Main 1981.
- Schmidt, Roland (Hg.)*: Pflege & Wohnen. Strategien zur Neuausrichtung. Hannover: Vincentz, 2000.
- Schumacher, Jürgen/Stiehr, Karin*: Förderung des freiwilligen sozialen Engagements älterer Menschen durch Länder und Kommunen, Stuttgart – Marburg – Erfurt 1999.
- Schumacher, Jürgen/Stiehr, Karin*: Praktische Beispiele der Förderung des Engagements älterer Menschen in deutschen Großstädten, Stuttgart – Marburg – Erfurt 2000.
- SGB V*. Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Krankenversicherung.
- SGB XI*. Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung.
- Sipreck, Julia*: da sein – Lebensbegleitung bis zum Tode in Einrichtungen der Altenhilfe. Frankfurt am Main: Gemeinnützige Hertie-Stiftung, 2000.
- Sozialministerium des Landes Hessen*: Geriatrie-Konzept Hessen (24.11.99).
- Sozialministerium des Landes Hessen*: Landesweiter Rahmenplan für die pflegerische Versorgung in Hessen.
- Stadt Frankfurt am Main*: Aufstellung des Hauptamtes der Stadt Frankfurt am Main zur Verleihung der Römerplakette 2001.
- Stadt Frankfurt am Main*, Bürgeramt, Statistik und Wahlen: Frankfurter Statistik, speziell Dienstleistung nach Maß, Ehrenamtliches Engagement und Bekanntheitsgrad des Büro-Aktiv, 1999.
- Stadt Frankfurt am Main*, Bürgeramt, Statistik und Wahlen: Statistisches Jahrbuch der Stadt Frankfurt am Main 2000.
- Stadt Frankfurt am Main*, Der Dezernent für Jugend und Soziales: Ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main - Wohnsituation, Vorstellungen zum Wohnen im Alter und zur Hilfe und Pflege, Reihe Soziales und Jugend, Band 18, 2000.
- Stadt Frankfurt am Main*, Der Dezernent für Jugend und Soziales: Dritter Kommunalen Altenplan, Reihe Soziales, Jugend und Wohnungswesen, Band 6, 1981.
- Stadt Frankfurt am Main*, Der Dezernent für Jugend und Soziales: Frankfurter Senioren-Service, Ratgeber für die ältere Generation, Reihe Soziales und Jugend, Band 19, 2000.
- Stadt Frankfurt am Main*, Der Dezernent für Jugend und Soziales: Frankfurter Sozialbericht, Teil II: Sozialhilfeempfänger, Reihe Soziales und Jugend, Band 21, 2000.
- Stadt Frankfurt am Main*, Der Dezernent für Jugend und Soziales: Zwischenbilanz Dritter Kommunalen Altenplan 1980 bis 1985/1986, Reihe Soziales, Jugend und Wohnungswesen, Band 11, 1987.
- Stadt Frankfurt am Main*: Frankfurter Richtlinie zu §75 BSHG, Wohnberatung für Menschen mit Behinderungen und Senioren, vom 28.6.1993
- Stadt Frankfurt am Main*, Gesundheitsamt: Konzept Umstrukturierung der kommunalen Psychiatrie in Frankfurt am Main, 1999.
- Stadt Frankfurt am Main*: Handbuch für den ehrenamtlichen Dienst des Sozialamtes und des Jugendamtes.
- Stadt Frankfurt am Main*: Infrastrukturliste, Abschnitt 8.4.2: Begegnungsstätten, Clubs und Freizeitangebote für ältere Menschen.
- Stadt Frankfurt am Main*, Jugend- und Sozialamt, Fachreferat Grundsatz: „Gemeinnützige Anbieter ambulanter Dienste der freien Wohlfahrtspflege (Stand 10/2000).
- Stadt Frankfurt am Main*, Jugend- und Sozialamt, Fachreferat Grundsatz: Private Anbieter ambulanter Dienste (Stand 10/2000).
- Stadt Frankfurt am Main*: Konzeption zur Umsetzung der Neuorganisation der Jugend- und Sozi-

- alverwaltung für das Sozialrathaus Bornheim, Frankfurt 2000
- Stadt Frankfurt am Main*: Leistungsvereinbarung zwischen der Stadt Frankfurt am Main und dem Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe, gültig ab 1.6.1996.
- Stadt Frankfurt am Main*: Sozialrathäuser in Frankfurt am Main: Leitlinien für die Umsetzung, Stand 25.11.1999
- Stadt Frankfurt am Main*, Stadtverordneten-Versammlung: Niederschrift über die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Jugend, Soziales, Seniorinnen und Senioren der Stadtverordnetenversammlung zum Thema „Situation in Altenpflegeheimen“, 21. August 2000.
- Stadt Frankfurt am Main*: Vertrag vom 1.2.1996 zwischen der Stadt Frankfurt am Main und den Trägern der B&V-Stellen
- Stelter, Hartmut/Pantlen, Hubertus/Pongratz, Sigrun*, Dezerant für Jugend und Soziales: Sozialhilfe in Frankfurt am Main. Entwicklung und interkommunaler Kennzahlenvergleich für die Hilfe zum Lebensunterhalt, Reihe Soziales und Jugend, Band 17, 1998.
- Student, Johann-Christoph (Hg.)*: Das Hospiz-Buch. Freiburg: Lambertus, 4. Aufl. 1999.
- Tätigkeitsberichte der BuV-Stellen in Trägerschaft der AWO, Gallus und Obermain.
- Vaughn, Donald*, Stadt Frankfurt am Main, Amt für Multikulturelle Angelegenheiten: Alte und Migration – Eine statistische Erhebung der älteren Arbeitsmigrantinnen und -migranten in Frankfurt am Main, 1992.
- VdAK in Hessen*: Überlassung der Unterlagen.
- Verband der Pflegekassen in Hessen der AOK (Eschborn)*: Daten, Liste aller hessischen stationären Pflegeeinrichtungen.