

Partizipative Altersplanung

Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen

Teil III: Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten
Lebensführung in stationären Einrichtungen

Mitglieder der Arbeitsgruppe, Autoren und Mitwirkende

Ute Bychowski

Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V.

Harald Dollansky

Evangelischer Verein für Innere Mission, Frankfurt am Main

Jürgen Eckert

Stadt Frankfurt am Main, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Besonderer Dienst 3, Gefährdete Personen

Henning Fricke

Haus Aja Textor-Goethe

Beate Glinski-Krause

Frankfurter Forum für Altenpflege, Presse- und Kommunikationsstelle

Holger Hothum

Evangelischer Verein für Innere Mission, Frankfurt am Main

Ralf Kern

KOMM Ambulante Dienste e. V.

Bernd Kraus

Caritasverband Frankfurt e. V.

Frédéric Lauscher

Franziska Schervier Altenpflegeheim, „Franziska Schervier“ Altenhilfe gem. GmbH

Rainer Mangels

Hessisches Amt für Versorgung und Soziales, Heimaufsicht

Gabriele Rister

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

Uwe Scharf

Haus Aja Textor-Goethe, Sozial-Pädagogisches Zentrum e.V.

Christiane von Keutz

engagierte Bürgerin

Renate Wahl

Haus Aja Textor-Goethe, Sozial-Pädagogisches Zentrum e.V.

Helmut Weil

Hessisches Amt für Versorgung und Soziales, Heimaufsicht

Paul Wintzer

Evangelischer Verein für Innere Mission, Frankfurt am Main

**Koordination, redaktionelle Beiträge/Hinweise, inhaltliche Anregungen
sowie Anhang Nr. 9.14**

Hartmut Stelter

Bettina Reinecke

Renate Depireux

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

Druck + Verarbeitung:
Datenbearbeitung & Druckservice, 60386 Frankfurt, www.daten-service.de

Frankfurt am Main 2006
Dezernat für Soziales und Jugend

STADT  FRANKFURT AM MAIN

Partizipative Altersplanung

Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen

Teil III: Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten
Lebensführung in stationären Einrichtungen

Vorwort

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

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

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

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

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

zusammengefasst.

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

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

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

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

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

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



Franz Frey

Dezernent für Soziales und Jugend

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

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

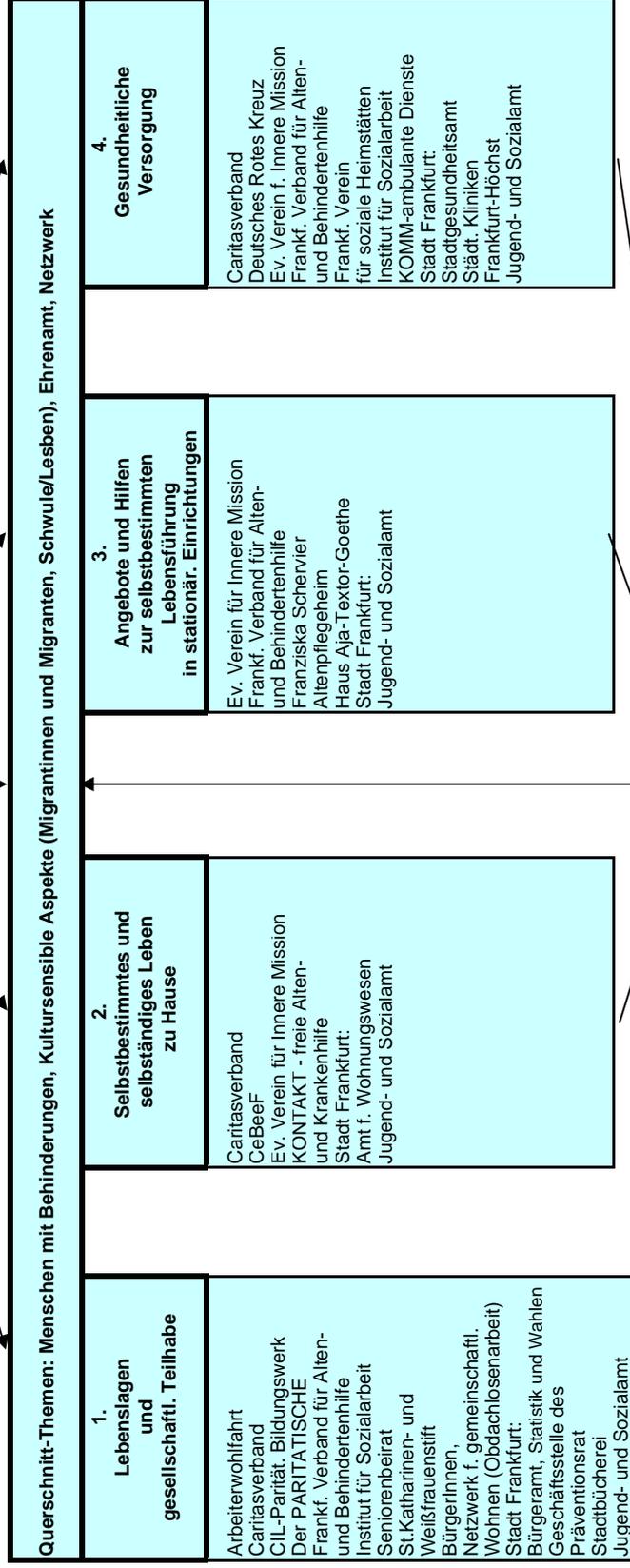
Dez. VIII

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

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

Themenspezifische Arbeitsgruppen zu den Teilberichten (Arbeitsittel)

Experten



Experten

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Vorgehensweise der Arbeitsgruppe	1
2. Bestandsaufnahmen und Handlungsempfehlungen	2
2.1 Ist-Analyse und Handlungsempfehlungen, eine Befragung Frankfurter Altenpflegeheime	2
2.1.1 Anlass und Umfang der Befragung in stationären Altenpflegeeinrichtungen 2004	2
2.1.2 Kapazität und Belegung: Vorhandene Plätze	4
2.1.3 Ausstattung: Zimmerart (Einzelzimmer – Doppelzimmer)	5
2.1.4 Qualitätsmanagement	5
2.1.5 Entwicklung der Verweildauer	7
2.1.6 Finanzierung	9
2.1.7 Verteilung nach Pflegestufen	10
2.1.8 Jährliche Ist-Auslastung	11
2.1.9 Migrantinnen und Migranten in Altenpflegeheimen	12
2.1.10 Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen gemäß SGB V	13
2.1.11 Aufnahmebereitschaft für spezielle Personengruppen	15
2.1.12 Fachkraftquote und Altersstruktur des Pflegepersonals	15
2.1.13 Anzahl betrieblicher Ausbildungsplätze (Nachwuchssicherung)	16
2.1.14 Fortbildungsangebote	16
2.1.15 Ehrenamtliche Mitarbeit in Altenpflegeheimen	18
2.2 Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger	19
2.2.1 Ergebnisse der repräsentativen und explorativen Bürgerbefragungen mit Bezug zum Frankfurter Sozialbericht, Teil VI: Chancen und Risiken einer alternden Stadt	19
2.2.2 Ergebnisse der Dialogkonferenz	24
Was war den Teilnehmern wichtig für die Zukunft der stationären Altenpflege?	
2.2.2.1 Selbstbestimmung	26
2.2.2.2 Sicherheit	34
2.2.2.3 Innovation	37
2.2.2.4 Vernetzung	47

2.2.3	Berichte von Betroffenen	51
2.2.3.1	Realität und wünschenswerte Veränderungen in stationären Einrichtungen der Altenpflege aus Angehörigensicht	51
2.2.3.2	Interview mit einem Heimbewohner	54
2.2.3.3	Gespräch mit einer Altenpflegerin	55
2.2.3.4	Geborgenheit	56
3.	Demenz	58
4.	Exkurs: Neue Wohnformen	63
5.	Übergreifende Aspekte	67
5.1	Menschen mit Behinderungen	67
5.2	Kultursensible Aspekte	70
5.2.1	Migrantinnen und Migranten	70
5.2.1.1	Situation der Migranten in Frankfurt	70
5.2.1.1.1	Demografische Entwicklung	70
5.2.1.1.2	Nationalität der Migranten	71
5.2.1.1.3	Gesundheitszustand der Migranten	71
5.2.1.1.4	Private Hilfenetze	72
5.2.1.1.5	Informationen zum deutschen Altenhilfesystem	72
5.2.1.1.6	Einstellungen zum Alter und zur Pflege	73
5.2.1.1.7	Zusammenfassung	73
5.2.1.2	Handlungsempfehlungen an die Politik und die beteiligten Behörden und Ämter	74
5.2.1.3	Handlungsempfehlungen an die Einrichtungsträger	74
5.3	Obdachlose	78
5.4	Ehrenamtliches Engagement - Arbeit von und mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe	80
5.5	Netzwerke	82
6.	Zusätzliche Handlungsempfehlungen	84

7.	Zusammenfassung	85
	Ausblick	87
8.	Literatur-/Quellenverzeichnis zu Kapitel 1 - 7	89
9.	Anhang	
	Anhangübersicht	
9.1	Fragebogen und Auswertungsbericht zur Ist-Analyse	
9.2	Dokumentation der Dialogkonferenz	
9.3	Balanced Scorecard-Tabelle zur Dialogkonferenz	
9.4	Rahmenbedingungen	
9.5	Informationen zum Heimgesetz, zur Heimmitwirkungsverordnung und zum Heimbeirat, zur Heimpersonalverordnung und zur Heimmindestbauverordnung	
9.5.1	Heimgesetz (HeimG)	
9.5.2	Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes (Heimmitwirkungsverordnung -HeimMitVO)	
9.5.3	Der Heimbeirat	
9.5.4	Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung - HeimPersV)	
9.5.5	Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (HeimMindBauV)	
9.6	Ausgewählte Daten der Jahre 1999, 2001 und 2003 aus den SGB XI-Pflegestatistiken für Frankfurt am Main Ambulante Pflegedienste Stationäre Pflegeheime (einschließlich teilstationäre Pflege) Leistungsempfänger/-innen	
9.7	Bericht: SGB XI-Pflegestatistik 2003 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung / Deutschlandergebnisse	

9.8 Behandlungspflege

- 9.8.1 Erläuterungen zum Stand der Einbeziehung
in die Leistungen der Altenpflegeeinrichtungen
- 9.8.2 Beschreibung der Leistungen
 - 9.8.2.1 Behandlungspflege
 - 9.8.2.2 Therapie
 - 9.8.2.3 Rehabilitation
 - 9.8.2.4 Ärztliche Behandlung in Altenpflegeeinrichtungen

9.9 Betreuungsbedarf

- 9.9.1 Psychosoziale Betreuung allgemein
 - 9.9.1.1 Ergotherapie
 - 9.9.1.2 Sozialdienst
 - 9.9.1.3 Fallgespräche
 - 9.9.1.4 Biographiearbeit
 - 9.9.1.5 Biographiebogen
- 9.9.2 Gymnastik
- 9.9.3 Rehabilitation

9.10 Instrumente zur Messung der inhaltlichen Qualität der Pflegeleistung

- 9.10.1 Was ist PLAISIR®?
- 9.10.2 Was ist RAI®?
- 9.10.3 Was ist DCM ®?

9.11 Teilstationäre Einrichtungen im Frankfurt am Main für ältere Menschen

9.12 Angebotsliste stationärer Einrichtungen in Frankfurt am Main

9.13 Empfehlende Leitaussagen aus den Berichten der Bundesregierung

- 9.13.1 Auszug aus dem Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation
in der Bundesrepublik Deutschland: Betreuung / Pflege
- 9.13.2 Auszug aus dem Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation
in der Bundesrepublik Deutschland: Betreuung / Pflege

- 9.13.3 Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (Teil F: Gesundheit, Pflege und soziale Dienste, Kapitel 2: Pflege)
 - 9.13.3.1 Pflege
 - 9.13.3.2 Soziale Dienste
 - 9.13.3.3 Kurzdefinition
- 9.14 **Ausgewählte Ergebnisse der repräsentativen Telefonbefragung und der explorativen schriftlichen Fragebogenaktion im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main****

1. Vorgehensweise der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe befasste sich mit den derzeitigen Angeboten und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen und entwickelte daraus Handlungsempfehlungen für die kommenden Jahre. Sie setzte sich zusammen aus Vertretern von Leistungserbringern, einem Mitarbeiter einer Beratungs- und Vermittlungsstelle für ambulante und stationäre Hilfen, zwei Bürgerinnen, einem Mitarbeiter der Heimaufsicht vom Hessischen Amt für Versorgung und Soziales in Frankfurt am Main und einer Mitarbeiterin des Jugend- und Sozialamtes.¹

In diesem Teilbericht ist zunächst die augenblickliche Situation in der stationären Altenhilfe dargestellt. Dafür wurde eine aktuelle Ist-Analyse zur Angebotsstruktur in Frankfurter Alten- und Pflegeheimen erstellt. Diese Datenerhebung fand 2004 statt und bezog sich auf die Jahre 2000 bis 2003. Die wachsende Zahl der älteren Menschen und die begrenzten finanziellen Ressourcen nicht nur der öffentlichen Hand erfordern **eine gezielte auf den Bürger bzw. mit ihm abgestimmte Altenpolitik**. Deshalb wurden die Erwartungen der Bürger und verschiedener Interessengruppen aus dem Bereich der Altenhilfe an das „Altenpflegeheim der Zukunft“ im Rahmen einer Tagesveranstaltung im Juni 2004 (Dialogkonferenz) ermittelt und die Ergebnisse der repräsentativen und explorativen Bürgerbefragungen² aus 2003 bzw. 2004 ausgewertet. Eine vollständige Aufarbeitung des Themas „Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen“ war nicht leistbar. Aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen der Mitglieder der Arbeitsgruppe konnten weitere wichtige Aspekte wie beispielsweise die Überleitung von der ambulanten in die stationäre Pflegesituation nicht bearbeitet werden. Der vorliegende Bericht enthält ein umfangreiches auf Frankfurt bezogenes Datenmaterial und ist somit eine Orientierungshilfe für die Zukunftsplanung und Fortführung des partizipativen Gedankens.

¹ Die Mitglieder der Arbeitsgruppe und mitwirkende Autoren sind namentlich am Anfang des Teilberichts III aufgeführt.

² Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003 und
Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Schriftliche Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, Firma EDV- und andere Dienstleistungen, Joachim Ritter, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main Frühjahr 2004

Die aus der aktuellen Praxis und den Bürgermeinungen abgeleiteten Handlungsempfehlungen richten sich nicht nur an die Stadtverordnetenversammlung, sondern auch an den Magistrat (die Verwaltung), die weiteren beteiligten Sozialleistungsträger, die Leistungserbringer und an die Bürger. Sie berücksichtigen die derzeit gültigen umfassenden gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Arbeitsgruppe versteht ihren Bericht als Beitrag und Anregung für einen Kommunikationsprozess, in dem längerfristig Verantwortungen auf die Bürgerinnen und Bürger und die verschiedenen Interessengruppen übergehen. Das bedeutet zugleich ein Umdenken und eine Veränderung im Vorgehen der bisher beteiligten Akteure. Die Arbeitsgruppe versteht **Partizipation** als einen **Prozess, in dem relevante alterspolitische Fragen aufgegriffen und interdisziplinär mit allen Betroffenen diskutiert und gelöst werden.** Mit dem Teilbericht III ist eine weitere Grundlage geschaffen worden, den Prozess der partizipativen Altersplanung mit geeigneten Maßnahmen und Instrumenten fortzusetzen.

2. Bestandsaufnahmen und Handlungsempfehlungen

2.1 Ist-Analyse und Handlungsempfehlungen, eine Befragung Frankfurter Altenpflegeheime

2.1.1 Anlass und Umfang der Befragung in stationären Altenpflegeeinrichtungen 2004

Der „Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001“³ ist eine der Grundlagen des Teilberichts III. Für Frankfurt am Main existieren aufgrund unterschiedlicher Zielsetzungen der Datenerfassung verschiedene Informationen⁴ von Behörden und Institutionen zu stationären Einrichtungen. Neben der Angebotsliste stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Hessen mit Preisangaben⁵, die von den Verbänden der Pflegekassen in Hessen monatlich publiziert wird, führt das Hessische Amt für Versorgung und Soziales eine Liste der Heime. In der SGB XI-Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes erfolgen alle zwei Jahre Feststellungen

³ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe: Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 4, 1. Auflage, Frankfurt am Main Oktober 2003

⁴ siehe Anhang Nr. 9.6, 9.7 und 9.12

⁵ Diese Preisübersicht verändert sich bei jeder neuen Entgeltvereinbarung mit einer der über 600 Pflegeeinrichtungen in Hessen

zu stationären Pflegeheimen, allerdings stets zusammengefasst für den Alten- und Behindertenbereich. Das Frankfurter Forum für Altenpflege ist eine weitere Informationsquelle. Die Broschüre „Alten- und Pflegeheime – Leben im Alter mit Heimvorteil“ gibt einen Überblick über die Angebote der einzelnen Altenpflegeheime in Frankfurt am Main und Umgebung. Sie wurde im August 2002 neu aufgelegt und ist im Internet unter www.ffa-frankfurt.de abrufbar.⁶

Aktuelles und komprimiertes Datenmaterial zu stationären Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main war in dem gewünschten Umfang nicht verfügbar. Die Arbeitsgruppe entwickelte daher einen Fragebogen, um bei den Frankfurter Leistungserbringern wesentliche Bestandsdaten für den Zeitraum der Jahre 2000 bis 2003 sowie einige ausgewählte Zukunftsplanungen zu ermitteln. Die 22 zum Teil sehr differenzierten Fragen wurden mit einem Anschreiben des Dezernenten für Soziales und Jugend im Juli 2004 an die Leistungserbringer aller 34 Frankfurter Altenpflegeheime versandt, mit der Zusage einer anonymen Auswertung durch das Nürnberger Institut „xit“⁷ und des Rücklaufs der ausgewerteten Daten an die teilnehmenden Häuser. Von den 34 Frankfurter Alten- und Pflegeheimen haben sich 27 Einrichtungen (79,4 %) mit insgesamt 3003 Plätzen im Jahr 2003 (Stichtag: 31.12.2003) an der Befragung beteiligt. Damit liegen aktuelle, aussagefähige Strukturdaten vor, die in den nachfolgenden Kapiteln vorgestellt werden.⁸

Empfehlung:

- 1 Fortschreibung der vorliegenden Datenerhebung** (Ausstattung, Kapazität und Belegung, Qualitätsmanagement, Mitarbeiter und spezielle Angebote etc.) und damit **Aufbau eines regelmäßigen kommunalen Alters-Berichtswesens** unter Einbeziehung der Leistungserbringer, mit dem Ziel, die Transparenz des Angebots und die Planungssicherheit zu verbessern.⁹ Die **zeit-**

⁶ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: es existieren auch Veröffentlichungen unter <http://www.frankfurter.de/> → Voll- und teilstationäre Pflegeangebote und unter <http://www.aelterwerden-in-frankfurt.de/wegweiser> → Pflege → Tagespflege/Kurzzeitpflege/Alten- und Pflegeheime

⁷ xit forschung.planung.beratung, (xit) xit GmbH, (Forschung-Planung-Beratung), Frauentorgraben 73, 90443 Nürnberg

⁸ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung / Älterwerden, Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, existenzsichernde Leistungen, Angebotsstruktur Frankfurter Altenpflegeheime, i. V. m. xit GmbH, Frankfurt am Main/Nürnberg 2004, Fragebogen und die textliche und tabellarische Auswertung siehe Anhang Nr. 9.1

⁹ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: in der Fachbeirat-/Steuerungsgruppensitzung zum Teilbericht III wurde festgestellt, dass hierzu auch Informationen zur Preisgestaltung gehören.

nahe Bereitstellung der Daten ist dabei ebenso wichtig wie die **neutrale und anonyme Auswertung**. Diese aktuellen Daten sind Bürgern, politischen Verantwortungsträgern, Kostenträgern, Behörden, Investoren, Leistungserbringern etc. (beispielsweise auf der homepage der Stadt Frankfurt am Main) zugänglich zu machen, ggf. mit Links zum Frankfurter Forum für Altenpflege und den Pflegekassen. Ein kontinuierliches Berichtswesen erleichtert die Koordination des örtlichen Angebots im Sinne einer stadtteilorientierten, leistungserbringerübergreifenden Vernetzung.

2.1.2 Kapazität und Belegung: Vorhandene Plätze

Gegliedert nach Platzzahlen besteht derzeit in Frankfurt am Main nach den abgeschlossenen Versorgungsverträgen folgende Angebotsstruktur (Stand 31.12.2004):

Tabelle 1.: Stationäre Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI¹⁰

Platzzahl	Anzahl der Altenpflegeheime	Gesamtzahl der Plätze
30	1	30
31 bis 49	6	231
50 – 75	7	559
76 – 99	0	0
100 – 149	11	1.385
150 – 175	3	508
176 – 200	4	742
über 200	2	457
insgesamt	34	3.912

Quelle: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Fachreferat Grundsatz, Älterwerden, Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, existenzsichernde Leistungen (Stand 31.12.2004)

Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht. In diesem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden allgemeinen Pflegeleistungen festgelegt. Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Leistungserbringer und den Landesverbänden der Pflege-

¹⁰ Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung – SGB XI

kassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe abgeschlossen. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen unmittelbar verbindlich.

2.1.3 Ausstattung: Zimmerart (Einzelzimmer – Doppelzimmer)

Die xit-Befragung ergab einen mit 64 % bereits überraschend hohen Anteil von Einzelzimmern im Bestand. Bei den neu geplanten Plätzen bildet das Einzelzimmer mit fast 85 % eindeutig den Schwerpunkt. Die Frankfurter Leistungserbringer haben sich im Unterkunftsstandard den erklärten Wünschen der Bürgerinnen und Bürger nach einem Einzelzimmer auch im Falle schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit somit zu einem großen Teil angepasst.

Empfehlung:

2 Der eindeutige Wunsch nach einem Lebensabend im Einzelzimmer sollte zum Regelangebot in den Frankfurter Einrichtungen werden. Die Kommunalpolitik verschafft Bürgern und Leistungserbringern **Planungssicherheit beim Thema „Einzelzimmer“**:

- Durch kommunale Selbstverpflichtung wird ein Einzelzimmer wie bislang auch zukünftig über Sozialhilfe finanziert.
- Durch den kommunalen Einfluss auf die Investitionsförderpolitik der Hessischen Landesregierung wird sichergestellt, dass dieser „Frankfurter Grundkonsens“ auch künftig erhalten bleibt.
- Durch ausreichende Investitionsbudgets werden die Einrichtungen unterstützt, damit sie bedarfsgerechte Verbesserungen von Ausstattung und Wohnkomfort (z. B. Umwandlung von Doppel- in Einzelzimmer) umsetzen können.

2.1.4 Qualitätsmanagement

Im Januar 2002 wurde das SGB XI durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG)¹¹ unter anderem um ein Elftes Kapitel „Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ erweitert. Dem Gedanken des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen in Form von Qualitätsnachweisen und Leistungs- und

¹¹ Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege

Qualitätsvereinbarungen festzulegen steht das Urteil des Bundessozialgerichts¹² aus dem Jahr 2000 entgegen, das von einer marktorientierten Pflegeversorgung ausgeht. Dieser Dissens zwischen staatlicher Regelung und Orientierung am offenen Markt wird viel diskutiert, ist aber bis heute nicht geklärt.

Seit dem 1.1.2002 besteht im Rahmen des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) die Verpflichtung, ein einrichtungsspezifisches Qualitätsmanagement einzuführen. Zum Zeitpunkt der xit-Befragung im Jahr 2004 hatten zwei (7,7 %) von 27 Altenpflegeheimen ihr Qualitätsmanagement-System von neutraler Seite zertifizieren lassen. Mehr als die Hälfte (53,8 %) der 27 befragten Einrichtungen planen auch in absehbarer Zeit keine externe Zertifizierung des gesetzlich geforderten Qualitätsmanagement-Systems. Im Dezember 2005 sind vier weitere Einrichtungen in Frankfurt am Main nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert worden.

Pflegequalität ist u. a. das Ergebnis komplexer, situativer und dynamischer Prozesse zwischen Personal und Bewohnern. Die entscheidende Frage in diesem Kontext ist daher „Wie wird die Qualität gelebt?“.

Grundsätzlich versteht man unter einem Qualitätsmanagement die systematisierte Zusammenfassung aller Tätigkeiten, um die gewünschten Qualitätsziele zu erreichen. Dazu gehören u. a. die Festlegung von Verantwortlichkeiten, die Ausstattung mit Personal und Sachmitteln. Weiterhin sind verschiedene festgelegte Verfahren, wie Planung, Lenkung, Sicherung von Prozessen, deren Dokumentation und Verbesserung dazu erforderlich. Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen¹³ beruhen auf einer freiwilligen externen Qualitätskontrolle. Sie beschreiben die Qualität der Dienstleistungen orientiert an Standards. Altenpflegeheime können dadurch intern die Qualität ihrer Dienstleistung verbessern und dies auch nach außen hin dokumentieren. Qualitätssiegel und Zertifikate sind eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für den Verbraucher, wenn die Qualitätsmerkmale ersichtlich sind. Sie ermöglichen eine Vergleichbarkeit sowohl innerhalb einer Trägerschaft (AWO-Qualitätsmanagement-Zertifikat) als auch zu anderen Anbietern auf dem Pflege-

¹² Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 14.12.2000 (AZ: B 3 P 18/00)

¹³ Gerste, Bettina; Schwinger, Antje; Rehbein, Isabel: Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen – Ein Marktüberblick. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdo). Bonn 2004

markt. Transparenz schaffen Qualitätssiegel und Zertifikate nur in begrenztem Maß, weil es eine Vielzahl von Produkten (z. B. AWO-Qualitätsmanagement-Zertifikat, Diakonie-Siegel Pflege, Paritätisches Qualitätssiegel, Pflege-TÜV, QgP Qualitätssiegel, RAL-Gütezeichen, Zertifikat ISO-PLUS) gibt, die unterschiedliche Qualitätsmaßstäbe als Grundlage haben. Ein vergleichender Leistungsüberblick dieser Produkte existiert dazu noch nicht.

Empfehlung:

3 Fachtagungen zum Qualitätsmanagement , organisiert von den beteiligten Behörden / Kostenträgern, und der Erfahrungsaustausch im Frankfurter Forum für Altenpflege¹⁴ dürften die Qualitätsentwicklung fördern und auf die gesetzliche Forderung nach Leistungs- und Qualitätsstandards bzw. auf eine pflegeorientierte Zertifizierung Einfluss nehmen.

2.1.5 Entwicklung der Verweildauer

Das xit-Befragungsergebnis zeigt in 27 Einrichtungen über den Zeitraum 2000-2003 zunächst eine weitgehend unveränderte durchschnittliche Verweildauer von ca. drei Jahren (35 – 39 Monate). Allerdings ist diese Aussage aufgrund der unspezifischen Fragestellung und statistischer Effekte fraglich (u. a. wurden starke Schwankung der Grundgesamtheit [n=17 bis 23] im Erhebungszeitraum und der stark gewachsene Anteil von Kurzzeitpflege-Gästen nicht separat ausgewertet).

Für den gleichen Zeitraum wird ein starker Anstieg sowohl der jährlichen Neuaufnahmen (von 934 auf 1.246) als auch der verstorbenen Bewohner (von 422 auf 1.051) festgestellt – hier gelten die gleichen methodischen Einschränkungen.

Die für 2003 erhobenen Daten zeigen, dass 1.051 (= 34,9 %) Bewohner von insgesamt 3.003 verstorben sind, davon 795 (= 76 % der Verstorbenen bzw. 26,5 % aller Heimbewohner) in der Einrichtung. Somit ist für immerhin Dreiviertel aller Heimbewohner das Alten- und Pflegeheim und nicht das Krankenhaus der Ort, an dem sie ihr Leben abschließen.

¹⁴ Frankfurter Forum für Altenpflege: www.ffa-frankfurt.de

Es wird allgemein unterschätzt, dass die würdige Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen eine wesentliche Aufgabe der Mitarbeiter in den Frankfurter Altenpflegeheimen ist. Mehr als 80 % der befragten Einrichtungen geben zwar an, dass sie über eine Konzeption zur Sterbebegleitung verfügen und zu rd. 58 % spezielle Schulungen für das Personal anbieten. In der Praxis zeigt sich aber deutlich ein hoher Bedarf an Information und Qualifikation, so dass vermutlich die Frage nicht nur im Rahmen der Freiwilligkeit, sondern auch im Sinne der Erwünschtheit beantwortet worden ist.

„Obwohl verschiedenen Umfragen zufolge die meisten Menschen (80 bis 90 % der Befragten) sich wünschen, zu Hause ihr Leben beschließen zu können, sterben doch immer mehr in Institutionen. Die Hälfte der circa 850.000 Menschen, die jährlich in Deutschland versterben, stirbt im Krankenhaus, weitere 20 bis 30 % in einer Einrichtung der Altenhilfe.“¹⁵ Geburt und Tod sind die elementarsten Erlebnisse eines Menschen, aber vor allem der Tod und insofern auch das Sterben wird in unserer heutigen Gesellschaft massiv tabuisiert. Deshalb ist es wichtig, dass gerade die Pflegeheime zu einem „Heim“ im wahrsten Sinne des Wortes werden, in dem gut gelebt und gestorben werden kann. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist die Organisation und Struktur einer würdevollen, einfühlsamen Sterbebegleitung für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Sterbebegleitung in Heimen setzt nicht einfach nur eine zwischenmenschliche Beziehung und persönliche Bereitschaft voraus. Sie benötigt Schutz- und Gestaltungsräume im Sinne einer „Lebens- und Abschiedskultur“. Dazu gehören konzeptionelle Überlegungen genauso wie die Klärung von verantwortlichen Zuständigkeiten und die Festlegung von Rahmenbedingungen und Prozessen.

Konkret bedeutet dies, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der jeweiligen Berufsgruppen in den Heimen (Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung, psychosoziale Betreuung) zum Zusammenwirken im Sinne einer Sterbebegleitung zu nutzen. Des Weiteren ist es notwendig, Angehörige einzubeziehen, Ansprechpartner zu benennen und Hilfestellung anzubieten. Die Zusammenarbeit mit Ärzten, auch im Sinne einer eventuell notwendigen schmerztherapeutischen Versorgung, muss ebenso abgeklärt sein wie der Kontakt zu Seelsorgern sowie die Integration von ortsansässigen Hos-

¹⁵ Zeitschrift PRO ALTER 2/05. Seite 6. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Bonn 2005

pizgruppen und anderen ehrenamtlichen Helfern. Oberste Priorität hat dabei immer die Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen des jeweiligen Menschen. Es geht hierbei ausdrücklich nicht darum, Sterben zu „standardisieren“, sondern vielmehr darum, Individualität zu sichern und die Würde aller Beteiligten zu wahren.

Empfehlungen:

- 4** Da aus einzelnen Alten- und Pflegeheimen seit Jahren eine spürbare Verkürzung der Verweildauer berichtet wird, ist **eine genauere Datenerhebung zur Verweildauer** sinnvoll.

Entsprechende Fragestellungen sollten in den Aufbau des kontinuierlichen Berichtswesens (siehe Empfehlung 1) eingehen.

- 5** **Unterstützung der Leistungserbringer in ihren Bemühungen, eine angemessene Sterbe- und Trauerkultur** durch entsprechende Konzeptentwicklungen sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen **sicherzustellen**.

2.1.6 Finanzierung

Die xit-Befragung (27 von 34 Einrichtungen) ergab im Erhebungszeitraum einen deutlichen Zuwachs des Selbstzahleranteils (im Jahr 2000 = durchschnittlich 46,1 %; im Jahr 2003 = durchschnittlich 55,7 %, d. h. Anstieg von 10 Prozentpunkten), während der Anteil der Heimkostenfinanzierung durch die Sozialhilfeträger im gleichen Zeitraum sank (im Jahr 2000 = durchschnittlich 51,1 %; im Jahr 2003 = durchschnittlich 38,2 %, d. h. Verminderung von fast 13 Prozentpunkte).¹⁶

Weil die Befragung anonym war und nicht alle Frankfurter Altenpflegeheime daran teilgenommen haben, ist dies Ergebnis hinsichtlich des Anteils an Sozialhilfeempfängern, der Größe der Einrichtung und der Höhe der Pflegesätze ungenau. Die Zahlen aus dem Haushalt der Stadt bestätigen nicht, dass der Aufwand in der Hilfe zur stationären Pflege in den letzten Jahren gesunken ist. Sollte es hier dennoch Einsparungen geben, ist es der Wunsch der Leistungserbringer und der Bürgerinnen und Bürger an die Kommune, Haushaltseinsparungen sinnvoll in die Verbesserung der Angebote der Einrichtungen zu investieren. Diese könnte beispielsweise zur Öff-

¹⁶ ebenda, hier: Auswertungsbericht, Tabelle Nr. 23

nung von Heimen in den Stadtteil oder zur psychosozialen Betreuung ähnlich dem stationären Sofortprogramm¹⁷ verwendet werden.

Die Frankfurter Leistungserbringer beobachten wachsende Qualitätserwartungen bei Bewohnerinnen, Bewohnern und Angehörigen, die auf die unterschiedlichen biographischen Erfahrungen der „nachrückenden“ Generationen zurückzuführen sind. Mehr Leistung und Qualität bedeuten für die Leistungserbringer in der Regel höhere Kosten oder eine Spezifizierung des Angebotes. Aktuelle Entwicklungen in der Gesellschaft lassen allerdings hinsichtlich der Finanzierung dieser Kosten durch Bürgerinnen und Bürger weniger positive Prognosen vermuten. Die Rentenansprüche bzw. auch die Vermögen dürften aufgrund von Änderungen in den sozialen Sicherungssystemen, Arbeitslosigkeit, Unterhaltsverpflichtungen usw. perspektivisch wieder geringer werden und engere finanzielle Spielräume bedingen.

2.1.7 Verteilung nach Pflegestufen

Die xit-Befragung zeigte einen kontinuierlichen Rückgang des Anteils von Bewohnerinnen und Bewohnern in der höchsten Pflegestufe des SGB XI, der Stufe III. Der Anteil betrug im Jahr 2000 = 27,1 % und im Jahr 2003= 21,8 %.

Es gibt dazu verschiedene Sichtweisen. In einem Frankfurter Heim wird seit 2003 jährlich das international anerkannte Verfahren PLAISIR®¹⁸ zur Ermittlung des Pflegebedarfs eingesetzt, hier wird ein gleich bleibender bzw. wachsender Zeitbedarf festgestellt, obwohl zeitgleich die Einstufungsergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach SGB XI rückläufig sind. Dies Ergebnis wird vielerorts, auch außerhalb Frankfurts, in Altenpflegeheimen festgestellt. Die Veränderung der vom MDK festgestellten Pflegestufenverteilung könnte zusammenhängen mit dem wachsenden Anteil demenziell erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner, deren Betreuungsbedarf in der Pflegeversicherungssystematik bekanntlich wenig berücksichtigt wird. Ein anderer Grund könnte die Begutachtungspraxis des MDK sein.

¹⁷ Durch das „Sofortprogramm zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung in Frankfurter Altenpflegeheimen“ (stationäres Sofortprogramm) werden nach dem Beschluss der Stadtverordnetenversammlung (§ 7376 vom 14. 12. 2000) in den Jahren 2001 bis 2006 Altenpflegeheime mit jährlich 1,7 Mio. € gefördert

¹⁸ **PLA**nifikation **I**nformatisée des **S**oins **I**nfirmiers **R**equis = informationsgestützte Planung der erforderlichen Dauer-Pflege, siehe Anhang Nr. 9.10

Empfehlung:

- 6** Die **Entwicklung der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit** der Heimbewohner bezogen auf Pflege und Betreuung **sollte erfasst werden**. Die nahe Orientierung an den Begutachtungsrichtlinien¹⁹ des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) könnte in Arbeitskreisen und Erfahrungsaustauschen vertieft und zielgerichtet eingesetzt werden, um bessere Begutachtungsergebnisse zu erhalten. Weitere und differenzierende Datenerhebungen sind z. B. die anerkannten Anamneseverfahren wie RAI[®] (Resident-Assessment-Instrument), DCM[®] (Dementia-Care-Mapping) oder PLAISIR^{®20}.

2.1.8 Jährliche Ist-Auslastung

Bei den Pflegesatzvereinbarungen kalkulieren die Hessischen Pflegekassen die Budgets mit einer Auslastung von 95 bzw. 98 %. Altenpflegeheime, die diese Auslastung nicht erreichen, können u. a. wegen des hohen Fixkostenanteils auf Dauer nicht wirtschaftlich arbeiten und nehmen in der Regel Einschnitte im kostenintensivsten aber auch qualitätsrelevantesten Bereich „Personal“ vor.

Tabelle 2.: Auslastung Alten- und Pflegeheime in Frankfurt am Main (Stand 31.12.2003)

Alten- und Pflegeheime mit Auslastung von - Zahlen absolut (und prozentual) -				
Jahr	n Anzahl absolut	unter 96 %	96 % - unter 98 %	98 % - 100 %
2000	20	6 (30,0 %)	4 (20,0 %)	10 (50,0 %)
2001	20	4 (20,0 %)	5 (25,0 %)	11 (55,0 %)
2002	23	12 (52,2 %)	3 (13,0 %)	8 (34,8 %)
2003	24	13 (54,2 %)	3 (12,5 %)	8 (33,3 %)

(Quelle: Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung / Älterwerden, Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, existenzsichernde Leistungen, Angebotsstruktur Frankfurter Altenpflegeheime, i. V. m. xit GmbH, Frankfurt am Main/Nürnberg 2004, hier: Auswertungsbericht zu Frage 2.7, Tabelle 34

Hinweis: diese Frage haben nicht alle 27 Altenpflegeheime beantwortet)

Die jährliche Ist-Auslastung führt in steigendem Maß zu schwierigen Situationen in der stationären Altenpflege, die nachfolgend ansatzweise gegenübergestellt werden.

¹⁹ Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vom 22.08.2001 (www.mds-ev.de)

²⁰ Erläuterungen zu diesen Verfahren, siehe Anhang Nr. 9.10

In Frankfurt am Main steht in den letzten Jahren einem hohen Platzzahlangebot eine geringe Nachfrage gegenüber. Auf das Platzangebot hat die Kommune keinen Einfluss, weil sie keine Planungshoheit besitzt. U. a. führt das Fehlen einer kommunalen Bedarfssteuerung zu Leerständen in Pflegeheimen und im schlimmsten Fall zu Insolvenzen²¹. Altenpflegeheime sind nach der **Rechtsprechung des Bundessozialgerichts**²² Wirtschaftsunternehmen, die sich auf eigenes unternehmerisches Risiko am Markt orientieren mit dem Ziel, dass Angebot und Nachfrage die Leistung und den Preis bestimmen. Einen Nachteil bei der Auslastung haben auf den ersten Blick vermutlich Einrichtungen mit einer älteren Ausstattung oder einem hohen Pflegesatz. Einen Vorteil genießen die mit staatlichen Zuschüssen geförderten Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, weil die Höhe der auf den Bewohner umlegbaren Investitionskosten geringer ist. In den letzten Jahren konnte beobachtet werden, dass vermehrt private Leistungserbringer in Altenpflegeheime investieren. Eine weitere, nicht unerhebliche Einflussgröße ist der „graue“ Pflegemarkt, über den mehrmonatige ambulante Ganztagsbetreuungen - in der Regel von Osteuropäerinnen - in einem rechtlichen Freiraum, ohne definierte und überprüfbare Qualitätsstandards und ohne Sozialabgaben geleistet werden. Angesichts der hohen Regelungsdichte in der professionellen Altenpflege führt dies zu Wettbewerbsverzerrungen. Nicht zuletzt wird dadurch die aktuelle Finanzkrise der Sozialversicherungssysteme verschärft.

2.1.9 Migrantinnen und Migranten in Altenpflegeheimen

Die Interpretation der Befragungsergebnisse ist im xit-Bericht ungenau, weil nicht alle Frankfurter Einrichtungen an der xit-Befragung teilgenommen haben bzw. aufgrund der Anonymität der Teilnehmer nicht bekannt ist, welche Einrichtungen und Angebote erfasst worden sind.

²¹ Pressemitteilung des VDAB (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen) vom 27.12.2005 im newsletter 01 aus 2006; www.vdab.de

²² Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 14.12.2000 (AZ: B 3 P 18/00) führt aus: "Die Höhe der leistungsgerechten Vergütung [...] ist nach der Entscheidung des Gesetzgebers für eine [...] marktorientierte Pflegeversorgung in erster Linie über die Feststellung von Marktpreisen zu bestimmen [...]. Es kommt mithin weder auf die Gestehungskosten des Anbieters noch auf die soziale und finanzielle Lage des Nachfragers der Leistung an." Die Marktpreise sind laut BSG über den "Vergleich mit anderen Einrichtungen, insbesondere des örtlichen Einzugsbereichs" zu finden und festzusetzen.

Empfehlung:

- 7 Die Ergebnisse zur **Versorgungslage von Migrantinnen und Migranten** sind nicht aussagekräftig, **hier** ist eine **genauere Daten- und Bedarfserhebung** erforderlich.

2.1.10 Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen gemäß SGB V

Das xit-Befragungsergebnis belegt, dass Heimbewohner von den gesetzlich verbrieften Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenversicherung faktisch nahezu vollständig ausgeschlossen sind. Im gesamten Erhebungszeitraum haben im Maximum lediglich 0,35 % der Heimbewohner entsprechende Leistungen im Rahmen des SGB V erhalten. 99,65 % erhalten somit entweder keinerlei rehabilitative Leistungen, oder aber diese werden nahezu vollständig über den Pflegesatz finanziert (zu Lasten der Betroffenen bzw. des Sozialhilfeträgers). Da der Zugang zu entsprechenden Leistungen ausschließlich über die behandelnden Ärzte bzw. Krankenversicherungen gesteuert wird, haben die Altenpflegeheime keinerlei Einfluss auf diese eklatante Mangelversorgung ihrer Bewohner.

Nachfolgend sind Erfahrungen und Studien zitiert, die das Ergebnis der Ist-Analyse bestätigen und weiter erläutern. Eine medizinisch-therapeutische Mangelversorgung von Heimbewohnern lässt sich auch in anderen Leistungsbereichen der Krankenversicherung nachweisen:

- Heimbewohner sind aufgrund ihrer Lebenslage in besonderem Maße angewiesen auf Medikamentengruppen (z. B. Darmregulantien), die von Krankenkassen nicht erstattet werden und somit aus Eigenmitteln zu bestreiten sind, die gerade auf Sozialhilfe angewiesenen Bewohnern nur sehr begrenzt zur Verfügung stehen.
- Die Versorgung mit individuell angepassten Pflegehilfsmitteln (z. B. spezielle Rollstühle, Therapiegeräte, Hüftprotektoren) ist sehr erschwert oder durch z. T. langwierige Auseinandersetzungen mit Krankenkassen um die Zahlungsverpflichtung verhindert.

Für demenziell erkrankte Heimbewohner lassen sich zusätzliche Erschwernisse²³ nachweisen:

²³ Alle folgenden Angaben mit Bezug auf aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen aus: Günther Sauerbrey. Mit innovativen Arzneimitteln Kosten sparen – am Beispiel der Alzheimer Krankheit. Bayreuther Gesundheitswissenschaften. Bd. 3. Bayreuth 2003.

- Die Häufigkeit (fach-)ärztlicher Konsultationen verringert sich stark mit dem Fortschreiten demenzieller Krankheitsbilder.
- Liegt der Erkrankungsbeginn in den höheren Altersgruppen (über 75 Jahre), sinkt der Anteil von Facharztkonsultationen rapide.

Ursächlich hierfür sind restriktive Arzneimittel- und Honorarbudgetierungen innerhalb des SGB V-Bereichs unter Einschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine wünschenswerte Konzentration weniger Fachärzte im Rahmen von „Schwerpunktpraxen“ (Vorteil: bessere Kooperations- und Spezialisierungsmöglichkeit, Nachteil: Gefahr einseitiger Interessenverfolgung) auf die Behandlung geriatrischer Patienten in den Frankfurter Altenpflegeheimen wird sehr erschwert, da die bestehenden Durchschnittswerte in allen Verordnungsbereichen aufgrund solcher Praxisbesonderheiten rasch überschritten wären und zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen bzw. Honorarabzügen führen können²⁴.

Empfehlungen:

- 8** Der eklatanten Unterversorgung von Heimbewohnern mit SGB V-Leistungen sollte mit geeigneten Maßnahmen nachhaltig entgegengewirkt werden, z. B.:
- Kooperation von Hausärzten, Fachärzten (insbes. Neurologen) und ambulanten Therapeuten fördern (**Modellprojekte zur integrierten Versorgung**)
 - Durchführen eines wissenschaftlich begleiteten **Modellversuchs mit Wirtschaftlichkeitsanalyse** zur optimierten und integrierten (fach-)ärztlich-medizinisch-pflegerischen Versorgung von Heimbewohnern
 - Einrichtung von speziellen **Budgets für geriatrische Schwerpunktpraxen** innerhalb der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)
 - Ein- bzw. Weiterführung **unbürokratischer Förder-Programme stadtnaher Stiftungen**, um Heimbewohner mit hohen Arzneimittelzuzahlungen zu entlasten.

Siehe dazu auch Teilbericht IV. 2.5 (Bewertung, Ausblick und Handlungsempfehlungen zur geriatrischen Versorgung).

²⁴ Dr. Jochen Scriba. Nervenärztliche Versorgung in Pflegeheimen. Betreuung unter schwierigen Bedingungen. In: Prof. Dr. Ingo Füsgen / Dr. Johannes F. Hallauer. (Hrsg.). Demenz – Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wohin geht der Weg. Dokumentation des 12. Workshops „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden 2004.

2.1.11 **Aufnahmebereitschaft für spezielle Personengruppen**

Die xit-Befragung ergab für alle aufgeführten Personengruppen (außer bei Apallikern mit und bes. ohne Beatmung) eine hohe Aufnahmebereitschaft (über 80 %). Allerdings erschweren bestimmte Personenmerkmale eine Heimaufnahme merklich, insbesondere bei Menschen mit geistiger oder Mehrfach-Behinderung, Tracheostoma-Patienten, Aids-Erkrankten und Obdachlosen ist eine deutliche Zurückhaltung festzustellen.

Empfehlung:

- 9** Die **Aufnahmebereitschaft für Personen mit spezifischen Schwierigkeiten** ist durch geeignete **Aufklärungs- und Informationskampagnen** zu fördern (siehe Kapitel 5.3).

2.1.12 **Fachkraftquote und Altersstruktur des Pflegepersonals**

Die im Heimgesetz geforderte 50 %-ige Fachkraftquote wird in den 27 befragten Frankfurter Altenpflegeheimen mit wenigen Ausnahmen knapp erfüllt (Durchschnitt im Erhebungszeitraum: 47,9 % – 52,1 % examinierte Pflegevollzeitkräfte). Im Durchschnitt sind die examinierten Mitarbeiter/-innen am stärksten in der mittleren Altersgruppe von 31-45 Jahren vertreten, aber immerhin jede/jeder Dritte (36,9 %) ist 45 und älter, jede/jeder Zehnte (11,5 %) ist älter als 55 Jahre.

Empfehlungen:

- 10** Zusammen mit der nur knapp erfüllten **Fachkraftquote** und **im Hinblick auf den Altersaufbau des Pflegepersonals ist zukünftig ein stabiles und ausreichendes Angebot an pflegerischen Ausbildungsplätzen erforderlich**, um den Bedarf der Frankfurter Alten- und Pflegeheime an Fachkräften nachhaltig zu sichern, zumal die Altersstruktur der Belegschaft in einzelnen Einrichtungen deutlich von den „unauffälligen“ Durchschnittswerten abweicht.
- 11** In den Einrichtungen ergeben sich besondere Herausforderungen, **den „alternden Belegschaften“** in einem anerkanntermaßen physisch wie psychisch belastenden Berufsfeld **geeignete „altersgerechte“ Tätigkeitsfelder zu erschließen**. Dies sollte durch **Modellprojekte** und einen **leistungserbringerübergreifenden Know-how-Transfer** unterstützt werden.

2.1.13 Anzahl betrieblicher Ausbildungsplätze (Nachwuchssicherung)

Durch die Umstellung des rein schulischen auf ein „duales“ Ausbildungssystem in den Jahren 2000-2003 ist der Anteil betrieblicher Ausbildungsplätze für Altenpflegerinnen und Altenpfleger in den Frankfurter Altenpflegeheimen erwartungsgemäß stark gestiegen (2000=34 → 2003= 136). Allerdings beteiligen sich die Frankfurter Altenpflegeheime sehr unterschiedlich an der Ausbildung ihres eigenen Nachwuchses: Nur 21 von 27, knapp 80 % der Antwortenden, stellen Ausbildungsplätze bereit, dabei reicht die Streubreite von einem Platz (die Ausbildung ist 3-jährig) bis zu 24 Plätzen je Einrichtung.²⁵ Offensichtlich tragen wachsender wirtschaftlicher Druck und Wettbewerb dazu bei, den mit der Ausbildung verbundenen Kostenanteil wie auch den Pflegesatzaufschlag zu vermeiden und stattdessen lieber auf den von anderen Einrichtungen ausgebildeten und finanzierten Nachwuchs zurückzugreifen.

Empfehlungen:

- 12 **Die Bereitschaft der Frankfurter Altenpflegeheime, über ihren unmittelbaren und kurzfristigen Bedarf hinaus auszubilden, ist nachhaltig zu fördern**, z. B. durch Anreize zur Weiterbildung betrieblicher Ausbilder/-innen (Mentoren) oder zur Betreuung von Schulpraktikanten. (Ambulante Dienste stellen mit seltenen Ausnahmen keine Ausbildungsplätze bereit.)
- 13 Das **Berufsfeld „Pflege und Begleitung“** älterer Menschen ist durch **geeignete Maßnahmen des Schulamtes** in der Lehrerschaft bekannt zu machen, z. B. durch Hospitationsprogramme für Lehrer/-innen und Schüler/-innen, Anregung/Vermittlung stadtteilorientierter „Patenschaften“.

2.1.14 Fortbildungsangebote

Die xit-Befragungsergebnisse spiegeln ein breites Fortbildungsangebot in den 27 Frankfurter Altenpflegeheimen wider, allerdings liegt der Schwerpunkt eindeutig auf der gesetzlich am deutlichsten geforderten Pflegedokumentation (100 % der Altenpflegeheime). Andere Fachinhalte, insbesondere zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung und zur Begleitung demenziell erkrankter Bewohner, waren dagegen erst in gut der Hälfte der antwortenden Alten- und Pflegeheime vertreten (biographiegestützte Pflege = 55,6 %, Validation = 66,7 %) – vermutlich ganz maßgeblich

²⁵ Quelle: Anbieterliste der Verbände der Pflegekassen in Hessen (AOK Eschborn), Stand Juni 2005. (Anhang Nr. 9.12)

gefördert durch die im Rahmen des stationären Sofortprogramms²⁶ gesetzten „Fortbildungsanreize“.

Pflege ist in allererster Linie Begegnung mit anderen Menschen. Der Begriff „Validation“ im Kontext der Begegnung mit desorientierten älteren Menschen wurde von Naomi Feil²⁷ geprägt. „Jemanden zu validieren bedeutet, seine Gefühle anzuerkennen, ihm zu sagen, dass deine Gefühle wahr sind. Das Ablehnen von Gefühlen verunsichert den anderen. In der Methode der Validation verwendet man Einfühlungsvermögen, um in die innere Erlebniswelt der sehr alten, desorientierten Person vorzudringen. Einfühlungsvermögen – „in den Schuhen des anderen gehen“ – schafft Vertrauen. Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke – Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her. Selbstwertgefühl verringert Stress. Validations-Anwender haben die Signale ihres Patienten aufzufangen und in Worte zu kleiden. So validieren sie ihn und geben ihm seine Würde zurück.“ (Feil, Naomi, 2002, Seite 11) Zu Burn-out- und Versagensgefühlen beim Personal kommt es durch unrealistische Erwartungen, nämlich wenn der Mitarbeiter „von sehr alten Menschen erwartet, dass sie sich nach Normen verhalten: Dass sie also deutlich sprechen, Gefühle kontrollieren, täglich Fortschritte machen, Regeln befolgen, zuhören, mit Worten kommunizieren.“ (Feil, Naomi, 2002, Seite 38) Das „Sich einstellen“ auf die physischen Beeinträchtigungen des desorientierten Menschen verringert den Stress beim Personal und beim Bewohner. Validation ist eine erfolgreiche Methode, die von den Mitarbeitern allerdings einen hohen persönlichen Einsatz verlangt, den nicht jeder leisten kann und will.

Empfehlung:

- 14** Die Bereitschaft der Altenpflegeheime, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **berufsgruppenübergreifend kompetenzerweiternde Fortbildungen** zu fachlichen Schwerpunktthemen zu erschließen, sind durch geeignete Maßnahmen weiter zu unterstützen, z. B. im Rahmen des stationären Sofortprogramms.²⁸

²⁶ Durch das „Sofortprogramm zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung in Frankfurter Altenpflegeheimen“ (stationäres Sofortprogramm) werden nach dem Beschluss der Stadtverordnetenversammlung (§ 7376 vom 14. 12. 2000) in den Jahren 2001 bis 2006 Altenpflegeheime mit jährlich 1,7 Mio. € gefördert

²⁷ Feil, Naomi. (2002). Validation ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Ernst Reinhardt Verlag: München

²⁸ Durch das „Sofortprogramm zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung in Frankfurter Altenpflegeheimen“ (stationäres Sofortprogramm) werden nach dem Beschluss der Stadtverordnetenversammlung (§ 7376 vom 14. 12. 2000) in den Jahren 2001 bis 2006 Altenpflegeheime mit jährlich 1,7 Mio. € gefördert

2.1.15 Ehrenamtliche Mitarbeiter in Altenpflegeheimen

Das Exit-Befragungsergebnis verdeutlicht ein erfreulich hohes Potential an ehrenamtlicher Mitarbeit in den 27 Frankfurter Altenpflegeheimen – im Durchschnitt sind in jeder Einrichtung zehn Bürgerinnen und Bürger ehrenamtlich tätig. Erstaunlich ist die festgestellte Streubreite mit einem Maximum in einer Einrichtung mit mehr als 100 Ehrenamtlichen (siehe auch 5.4).

Empfehlungen:

- 15 Nach den Daten der explorativen Bürgerbefragung besteht ein hohes Potential zum ehrenamtlichen Engagement in den Frankfurter Altenpflegeheimen (33 % – 39 %). Eine **ergänzende Studie** könnte erfolgreiche Vorgehensweisen bei der **Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre Implementierung in den Heimaltag** analysieren und in Handlungsempfehlungen umsetzen mit dem Ziel, Altenpflegeheime zu selbstverständlichen und attraktiven Zentren bürgerschaftlichen Engagements im jeweiligen Stadtteil zu entwickeln.
- 16 Darüber hinaus sollte die **Einführung einer „Ehrenamts-Card“** mit Vorteilen für Inhaber, z. B. Ermäßigungen in Museen, Ausstellungen, Theater/Oper, RMV, Sammlung von einlösbaren „Bonus-Punkten“ (wie in Bad Vilbel) geprüft werden. An der Attraktivität dieser „Ehrenamts-Card“ könnten sich die Altenpflegeheime mit spezifischen „benefits“, z. B. kostenlose Mahlzeiten, aktiv beteiligen.

2.2 Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger

2.2.1 Ergebnisse der repräsentativen und explorativen Bürgerbefragungen²⁹ mit Bezug zum Frankfurter Sozialbericht, Teil VI: Chancen und Risiken einer alternden Stadt³⁰

In der **repräsentativen Telefonbefragung** im Jahr 2003 (realisierte Interviews 1.011) ist nach dem **Image der Altenpflegeheime** gefragt worden (Frage P.1: *Wenn sie das Wort "Altenpflegeheim" hören, welche Begriffe fallen Ihnen dazu als erstes ein? Bitte nennen Sie uns drei Begriffe*). 1.011 Befragte gaben insgesamt 2.042 Antworten. Das Ergebnis zeigt, dass Altenpflegeheime überwiegend negative Assoziationen bei den Bürgern auslösten (63,7 % von 2.042 Antworten) und weit weniger positive Assoziationen (12,9 %). Auf die Frage nach **Pflege durch Angehörige** (Frage P. 2) gehen 49,5 % der 1.011 Befragten davon aus, dass sie wahrscheinlich nicht von Angehörigen gepflegt werden.³¹

Studien von Baldo Blinkert und Thomas Klie wie beispielsweise die Untersuchung von 2001 bis 2003 in Kassel zu Pflegearrangements und pflegeskulturellen Orientierungen unter veränderten demografischen und sozialen Bedingungen sagen hierzu, dass **Pflegebedürftigkeit** von nahezu allen als ein durchaus mögliches Risiko gesehen wird, aber nur knapp 40 % die Versorgung in einer solchen Situation für gesichert halten. Diese subjektiv empfundene Lücke von Sicherheit im hohen Lebensal-

²⁹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003 und
Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Schriftliche Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, Firma EDV- und andere Dienstleistungen, Joachim Ritter, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main Frühjahr 2004

Hinweise:

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind Ergebnisse der beiden Befragungen im Anhang Nr. 9.14 aufgeführt.

Im Gegensatz zur Repräsentativbefragung war die explorative - untersuchende - Fragebogenaktion nicht repräsentativ, aber zur Ergänzung, Abrundung, "Unterfütterung" der Repräsentativbefragung konzipiert und als aktivierender Impuls gedacht.

³⁰ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Reihe Soziales und Jugend, Band 29, Frankfurter Sozialbericht Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt am Main 2003

³¹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der Partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003 hier: Auswertungsergebnisse zu den Fragen P.1 und P.2, siehe Anhang Nr. 9.14

ter beinhaltet lt. Blinkert³² eine zentrale Erwartung an die Politik, diese Lücke zu schließen.

Hinzu kommt die **Pflegebereitschaft**, die stark vom sozialen Milieu abhängig ist. Untersuchungen in Kassel und in der baden-württembergischen Kleinstadt Munderkingen in der Altersgruppe der jetzt 40- bis 60Jährigen, die in absehbarer Zukunft mit der Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen zu tun haben, zielten auf die Orientierungen in dieser Altersgruppe ab. Beide Untersuchungen zeigen, dass sich soziale Milieus sehr deutlich im Hinblick auf die Pflegeverpflichtung gegenüber den Angehörigen unterscheiden. Die Bereitschaft zur häuslichen Pflege ist am stärksten in den Milieus anzutreffen, die im Lauf des sozialen Wandels unserer Gesellschaft zunehmend an Bedeutung verlieren.

Erläuterung: Zusätzlich zu den klassischen Strukturprinzipien (Klassen, Stände, Schichten) haben in unserer Gesellschaft andere Gesichtspunkte an Bedeutung gewonnen. In den Studien wurden daher Begriffe wie „soziale Milieus“ oder „Lebensstilgruppen“ beschrieben und aufgenommen. In Milieuklassifikationen wurden neben Merkmalen, die sich zur Beschreibung sozialer Ungleichheiten (Einkommen, Beruf, Bildung) eignen auch „subjektive Wirklichkeiten“ (bestimmte Lebensentwürfe, Orientierungen oder Präferenzen, Wertorientierungen, Vorstellungen über die Frauenrolle) berücksichtigt, die sich in unserer Gesellschaft verbreitet und verfestigt haben.

In den Untersuchungen in Kassel und Munderkingen konnte gezeigt werden, dass die Pflegebereitschaften in diesen Milieus sehr unterschiedlich sind. Im kleinstädtischen Umfeld von Munderkingen würde rund ein Drittel der 40- bis 60Jährigen einen pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause versorgen, in der Großstadt Kassel wären es dagegen weniger als 20 %. In Städten sind häufig die durch die Wohnungen bedingten Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung ungünstiger, Angehörige leben häufiger nicht am gleichen Ort oder nicht in erreichbarer Nähe und das Großstadtleben fördert eher einen modernen Lebensentwurf (Berufstätigkeit von Töchtern, lange Arbeitszeiten, hohe Flexibilität, größere Berufschancen, hohes Einkommen usw.).

Fazit: Die geringere Bereitschaft zum Selbstpflegen konnte bei einem hohem sozioökonomischen Status und bei einem modernen Lebensentwurf beobachtet werden,

³² www.soziologie.uni-freiburg.de/~blinkert/Publikationen/vortraglandespflegeetag.html

im sog. „liberal-bürgerlichen Milieu“. Die größere Bereitschaft zum Selbstpflegen bestand dagegen im „traditionellen Unterschicht-Milieu“, bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus und einem eher vormodernen Lebensentwurf.

Es ist zu vermuten, dass eine Untersuchung zu pflegekulturellen Orientierungen, d. h. wie stark und in welcher Weise Pflegeverpflichtungen in sozialen Milieus verankert sind, in Frankfurt am Main ähnliche Ergebnisse wie in Kassel ergeben würde.

Das Ergebnis aus der **repräsentativen Telefonbefragung** zu „**anderen Wohnformen**“ ist für den Bereich der stationären Pflege interessant. Im Rahmen der Repräsentativen Befragung (Frage W.19) antworteten 49,7 % von 1.011 Interviewten, dass gemeinschaftliche Wohnformen für ältere Menschen, z. B. Hausgemeinschaften, in denen jede Partei eine kleine Wohnung hat, es aber auch gemeinschaftliche Einrichtungen gibt, für sie unter Umständen in Frage kämen, es von den Bedingungen abhinge. 14,8 % gaben an, dass diese Wohnform auf jeden Fall für sie in Frage kommt. Der Wunsch nach Rückzugsmöglichkeit in einen privaten Bereich korrespondiert mit den Aussagen (Frage W.17), dass Ältere eher in eine kleinere Wohnung ziehen möchten (47,0 % von 135 Befragten, die an einen Umzug denken) als in ein Haus mit Betreuungsangeboten (34,6 % von 135 Befragten, die an einen Umzug denken).³³

Die Antworten auf die letzte, offene Frage (Frage 99) im Rahmen der repräsentativen Telefonbefragung: „*Was müsste die Stadt Frankfurt vordringlich tun, um die Stadt für ältere Menschen attraktiver und lebenswerter zu gestalten?*“ bestätigen zu der Kategorie „Wohnen und Pflege“, dass das **Ansehen der stationären Altenpflege** in der Öffentlichkeit eher negativ ist. 1.011 Befragte gaben insgesamt 811 frei formulierte Antworten. Von diesen 811 Antworten waren 115 aus dem Bereich "Wohnen und Pflege".³⁴ Einige Assoziationen der Befragten sind: Ghetto, soziale Ausgrenzung, Verlust der Selbstbestimmung, Abhängigkeit, Anonymität, Isolation, Massenabfertigung, Pflegenotstand.

³³ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der Partizipative Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003 hier: Auswertungsergebnisse zu den Fragen W.15, W.19, W.17, siehe Anhang Nr. 9.14

³⁴ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zur Frage 99, siehe Anhang Nr. 9.14

Zum Stichwort „Altenpflegeheim“ (Frage P.1: *Wenn sie das Wort "Altenpflegeheim" hören, welche Begriffe fallen Ihnen dazu als erstes ein? Bitte nennen Sie uns drei Begriffe*) gab es 211 positive, 1.301 negative und 477 neutrale Assoziationen; 53 Befragte würden unter bestimmten Bedingungen ein Altenpflegeheim positiv bewerten und als Wohn- und Lebensform akzeptieren. (1.011 Befragte gaben insgesamt 2.042 Antworten).³⁵

Gemäß der repräsentativen und der explorativen Befragung wünschen sich die Befragten - statt der herkömmlichen Altenpflegeheime - **eine große, bezahlbare Vielfalt von Wohnmöglichkeiten und Lebensformen im Alter**: Betreutes Wohnen, alten- und behindertengerechte Wohnmöglichkeiten im vertrauten Stadtteil (eine große Anzahl der Befragten lebt seit mehr als 20 Jahren in der gleichen Wohnung). Generationenübergreifende auch interkulturelle Wohnprojekte sollen öffentlich gefördert werden; die Bürgerinnen und Bürger möchten regelhaft an der Planung und Durchführung beteiligt werden. Die **Lebensbedingungen in bestehenden Altenpflegeheimen** sind zu verbessern. Zitat: „Pflegeheime sollen nicht wie Krankenhäuser aussehen, sondern wohnlich sein“. Betreuung und Pflege darf Selbstbestimmung nicht verhindern bzw. einschränken. Die Wahlmöglichkeiten bezüglich der Wohn- und Lebensgestaltung im Alter sollen vielfältig und bezahlbar sein. **Informationen** hierüber sind für jeden leicht zugänglich zu machen, auch für Jüngere, die ihr Alter planen. Die meisten der Befragten möchten im Alter in ihrem vertrauten Stadtteil bleiben und wünschen einen generationenübergreifenden, lebendigen Austausch mit anderen Menschen sowie den Zugang zu sozialen und kulturellen Einrichtungen. Auch im Zustand der Hilfsbedürftigkeit ist die **Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben** durch kurze Wege, stadtteilnahe Angebote, Begleit-Service und Anpassung des öffentlichen Nahverkehrs an die Bedürfnisse älterer Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen. Für diesen Personenkreis sollte es erreichbare Kultur- und Bildungsangebote geben, die eine persönliche Weiterentwicklung ermöglichen.

Die Ergebnisse der repräsentativen Befragung bezogen auf die Themenbereiche „Wohnen und Pflege“ machen deutlich, dass die Befragten im Alter – auch in der

³⁵ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zur Frage P.1, siehe Anhang Nr. 9.14

Situation der Hilfsbedürftigkeit - unabhängig von der Wohn- und Betreuungsform ihr gewohntes Leben selbstbestimmt fortsetzen wollen, sich Hilfe und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung wünschen und im sozialen Austausch mit ihrer Umgebung bleiben möchten. Auch der Zugang zu Angeboten der Bildung, Kultur und Freizeit soll erhalten bleiben; diese sollen bezahlbar und gut erreichbar sein.

Aus dem **Frankfurter Sozialbericht, Teil VI: Chancen und Risiken einer alternden Stadt**, aus dem Jahr 2003 geht hervor, dass im Jahr 2020 in Frankfurt voraussichtlich ca. 16.000 ältere und alte hilfs- und pflegebedürftige Menschen leben werden.

Der Sozialbericht thematisiert auch die **Partizipation und das bürgerliche Engagement** (Seite 81 ff.). Die Fähigkeit und Bereitschaft zur aktiven Beteiligung des Einzelnen am sozialen und politischen Gemeinwesen hat wegen der zu erwartenden Lücken in sozialen Sicherungssystemen zukünftig enorme Bedeutung. Eine wesentliche Aufgabe ist die Entwicklung und Stärkung bürgerschaftlicher Strukturen und Handlungsformen. Dazu sind viele Maßnahmen und Instrumente erforderlich, die zu einer nachhaltigen Ermutigung, Beachtung und Wertschätzung des bürgerschaftlichen Engagements beitragen. Einige Ansätze sind in diesem Teilbericht aufgeführt (siehe Kapitel 2.2.2.3 und 5.4).

Die **explorative Bürgerbefragung** im Jahr 2004 (1.453 auswertbare Fragebögen) bestätigt für den stationären Bereich (Fragen 37 bis 42) die erhöhte Nachfrage nach Einzelzimmern. 93,3 % möchten in einem **Einzelzimmer** wohnen (siehe auch Kapitel 2.1.3).³⁶

Wichtig bis sehr wichtig sind die Nähe zu Verwandten und Freunden (80,6 %) und die gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (96,1 %). Die Nähe zur bisherigen Wohnung ist für 59,6 % der Befragten von größerer Bedeutung. Wohnkomfort (93,0 %) und der Ruf des Hauses (91,8 %) sind weitere Entscheidungskriterien bei der eigenen Wahl eines Heimplatzes. Für eine „gute Küche“ sprechen sich 92,5 % aus, 70,9 % wünschen sich flexible Mahlzeitentermine. Der Preis ist für 96,6 % ein

³⁶ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Schriftliche Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, Firma EDV- und andere Dienstleistungen, Joachim Ritter, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main Frühjahr 2004, hier: Auswertungsergebnisse zu Frage 37: Wenn Sie allein stehend sind und in ein Heim einziehen müssten, wie möchten Sie wohnen? n = 1.321 = 100 %, siehe Anhang Nr. 9.14

wichtiges Kriterium, ebenso wie der freundliche Umgangston (99,6 %) und ein Qualitätssiegel (87,1 %) (siehe auch Kapitel 2.1.4).³⁷

An Gesprächskreisen/ Hobbygruppen sind 88,2 % interessiert.³⁸ Das Schnupperangebot zur ehrenamtlichen Mitarbeit halten 60,4 % für sehr wichtig bzw. wichtig.³⁹

Zur ehrenamtlichen Betreuung eines Heimbewohners sind 40,8 % von 1.201 Antwortenden bereit.⁴⁰ Bei der Anerkennung für die ehrenamtliche Tätigkeit werden Anreize wie Fahrtkostenerstattung, kostenloser Mittagstisch oder Zeit-Gutschriften befürwortet; für besonders wichtig hielten 53,7 % die regelmäßige begleitende Beratung, wenn sie an Grenzen stoßen.⁴¹

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich diese Befragungsergebnisse auch in den Ergebnissen der Dialogkonferenz wieder finden.

2.2.2 Ergebnisse der Dialogkonferenz⁴²

Was war den Teilnehmern wichtig für die Zukunft der stationären Altenpflege?

Der Schwerpunkt liegt eindeutig bei der Selbstbestimmung im alltäglichen Leben und den Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Wohn-, Lebens- und Betreuungsformen im Alter auch und insbesondere in der Situation der Hilfebedürftigkeit. Innovative Konzepte sollen zukünftig Vorrang haben und entsprechend gefördert werden.

³⁷ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zum geschlossenen Teil der Frage 38: Nach welchen Gesichtspunkten würden Sie ein Heim auswählen? 13 Kriterien waren zur Auswahl vorgegeben. Der Anteil der gültigen Antworten ist je Kriterium verschieden gross, so dass die Bezugsgrösse (n = 100 %) für die Prozentuierung variiert. 100 % entsprechen durchschnittlich 1.224. Die o. g. Prozentsätze fassen jeweils die Aussagen "sehr wichtig" und "wichtig" zusammen, siehe Anhang Nr. 9.14

³⁸ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zum geschlossenen Teil der Frage 39: Was wäre Ihnen wichtig bei der Gestaltung des Alltags/Tagesablaufs im Heim? 13 Kriterien waren zur Auswahl vorgegeben. Der Anteil der gültigen Antworten ist je Kriterium verschieden gross, so dass die Bezugsgrösse (n = 100 %) für die Prozentuierung variiert. 100 % entsprechen durchschnittlich 1131. Die o. g. Prozentsätze fassen jeweils die Aussagen "sehr wichtig" und "wichtig" zusammen, siehe Anhang Nr. 9.14

³⁹ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zum geschlossenen Teil der Frage 40: Was müsste ein Heim anbieten, damit Sie dort einmal "hineinschnuppern" würden? 6 Kriterien waren zur Auswahl vorgegeben. Der Anteil der gültigen Antworten ist je Kriterium verschieden gross, so dass die Bezugsgrösse (n = 100 %) für die Prozentuierung variiert. 100 % entsprechen durchschnittlich 1.037. Die o. g. Prozentsätze fassen jeweils die Aussagen "sehr wichtig" und "wichtig" zusammen, siehe Anhang Nr. 9.14

⁴⁰ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zur Frage 41: Sind Sie bereit, einen in seiner Selbständigkeit recht eingeschränkten Heimbewohner regelmäßig ehrenamtlich zu betreuen? Ja/Nein; n = 100 % = 1.201, siehe Anhang Nr. 9.14

⁴¹ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zum geschlossenen Teil der Frage 42: Was müsste ein Heim anbieten, damit Sie dort regelmäßig mithelfen würden? 5 Kriterien waren zur Auswahl vorgegeben. Der Anteil der gültigen Antworten ist je Kriterium verschieden gross, so dass die Bezugsgrösse (n = 100 %) für die Prozentuierung variiert. 100 % entsprechen durchschnittlich 726. Der o. g. Prozentsatz umfasst nur die Aussage "sehr wichtig", siehe Anhang Nr. 9.14

⁴² Die Dokumentation der Dialogkonferenz (77 Teilnehmer) ist in Anhang Nr. 9.3 zu finden.

Die Angebote der Wohnformen sollen architektonisch kleinräumig, überschaubar und vielfältig sein (Wohngruppen, Hausgemeinschaften, Betreutes Wohnen, generationenübergreifendes Wohnen etc.). Dies beinhaltet auch die Akzeptanz und Offenheit gegenüber unterschiedlichen Lebensentwürfen, Weltanschauungen und Religionen. Es sollen Lebensräume sein, in denen die Menschen in einen sozialen Kontext eingebunden sind und aktiv am alltäglichen Leben mit „echten Aufgaben“ teilnehmen können. Dies würde unter anderem auch bedeuten, dass zukünftig der (dezentrale) hauswirtschaftliche Bereich eine gemeinschaftliche Aufgabe von Mitarbeitern und Bewohnern ist. Alltag soll auch für Hilfsbedürftige erfahrbar und erlebbar bleiben durch die Teilnahme an haushaltsbezogenen Tätigkeiten wie z. B. die gemeinsame Planung und Zubereitung der Mahlzeiten. Gleichzeitig soll die Möglichkeit der Individualisierung (selbstbestimmte Gestaltung des Tagesablaufes) und die des persönlichen Rückzugs (Einzelzimmer) gegeben sein. Die Strukturen und Bedingungen sollen so sein, dass an die eigene Lebensgeschichte und die bisherigen Lebensgewohnheiten angeknüpft sowie Sicherheit und emotionale Geborgenheit erfahren werden kann.

Die bisherigen Standards (Qualitätsniveau) im Bereich der Pflege sollen erhalten bleiben. Darüber hinaus wird für die Mitarbeiter eine Erweiterung und Vertiefung der psychosozialen Kompetenz gewünscht, die über den Versorgungsauftrag (Pflege im engeren Sinne) hinausgeht. Es wird festgestellt, dass für die Gestaltung gleichwertiger und authentischer Beziehungen neben einem respektvollen Menschenbild und einer entsprechenden Qualifikation die verfügbare Zeit ein wesentliches Element ist. Die gilt natürlich auch für die Pflege im engeren Sinne.

Die medizinische Versorgung soll gut sein.

Ein weiterer Schwerpunkt der Visionen ist die Vernetzung im Sozialraum (Stadtteil) mit dort lebenden Bürgern (Ehrenamt) sowie der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (Schulen, Kindergärten, kulturelle Einrichtungen etc.). Dies würde zum einen voraussetzen, dass alte Menschen bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, zum anderen verlangt eine kontinuierliche Begegnung der Generationen Öffnung und Engagement von allen Beteiligten.

Der Begleitung des sterbenden Menschen soll besondere Sensibilität und Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Zusammenfassung in Stichworten:

Selbstbestimmung: Wahlmöglichkeit zwischen vielfältigen, alternativen Wohn-, Betreuungs- und Lebensformen im Alter, bisherigen Lebensstil fortsetzen und Alltagsabläufe selbst gestalten und bestimmen können, echte Aufgaben haben, Teilnahme am kulturellen und sozialen Leben.

Sicherheit: Qualifikation der Mitarbeiter auch im psychosozialen Bereich, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, gute medizinische Versorgung.

Innovation: Förderung vielfältiger, alternativer Wohn-, Betreuungs- und Lebensformen.

Vernetzung: Wechselseitige Öffnung und Begegnung der Generationen im Sozialraum (Stadtteil), institutionell und informell (Bewusstsein).

Diese Schwerpunkte hat die Arbeitsgruppe aus der Dokumentation der Dialogkonferenz herausgearbeitet. Mit Hilfe des Balanced Scorecard-Systems⁴³, einem Analyseinstrument zur Bearbeitung qualitativer Daten, wurden diese Themenbereiche und die dafür notwendigen Handlungsempfehlungen formuliert. Weil wir in einem gesellschaftlichen System leben, in dem verschiedene Einflussfaktoren wirken, sind diese Handlungsempfehlungen auch den verschiedenen Entscheidungsträgern zugeschrieben worden, und zwar sind die Erwartungen der Bürger an die Politik, an Behörden und Ämter, an die Leistungserbringer und an die Kostenträger ausgearbeitet worden. **Dabei wurden die Ergebnisse der Dialogkonferenz mit den Ergebnissen der repräsentativen und explorativen Bürgerbefragungen, bestehenden Erfahrungen, Studienergebnissen und gesellschaftspolitischen Tendenzen zusammengeführt.**

2.2.2.1 Selbstbestimmung

Die älteren, pflegebedürftigen Bürger wünschen Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Wohnformen und möchten aus dieser Auswahl eigenverantwortlich ent-

⁴³ Die Balanced-Scorecard-Tabellen sind im Anhang Nr. 9.3 aufgeführt

scheiden können. Nachfolgend sind die Erwartungen der Bürger aus den bereits erläuterten Quellen und die Handlungsempfehlungen an die Mitwirkenden zur Zielerreichung beschrieben.

Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger

Deutlich zum Ausdruck bringen die Bürger ihren Wunsch nach Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Angeboten von Wohnformen, aber auch der Wunsch nach neuen Wohnmodellen jenseits der bisherigen Angebote wird deutlich artikuliert. Dieser Hauptwunsch korrespondiert mit einer ganzen Reihe von weiteren Wünschen, die mit dem Begriff „selbstbestimmt“ verbunden werden. Diese Konnotationen zeigen einerseits, dass die Bedürfnisse aus der Sicht der befragten Bürger in den bestehenden Angeboten nicht oder nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt werden. Es zeigt andererseits auch, dass selbstbestimmtes Leben weit mehr ist, als die Auswahl zwischen unterschiedlichen Wohnformen, sondern in einen soziokulturellen Kontext eingebunden ist. Im Folgenden sind die wesentlichen Erwartungen aufgeführt:

- Entfaltung des ganz persönlichen, individuellen Lebensstils, den ein Mensch im Laufe vieler Jahre entwickelt hat und der auch im Alter gegeben ist
- Den eigenen Tagesablauf und dessen Strukturen beibehalten zu können und sich nicht bestehenden Strukturen unterzuordnen
- Anerkennung und Wertschätzung gegenüber der Vielfalt von Religionen und Weltanschauungen
- Im Alter und bei Pflegebedürftigkeit sinnstiftende Aufgaben wählen zu können, die jenseits von Beschäftigungsangeboten und tagesstrukturierenden Maßnahmen liegen
- In der Gesamtheit der Person Wertschätzung zu erfahren und nicht zum Objekt fremden Handelns zu werden
- Als selbstbestimmt handelndes Subjekt das Recht zu behalten, "Nein" zu sagen und sich nicht den „wohlmeinenden“ Überzeugungen anderer zu beugen
- Aktive Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben des Gemeinwesens
- Ein gesamtgesellschaftlicher Konsens, der das Leben als Zyklus gleichwertiger Lebensphasen begreift und nicht das Alter per se als defizitär abwertet

- Damit verbunden ist die Erwartung einer sozialen Bedeutung des Alters für die Gemeinschaft.

Im Januar 2004 veröffentlichte das Kuratorium Deutsche Altershilfe⁴⁴ die von der BHF-Bank Stiftung in Auftrag gegebene Untersuchung mit dem Titel „Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen“. Aus dieser Studie sind nachfolgend Auszüge zum Themenbereich „**Selbständigkeit und Selbstbestimmung**“ zusammengefasst.

Neben der Ermittlung der Personal- und Bewohnerstruktur, der Qualitäts- und Managementinstrumente sowie der Pflegedokumentation wurde sehr umfassend die Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen aus der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen untersucht und dabei auch Aussagen im Hinblick auf deren Selbständigkeit und Selbstbestimmung getroffen. Die Fragestellungen dazu lauteten: *„Wie können Selbstbestimmung und Selbständigkeit auch unter den Bedingungen von Hilfeabhängigkeit von Anfang an erhalten und gefördert werden? Wie können das bisher geführte Leben und die damit verbundenen Gewohnheiten beibehalten werden, wie wird darauf Rücksicht genommen?“*⁴⁵

Die wesentlichen Ergebnisse sind wegen ihrer grundlegenden Bedeutung für das Leben in stationären Pflegeeinrichtungen in kurzer Form zusammengefasst. Unter dem Titel "Einzug und Integration" werden Vorlieben und Gewohnheiten künftiger Bewohnerinnen und Bewohner behandelt, die durch das Personal erfragt wurden. Zunächst wurde deutlich, dass nicht in jeder Einrichtung nach Vorlieben und Gewohnheiten gefragt wird, da nur 60 % der Befragten dazu Angaben machten. Weiterhin bedeutet das Leben im Pflegeheim, dass „die Chance von Selbstbestimmung im Sinne der Weiterführung des bisherigen Lebens dort offensichtlich relativ gering ist“. Wenn diese Feststellung auch sicher nicht ganz überraschend ist, so muss sie doch Veranlassung geben, dass die Einrichtungen ihr Augenmerk sehr viel mehr als bisher geschehen darauf richten, dass möglichst ein Maximum an Selbstbestimmung auf-

⁴⁴ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Band 188, Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen, ISSN 0946-4859, Köln 2004

⁴⁵ ebenda, S. 156

recht erhalten bleibt. Das bedeutet letztlich, neben den baulichen Voraussetzungen (Einbettzimmer sowie Räume und Einrichtungen für die Tagesgestaltung), die Heimorganisation stets neu und gezielt daraufhin zu untersuchen, ob eine Ausweitung der Selbstbestimmung im Sinne der Qualitätsverbesserung umsetzbar ist. So finden sich z. B. zum Bereich der Wäscheversorgung und der eingeschränkten Möglichkeit, eigene kleinere Mahlzeiten zubereiten zu können (ggf. auch mit Hilfe der Angehörigen), deutliche kritische Bewertungen. Eine hieraus abgeleitete Empfehlung ist nachfolgend in diesem Kapitel unter „Handlungsempfehlungen an die Leistungserbringer“ aufgeführt.

Allerdings muss hier angefügt werden, dass der Umfang des Erhalts von Selbstbestimmung im organisatorischen Bereich letztlich auch in Abhängigkeit von der personellen Ausstattung und im baulichen Bereich von den Finanzierungsmöglichkeiten zu sehen ist. Die noch unbefriedigende Zwei-(und Mehr-) Bettzimmersituation bei Pflegeheimen stellt eine Einschränkung des Wahlrechts für künftige Bewohnerinnen und Bewohnern dar.

Bei der Tagesstrukturierung ergeben sich zwangsläufig in gewissem Umfang Abhängigkeiten von Selbständigkeit und Selbstbestimmung. Nicht jede Aktivität im Angebot des Alten- und Pflegeheimes kann (und will) von allen wahrgenommen werden. Die Studie gibt hierzu eine doch weitgehende Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohnern wieder. Als Kritikpunkt wird im Wesentlichen die Aufstehenszeit genannt. Abschließend sei noch erwähnt, dass die körperliche Selbständigkeit durch zunehmende Hilfebedürftigkeit eingeschränkt wird, doch dies hat nicht seine Ursache im Ablauf des Heimalltags. Man darf sogar annehmen, dass sie durch die weitgehende Barrierefreiheit und die dadurch gegebene bessere Anwendungsmöglichkeit von Hilfsmitteln länger erhalten bleibt, als in der häuslichen Umgebung.

Handlungsempfehlungen an die Politik

Aus den geäußerten Wünschen der Bürger werden folgende Handlungsempfehlungen für die Kommunalpolitik abgeleitet:

- Das Angebot muss für den Bürger transparent sein. Dies kann z. B. durch das Schaffen einer Datenbank, verbunden mit einer kontinuierlichen Bedarfsanalyse

geschehen. Dazu gehört auch eine aufsuchende Beratung älterer Bürger, um diesen das Angebot bekannt zu machen

- Es besteht Bedarf nach einer breiten und gut kommunizierten Angebotspalette von unterschiedlichen Wohnformen
- Die Kommunalpolitik muss die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, z. B. die Leistungserbringer motivieren, in neue Wohnformen zu investieren; sie kann außerdem stadtnahe Wohnungsgesellschaften beauftragen, selbst initiativ zu werden
- Die Kommunalpolitik muss die Entwicklung und den Ausbau der "Altersgerechten Stadt" (Verkehrsplanung, Stadtplanung, öffentlicher Nahverkehr, Begleit- und Beförderungsdienste) vorantreiben.

Handlungsempfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter

- Durch Schaffung einer Lotsenstelle (siehe 2.2.2.3, 2.2.2.4) lässt sich eine **ämter- und behördenübergreifende Kommunikationsstruktur** entwickeln
- Planungsmaßnahmen müssen sich viel mehr an den Bedürfnissen der Bürger orientieren, dazu gehören geeignete Kommunikationsstrukturen mit den Bürgern und die kontinuierliche Fortschreibung von Planungen an den sich ändernden Bedarfen
- Behörden sollten neue Angebote durch Vereinfachen der Interpretation externer Vorgaben (z. B. Brandschutz, Hygiene, etc.) unterstützen, indem sie ihren Ermessensspielraum im Sinne aller Beteiligten ausschöpfen
- Ämter und Behörden müssen die Entwicklung und den Ausbau der "Altersgerechten Stadt" (Verkehrsplanung, Stadtplanung, öffentlicher Nahverkehr, Begleit- und Beförderungsdienste) im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützen
- Ämter und Behörden sollten stadtteilorientierte Kulturangebote, auch in den schon bestehenden Einrichtungen unterstützen und bei deren Ausbau eine aktive Rolle übernehmen, sowie die Vernetzung aller Angebote ermöglichen.

Handlungsempfehlungen an die Leistungserbringer

Die Leistungserbringer sollten

- zeitnah bedarfsorientierte Angebote entwickeln, die den veränderten Bedürfnissen des Bürgers entsprechen und unter denen er auswählen kann, z. B. die

- Möglichkeit des individuellen morgendlichen Aufstehens oder der Mittagsruhe und des Zubettgehens, flexible Essenszeiten und die Möglichkeit, eigene kleinere Mahlzeiten zubereiten zu können (ggf. auch mit Hilfe der Angehörigen)
- selbstbestimmte und variable Alltagsgestaltung ermöglichen, z. B. durch Veränderung von Pflegekonzepten und Arbeitszeitmodellen. Die Strukturen der Einrichtungen orientieren sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer
 - ihre Erfahrungen und ihr Wissen in das Entwickeln von bedarfsorientierten Konzepten einbringen, kreativ eine Vielzahl von Modellprojekten schaffen und diese erproben
 - ihre kulturellen Angebote unter wesentlicher Beteiligung der Bewohner ausweiten
 - sich als treibende Kraft sehen, bürgerschaftliche Initiativen zu fördern und zu fordern.

Handlungsempfehlungen an die Kostenträger

Die Kostenträger sollten

- ihre Finanzierungssysteme flexibler gestalten und die Förderung von besonderen Vorhaben durch unbürokratische Maßnahmen unterstützen
- Kosten für erweiterte Betreuungsleistungen im Sinne der Selbstbestimmung in den Leistungskatalogen berücksichtigen
- die bestehenden Vergütungsregelungen flexibilisieren und bedarfsgerecht anpassen.

Messgrößen⁴⁶

Durch die Festlegung des Zielerreichungsgrades kann überprüft werden, ob die Erwartungen der Bürger und der Beteiligten sich erfüllt haben. Dazu gibt es verschiedene Möglichkeiten der Erfassung:

- Um die Zufriedenheit mit bestehenden und neuen Angeboten zu erheben, wären kontinuierlich durchzuführende Bürgerbefragungen und Fallzahlerhebungen sinnvoll.

⁴⁶ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: Die Festlegung des Zielerreichungsgrades sollte durch eine neutrale Stelle erfolgen. Mit der Abfrage von Einschätzungen (Skala) zu den Erwartungshaltungen kann der Zielerreichungsgrad dann überprüft werden.

- Auf Seiten der Leistungsanbieter sollten Messgrößen für wirtschaftliches Handeln entwickelt und angewandt werden.

Sonstiges

Das Umsetzen erfordert auch die Innovationsbereitschaft aller Beteiligten, d. h. wenn Selbstbestimmtheit mehr sein soll als ein Postulat ohne Inhalt, dann bedarf es eines Umdenkens. Die bestehenden Strukturen müssen im Sinne eines klientenorientierten Handelns verändert werden. Die beteiligten Akteure sollten „über den Tellerrand der eigenen Befindlichkeit schauen“ können und sich nicht scheuen, Neuland zu betreten.

Auf eine immanente Gefahr muss in diesem Zusammenhang auch hingewiesen werden: Ein klientenorientiertes Handeln im Sinne von mehr Selbstbestimmtheit führt zu einer umfangreichen Sammlung an personenbezogenen Daten. Hier muss unbedingt sichergestellt sein, dass jegliche indiskrete Handhabung von biografischen Daten wirkungsvoll verhindert wird. Da viele Handlungsebenen weit über den direkten lokalen Bereich hinausgehen, ist das Betreiben anderer politischer Ebenen (Landes-, Bundes-, Europapolitik) sinnvoll und könnte eine unterstützende und begleitende Wirkung haben.

Ergänzende Hinweise zur Selbstbestimmung:

Im Entwurf einer Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen heißt es im ARTIKEL 1: MENSCHENWÜRDE UND SELBSTBESTIMMUNG: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.“ Dieses Recht ergibt sich bereits aus den Grundrechten des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland.⁴⁷

Die amerikanische „Independent Living“ Bewegung beschreibt ihr Verständnis von Selbstbestimmtes leben so: "Selbstbestimmtes leben heißt, Kontrolle über das eigene Leben zu haben, basierend auf einer Wahlmöglichkeit zwischen akzeptablen Alternativen, die die Abhängigkeit von den Entscheidungen anderer bei der Bewältigung des Alltags minimieren. Das schließt das Recht ein, seine eigenen Angelegenheiten

⁴⁷ Die Grundrechte sind in den Artikeln 1 bis 19 des Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1) zuletzt geändert durch Änderungsgesetz vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2863) aufgeführt

selbst regeln zu können, an dem öffentlichen Leben der Gemeinde teilzunehmen, verschiedenste soziale Rollen wahrnehmen zu können, um Entscheidungen fällen zu können, ohne dabei in eine psychologische oder körperliche Abhängigkeit anderer zu geraten. Unabhängigkeit ist ein relatives Konzept, das jeder für sich bestimmen muss." Was folgert daraus:

- Selbstbestimmung ist kein Modell oder Programm mit vorgegebenem Inhalt
- Selbstbestimmung ist ein Prozess, der von Person zu Person verschieden ist
- Selbstbestimmung ist sowohl personenzentriert als auch personengeleitet
- Selbstbestimmung ist die Entscheidungsfreiheit des einzelnen Individuums
- Selbstbestimmung beinhaltet eine Werthaltung gegenüber dem Einzelnen

Jeder, der Selbstbestimmung im Alter einfordert, muss sich bei der Umsetzung an diesen Maßstäben messen lassen, wenn er nicht die Gefahr des Scheiterns in Kauf nehmen möchte. Zur Selbstbestimmung gehört ganz wesentlich auch die Entscheidung über Art und Form des Wohnens. Wohnen gehört mit zu den existenziellen Grundbedürfnissen des Lebens. Die eigenen vier Wände vermitteln nicht nur Sicherheit und Geborgenheit; sie prägen weitgehend die Lebensqualität. Die Wohnqualität bildet die Basis dafür, sein Leben selbstständig und eigenverantwortlich gestalten zu können und somit an der Gesellschaft teilzunehmen. Selbstbestimmt leben heißt vor allem selbstständig wohnen, in der gewohnten Umgebung mit den gewachsenen sozialen Kontakten. Es heißt auch, die Wahl zu haben, in welcher Wohnform man im Alter leben will. Menschen verbringen mit zunehmendem Alter immer mehr Zeit in ihrer Wohnung. Hierzu muss die Wohnung an die jeweiligen Lebensbedürfnisse angepasst werden, damit Menschen in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können - möglichst in jeder Lebenssituation.

Die Menschen werden immer älter und die Lebenserwartung steigt kontinuierlich weiter an. Die heute Dreißigjährigen werden zu einer Generation gehören, in der Frauen im Durchschnitt ihren 90sten und Männer ihren 86sten Geburtstag erleben werden. Dank des medizinische Fortschritts, gesünderer Lebensweise und einer verbesserten Versorgung in der Altenpflege können viele ältere Menschen einen Großteil dieser Zeit aktiv verleben. Deshalb gilt es auch, neue Wohnformen zu entwickeln und die ambulanten Hilfsangebote zu vernetzen. Sie müssen den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen und gleichzeitig eine möglichst lange selbstständige Lebensfüh-

rung unterstützen. Der alte Mensch darf nicht nur auf die bisherigen Angebote verwiesen werden. Zur Nutzung vorhandener und neu entstehender Angebote gehört aber wesentlich auch die Information darüber, in Form von Infopools, die allen Interessierten leicht und einfach zugänglich sind, in Form von Beratungsstellen, die dezentral gegliedert sind oder auch in Form von Lotsendiensten, die bei der Installation neuer Angebote unterstützend begleiten. Wenn alle Beteiligten sich in einer aktiven Zusammenarbeit einbringen, dann ist dies nicht nur für alte Menschen bereichernd, sondern führt zu einer Steigerung der Lebensqualität im gesamten Gemeinwesen.

Die vorstehend genannten Empfehlungen veranschaulichen, welche umfassenden Handlungsansätze auf den verschiedenen Ebenen der Zuständigkeit gegeben sind. Darüber hinaus ist denkbar, dass über neue Projekte zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Europäischer Sozialfonds/Sponsoring) zu erschließen sind.

2.2.2.2 Sicherheit

Sicherheit ist ein zentrales Anliegen bei Menschen der Dritten Generation. Es geht hierbei vor allem um das Thema der Versorgungssicherheit. Nachfolgend sind die Erwartungen der Bürger aus den bereits erläuterten Quellen und die Handlungsempfehlungen an die Mitwirkenden zur Zielerreichung beschrieben.

Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger

Mit dem Wunsch nach Versorgungssicherheit erwarten die Bürger eine qualifizierte Versorgung durch qualifizierte Anbieter.

Handlungsempfehlungen an die Politik

Aus den geäußerten Wünschen der Bürger wird als Handlungsempfehlung für die Kommunalpolitik abgeleitet: Das Schaffen von klaren, nachvollziehbaren und vor allem wirksamen Rahmenbedingungen. Hierbei sollen die Erkenntnisse aus den Berichten der Sachverständigen auf der Bundesebene Berücksichtigung finden. Zusätzlich sollen unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich der Altenpflege geschaffen bzw. erhalten werden.

Handlungsempfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter

Das Weiterentwickeln von praktikablen Überprüfungs- und Messkriterien für die Arbeit in der Altenpflege. Versorgungsverträge sollten auf der Grundlage von Qualitätsvereinbarungen geschlossen werden.

Handlungsempfehlungen an die Leistungserbringer

Die kontinuierliche Umsetzung von Verbesserungen in den Arbeitsprozessen und im Qualitätsmanagement, z. B. durch Fort- und Weiterbildungen. Die kontinuierliche Personalentwicklung (Fort- und Weiterbildung etc.) mit dem Ziel der Motivationssteigerung. Seniorinnen und Senioren erwarten genauso wie das Personal in einem Altenpflegeheim im Wesentlichen Wertschätzung, das Miteinander reden, informiert werden und Hilfe beim Einfinden in neue Situationen.

Handlungsempfehlungen an die Kostenträger

Es müssen Refinanzierungsmöglichkeiten durch die Kostenträger zum Aufbau und Erhalt der Angebote sichergestellt werden. Auch müssen Möglichkeiten für die finanzielle Förderung von Entwicklungs-, bzw. Modellprojekten geschaffen werden.

Messgrößen

Nicht vergessen werden sollte die Festlegung des Zielerreichungsgrades, um festzustellen, ob die Erwartungen der Bürger und der Beteiligten sich erfüllt haben. Dies kann u. a. erreicht werden mit Überprüfungsverfahren der Leistungsangebote durch unabhängige Dritte, dem Entwickeln und Festlegen von Kennzahlen (z. B. Qualifizierungsniveau).

Sonstiges

Die Weiterentwicklung von Expertenstandards. Der Ausbau der geriatrischen Schlüsselqualifikation für Hausärzte. Eine Schwerpunktbildung sollte hier gefördert werden.

Ergänzende Hinweise zur Sicherheit = Versorgungssicherheit

Im Vordergrund stehen hierbei die Rahmenbedingungen (Strukturqualität), die Sicherheit von Abläufen (Prozessqualität) und die Zufriedenheit (Ergebnisqualität). Es wird zukünftig immer wichtiger werden, sogenannte „Expertenstandards“ zu entwi-

ckeln und zu implementieren. Beispielsweise bei ambulant betreuten Wohngemeinschaften zeigt sich ein Regelungsbedarf. Hier gibt es noch keine definierten Standards zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit und zur Qualitätssicherung. Diese Wohngemeinschaften bewegen sich rechtlich in einem Bereich, wo keine spezifischen gesetzlichen Vorgaben existieren, wie die Leistungsqualität sichergestellt und kontrolliert werden soll. Auf der anderen Seite leiden die stationären Einrichtungen an der Summe und der Vielfalt von externen Vorgaben („Kasseler Katalog“⁴⁸). Der Bereich der stationären Einrichtungen gehört inzwischen zu den meist reglementierten Arbeitsbereichen in der Bundesrepublik.

Versorgungssicherheit bedeutet möglichst ortsnahe und effiziente Versorgungsangebote bis hin zu einer größtmöglichen Kontinuität der Leistungserbringer und der für sie handelnden Personen. Der ältere Mensch wird noch mehr als der jüngere darauf angewiesen sein, dass vor allem in seinem häuslichen Bereich eine Vertrauensbasis vorhanden ist, um seine Privatsphäre geschützt zu wissen. Dies betrifft ähnlich aber auch teil- und vollstationäre Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens.

Für diese Aufgabenstellung ist es erforderlich, dass die vorhandenen Dienstleistungen und ihre jeweiligen Rahmenbedingungen (Versorgungs-, Leistungs-, Vergütungs-, Qualitätssicherungs- und Beratungsverträge) kontinuierlich verbessert und ggf. bedarfsmäßig ausgebaut werden. Der Auf- bzw. Ausbau von Netzwerken im weiteren Sinne gehört ebenfalls unterstützend dazu. Das von der Bundesregierung angestrebte Präventionsgesetz (u. a. Prävention, Gesundheitsförderung und -schutz, Selbsthilfe) könnte auch an dieser Stelle wirksam werden.

Zur Sicherheit gehört natürlich auch die Möglichkeit der älteren und häufig geh- und sehbehinderten Menschen einer möglichst guten Versorgung für die Dinge des täglichen Bedarfs. Hier ist die Entwicklung inzwischen im Hinblick auf die sich mehr und mehr ausdünnende Zahl und Vielfalt der wohnungsnah gelegenen Geschäfte sehr

⁴⁸ Im Jahre 2002 wurden die Anforderungen staatlicher Behörden an Anbieter von Pflegedienstleistungen am Beispiel eines Kooperationsmodells zwischen staatlicher Aufsicht und Anbietern von Pflegedienstleistungen im Regierungsbezirk Kassel veröffentlicht. In diesem „Kasseler Katalog“ sind die 1999 geltenden gesetzlichen Anforderungen auf 111 Seiten zusammengestellt. Sie reichen von Bestimmungen zum Mutterschutz und Arbeitsschutz, der Lebensmittel-, Raum-, Personal- und Abfallhygiene bis hin zur technischen Sicherheit. Neben diesem ordnungsrechtlichen Instrumentarium gilt die Verpflichtung zur Qualität und internen Qualitätssicherung. Das Pflege-Versicherungsgesetz (§§ 80, 112) verpflichtet Pflegeheime dazu, sich an Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zu beteiligen. Das zum 1. Januar 2002 in Kraft getretene Pflege-Qualitätssicherungsgesetz hat die Verpflichtung zur Qualität noch einmal unterstrichen. Gemäß § 114 SGB XI ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zuständig. Er wird im Auftrag der Pflegekassen tätig. (www.mds-ev.de)

bedenklich geworden. Es ist zu erwarten, dass daraus ein ansteigender Unterstützungsbedarf erwachsen wird.

2.2.2.3 Innovation

Die Anregung aus der Dialogkonferenz zum Themenschwerpunkt **Innovation (im Sinne von Verbesserung)** beinhaltet die Teilaspekte:

- Individualisierung und Flexibilität
- Öffentlichkeitsarbeit und Information
- Empowerment

Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger

Bürger erwarten vielfach die optimale Pflege für den kleinen Geldbeutel, d. h. dass ein individueller Bedarf ermittelt und zeitnah durch Konzepte und Angebote (insbesondere für Menschen mit Demenz) mit entsprechender Qualität gedeckt wird. Das kann zur Konsequenz haben, dass bestimmte Konzepte, Angebote und Qualitätskriterien für "den kleinen Geldbeutel" nicht mehr bezahlbar sein werden. In Großstädten leben zudem viele Menschen bis ins hohe Lebensalter allein in ihren Wohnungen. Häufig ist nicht sichergestellt, dass Angehörige die pflegerische Versorgung übernehmen. Oft sind auch ältere Menschen und/oder ihre Angehörigen mit der häuslichen Situation überfordert. Es wird deshalb im Sinne der Fürsorge vom Staat erwartet, dass er diese Versorgungslücke schließt. In den letzten Jahren wurde allerdings sehr deutlich, dass der Staat diese Fürsorge zukünftig nicht mehr leisten kann. Die Pflegeversicherung ist eindeutig eine Teilkaskoversicherung und daran wird sich auch zukünftig nichts verändern.

Innovativ sind die Anregungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Dialogkonferenz dahingehend, dass sich bestehende Strukturen um Pflege und Versorgung lösen sollen und die Umbildung in Richtung Sozialzentren, eine Öffnung und Vernetzung mit dem Stadtteil, die Senkung der Hemmschwelle fürs Ehrenamt erfolgen sollte. Bürger möchten sich selbstbestimmt engagieren, mitgestalten und mitbestimmen. Sie wünschen sich vielfach mehr Offenheit für Neues, z. B. neue Pflegemodelle und die Aufgeschlossenheit für Vorschläge von außen; weniger institutionsorientierte Handlungen. Eine neue Bewertung, Vernetzung und Transparenz wird vorgeschla-

gen, die stärker an den Lebenswelten der älteren Generationen orientiert ist und Kinder, Vereine, Hausaufgabenhilfe etc. mit einbezieht. Der Bedarf an andere Wohnmöglichkeiten mit mehr Individualität wird formuliert wie intergeneratives Wohnen, kleine Wohngruppen in Altenpflegeheimen, Betreutes Wohnen (eigene Wohnung mit der Möglichkeit, bestimmte Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu können), Wohn- und Pflegearrangements (Pflegeketten), Wohngruppen oder Wohngemeinschaften.

Handlungsempfehlungen an Politik und Verwaltung

Bisher wurden in unserem Sozialstaat Wirtschafts- und Sozialpolitik voneinander getrennt. Heute werden zunehmend stärker die Wechselwirkungen von Wirtschafts- und Sozialpolitik thematisiert, insbesondere der wirtschaftliche Wert sozialpolitischer Maßnahmen. In einer neuen Kultur der Sozialpolitik und damit der Sozialplanung steigen die Bedeutung privatwirtschaftlicher Partner und die Bedeutung von weniger stark formalisierten und institutionalisierten Partnerschaften. Diese Veränderungen erfordern einen Paradigmenwechsel. Besonders wichtig ist die Anpassung der Verwaltungsstrukturen an diese neue Denkweise. Zukünftig geht es um mehr zivilgesellschaftliche Verantwortung. Die Kommune wirkt eher als Regulator und Gewährleister. Mit mehr Eigenverantwortung ist nicht allein die Aufwertung von Bürgerkompetenz gemeint, sondern die Risikobereitschaft als individueller, sozialer Unternehmer den Wettbewerb aufzunehmen. Risiken für den Staat liegen bei der Abgabe von Macht an Markt und Bürger in der Kommerzialisierung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft ohne lokale Einbindung und Kontrolle. Weitere Risiken sind die Aufwertung starker Interessengruppen und dem damit verbundenen Schaden für die schwachen Gruppen. Chancen liegen in der Entwicklung neuer Partnerschaften und Kooperationsformen, im Aufbau von Vertrauen und geteilter Leitorientierung. Dieser visionäre aber nicht unrealistische Blick in eine mögliche Zukunft der Altenpolitik ist in kleinen Schritten gangbar. Eine partizipative Altersplanung trägt dazu bei.

In Stadtteilnetzwerken könnten sich beispielsweise jüngere und ältere Menschen entsprechend ihrer Kenntnisse, Erfahrungen und Interessen einbringen. Dazu zählen neben alleinstehenden Menschen auch ältere Migranten und Menschen mit

Behinderungen. Wesentliche Ziele dieser Netzwerke sind der Erhalt einer selbstständigen Lebensführung, die Förderung von Integration, die Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfe sowie die Unterstützung von ehrenamtlicher Arbeit und altersgerechter Beschäftigung. Die Kompetenz und Fachlichkeit von Bürgern und Angehörigen können für bestehende Altenpflegeeinrichtungen neue Perspektiven öffnen und finanzielle Kooperationen mit Dritten sicherlich erfolgreich sein. Hier müssen auch gesetzliche Rahmenbedingungen neu gestaltet werden. Die Herausforderung, diese Menschen zu erreichen und auf die geschaffenen Angebote aufmerksam zu machen, ist allerdings sehr groß, weil die Menschen gerade in Großstädten zurückgezogen leben, häufig kontaktarm sind und Berührungsängste haben. Die Handlungsempfehlungen lauten im Einzelnen:

- Die Arbeitsgruppe regt an, die verschiedenen gesellschaftlichen Kräfte zusammenzuführen und den Prozess zu moderieren. Die Absicht wäre, einen Typ von Partnerschaften mit geteilter Leitorientierung mehr Dialog und Vertrauen zu entwickeln, eine soziale Netzwerkarbeit und damit neue soziale Systeme zu schaffen. Diese Systeme funktionieren in erster Linie über ihre Kommunikationsprozesse. Dazu gehören Organisations- und Kommunikationsstrukturen, das Festlegen von Verantwortlichkeiten und Transparenz. Des Weiteren gilt es, Kompetenzen, Vereinbarungen und Problemstellungen gemeinsam zu formulieren, Ziele zu definieren und Erfolgskriterien ebenso wie Kontrollinstrumente gemeinsam festzulegen. Damit wird das „Rad nicht neu erfunden“, sondern es werden „mehr und andere Leute mit ins Boot geholt“. In der Dialogkonferenz war der Wunsch der Bürger und der Interessengruppen nach Teilhabe an der Entwicklung der Zukunft der Alten sehr deutlich. Das zeigt vorhandene Ressourcen in der Bürgerschaft. Ein Beispiel ist die Initiative „Alte für Frankfurt“. Es gilt, Netzwerke von Bürgern auch außerhalb der bestehenden geschlossenen Systeme zu unterstützen.

Ein weiteres Beispiel für neue Partnerschaften: Die BHF-Bank Stiftung hat im Jahr 2005 eine Studie zum Thema „Psychopharmaka in Altenpflegeheimen“⁴⁹ erstellt. Die Ergebnisse einer interdisziplinären Untersuchung unter gerontopsychi-

⁴⁹ „Psychopharmaka im Altenpflegeheim“ eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte, gefördert von der BHF-Bank-Stiftung, Frankfurt am Main. www.Bhf-Bank-Stiftung.de

atrischen, ethischen und juristischen Aspekten zeigen viele Handlungsempfehlungen für stationäre Einrichtungen auf. Das Thema ist hochaktuell. Leistungserbringer könnten in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Unterstützungen durch die Kommune und die Wissenschaften die in dieser Studie vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen für ihre Altenpflegeeinrichtungen nutzen.

- Eine weitere Empfehlung ist die auch unter 2.2.2.1 und 2.2.2.4 aufgeführte Lotsenstelle mit einer ämter- und behördenübergreifenden Kommunikationsstruktur, die aufgrund ihrer Bedeutung im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Information dem Dezernenten für Soziales und Jugend direkt zugeordnet werden sollte. Gemeint ist eine Stelle, die Informationen von verschiedenen Institutionen und Behörden, Leistungserbringern, Bürgerinitiativen etc. sammelt und an Bürger, Leistungserbringer und Ämter weitergibt, die Kontakte mit Wissensträgern pflegt und Anregungen weitervermittelt, Ansprechpartner für Bürger ist und als verwaltungsinterne Koordinierungsstelle fungiert, steuernd eingreift und Lotsenfunktion für orientierungssuchende Innovatoren darstellt. Der Aufgabenbereich dieser Stelle ist genereller Natur und nicht nur auf Fragen der stationären Altenhilfe festgelegt. Der Stelleninhaber sollte Sachkompetenz in Fragen der Altenpolitik besitzen und neben Handlungs- auch mit Entscheidungskompetenz ausgestattet sein.

Bereits im Sachstandsbericht: „Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001“⁵⁰ ist auf Seite 166 die Einrichtung einer „Leitstelle Älterwerden“ für die Stadt Frankfurt am Main angesprochen worden. Der Bedarf einer solchen Leit- oder Lotsenstelle wird auch im Teilbericht⁵¹ skizziert.

- Die Beobachtungen in der Praxis zeigen, dass die Akteure im Bereich der Altenhilfe häufig nichts voneinander wissen. Eine Verbesserung der Vernetzung von Experten ist daher wichtig, z. B. „Ein runder Tisch Pflege“ mit Pflegekräften, Ärzten, Apothekern, Betroffenen, zukünftig Nichtbetroffenen und Angehörigen.
- Für die zukünftige Altenpolitik sind dauerhaft Finanzmittel im städtischen Haushalt bereitzustellen, beispielsweise in Form eines Innovationsfonds für die Senioren-

⁵⁰ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe: Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 4, 1. Auflage, Frankfurt am Main Oktober 2003

⁵¹ „Beteiligung der Frankfurter Bürgerinnen und Bürger 50+ an kommunalen Prozessen“ von Heiner Michel, Teilbericht I

arbeit in Frankfurt am Main, u. a. mit einem Budget für ältere Menschen in stationären Einrichtungen und für Menschen mit Demenz sowie für die Verstärkung des stationären Sofortprogramms zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung.

- „best-practice“ – Beispiele auf dem Gebiet neuer Wohnformen und alternativer Konzepte in stationären Einrichtungen können als kommunale Projekte ausgeschrieben und in Kooperationen mit Wohnungsgesellschaften ausprobiert und bewertet werden. In Nordrhein-Westfalen gibt es verschiedene Wohnungsgesellschaften und Kommunen sowie die Verbraucherberatung, die sich bereits mit dem Thema Wohnen für ältere Mieter befasst und Beratungs- und Wohnkonzepte entwickelt haben.⁵² Es ist zu vermuten, dass die meisten der älteren Menschen im Pflegefall in ihrem Eigenheim oder in ihrer eigenen Wohnung verbleiben wollen und eher wenige Menschen neue Wohnformen ausprobieren wollen. Besonders wichtig ist es, Werbung für neue Wohnformen und alternative Konzepte in stationären Einrichtungen zu machen, damit sich ältere Menschen mit diesem Thema auseinandersetzen und das Wohnen im Alter mehr ins Bewusstsein der Gesellschaft rückt. Ebenso könnten vertiefenden Studien zu Einzelfragen der Altenhilfe⁵³ in Auftrag gegeben werden oder Empfehlungen aus erfolgreichen Studien aufgegriffen und in Frankfurter Altenpflegeheimen umgesetzt werden.
- Zu einer guten Altenpolitik gehört auch Entbürokratisierung, die „Entschlackung von reglementierenden Vorgaben“. Mit Ämtern und Behörden können Leistungserbringer, Bürger etc. bekanntlich effizienter zusammenarbeiten, wenn die innovationshemmende Atomisierung (detailfreudige Aufsplitterung) der Verantwortlichkeit reduziert ist. Dazu zählt auch, dass wiederkehrende Abläufe bürgerfreundlich organisiert sind, flexibel auf Nachfragen reagiert wird und Informationen zeitnah

⁵² Dokumentation der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. zum Bundeskongress „Wohnen der Zukunft – modernes Leben im Alter“, der am 23.08.2005 in Berlin stattfand, siehe www.fgg.uni-dortmund.de

⁵³ Hierzu eine Anregung der Universität Wien: Gesundheit, materielle Sicherheit und soziale Unterstützung sind die ausschlaggebenden Faktoren für die Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Das ist das Ergebnis der „European Study of Well-Being“, die in sechs Europäischen Ländern (Großbritannien, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Schweden und Österreich) durchgeführt wurde (www.univie.ac.at/ESAW/). Es wäre nun interessant, zu erforschen, welche Kompetenzen ältere Menschen haben müssen, um erfolgreich mit Verlusten umgehen und neue Beziehungen aufbauen zu können. Mit diesem Wissen könnte man spezielle Kompetenztrainings für ältere Personen entwickeln und durchführen

und an alle Beteiligten transportiert werden. (Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit)

- Ein weiterer wichtiger Bereich ist die regelhafte anonyme Datenerhebung zu Altenpflegeeinrichtungen (durch eine externe Einrichtungen, wie sie bereits in diesem Bericht begonnen wurde, und ein zeitnahes Berichtswesen an die beteiligten Leistungserbringer siehe 2.1.). Relevante Daten zur Ist-Analyse der stationären Einrichtungen beziehen sich u. a. auf Ausstattung, Kapazität und Belegung, auf spezielle Angebote sowie auf die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter. Diese Darstellung der aktuellen Entwicklung deckt beispielsweise Bedarfe auf und schafft Planungssicherheit. Die Einführung von Benchmarks erleichtern die Erfassung der Ist-Situation, den Vergleich und die weitere Zielbestimmung. Ein Daten- und Dokumentenkataster zur Situation älterer Menschen ist bereits im „Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001“⁵⁴ auf Seite 149 ff empfohlen worden.

Handlungsempfehlungen an die Leistungserbringer

Pflege bedeutet in erster Linie Begegnung mit anderen Menschen. Das Alter der Menschen bei der Heimaufnahme ist hoch und die Verweildauer wird immer kürzer. Zudem ist ihr Gesundheitszustand schlecht. Kaum jemand geht „freiwillig“ in ein Altenpflegeheim (siehe Ergebnis der Bürgerbefragungen zum Ruf der stationären Einrichtungen). Häufig haben die Menschen schon jahrzehntelang allein gelebt. Das bedeutet mitunter, dass die sozialen Kontakte im Vergleich zu Daheim (Alleinsein, evtl. Isolation aufgrund psychischer oder physischer Veränderungen und Erkrankungen) im Altenpflegeheim gestärkt bzw. neu aufgebaut werden müssen (z. B. Besucherdienste). Für demenziell Erkrankte sind neben eindeutigen Diagnosen, eine gute pflegfachliche und fachärztliche Betreuung für das Leben in der Gemeinschaft sehr wichtig. Es müssen genügend Plätze und damit Wahlmöglichkeiten für Menschen zur Verfügung stehen, die nicht mehr zu Hause zu versorgen sind. Alte Menschen möchten in der Regel auch im Heim eine echte Aufgabe haben, ein Alltagsleben.

⁵⁴ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe: Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 4, 1. Auflage, Frankfurt am Main Oktober 2003

Die Aufgabe der Leistungserbringer ist es, kostendeckend zu arbeiten, d. h. dass sie gute Marktanalysen und ausgereifte bzw. erprobte Konzepte brauchen, um Entwicklungen finanziell umsetzen zu können. Altenpflegeheime sind Unternehmen, die mit immer mehr Konkurrenz am Pflegemarkt rechnen müssen. Transparenz der Kosten (z. B. als Reaktion auf den grauen Markt) und Qualitätsmessungen werden immer wichtiger.

Die Handlungsempfehlungen lauten im Einzelnen:

- Leistungserbringer haben eine Fürsorgeverpflichtung, die sog. Garantenstellung, gegenüber dem Bewohner nach dem Heimvertrag. Als Unternehmen, das am Markt mit dem Angebot der Nachfrage entspricht, müssen sie auf aktuelle Bedarfe auch adäquat reagieren, beispielsweise mit Einzelzimmerangeboten, Wohngruppen für Menschen mit Demenz oder flexiblen Versorgungsangeboten im Alltag, die auf die Bedürfnisse der Bewohner zugeschnitten sind. Milieugestaltung, eine an den Bewohnern orientierte Umfeldgestaltung im Altenpflegeheim, ist ein Wunsch für die Zukunft. Gerade die zukünftigen Generationen der Älteren möchten offenbar eine möglichst geringe Einschränkung ihrer Selbstbestimmung, der Bewahrung des eigenen Lebensstils, und damit ihres Handlungsspielraums durch die Institution. Zu den Lösungsvorschlägen zählt die ausreichende Zeitspanne für die Einnahme der Mahlzeiten (flexible und variable Essenangebote), Angebote für den Abend (Weinstube, Kino, saisonale Veranstaltungen wie Fastnacht) oder Angebote im Bereich der Prophylaxe (Sturzprophylaxe, aktivierende Pflege). Selbstbestimmung impliziert neben dem Recht auf Information und Zustimmungsmöglichkeiten auch die Wahlmöglichkeit zwischen Alternativen, Akzeptanz der eigenen Persönlichkeit, die Möglichkeit der sozialen Kontakte oder das Recht auf Abwehr ungewollter Nähe. Einen Konflikt wird es immer geben: Pflege in einer stationären Einrichtung kann nicht nur helfend oder lindernd sein, sie ist zwangsläufig immer auch ein Stück weit einschränkend. Hier gilt es, diese Einschränkungen gering zu halten.

- Den Leistungserbringern obliegt es, Bedarfsdaten zu aktualisieren und zeitnah darauf zu reagieren, Bewohner, Bürger zu informieren und ihnen eine Orientierungshilfe zu geben, Kooperationen mit anderen Einrichtungen (etwa bei der Bestellung von Möbeln, Hilfsmitteln oder medizinisch-pflegerischer Bedarfe) zu knüpfen und Kostenträger einzubinden. Innovation ist mit Entwicklungs- und Veränderungsprozessen verbunden und beinhaltet Selbstkritik, die Verbesserung der internen Kommunikation in horizontaler und vertikaler Richtung, das Eingehen von Kooperationen, externe Fachberatungen im Bereich der Organisationsentwicklung (d. h. Außensicht mit einbeziehen), Qualitätsentwicklung, sich von bestehenden Strukturen zu trennen und beispielsweise Prozessabläufe neu zu gestalten.
- Im Rahmen der Personalentwicklung ist eine Verbesserung der Leistungs- und Arbeitsbedingungen notwendig. Die Bewohner brauchen neue Angebote und auf Biografie und Beziehung aufbauende Pflegekonzepte. Für die Mitarbeiter sind innerbetriebliche Fortbildungen⁵⁵ und die Implementierung des Gelernten in die tägliche Pflegeleistung bedeutsam. Dazu zählen auch flexible Arbeitszeitmodelle oder die psychische Betreuung der Mitarbeiter. Heime brauchen eine konstruktive, partnerschaftliche und damit lernförderliche Informations- und Kommunikationskultur (horizontal und vertikal). Wichtig für die Medikation beim Bewohner ist die Kooperation zwischen Pflegepersonal (als Verhaltensbeobachter) und den Ärzten (als Verordnende). Die Einführung systematischer Qualitätssicherungs- und -entwicklungsverfahren erleichtert die Aufgabenerfüllung und zeigen Innovationen nach außen und innen. Die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten (Heimbeiräte und Angehörige, Kostenträger, andere Behörden wie Heimaufsicht oder Bauverwaltung, anderen Leistungserbringer und Bürgerinnen und Bürger) wird angeregt, damit gemeinsame Ziele definiert und kostengünstig und zielgerichtet umgesetzt werden können.
- Pflege sollte ohne verletzende Übergriffe stattfinden, d. h. Mitarbeiter benötigen Kompetenz in verbaler und nonverbaler Kommunikation. **Eine wesentliche Aufgabe in der Personalentwicklung ist die Sicherstellung eines harmonischen**

⁵⁵ § 8 Heimpersonalverordnung besagt, dass der Träger verpflichtet ist, dem Leiter des Heims und den Beschäftigten berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen zu ermöglichen

Zusammenwirkens von Bewohnerinnen und Bewohnern mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (siehe Anhang 9.10). Fort- und Weiterbildungen gelten als „training on the job“ als sehr effizient. Die Anwendung des Neugelerten ist sicherzustellen. Gerade für die Pflege und Betreuung der Menschen mit Demenz sind Schulungen des Personals wichtig, damit sie mit störende Verhaltensweisen und Stress bei sich und beim Bewohner umgehen können. Die gerontopsychiatrische Zusatzausbildung wird immer wichtiger. Weiterbildungen der Pflegekräfte im therapeutischen Verständnis sind auch in der Weise wichtig, weil Pflegekräfte die Regie führen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern. Neben der fachlichen Kompetenz wird die Bewältigung des Alltags in einem Altenpflegeheim immer wichtiger. Hier sollten sich neue Gedankenwelten bei der professionellen Pflege eröffnen.

Das Wohl der Mitarbeiter ist genauso wichtig wie das der Bewohner. Eine Empfehlung wären Trainings für ein moralisch gutes Klima in den Einrichtungen durch Externe. Pflegekräfte gehen oft bis an die Grenze ihres Leistungsvermögens und trotzdem hat ihr Beruf ein schlechtes Image. Von großer Bedeutung sind Supervisionen und Coaching-Angebote für die Selbstreflexion der Pflegekräfte. Die Interpretation von Außen in diesen Prozessen ist genauso wichtig wie die Unterstützung innerhalb der Einrichtung durch die Vorgesetzten.

- Die Pflegekräfte sollten ihre pflegerische Kompetenz und Position in der Öffentlichkeit darstellen, um dem derzeitigen Image entgegenzuwirken. Wichtig ist die Diskussion der Frage: Ist Pflegewissenschaft allübergreifend oder sieht sie auch arbeitsteilige Argumente in neuen Professionen und im Selbsthilfepotential.
- Die Integration und Wertschätzung der Ehrenamtlichen und Angehörigen ist ein weiterer wichtiger Aspekt. In der Dialogkonferenz wurde zudem immer wieder angeregt, dass das Image der Einrichtungen verbessert wird, sich die Beteiligten besser vernetzen und Einrichtungen sich dem Stadtteil gegenüber öffnen, beispielsweise indem Sie einen Mittagstisch oder Programme wie das Tanzcafé auch für die Nachbarschaft anbieten.
- Die Selbsthilfepotentiale der Bewohner und der Angehörigen sind zu mobilisieren, zu unterstützen und abzusichern. Für Angehörige sind Angebote zur psychischen

Entlastung anzubieten, die durch die Pflege von Demenzkranken oder depressiven Menschen entstehen können.

Angebote orientieren sich bestenfalls an dem, was die Betroffenen und ihre Angehörigen tatsächlich wollen und brauchen, d. h. sie müssen gefragt werden.

Handlungsempfehlungen an die Kostenträger

Im Hinblick auf die aktuelle und zukünftige Situation in der Pflege müssen Pflegekassen und Sozialhilfeträger und nicht zuletzt der Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene erweiterte Rahmenbedingungen schaffen. Neuen Wohnformen; Mitarbeiterqualifikation oder Konzepte zur Betreuung von Menschen mit Demenz können in dem notwendigen Umfang nicht aus den Heimentgelten mitfinanziert werden. Heime haben einen größeren Bedarf an kompetenter Betreuung, in medizinischer und pflegfachlicher Hinsicht, als er bisher berücksichtigt worden ist. Konsequenz wäre eine Ergänzung der Leistungsfinanzierung im SGB XI. Aber auch eine Novellierung des Heimgesetzes, die Variationsmöglichkeiten (Fachkraftquote, Heimarzt) zulässt. Zu prüfen wären auch neue Finanzierungsmodelle. Häufig wird vergessen, dass die wichtigsten Kostenträger die Selbstzahler mit einem Anteil von etwa 50 % sind. Auch die Belastbarkeit ihrer Geldbeutel ist mit einzubeziehen.

Die Handlungsempfehlungen lauten im Einzelnen:

- Die stationären Einrichtungen werden aus drei Systemen finanziert, dem SGB V, SGB XI und SGB XII. Die Leistungen der Pflegekassen für Pflegebedürftige nach dem SGB XI sind im stationären Bereich in den Pflegestufen I bis III seit 1996 nicht verändert worden. Im Rahmen der begrenzten finanziellen Ressourcen ist es notwendig, eine bessere Verteilungsgerechtigkeit zu finden. Dazu gehört auch, den Konflikt zwischen Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystem zu lösen.
- Eine bessere Ausbildung, neue Berufskonzepte, Veränderung der Personalbilder, bessere Rahmenbedingungen für Kostenübernahmen bei Fort- und Weiterbildungen für gut ausgebildetes Personal sind wichtige Voraussetzungen. Dazu gehören auch die Finanzierung und Bereitstellung von Foren zur Kommunikation professioneller Pflege, die Entwicklung von Beratungsverfahren im Bereich der Gerontopsychiatrie und Trainingsangebote zur Verbesserung der Pflege für Fachkräfte und Angehörige.

- Es sollten mehr informelle, innovationsfördernde Leistungsvereinbarungen ermöglicht werden, z. B. für Demenzerkrankte oder Hochbetagte. Der Tagespflege sollten bessere Chancen eingeräumt werden.

Die Pflegeversicherung wird eine Teilkaskoversicherung bleiben, aber es sollten die Aushandlungsprozesse verbessert werden durch mehr Flexibilität und Änderungen der Pflegearrangements. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist zu ermöglichen.

- Das Maß für eine gesundheitliche Lebensqualität sollte das geistige und körperliche Wohlbefinden des älteren Menschen sein. Im Bereich der gerontopsychiatrischen Erkrankungen besteht der Bedarf nach mehr Fachwissen bei Allgemeinmedizinern (besser ausgebildete Hausärzte, mehr Fachärzte). Vielfach ist der Eindruck entstanden, dass die Krankenversicherung bei älteren Menschen mit anderen Maßstäben misst. Die Leistungen nach dem SGB V werden dosiert über das Ordnungsverhalten der Ärzte. Eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dieser Zielgruppe sicherzustellen, bedeutet für die Krankenversicherung, die Beschränkungen bei Rehabilitationen und Akutbehandlungen aufzuheben.

Alle Beteiligten und Verantwortlichen, die mit Angeboten und Hilfen in stationären Einrichtungen zu tun haben, sollten auch gemeinsam eine Problemlösung finden.

2.2.2.4 Vernetzung

Vernetzung umfasst wechselseitiges Öffnen und Begegnen der Generationen im Sozialraum (Stadtteil), institutionell und informell (Bewusstsein). Nachfolgend sind die Erwartungen der Bürger aus den bereits erläuterten Quellen und die Handlungsempfehlungen an die Mitwirkenden zur Zielerreichung beschrieben.

Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger

Deutlich zum Ausdruck bringen die Bürger ihren Wunsch nach Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Angeboten der Begegnung mit anderen Menschen und die Möglichkeit zum Entfalten der persönlichen Interessen. Der Wunsch nach dem Aufrechterhalten und Fördern der sozialen Integration sowie dem Fördern von Tole-

ranz und Akzeptanz im multigenerativen und -kulturellen Kontext wird ebenso geäußert.

Handlungsempfehlungen an die Politik

Aus den geäußerten Wünschen der Bürger wird als Handlungsempfehlung für die Kommunalpolitik abgeleitet:

- Das Unterstützen von Begegnungsangeboten in den Stadtteilen⁵⁶ unter Einbezug der Altenpflegeheime.
- Die Übernahme von Patenschaften/Schirmherrschaften als unterstützende Maßnahme.
- Das Mitwirken beim Umsetzen der Erkenntnisse aus den Berichten der Sachverständigen auf Bundesebene und von integrierten Versorgungskonzepten. Dazu erforderliche Kooperationen sollten unterstützt werden.

Handlungsmöglichkeiten bestehen auch beim Abbau der Hindernisse aus der Trennung von Gesundheits- und Sozialwesen auf der kommunalen Ebene und durch entsprechende Empfehlungen für die Landes- und Bundespolitik.

Handlungsempfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter

Als unterstützende Maßnahmen werden empfohlen: Das Schaffen eines Infopools über Leistungsangebote, Ansprechpartner, Räumlichkeiten etc. Dazu sollte es Lotsendienste (siehe 2.2.2.1 und 2.2.2.3) für die Gründungsphase und spätere Inanspruchnahme geben. Das Initiieren von Projekten (Bedarfsanalysen, Entwickeln von zielgerichteten Angeboten) gehört dazu. Erforderlich wird in der Regel die Anschubfinanzierung, eine finanzielle Förderung, Sponsoring und das Schaffen von Anreizmöglichkeiten für Projekte sein. Kommunale Handlungsfelder sind auch das Schaffen von Voraussetzungen für die Zusammenarbeit im kulturellen Leben der Stadt (z. B. gemeinsame Veranstaltungen und Aktionen). Auch hier wird es sicher hilfreich sein, zum Erreichen der Ziele Kooperationen zu unterstützen.

⁵⁶ Begegnungsangebote gibt es in Frankfurt am Main in ausreichendem Maß. Aufgrund der seit Jahren zurückgehenden finanziellen Unterstützung ist jedoch insbesondere die Ausstattung der Räumlichkeiten nahezu unzumutbar. Hier wäre es durch relativ kostengünstige Maßnahmen möglich, die Begegnungsangebote der verschiedenen Träger für die Bürger attraktiver zu machen. Inhaltlich wird in Frankfurt für ältere Menschen wesentlich mehr und besseres geboten als sonst in Deutschland üblich.

Handlungsempfehlungen an die Leistungserbringer

Als Aufgabe der Leistungserbringer ist u. a. zu benennen: Fortsetzen der Bemühungen um aktive Öffnung der Einrichtungen zum Gemeinwesen, Bereitstellen von Räumen und sonstigen Ressourcen, logistische Unterstützung von Initiativen und Gruppen im Rahmen der jeweils gegebenen Möglichkeiten. Dazu kann auch das Entwickeln von eigenen Angeboten gehören, z. B. Kindergarten- und Schulprojekte. Aufgeschlossenheit zum Auf- und Ausbau von Kooperationen unterstützt diese Entwicklung.

Handlungsempfehlungen an die Kostenträger

Voraussetzungen für das Schaffen der Rahmenbedingungen sind: Kostendeckende Raummieten (bei zusätzlichem Aufwand) für die Durchführung von Veranstaltungen. Eventuelle Anschubfinanzierung, finanzielle Förderung, Mitwirken bei den Bemühungen um Sponsoring ermöglichen oft erst das Umsetzen der genannten Ziele.

Messgrößen

Ob die Erwartungen der Bürger und der Beteiligten sich erfüllt haben, kann u. a. erreicht werden mit den Mitteln: Feststellen der Zahl der Teilnehmer und der Veranstaltungen, Vielzahl und Anzahl der Angebote, Ergebnisse aus durchzuführenden Bürgerbefragungen im Stadtteil.

Sonstiges

Das Umsetzen erfordert auch die Beteiligung von Vereinen, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen, Kitas, Schulen etc. Das Beteiligen anderer politischer Ebenen (Landes-, Bundes-, Europapolitik) könnte unterstützende Wirkung haben.

Ergänzende Hinweise zur Vernetzung

Eines der Leitziele in der Gesundheits- und Sozialpolitik des Bundes und der Länder sowie der Berichte der Bundesregierung und der dazu gehörten Sachverständigen ist die bessere Vernetzung der Leistungen in diesen Bereichen. Die vorstehenden Empfehlungen sind jedoch erweitert gedacht im Sinne von Integration/Kooperation/ Koordination u. a. und über die Bereiche Gesundheit und Soziales hinausgehend. Der Hinweis auf „vernetztes Denken“ ist hier sicher nicht fehl am Platz. So ist es nicht verwunderlich, dass dieses Stichwort auch eine große Bedeutung bei den Befragun-

gen, Anhörungen und als wesentliches Teilergebnis der Dialogkonferenz im Verlauf der Vorbereitung für diesen Teilbericht hatte.

Vorhandene Ressourcen planmäßig zu erschließen steht hier offenbar auch in keinem Widerspruch zu den Wünschen der Bürger und der Sicht der Fachleute. Mit einem besseren Vernetzen von sozio-kulturellen Leistungsangeboten in Wohnortnähe (Sozialraum-orientiert) erhöht sich naturgemäß auch die Auswahlmöglichkeit im Sinne einer verstärkten Inanspruchnahme von Angeboten. Dies wird als notwendige Gegensteuerung zur vermuteten psychosozialen Deprivation (Vereinsamung) in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, aber auch im isolierten Wohnen innerhalb der eigenen Häuslichkeit gesehen. Als weiterer Teilnutzen ergibt sich nicht zuletzt die Erweiterung der Selbstbestimmungsmöglichkeit älterer Menschen. Zur Teilhabe gehört aber wesentlich auch das Wissen um vorhandene Angebote, die es schon derzeit gibt, in Form von Infopools, die allen Interessierten leicht und einfach zugänglich sind, in Form von Beratungsstellen, die dezentral gegliedert sind, oder auch in Form von Lotsendiensten (siehe 2.2.2.1 und 2.2.2.3), die bei der Installation neuer Angebote unterstützend begleiten.

Die bisherige, allein anhand von Fachlichkeiten aufgegliederte Struktur im Gesundheits-, Sozial- und Kulturwesen wirkt sich hier hemmend aus und sollte abgebaut bzw. vermindert werden. Dies könnte z. B. durch die Förderung von Kooperationen, Institutionen übergreifender Zusammenarbeit und mittels gemeinsamer Projekte geschehen. Darüber hinaus ist die Einbeziehung weiterer Anbieter im sozio-kulturellen Sektor einzuplanen, das können Vereine sein, aber auch die Kirchengemeinden und Selbsthilfegruppen oder Schulen und Kitas.

Ein weiterer sinnvoller Schritt auf dem Weg zur Vernetzung ist die Bereitstellung schon vorhandener, aber bisher nur singulär genutzter Ressourcen der Beteiligten Partner. Ob dies Personalressourcen, logistische Ausstattungen oder sonstige Formen der Unterstützung sind, jede Form von Hilfsangeboten findet auch ihren Nachfrager. Wenn alle Beteiligten sich in einer aktiven Zusammenarbeit einbringen, dann ist dies nicht nur für alte Menschen bereichernd, sondern führt zu einer Steigerung der Lebensqualität im gesamten Gemeinwesen.

Die vorstehend genannten Empfehlungen veranschaulichen, welche umfassenden Handlungsansätze auf den verschiedenen Ebenen der Zuständigkeit gegeben sind. Soweit hier z. B. über entsprechende Anreize ein Bündeln von Aktivitäten und Räumlichkeiten ermöglicht werden kann, bedeutet dies Vorgehen auch ein verbesserter Einsatz finanzieller Ressourcen. Darüber hinaus ist denkbar, dass über neue Projekte zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Europäischer Sozialfonds/Sponsoring) zu erschließen sind. Für das Umsetzen solcher Strukturen gibt der „Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001“⁵⁷ in den Handlungsempfehlungen unter Ziffer 8.8 (Kooperation – Vernetzung – Abstimmung) bereits wertvolle Anregungen. Je nach Größe, Lage und Angebote der Pflegeheime in Frankfurt ergeben sich unterschiedliche Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Realisierung solcher Netzwerke. Dies kann u. U. auch einer besseren psychosozialen Betreuung der Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner im Sinne vermehrter Angebote in der Tagesstruktur dienen. Die wünschenswerte umfassendere Öffnung der Pflegeeinrichtungen als Orte der Begegnungen würde unterstützt.

2.2.3 Berichte von Betroffenen

Die persönlichen Beobachtungen und Erfahrungen einer Angehörigen, eines körperbehinderten Heimbewohners sowie einer Altenpflegerin und eine zusammenfassende Betrachtung zum Thema Geborgenheit in stationären Einrichtungen ergänzen die bisher dargestellten Erwartungen der Bürger.

2.2.3.1 Realität und wünschenswerte Veränderungen in stationären Einrichtungen der Altenpflege aus Angehörigensicht

Der Begriff „Würde“, der gerne und oft im Zusammenhang mit der Lebensphase des Alters genannt wird, ist zu allgemein und unspezifisch und muss insbesondere für die Lebenssituation alter Menschen in stationären Einrichtungen konkretisiert werden. Grundsätzlich kann der Mensch nur als Subjekt, das heißt als handelnde autonome Person, in Würde leben. Institutionen haben die Tendenz, durch Gesetze, Verordnungen, Vorschriften, Standards etc. den Menschen zum Objekt zu machen, besonders dann, wenn dieser sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befindet.

⁵⁷ Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe: Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 4, 1. Auflage, Frankfurt am Main Oktober 2003

Alte Menschen erleben beim Übergang in ein Pflegeheim einen dramatischen Bruch in ihrer bisherigen Biographie, da sie sich plötzlich institutionellen Abläufen unterordnen müssen, die insbesondere bei einem hohen Grad der Hilfebedürftigkeit autonome Alltagsentscheidungen weitgehend ausschließen.

Es beginnt ein Lebensabschnitt, der den Menschen in seiner letzten, oft schwersten Lebensphase auf ein halbes Zimmer und ein Bett in krankenhaushähnlich organisierten Pflegestationen reduziert; er wird seinen bisherigen Lebensgewohnheiten und seinem sozialen Umfeld entfremdet, seiner Selbstbestimmung beraubt und vom alltäglichen Leben abgeschnitten. Dies geschieht in einer Phase des Lebens, die in der Regel ohnehin von schwersten Verlusten geprägt ist: Verlust von Gesundheit und Beweglichkeit, von gewohnten Aktivitäten und Aufgaben, Verlust von finanziellen Ressourcen und Verzicht auf Lebensmöglichkeiten, die als Optionen in früheren Lebensjahren noch zur Verfügung standen. Hinzu kommt, dass in stationären Einrichtungen sinnstiftende Aufgaben und Beschäftigungen – mögen diese noch so alltäglich sein – fast völlig entfallen. Diese sind weder gesetzlich, noch in den institutionellen Abläufen vorgesehen. Die punktuellen Angebote der psychosozialen Betreuung, die diesen Mangel kompensieren sollen, vermissen das Element der Alltagskontinuität. Insbesondere alte Menschen mit Orientierungsstörungen (demenziell erkrankte Menschen) fallen daher in zeitliche Löcher, da sie „Zeit“ nicht mehr eigenständig strukturieren und gestalten können. Die orientierten alten Menschen erleben die Zeitlöcher als endlose Warteschleife (Warten auf Pflege, Mahlzeiten etc.).

Sinnstiftende Handlungsmöglichkeiten bzw. Alltagsaufgaben – in aktiver oder passiver Teilnahme - und das kontinuierliche Eingebundensein in einen Alltags- und Beziehungskontext sind daher von zentraler Bedeutung. Das Altenpflegeheim muss ein Lebensort werden, in dem der Mensch auch mit großen gesundheitlichen Einschränkungen und großer Hilfsbedürftigkeit an seine bisherige Lebensgeschichte und vertraute Alltagsgewohnheiten anknüpfen kann. Das bedeutet unter anderem die Rückführung von ausgelagerten Bereichen hauswirtschaftlicher Tätigkeiten wie Einkaufen, Nahrungszubereitung, Wäsche waschen, kleine Reparaturen ausführen etc. in kleinsten, überschaubaren haushaltsähnlichen Strukturen. Selbstbestimmte Entscheidungen bezüglich der individuellen Gestaltung des Tagesablaufs (z. B. Schlaf- und Wachzeiten) sind für ein „würdiges“ Leben ebenfalls unverzichtbar.

Lebensqualität entsteht – abgesehen von den notwendigen materiellen Grundlagen – für uns alle durch tragfähige, verlässliche soziale Beziehungen, durch sinnstiftende Aufgaben (wichtig und nützlich sein für andere und die Gemeinschaft), hinreichend positive Erfahrungen im alltäglichen Leben und die erfolgreiche Bewältigung von schweren Zeiten und persönlichen Krisen. Diese Kriterien müssen auch für Menschen in Altenpflegeheimen gelten. Das Altenpflegeheim muss ein Gestaltungsraum werden, der die genannten Voraussetzungen für Lebensqualität schafft und persönliche Entwicklungen unter anderem auch zur Bewältigung des Übergangs vom Leben in den Tod ermöglicht.

Die herkömmlichen Organisationsstrukturen, die im Wesentlichen von institutionellen und organisatorischen Abläufen bestimmt sind, können die oben skizzierten Lebensräume kaum bereitstellen. Es ist daher ein Systemwechsel hin zu Lebensorten notwendig, in denen alte Menschen nicht nur physisch versorgt, sondern tatsächlich beheimatet werden. Dies erfordert eine große Veränderungsbereitschaft aller Beteiligten: Gesetzgeber, Sozialbehörden, Kostenträger, Leistungserbringer, Mitarbeiter, Bürger.

Zusammenfassung:

- Ein neues Leitbild für die Lebenssituation und den Umgang mit pflegebedürftigen alten Menschen jenseits von Gesetzen, Verordnungen, Standards etc. entwickeln.
- Das menschliche Leben als Zyklus zu begreifen, indem alle Lebensphasen – auch die nichtproduktiven – gleichwertig sind.
- Die soziale Bedeutung und Wichtigkeit des alten Menschen für andere und die Gemeinschaft erhalten.
- Das Altenpflegeheim muss ein Lebensort werden, in dem die Bewohner ganzheitlich in einen Lebenssinn stiftenden Alltags- und Beziehungskontext eingebunden und beheimatet sind, das heißt
- Lebensräume für alte Menschen schaffen und Lebensqualität bereitstellen, die jede andere Altersgruppe der Bevölkerung mit Recht und ganz selbstverständlich für sich einfordert und beansprucht.
- Bedingungen schaffen, die sich an der Lebensgeschichte und den Lebensgewohnheiten alter Menschen orientieren und Selbstbestimmung ermöglichen.

- Die Pflege im engeren Sinne, die nur ein Teilaspekt des Lebens ist, so gestalten, dass sie respektvoll, gewaltfrei und liebevoll ist.

2.2.3.2 Interview mit einem Heimbewohner

Herr F. hatte kurz nach seiner Pensionierung eine Blutvergiftung, die zur Querschnittslähmung führte. Seither sitzt er im Rollstuhl und trainiert seine Motorik, weil er wieder fit werden will. Er musste seine Wohnung in der zweiten Etage eines Wohnhauses ohne Aufzug aufgeben und lebt derzeit in einer Altenpflegeeinrichtung.

Neben der Verbesserung seines Gesundheitszustandes sind ihm soziale Kontakte wichtig. Diese erlebt er aufgrund der Behinderung mitunter reduziert. Seine Mahlzeiten nimmt er in der Regel allein im Zimmer ein. Gern würde er sich seine Mahlzeiten wie früher selbst zubereiten, eine Kochstelle ist im Appartement vorhanden, aber er braucht Hilfe beim Einkaufen und bei der Zubereitung. Manchmal kocht er mit Freunden. Die spontane Essenszubereitung ist ausgeschlossen, weil die Hilfe dazu zwei bis drei Tage vorher organisiert werden müssen.

In der Einrichtung hat Herr F. eher Kontakt zu den Angehörigen der Bewohner, denn diese sind in seinem Alter. Er möchte mit seinen 67 Lebensjahren als relativ „junger Mensch mit Behinderung“ Gleichgesinnte finden. Die meisten Mitbewohner sind wesentlich älter als er. Nicht jeder hat seine „Wellenlänge“, was „normal“ ist. Herr F. sucht sich seine Kontaktpersonen aus. Kontakte sind was Individuelles. Jeder muss wissen, was er will. Demenziell Erkrankte verirren sich gelegentlich in seinem Appartement. Das stört ihn weniger als das Nichtanklopfen des Personals. Hier hat er interveniert und nun ist es anders. Geborgenheit bedeutet für ihn die Rückzugsmöglichkeit in die eigenen vier Wände, wo er seinen Raum und seine Ruhe hat, menschliches Vertrauen und Zutrauen, langjährige Freunde.

In der Einrichtung gibt es die verschiedensten Angebote zum Zeitvertreib wie Puppenspiele, Theatergruppenaufführungen, Musikveranstaltungen, ein Literaturkreis, Bastelkurse, Angebote auch für Männer. Bastelarbeiten hat er früher gern gemacht und will es auch wieder tun, weil sie seine Feinmotorik verbessern. Aber derzeit hat er dafür wenig Zeit. Die wichtigste Abwechslung im Alltag sind die Ergo- und Physio-

therapiestunden, die den Tagesablauf ausfüllen. Er hat ein gutes Verhältnis zu seinen Therapeuten.

Außenkontakt bedeutet, mobil zu sein, in die Stadt oder ins Nordwestzentrum fahren zu können und dabei nicht auf andere angewiesen zu sein. Die U-Bahn liegt zwar nahebei, aber die meisten Züge haben eine Mittelstange im Einstiegsbereich, so dass er mit dem Rollstuhl gar nicht mitfahren kann. Er muss mitunter drei bis vier Bahnen der U 1 abwarten, im Winter ist das besonders unangenehm. Die Fahrt mit dem Bus ist noch umständlicher. Draußen, im NWZ, trifft er Bekannte oder Leute, die er vom Sehen her kennt. Er hat dort lange Zeit gearbeitet, die Umgebung ist ihm vertraut.

Herr F. möchte wieder Veranstaltungen der Universität des Dritten Lebensalters besuchen. Seine Interessen leben zu können, ist für ihn Lebensqualität. Er möchte nicht um 17.30 Uhr „ins Bett gebracht werden“, wie das immer wieder der Fall ist. Am meisten vermisst er sein Hobby, das Radfahren, das viele draußen sein, den Rheingau und die Straußenwirtschaften.

2.2.3.3 Gespräch mit einer Altenpflegerin

Frau W. arbeitet in einer Altenpflegeeinrichtung. Sie hat zum Thema Selbstbestimmung und Geborgenheit sowohl die älteren Menschen als auch die Pflegenden befragt. Selbstbestimmung und Geborgenheit hängen mit der Kultur, dem gelebten Leitbild einer Institution zusammen. Sie finden auf der Kommunikationsebene statt und die Kommunikation muss manchmal neu erlernt werden.

Geborgenheit aus der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner bedeutet:

- ich kann mich an jeden wenden, ohne abgewiesen zu werden, an die Pflegekräfte, die Verwaltung, den Hausmeister usw.
- ich werde stets freundlich behandelt und als Partner verstanden
- ich werde ernst genommen und mir wird weitergeholfen, auch bei irrationalen Ängsten
- es wird mir erklärt, warum etwas so ist und so gemacht wird
- im Café treffe ich immer jemanden, mit dem ich reden kann, der mir zuhört
- ich werde wohlwollend behandelt
- ich kann meinen Lebensstil weiter leben

- ich kann sogar abends Krimis gucken, weil ich mich beschützt und geborgen fühle und ruhig einschlafen kann, anders als allein daheim in der eigenen Wohnung
- ich lebe im Altenpflegeheim vielleicht wie auf einer Insel, aber ich bin nicht abgeschirmt
- ich kann als Mieter eines Appartements jederzeit im Speisesaal des Altenpflegeheimes essen
- auch Schwerstpflegebedürftige und Demenzkranke werden begleitet, hier besteht ein großer Respekt vor dem Menschen, weil man auch selbst in diese Situation kommen kann
- Sterbende werden aufgebahrt, so dass jeder Abschied nehmen kann, eine Geborgenheit im Hinblick auf das eigene Sterben
- zur Geborgenheit gehören Vertrauen, Sicherheit, Offenheit und Frische, Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit, Transparenz und Vielseitigkeit im menschlichen Miteinander

Geborgenheit aus der Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein langer Lern- und Erfahrungsprozess und beinhaltet:

- Respekt vor dem älteren Menschen
- nichts Übergriffiges, es wird erklärt, was man macht und warum
- aktivierende Pflege, die die Wertschätzung des älteren und mitunter kranken Menschen spürbar macht, das menschliche Bemühen
- die Präsenz als Lebensbegleiter, es ist immer einer da, den man kennt (eine Bezugsperson)
- das menschliche Bemühen um den Bewohner. Körperpflege ist häufig die Brücke zur Seele und erleichtert dem Bewohner und dem Mitarbeiter das Aufeinanderzugehen.
- langjährige Mitarbeiter erzeugen Vertrautheit und das Gefühl, dass so lange sie da sind nichts passieren kann (Zuverlässigkeit)
- die Wertschätzung des Individuums auch dem demenziell Erkrankten spiegeln

2.2.3.4 Geborgenheit

Die Grundvoraussetzung für das Empfinden von Geborgenheit in allen Phasen des menschlichen Lebens ist das vorbehaltlose Angenommenwerden gerade auch in Zeiten der Krankheit, Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit; der psychische Schutz, den Gesundheit, Vitalität und die daraus resultierende Lebenszuversicht bieten, droht verloren zu gehen. Dies trifft insbesondere auf alte Menschen im Zustand der Hilfsbedürftigkeit zu. Je hilfsbedürftiger ein alter Mensch ist, um so weniger kann er selbst für seine ihn physisch und psychisch schützende Geborgenheit sorgen. Demenziell Erkrankte sind in der Regel dazu überhaupt nicht mehr in der Lage. Der Schutzraum,

der die lebensnotwendige Geborgenheit gewährleistet, muss daher von außen bereitgestellt werden.

Die herkömmliche Architektur der meisten Altenpflegeheime ist wenig geeignet Geborgenheit zu vermitteln, da sie sehr an die Bauweise von Krankenhäusern erinnert. Hygienevorschriften und die speziell in Frankfurt am Main außergewöhnlich hohen Brandschutzanforderungen tun ihr übriges dazu, eine entsprechende Atmosphäre nicht entstehen zu lassen. Es gab bei der Befragung „50+“ keine einzige Assoziation der Befragten zum Wort „Altenpflegeheim“, die Geborgenheit beinhaltet. Negative Assoziationen waren z. B. „alles ist dort sehr unpersönlich“, „Abteilungen wie in den Krankenhäusern“, „Anonymität“, „keine Individualität“, „armes Leben“. Da Innenräume die zweite äußerliche Schutzhülle – die erste ist die Kleidung – des Menschen sind, haben sie eine große Bedeutung für das Wohlbefinden und das Gefühl des Geborgenseins.

Zwei wesentliche äußere Faktoren tragen zum Gefühl der Geborgenheit bei:

1. Das Verbleiben im vertrauten Sozialraum des gewohnten Stadtteils und
2. die Kleinräumigkeit und Überschaubarkeit von Einrichtungen und alternativen Wohnformen wie z. B. Hausgemeinschaften.

Der Erhalt der vertrauten und gewohnten Umgebung, die Geborgenheit gewährleistet, ist eng verknüpft mit dem oft langjährigen Lebensort älterer Menschen in einem bestimmten Stadtteil. Dies wurde auch durch das Ergebnis der oben genannten Bürgerbefragung bestätigt. Ist der Umzug in ein Altenpflegeheim unvermeidlich, so soll so viel wie möglich bisher Gewohntes und Vertrautes erhalten bleiben. Jeder, der umgezogen ist, weiß, dass die Wiederherstellung der vertrauten Umgebung in der neuen Wohnung ein vorrangiges Anliegen ist, um das Gefühl der Geborgenheit möglichst schnell wieder zu erlangen.

Oft werden alte Menschen ganz plötzlich durch eine schwere Erkrankung (z. B. Schlaganfall) aus ihrer vertrauten Umgebung herausgerissen und sehen ihre bisherige Wohnung nie wieder, da sie wegen großer Hilfsbedürftigkeit vom Krankenhaus direkt ins Pflegeheim „verlegt“ werden; für einen jüngeren, gesunden Menschen eine kaum vorstellbare Erfahrung. Umso wichtiger ist, dass der neue Lebensort ein Höchstmaß an Geborgenheit nicht nur im räumlich-architektonischen Sinne bietet.

Zu Erfahrung der Geborgenheit gehört als existentielle Grundvoraussetzung im menschlichen Leben - unabhängig von der Lebensphase – auch die Verlässlichkeit und Kontinuität sozialer Beziehungen. Die meisten Schichtpläne in Altenpflegeheimen (drei Schichten mit oft täglich wechselnder Besetzung) erlauben eine solche Kontinuität nicht. Die Begegnung mit ständig wechselndem Personal lässt keine Geborgenheit in den sozialen Beziehungen entstehen. Dies kann Ängste, Depressionen und Gefühle des Ausgeliefertseins verstärken. Alte Menschen werden unter Arbeitsbedingungen des Wechsels, des Zeitdrucks und der Überforderung schnell zum Objekt von Pflegehandlungen und -verrichtungen. Auch der respektvolle Umgang mit der Privat- und Intimsphäre wird dadurch nicht gefördert.

In diesem Zusammenhang sind besonders die Leistungserbringer aufgefordert, Personalkonzepte zu entwickeln, die eine Erweiterung der psychosozialen Kompetenz der Mitarbeiter beinhaltet und die Kontinuität in den Beziehungen zwischen Hilfsbedürftigen und Helfenden ermöglicht. Gleichberechtigte, partnerschaftliche und wertschätzende Beziehungen sowie der respektvolle Umgang mit der Intim- und Privatsphäre müssen selbstverständlich werden. Je kleinräumiger und familienähnlicher auch die sozialen Strukturen gestaltet werden, umso mehr können sich alte Menschen geborgen und geschützt fühlen.

Die Lebensphase des Alters erfährt in den westlichen Kulturen (Industrienationen) eine zunehmende Abwertung und Diskriminierung. Dies stellt eine seelische und soziale Bedrohung für ältere und alte Menschen dar und hat den Verlust von Zugehörigkeit und Geborgenheit zur Folge. Dem entgegenzuwirken ist sicherlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesichts der Zunahme der älteren Bevölkerung und den damit verbundenen Herausforderungen in allen gesellschaftlichen Bereichen.

3. Demenz

Der Begriff "Demenz" leitet sich vom Lateinischen *demens* ab und bedeutet *ohne Geist sein*. Ohne Geist sein, bedeutet nicht, ohne Gefühl sein. Die Demenz ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) *eine erworbene, globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensomotorischer und sozialer*

Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewusstseinstrübung.

Der Krankheitsverlauf ist in der Regel über Monate bis Jahre hin chronisch, degenerativ und progredient bis hin zum Tod. Die Demenz tritt in verschiedenen Krankheitsformen mit unterschiedlichen Ursachen (beispielsweise als Alzheimer Demenz) und meist im höheren Lebensalter, etwa ab dem 65. Lebensjahr, auf. In Deutschland leiden derzeit, bezogen auf die 65-jährigen und Älteren, nahezu eine Million Menschen an einer Demenz⁵⁸, die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt im Laufe eines Jahres fast 200.000⁵⁹. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen sehr stark an. Die Krankheit hat aufgrund der hohen Lebenserwartungen deshalb heute in unserer Gesellschaft eine große Bedeutung. Der Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten, sich im Alltag zu bewegen, wird von der Gesellschaft häufig als Störfall erlebt und zeigt, dass Aufklärung, Verständnis und die Vermittlung von Handlungskompetenzen dringend erforderlich sind. Noch kümmert sich überwiegend die Polizei um die Menschen mit Weglauftendenzen, die orientierungslos im Stadtgebiet herumirren und von denen man als Suchmeldung im Radio hört. Aber wir sind alle angesprochen.

Die Demenz ist als gerontopsychiatrische⁶⁰ Erkrankung nicht leicht zu diagnostizieren. Die Erkrankten entwickeln geschickt Mechanismen, die entstandenen Verluste gerade im Anfangsstadium zu überspielen. Aufwendige Testverfahren und nur ein geübter Mediziner können die Diagnose stellen. Eindeutigkeit ergibt sich erst nach dem Tod durch die Gehirnsektion.

Die medikamentöse Therapie zielt aufgrund des Krankheitsverlaufs vor allem auf eine Linderung der Symptome und eine Verzögerung des Fortschreitens ab. Zusätzlich zu einer Basistherapie (z. B. Blutzuckereinstellung, Elektrolytsubstitution oder Blutdrucksenkung) kommt eine spezifische Therapie der kognitiven Krankheitszeichen mit Psychopharmaka (Nootropika) und der Versuch der Progressionsverzögerung mit neuroprotektiven Substanzen. Während die Therapie von psychomotorischen Un-

⁵⁸ Etwa 1,9 Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig und erhalten Pflegeleistungen nach dem SGB XI (www.mds-ev.de)

⁵⁹ Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Studie der Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Juli 2004

⁶⁰ Gerontopsychiatrische Erkrankungen sind z. B. die Depression, Zwangsstörungen oder Wahnvorstellungen.

ruhezuständen mit Neuroleptika aufgrund der damit einhergehenden starken Verschlechterung des gesamten Krankheitsbilds oft keine befriedigenden Ergebnisse zeigt, ist die Therapie der depressiven Komponente häufig mit einer Verbesserung des Gesamtzustands verknüpft. Von noch größerer Bedeutung ist die medikamentöse Therapie bei behandelbaren Demenzformen. In etwa 10-17 % der sekundären Demenzen, bei denen die Ursache der Erkrankung außerhalb des Gehirns liegt, etwa bei Vitamin B Mangel, Schilddrüsenerkrankungen oder Leber-, Nierenversagen, ist eine Heilung sehr wahrscheinlich.

Bei allen Demenzformen ist die psychosoziale Therapie der Betroffenen ein unverzichtbarer Bestandteil des Therapiekonzepts, der insbesondere für den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität ausschlaggebend ist. Demenzerkrankungen sind die wichtigste Einzelursache für den Verlust der Selbstständigkeit.

Schätzungsweise bis zu 80 % aller Betroffenen treten im Verlauf der Demenz in ein Altenpflegeheim ein und verbleiben dort bis zum Tod. Wichtige Aspekte für das Leben in einer stationären Einrichtung sind neben der Schwere der Demenz, die Inkontinenz sowie das Auftreten von anderen nicht-kognitiven Symptomen wie Störungen im Schlaf-Wachrhythmus, Agitiertheit und Aggressivität. Daraus ergibt sich für das Leben in stationären Einrichtungen ein besonderer Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf, der derzeit über die Pflegeversicherung nicht abgedeckt ist.

Ohne dass die Alten- und Pflegeheime darauf vorbereitet waren, hat sich das Verhältnis zwischen Demenzerkrankten und nicht Demenzerkrankten gravierend verschoben. Nach Ergebnissen neuerer Untersuchungen in der Stadt Mannheim und anderen Städten und Regionen in Baden-Württemberg werden durchschnittlich 60 % bis 70 % der Plätze mittlerweile von Personen beansprucht, die an einer mittelschweren bis schweren Demenz leiden. Eine bundesweite Erhebung von Infratest ergab, dass mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen häufig oder gelegentlich desorientiert waren⁶¹.

Der steigende Bedarf an Betreuung Demenzerkrankter erfordert im stationären Bereich neue Betreuungsansätze, neue Wohnkonzepte (wie spezielle Pflegebereiche)

⁶¹ Weyerer. S., Schäufele. M., Höning. T. (2001) Demenzerkrankte in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Kohlhammer: Stuttgart.

und ein umfangreiches Maß an Mitarbeiterqualifizierungen, und zwar aller Mitarbeiter (von der Pflege, Hauswirtschaft, der Verwaltungsabteilung bis hin zur Reinigungskraft, vom Heimleiter bis zum Hausmeister). Wichtig ist die Integration von Pflegekonzepten bereits in die Ausbildung, die spezielle Ernährung bzw. Aufbereitung der Speisen und Getränke genauso wie die Zusammenarbeit einer Einrichtung mit einem Facharzt.

Soziale Betreuung umfasst neben Biografiearbeit die Ausrichtung der Pflege auf lebensgeschichtliche, persönlichkeitspezifische Gewohnheiten, Interaktionen und Bewältigungsstrategien, des weiteren Lebensqualität, Beschäftigungsangebote, Angebote an Nahrung und Getränken entsprechend den Bedürfnissen der Demenzerkrankten, die Anpassung der Kommunikation an die Fähigkeiten der Bewohner und das Einbinden der Angehörigen. Zu den baulichen Mindestanforderungen gehören u. a. Barrierefreiheit und Ausschaltung von Gefahrenquellen, leichte Orientierung, Anregung durch Ausblick, Zugang zu Freibereichen.

Im Rahmen der **Verbesserung der psychosozialen Betreuung in Frankfurter Altenpflegeheimen**, dem stationären Sofortprogramm⁶², haben sich 27 von 34 Frankfurter Altenpflegeheimen dieser Herausforderung gestellt und einen Entwicklungsprozess in der Betreuung von Demenzerkrankten begonnen. Bis auf wenige Ausnahmen profitieren davon allerdings nicht alle Demenzerkrankten in den Einrichtungen. Orientiert hat man sich dabei weniger an bestehenden Konzepten oder Anamneseverfahren wie dem Dementia-Care-Mapping – DCM, sondern hat eigene einrichtungsspezifische Verfahrensweisen entwickelt, erprobt und integriert. Diese individuelle Vorgehensweise schließt Vergleiche, die Entwicklung von gemeinsamen Standards und eine wissenschaftliche Auswertung aus. Es wurden seit 2001 verstärkt Wohnbereiche ausschließlich für Demenzerkrankte (sog. segregative Wohnbereiche) eingerichtet und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter qualifiziert u. a. in Validation⁶³ und basaler Stimulation⁶⁴. Der mit der Betreuung demenziell Erkrankter verbundene Bewusstseinswandel in Pflege und Betreuung ist ein langer Prozess. In den letzten Jahren

⁶² Seit dem Jahr 2000 bis 2006 stellt die Stadt Frankfurt am Main jährlich 1,7 Mio. Euro für dieses Projekt zur Verfügung.

⁶³ Validation ist eine Gesprächstechnik, besonders im Umgang mit Demenzerkrankten, die den Menschen akzeptierend in seiner Lebenswelt belässt, psychoanalytischer Ansatz.

⁶⁴ Basale Stimulation ist ein heilpädagogisches, pflegerisches Konzept; basal bezieht sich auf die Wahrnehmungsbereiche des Menschen (z. taktil/haptisch, , visuell, auditiv, oral) d. h. die Sinne werden stimuliert, dies ist beispielsweise im Rahmen der täglichen pflegesatzrelevanten Körperpflege möglich.

haben sich viele Forscher und Praktiker mit demenziell Erkrankten beschäftigt. Inzwischen gibt es für die Pflege und Betreuung der Demenzerkrankten ausreichend Instrumente zur Bedarfserfassung bei Bewohnerinnen und Bewohner, Handlungsinstrumente für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Ehrenamtler, Angehörige etc. Diese gilt es nun zu vermitteln, zu erproben, dauerhaft zu verankern, zu leben und zu finanzieren. Gerade in Berufen der Altenpflege ist die regelmäßige Weiterbildung und Anpassung der Arbeitsweise und Anschauungen an neu gewonnene Erfahrungen wichtig.

Weitere **Handlungsempfehlungen** sind überörtliche Erfahrungsaustausche und Kooperationen. An diesen interdisziplinären Arbeitskreisen könnten interessierte Leistungserbringer, Sozialhilfeträger aber auch Vertreter der Wissenschaft wie beispielsweise der Medizin teilnehmen. Aufgrund der geringen finanziellen Mittel, die erwartungsgemäß in den nächsten Jahren nicht analog der Zahl der Demenzerkrankten steigen, sollten neue Konzepte und Pflegemodelle, die Qualitätssicherung und Finanzierungsmöglichkeiten diskutiert werden.

Die Erfahrungen aus dem stationären Sofortprogramm zeigten, dass Qualität nicht nur durch eine Aufstockung des Personals garantiert ist, sondern bestehende Qualität durch Weiterbildung des Personals (Ressourcenschöpfung), durch eine gute Pflegedokumentation, durch individuelle Arbeitszeitregelungen, durch Umgestaltung der Arbeitsabläufe oder Veränderungen der Räumlichkeiten verbessert werden kann. Dabei wurde auch deutlich, dass der Schritt hin zur Veränderung oft sehr zögerlich gemacht wird. Hier ist von den Leistungserbringern mehr Engagement zu leisten. Das stationären Sofortprogramm hat bewiesen, dass, wenn dieser Schritt getan ist, eine Entwicklung in Gang gesetzt worden und eine Begeisterung über den neuen Blickwinkel eingetreten ist, die sowohl dem älteren Menschen als auch dem Pflegenden zu gute kommen.

Neben der Demenz, die an den Alterserkrankungen einen hohen Anteil hat, gibt es noch weitere gerontopsychiatrische Erkrankungen von erheblicher Bedeutung, wie beispielsweise die Depression bei Menschen im höheren Lebensalter.

4. Exkurs: Neue Wohnformen

Weitere Wohnformen für ältere Menschen, die mehr und mehr an Bedeutung gewinnen, sind die Hausgemeinschaften und die Wohngemeinschaften.

Der Begriff „**Hausgemeinschaft**“ ist heute weitestgehend etabliert durch die Projekte und Veröffentlichungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA). Man bezeichnet Hausgemeinschaften bereits als Pflegeheim der 4. Generation, denn es handelt sich um eine moderne Betreuungsform der stationären Art. Hausgemeinschaften werden als zugelassene und pflegesatzfinanzierte vollstationäre Einrichtungen betrieben und stellen somit ein Heim dar. Zukünftig finden wir in Frankfurt am Main beispielsweise in Aja's Gartenhaus, einem Neubau zum Haus Aja Textor-Goethe, oder im Lebenshaus St. Leonhard diese Wohnform.

Ziel ist ein humaneres Wohnen für ältere Menschen, das speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist und im Zusammenleben von in der Regel sechs bis acht älteren und pflegebedürftigen Menschen sowohl Nähe als auch Distanz ermöglicht. Zwischenmenschlicher Kontakt, aber auch Rückzugsmöglichkeiten in einen privaten, intimen Bereich werden in der Hausgemeinschaft durch gemeinschaftliche Räume wie die „Wohnküche“ und den privaten Raum ermöglicht. Wesentlicher inhaltlicher Schwerpunkt ist die Orientierung an der Biografie. Dadurch wird nachhaltig das Zusammenleben in der Hausgemeinschaft geprägt, d. h. Erfahrungen, Fähigkeiten und Interessen werden bewusst aufgegriffen und in das Alltagsgeschehen integriert. Die Hausgemeinschaft beinhaltet eine Schwerpunktverlagerung von der Pflege auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Dies bedingt eine dementsprechend angepasste Personalstruktur und ist für Menschen geeignet, die noch nicht schwer- oder schwerstpflegebedürftig sind.

Mit „Aja's Gartenhaus“ (Eröffnung Mitte 2007) wird das vom KDA favorisierte Grundkonzept eines „Pflegeheims der 4. Generation“ erstmals in Frankfurt umgesetzt. In vier kleinen, überschaubaren Wohneinheiten leben je acht insbesondere demenziell erkrankte Menschen in familienähnlichen „Hausgemeinschaften“ miteinander. Im Herzen jeder Wohnung findet das Gemeinschaftsleben in der geräumigen Wohnküche (Zone für alltagsnahe Aktivitäten) und im Wohnzimmer (Ruhezone) statt. Durch ein aufwändiges Brandschutzkonzept ist die Sicherheit der Bewohner auch ohne

lange, unwirtliche Flure sichergestellt. Daneben hat jeder Bewohner ein Einzelzimmer (mit Duschbad), das so auf den Gemeinschaftsbereich ausgerichtet ist, dass beim Öffnen der Zimmertür ein unmittelbarer Blickkontakt zu der dort tätigen Bezugsperson, der so genannten „Lebensbegleiterin“ möglich ist. Diese ist für eine Atmosphäre der Sicherheit, Geborgenheit und Beteiligung zuständig: sie sorgt dafür, dass so viel „normaler Alltag“ wie möglich stattfinden kann. Den Orientierungsnöten der Bewohner wird entgegenwirkt durch das aktive wie passive Miterleben sinnvoller Aufgaben, aber auch durch gezielte und vielfältige Sinnesanregungen. Neben tagesstrukturierenden Angeboten, wie dem gemeinsamen Zubereiten der Mahlzeiten, dem erlebbaren Bewirtschaften des überschaubaren Haushalts oder dem täglichen Empfang von „Besuch“ (Angehörige) kommt eine alle Sinne anregende milieutherapeutische Ausstattung der Wohnungen und des Gartens eine entscheidende Bedeutung für eine möglichst individuelle Altersbegleitung und Entwicklungsförderung zu.

Der Caritasverband in Frankfurt plant für 2006 einen Neubau „Lebenshaus St. Leonhard“. Hier sollen 25 behindertengerechte Wohnungen/Appartements für Ein- und Mehrpersonen-Haushalte entstehen sowie 36 Wohnmöglichkeiten für Pflegebedürftige. Als Begegnungsstätte für Bewohner des Hauses und des Quartiers, Gäste sowie Besucher sind eine Cafeteria, Garten, Dachterrassen, Kaminzimmer und Kapelle geplant. Der zurzeit verlagerte Kindergarten wird ebenfalls in das Ensemble integriert. Wenn es zusätzlich gelingt, die umliegenden Wohnungen des „Gemeinnützigen Siedlungswerkes“ (GSW) einzubeziehen, könnte das Projekt im Sinne von "heimverbundenem Wohnen" auf das ganze Viertel erweitert werden. Gesundheitliche/körperliche Einschränkungen sind Bestandteil des Lebens. So soll der konzeptionelle und bauliche Rahmen Lebensraum für quartierbezogenes intergeneratives Wohnen bieten, für Teilhabe, Rückzug und Engagement, für Pflege, Begleitung und Betreuung, für die Arbeit von professionell Tätigen und Laienhelfern. St. Leonhard wird Lebensmittelpunkt vieler Menschen werden. In diesem gemeinsamen Leben und Arbeiten werden Normalität, Kontakt und Begegnung, Mitverantwortlichkeit aller Beteiligten sowie "sich einmischen" einen sehr hohen Stellenwert haben.

In Abgrenzung zur Hausgemeinschaft wird verstärkt das Konzept (ambulant) betreute **Wohngemeinschaft** praktiziert. Nach der Rechtsprechung (u. a. VGH München,

Beschluss vom 28.01.85 – 9 B83 A2449) müssen bei einer selbstständigen Wohngemeinschaft mehrere Voraussetzungen erfüllt sein. Die Wohngemeinschaft trägt und verwaltet sich selbst in ihrem Bestand, ihrer Zusammensetzung und der Regelung ihres Zusammenlebens. Dies setzt voraus, dass schriftliche oder vertragsähnliche Absprachen über Art, Dauer, Inhalt und Ziel des gemeinsamen Zusammenlebens und zur Verwaltung der gemeinsamen finanziellen Mittel bestehen. Bei einer Wohngemeinschaft muss es sich insbesondere um eine selbstständige und von außenstehenden Dritten unabhängige Gruppe handeln, die in allen das Zusammenleben betreffenden Fragen eigenverantwortlich entscheidet und autonom über ihre Betreuung bestimmt. Insofern beruht eine Wohngemeinschaft auf einer gemeinsamen Willensentscheidung der Bewohnerinnen und Bewohner. Weil Wohngemeinschaften in vielen Fällen für demenziell Erkrankte geschaffen werden, stösst die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner in diesen Fällen an Grenzen. Ziel für die Lebensgestaltung von Demenzkranken ist wohl eher ein geschützter Raum, der kollektiviert ist. Zur Abgrenzung von Trägerkonstruktionen haben bundesweite Initiativen (z. B. www.freundealtermenschen.de) inzwischen Strukturmerkmale eigenverantwortlich organisierter ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz herausgearbeitet. Dazu zählt die strikte Trennung von Miet- und Pflegevertrag, getrennte juristische Personen bei Pflegeanbieter und Vermieter, Vertragsfreiheit der Beteiligten und vor allem Wahlfreiheit bezüglich der beteiligten Pflegedienste. Eine Auftraggebergemeinschaft, bestehend aus amtlichen Betreuern und Angehörigen, könnte den Willen der Menschen mit Demenz vertreten. Wichtig ist, dass diese Gemeinschaft nicht als Träger im Sinne des Heimgesetzes agiert.

Weil in Wohngemeinschaften gleichwohl auch Betreuung stattfindet und Betreuung nach dem Heimgesetz ein grundlegendes Kriterium seiner Anwendbarkeit ist, ist auch dies im Rahmen der rechtlichen Zuordnung problematisch. Wohngemeinschaften sollten im Kontext zur Begrifflichkeit des Betreuten Wohnens nach § 1

Abs. 2 HeimG gesehen werden.⁶⁵ Insofern bleibt eine Möglichkeit, dass diese rechtlich unklare Lage durch eine Novellierung des Heimgesetzes im Rahmen der Erprobungsregel bereinigt wird (§ 25a).⁶⁶ Die Ausweitung der Zuständigkeit der Heimaufsicht auf solche Wohngemeinschaften könnte für diesen innovativen Ansatz mittelfristig das Aus bedeuten.

Aktuelle Befragungsergebnisse bestätigen das vorrangige Interesse älter werdender Menschen, so lange wie möglich zu Hause zu leben. An diese Erwartungen sollten Wohnungsbaugesellschaften anknüpfen und beispielsweise altersgerechte Bäder und Aufzüge vorhalten bzw. wo möglich auch nachrüsten.

Allerdings wächst auch das Interesse der Bürgerinnen und Bürger an gemeinschaftlichen Wohnformen. Die Erfahrung mit interessierten Menschen, die sich als einzelne und als Initiativen im Netzwerk Frankfurt für gemeinschaftliches Wohnen zusammengeschlossen haben, zeigen, dass eine selbstbestimmte Haus- bzw. Wohngemeinschaft als eine Form gelebter Nachbarschaft angestrebt wird. Das Ziel, Zweckgemeinschaften zu bilden, um zukünftige Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Gemeinschaft aufzufangen, ist dabei nicht unmittelbar beabsichtigt. Es kann sich innerhalb einer Haus- bzw. Wohngemeinschaft aber für pflegebedürftige Mitglieder, die Leistungen professioneller Kräfte im Rahmen des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) in Anspruch nehmen, ein tragfähiges soziales Netz bilden. Entscheidend ist dabei, dass diese Gemeinschaft sich finden und zusammenwachsen muss. Dies ist ein Entwicklungsprozess, der Zeit und professionelle Moderation erfordert, damit sie zu einer - auch Pflegebedürftige tragenden - Gemeinschaft werden kann.

⁶⁵ Informationen zum Heimgesetz, zur Heimmitwirkungsverordnung und zum Heimbeirat, zur Heimpersonalverordnung und zur Heimmindestbauverordnung sind dem Anhang Nr. 9.5 zu entnehmen.

Uwe Kaspers, SOLEX - Die Datenbank zum Sozialleistungsrecht; Walhalla Fachverlag, Regensburg, 2004:

§ 1 Abs. 2 Heimgesetz (HeimG) – Anwendungsbereich

Die Tatsache, dass ein Vermieter von Wohnraum durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, begründet allein nicht die Anwendung dieses Gesetzes. Dies gilt auch dann, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen und das Entgelt hierfür im Verhältnis zur Miete von untergeordneter Bedeutung ist. Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen.

⁶⁶ ebenda;

§ 25a Abs. 1 Heimgesetz (HeimG) - Erprobungsregelungen -

Die zuständige Behörde kann ausnahmsweise auf Antrag den Träger von den Anforderungen des § 10, wenn die Mitwirkung in anderer Weise gesichert ist oder die Konzeption sie nicht erforderlich macht, oder von den Anforderungen der nach § 3 Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnungen teilweise befreien, wenn dies im Sinne der Erprobung neuer Betreuungs- oder Wohnformen dringend geboten erscheint und hierdurch der Zweck des Gesetzes nach § 2 Abs. 1 nicht gefährdet wird

Alternativ könnten sich in bestehenden Altenpflegeheimen zukünftig Wohngruppen mit gemeinsamen Interessen bilden, deren Bewohnerinnen und Bewohner, ohne auf die Infrastruktur einer Einrichtung verzichten zu müssen, mit ihrem Budget eigene Bedarfe gezielt bestimmen und einkaufen, im Gegensatz zur vollstationären Versorgung. Dies wäre ein Angebot für Menschen, die gezielt eine Wohngemeinschaft als organisierte Zweckgemeinschaft suchen mit der Option, im Pflegefall im gleichen Haus vollstationär versorgt zu werden. In den letzten Jahren wurden im Rahmen der Versorgung Demenzerkrankter bereits neue Pflege- und Versorgungsmodelle entwickelt. Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass zunächst die Erfahrungen aus bestehenden Modellen abgewartet und ausgewertet werden sollten.

Informationen zum Heimgesetz, zur Heimmitwirkungsverordnung und zum Heimbeirat, zur Heimpersonalverordnung und zur Heimmindestbauverordnung sind dem Anhang 9.5 zu entnehmen.

5. Übergreifende Aspekte

5.1 Menschen mit Behinderungen

Bei älteren Menschen mit Behinderungen (körperlich, geistig, seelisch, mehrfach behindert) ist zu unterscheiden, ob die Behinderung erst in der Altersphase entstanden ist oder bereits seit Kindheit, Jugend bzw. jüngerem Erwachsenenalter eine Behinderung besteht, mit der ein höheres Lebensalter erreicht wird.

Für ältere Menschen, bei denen eine Behinderung erst im Alter entstanden ist, existieren in Frankfurt am Main vielfältige Hilfe-, Unterstützungs- und Dienstleistungsangebote. Es gibt Informationsmöglichkeiten im medizinischen Bereich beispielsweise im Bereich der Prophylaxe bei Bluthochdruck, Übergewicht und Schlaganfällen durch Ärzte und Krankenkassen. Des Weiteren gibt es, getragen von den Wohlfahrtsverbänden und der Stadt Frankfurt am Main, ein Beratungs- und Vermittlungssystem bei Fragen zu offenen, ambulanten, teilstationären sowie stationären Angeboten. Eine wichtige Ergänzung ist eine verstärkt zugehende Beratung vor oder in Krisensituationen und damit notwendigen Veränderung des häuslichen Umfeldes.

Hier gibt es Beispiele wie die Wohnberatungsstellen in Hamm⁶⁷ und Untersuchungsergebnisse von Studien des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend⁶⁸ zur Selbstständigkeit im Alter (MuG III), die diesen Bedarf bestätigen. Die Kommune müsste hier mit Wohnungsbauträgern auf altersgerechte Wohnungssanierung hin bedarfsorientiert zusammenarbeiten.

Altern ist ein individueller Prozess. Das gilt uneingeschränkt auch für den Personenkreis älter werdender Menschen mit Behinderungen. Zunächst wird "Altern" von Menschen mit Behinderung genauso erlebt, als dritter Lebensabschnitt, wie von Nichtbehinderten.

Für manche Personengruppen (z. B. Menschen mit einer geistigen Behinderung) sind grundsätzlich flankierende psychosoziale Hilfen erforderlich, zur Gestaltung von Übergangsphasen (z.B. des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand; Vorbereitung auf Pflegeabhängigkeit). Diese Veränderungen individueller Lebenslagen haben erhebliche Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen und das Gefüge der stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (die klassische Aufteilung in Form einer Tagesstruktur in der WfbM und Wohnen im Wohnheim wird durch den 3. Lebensabschnitt verändert).

Ein Rückgriff auf die vorhandenen und in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Einrichtungen der Altenhilfe ist in der Regel nicht sinnvoll. Das bedeutet, dass Politik, Behörden und versorgende Institutionen einerseits auf spezifische Unterstützungserfordernisse und auf im Zusammenhang mit Alter stehende Veränderungen von Hilfebedarfen reagieren müssen:

- behinderungsbedingt veränderte Lebenslagen (z. B. aufgrund von vorzeitigen Alterungsprozessen, progressive Behinderungen, etc.)

⁶⁷ Dokumentation der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. zum Bundeskongress „Wohnen der Zukunft - modernes Leben im Alter“, der am 23.08.2005 in Berlin stattfand, siehe www.ffg.uni-dortmund.de

⁶⁸ www.bmfsfj.de Forschungsprojekt/Publikation „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“ Die Studie "Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten" - MuG III - beleuchtet präzise die Situation der häuslichen Pflege vor und nach Einführung der Pflegeversicherung. Daher ist sie für den gesamten Pflegebereich sowie bei der Neugestaltung von Pflegearrangements und der Weiterentwicklung neuer Wohnformen von Bedeutung. Zentrales Ergebnis der Studie: Auch im Alter wollen Menschen selbstständig leben. Dies ist möglich, wenn das Umfeld stimmt. Grundlage der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Studie ist eine Repräsentativbefragung von 3.622 hilfe- und pflegebedürftigen Personen durch die Infratest Sozialforschung München. Weitere Beteiligte im Forschungsverbund sind: Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI), Heinemann & Partnerinnen (c/o IGF Berlin), ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik sowie JSB GmbH.

- Sozialisationshintergründe (z. B. jahrelange stationäre Bezüge, familiäre Bindungen)
- umfassende Versorgungsbedarfe (Eingliederungshilfe, Pflege, flankierende und tagesstrukturierende Hilfen)

Gleichzeitig ist den normativen Aspekten der Normalisierung der Lebensverhältnisse und der Selbstbestimmung Rechnung zu tragen:

- Selbstbestimmungsrecht über die Wohnverhältnisse - dies betrifft insbesondere den Verbleib in der vertrauten/selbstgewählten Umgebung
- konsequente individuelle Orientierung der Hilfeangebote
- Partizipation am öffentlichen Leben

Handlungsempfehlungen

Im Zusammenhang mit stationärer Betreuung sind u. a. Konzepte zu entwickeln für

- die Gestaltung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand (Bildungsangebote, tagesstrukturierende Angebote, flexiblere Finanzierung durch die Kostenträger)
- die Vorbereitung auf Pflegebedürftigkeit
- den Umgang mit Fehlplatzierung älterer Menschen mit Behinderungen in Pflegeheimen.

Erste Konzepte zur tagesstrukturierenden Betreuung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Caritasverband Frankfurt e. V.; Praunheimer Werkstätten gGmbH) wurden bereits erarbeitet.⁶⁹

Menschen mit Behinderungen haben im Laufe ihres Lebens vielfach in Wohngemeinschaften und berufsbegleitenden Einrichtungen gelebt bzw. gearbeitet, wo ihnen Selbstbestimmung weitestgehend ermöglicht worden ist. Dieser Aspekt des selbstbestimmten Lebens in „den eigenen vier Wänden“ oder kleinen Wohngruppen sollte auch für ältere Menschen mit Behinderungen erhalten bleiben. Der demografischen Entwicklung entsprechend ist es deshalb dringend notwendig, am Bedarf ausgerich-

⁶⁹ Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung »Fachliche Leitlinien und Empfehlungen«, Ergebnisse einer Fachtagungsreihe, 2002
Landeswohlfahrtsverband Hessen, LWV (Hrsg.), Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Projektes: »Seniorentreff für ältere Menschen mit geistiger Behinderung in Frankfurt«, Kooperationsprojekt von Caritas, DRK, Lebenshilfe, PW, KOMM Ambulante Dienste e.V., 2004

tete Angebote zu entwickeln bzw. auszubauen. Sollte eine stationäre Betreuung und Pflege notwendig werden, muss darauf geachtet werden, dass in Zukunft Fehlbelegungen in klassischen Pflege- und Wohnbereichen der Altenpflege vermieden werden (siehe Rahmenkonzept für körperlich behinderte Menschen⁷⁰), sondern eigene an den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe orientierte Angebote zur Verfügung stehen.

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen hat im Rahmen seiner Aufgaben als Kostenträger sog. Planungskonferenzen eingeführt, auf denen die regionalen Bedarfe und Angebote erfasst werden. Für die regionalen Planungskonferenzen, die aus dem Landeswohlfahrtsverband, verschiedenen Leistungserbringern und Vertretern der Kommunen bestehen, und die es für jede Zielgruppe gibt, ist es eine wichtige Aufgabe diesen Prozess voranzutreiben und zu begleiten.

5.2 Kultursensible Aspekte

5.2.1 Migrantinnen und Migranten

Der Begriff Migranten beinhaltet alle Menschen mit Migrationshintergrund. Im Unterschied dazu beziehen sich die statistischen Daten nur auf legal in Deutschland lebende Menschen ohne deutschen Pass. Nicht erfasst sind eingebürgerte Menschen mit Migrationshintergrund und die große Gruppe der Aussiedler. Die Öffnung von Pflegeeinrichtungen für Migranten ist ein zentrales Zukunftsthema in der Altenhilfe. Der zu erwartende Bedarf sowie die daraus resultierenden Anforderungen an die Einrichtungen sind hier kurz skizziert.

5.2.1.1 Situation der Migranten in Frankfurt

5.2.1.1.1 Demografische Entwicklung

In Frankfurt leben 171.696 Migranten, das sind 27,4 % der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung liegt zur Zeit bei 12 %. Der Anteil der über 60-jährigen Deutschen liegt bei 27 %. Der Anteil der über 60-jährigen Migranten (18.049) macht 12,78 % in der Altersgruppe in Frankfurt aus. Sieht man

⁷⁰ Landeswohlfahrtsverband Hessen/Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), Rahmenkonzept für eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung von körperlich behinderten Erwachsenen in Hessen vom 18. bis 65. Lebensjahr, 1. Auflage, 2002

sich allerdings die einzelnen Altersgruppen an, wird deutlich, dass der Anteil der Migranten stark ansteigen wird.

Anteil Migranten an Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen⁷¹:

- über 55 Jahre 9.570 Migranten (26,1 %), Gesamtbevölkerung: 36.632
- über 60 Jahre 7.614 Migranten (19,6 %), Gesamtbevölkerung: 38.887
- über 65 Jahre 5.127 Migranten (16,8 %), Gesamtbevölkerung: 30.497
- über 70 Jahre 2.819 Migranten (11,9 %), Gesamtbevölkerung: 23.707
- über 75 Jahre und älter 2.489 Migranten, (5,17 %) Gesamtbevölkerung: 48.120.

5.2.1.1.2 Nationalität der Migranten

Das am häufigsten vertretene Herkunftsland der Migranten ist die Türkei. Mit 19,2 % (32.701) ist die Zahl mehr als doppelt so hoch wie die der Migranten aus Italien mit 9 % (15.402) und die der Migranten aus Serbien-Montenegro mit 8,4 % (14.281).

5.2.1.1.3 Gesundheitszustand der Migranten

Ältere Arbeitsmigranten sind in stärkerem Maße von körperlichen Erkrankungen und Behinderungen betroffen als deutsche Senioren. „Migranten leiden nach einer Reihe von regionalen Studien im Durchschnitt zehn Jahre früher als die deutsche Bevölkerung an chronischen Allergien [...] und Verschleißerscheinungen [...]. Vielfach werden Frühberentungsverfahren notwendig.“⁷² Verschiedene Faktoren sind für diesen Tatbestand verantwortlich, u.a.:

- die Migranten der ersten Generation gehören vielfach zu den einkommensschwachen Gruppen, die auch in der deutschen Bevölkerung von einem höheren Krankheitsrisiko betroffen sind
- Durch die z. T. sehr unfallträchtigen und belastenden Berufstätigkeiten waren die Migranten erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt
- Vielfältige diskriminierende und traumatisierende Ereignisse verstärkten die gesundheitlichen Gefährdungen.

⁷¹ Quelle: Melderegister, Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2003

⁷² Transkulturelle Begutachtung, Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland; Herausgegeben von: Jürgen Collatz, Eckhardt Koch, Ramazan Salman & Wieland Machleidt in: Das transkulturelle Psychoforum, Herausg. Thomas Heise & Judith Schuler Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997

Die kritische gesundheitliche Situation der Migranten führt auch zu einem erhöhten Risiko der Pflegebedürftigkeit. Das Eintrittsalter der in Pflegeheimen lebenden Migranten ist im Schnitt 10 Jahre niedriger als das deutscher Senioren. (Obwohl es dazu keine gesicherten Untersuchungen gibt, können die Erfahrungen aus zwei Einrichtungen sicher übertragen werden.)

5.2.1.1.4 Private Hilfenetze

Die Hilfeerwartungen der Migranten richten sich in erster Linie an die eigene Familie. Vor allem bei türkischen Migranten besteht „ein besonders hohes Solidaritätspotenzial“ (Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002). Migranten leben dreimal häufiger als deutsche Senioren in Drei- und Mehrpersonenhaushalten.

Ca. 50 % der deutschen Senioren leben in Einpersonenhaushalten, Migranten nur zu 44,2 %. Dagegen leben doppelt so viele Migranten über 60 Jahre in Zweipersonenhaushalten. Allerdings dürfen diese Zahlen nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele alte Migranten auf kein familiäres Hilfesystem zurückgreifen können und dass viele Familien mit der Pflege ihrer Angehörigen überfordert sind. „Die Veränderung in der Migration schlägt sich u.a. nieder in der zunehmenden Individualisierung und in der Ausdünnung privater familiärer Hilfenetze.“ (Das transkulturelle Psychoforum, Transkulturelle Begutachtung S. 103)

5.2.1.1.5 Informationen zum deutschen Altenhilfesystem

Der Informationsstand von Migranten über das deutsche Altenhilfesystem ist erschreckend gering. Dies trifft nicht nur auf die erste Generation der Migranten zu, sondern auch auf die zweite und dritte Generation. In der Regel werden Angebote der stationären Pflege als Angebot an Deutsche verstanden, das Angebot der ambulanten Pflege ist kaum bekannt. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass im wesentlichen Pflege von Angehörigen geleistet wird. Muttersprachliches und kulturspezifisches Informationsmaterial zu Pflegeeinrichtungen und Leistungen der Pflegeversicherung ist kaum verfügbar.⁷³

⁷³ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: in einer Stadt wie Frankfurt am Main mit über 100 verschiedenen Sprachen, wird eine Auswahl von Sprachen erforderlich werden. Über die Definition des Begriffs „kulturspezifisch“ muss Einigkeit bestehen.

5.2.1.1.6 Einstellungen zum Alter und Pflege

Migranten der ersten Generation haben sich in der Regel wenig mit dem Thema „alt werden“ auseinandergesetzt. Bedingt durch die Migration konnten sie wenig zur Pflege der eigenen Eltern beitragen. Das Bild vom eigenen Alter war geprägt von der Vorstellung, in die Heimat zurückzukehren. Mit der Pflegebedürftigkeit müssen sich die Migranten nun von dem Lebensziel der Rückkehr verabschieden und auf den Lebensabend in Deutschland einstellen. Dabei richten sich die Erwartungen in erster Linie an die Kinder. Die Einstellungen von alten Migranten gegenüber Pflegeeinrichtungen sind geprägt von dem Bild der „abgeschobenen Alten“, um die sich die Kinder nicht mehr kümmern. (Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002) Der Schritt in die Pflegeeinrichtungen wird in der Regel von den Angehörigen initiiert.

5.2.1.1.7 Zusammenfassung

Das zukünftig notwendige Angebot in der stationären Pflege für Migranten ergibt sich aus

- der überproportionalen Steigerung der Anzahl der Migranten in der Altersgruppe der über 60-Jährigen
- dem erhöhten Krankheitsrisiko der Migranten
- dem früher einsetzenden Hilfebedarf der Migranten.

Bisher wurde erwartet, dass der institutionelle Hilfebedarf der Migranten durch die Rückkehr der Migranten in die Heimatländer und die bestehenden familiären Hilfenetze abgefangen wird. Dies hat sich als unrealistisch erwiesen. Die Rückkehr ist aus unterschiedlichen Gründen für den überwiegenden Teil der Migranten nicht mehr möglich und die familiären Hilfenetze sind nicht in der Lage, die Versorgung der Angehörigen ausreichend abzusichern. Die geringe Nutzung des Altenhilfesystems ist eher bedingt durch das Informationsdefizit der Migranten und fehlende spezifische Angebote für Migranten als durch den nicht vorhandenen Bedarf an Hilfeleistungen.

5.2.1.2 Handlungsempfehlungen an die Politik und die beteiligten Behörden und Ämter

Für Migranten ist das Altenhilfesystem schwer zugänglich. Die Barrieren, denen die Migranten gegenüber stehen, sind sehr hoch.

- Es fehlt muttersprachliches und kulturspezifisches Informationsmaterial.
- Migranten sind von den Informationskanälen abgeschnitten. Die Informationskanäle der Migranten, die muttersprachlichen Medien, werden vom Altenhilfesystem nicht zur Informationsvermittlung genutzt.
- Die Migranten haben eine eigene Infrastruktur entwickelt. Diese Infrastruktur ist an keinem Punkt mit der Infrastruktur des Altenhilfesystems vernetzt.
- Die Migranten fühlen sich nicht eingeladen vom Altenhilfesystem.

Die wesentliche Anforderung an die Politik und die Behörden besteht darin, diese Barrieren abzubauen bzw. Brücken zu bauen zwischen dem Altenhilfesystem und den Migranten. Erste Schritte könnten sein:

- Die Erstellung von muttersprachlichem und kulturspezifischem Informationsmaterial zum Altenhilfesystem und zur Pflegeversicherung
- Muttersprachliche und kulturspezifische Informationskampagnen in der Infrastruktur der Migranten
- muttersprachliche und kulturspezifische Beratung und Information zum Altenhilfesystem für alte Migranten und ihre Angehörigen, die in der Infrastruktur der Migranten angesiedelt ist
- Koordinationsstelle Beratung und Information im Altenhilfesystem, die die Verknüpfung von Altenhilfeeinrichtungen und alten Menschen mit Migrationshintergrund sicher stellt
- Einbindung der muttersprachlichen Medien zur Verbreitung der Informationen zum Altenhilfesystem

5.2.1.3 Handlungsempfehlungen an die Leistungserbringer

Wie die demografische Entwicklung und die gesundheitliche und familiäre Situation der Migranten zeigt, steigt der Bedarf an Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen unzweifelhaft überproportional an. Für die stationären Einrichtungen bedeutet der

steigende Pflegebedarf von Migranten, dass in Zukunft Migranten eine relevante Bewohnergruppe sein werden. Die Einrichtungen werden sich interkulturell ausrichten müssen. Ob der Anteil der Migranten 10 %, 15 % oder 20 % ausmachen wird, ist nicht einzuschätzen und hat auf den Prozess der interkulturellen Öffnung in den Einrichtungen wenig Einfluss. Wird dieser Prozess frühzeitig begonnen, können mit geringem Aufwand die notwendigen Veränderungen abgestuft eingeführt werden.

Zum Abbau von Zugangsbarrieren der Migranten zu den Pflegeeinrichtungen sind Signale der Wertschätzung und Offenheit für die Belange der alten Migranten notwendig. Für die Einrichtungen sollte deutlich sein, dass Migranten keine zusätzliche Belastung, sondern eine Bereicherung darstellen. Die biografiegestützte Pflege stellt die fachliche Grundlage der kultursensiblen oder kultursensitiven Pflege dar. „Kultursensible Pflege trägt dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann.“ (Memorandum für eine kultursensible Altenpflege, Marksteine auf dem Weg zu einer kultursensiblen Altenhilfe, Punkt 2) Um diesen Anspruch umzusetzen und eine angemessene Pflege zu gewährleisten, sind in den Einrichtungen einige Angebote und Strukturen anzupassen.

◆ Schaffen von Lebensräumen

Die interkulturelle Öffnung eröffnet die Möglichkeit der Entwicklung von unterschiedlichen Wohnkonzepten. Die Breite der Konzepte reicht von kleinen ethnienspezifischen Wohngruppen bis zu integrativen Gruppen. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die Bedürfnisse der Migranten sehr individuell sind. Das Angebot einer spezifischen Wohngruppe wird häufig als Signal gesehen, dass Migranten in der Einrichtung willkommen sind. Aber auch das Wohnen in integrativen Gruppen wurde von einigen Migranten positiv erlebt. Die Einrichtungen sollten flexibel in ihrem Angebot sein und die Migranten in der Praxis entscheiden lassen. **Aber in erster Linie geht es um die Schaffung von Lebensräumen, in denen die Menschen selbst, aber auch ihre Angehörigen und Freunde ihren Lebensentwurf und ihre Lebensgewohnheiten beibehalten können.** Es reicht nicht aus, ein individuell eingerichtetes Zimmer zur Verfügung zu stellen. Hier sind die Ansprüche der Menschen oft sehr bescheiden. Zentraler sind die Möglichkeiten für die alten Migranten, sich weiter als Familienmitglied erleben zu können, die Familie in der Einrichtung

„aufzunehmen“, ihr einen festen Platz einzuräumen, Gelegenheiten zur Alltagsgestaltung zu schaffen. Dazu gehören Möglichkeiten zum Kochen, Platz für Kinder zu haben, Räume zum Musizieren und Räume zum Beten einzurichten etc.

◆ **Beteiligung von Angehörigen**

Angehörige sollten in das Leben der Einrichtung einbezogen werden. Die Abstimmung der Zeitstruktur und Angebote der Einrichtung mit und auf die Angehörigen trägt zur Erhaltung der Familienstruktur bei. Viele Angehörige möchten sich am Leben in der Einrichtung beteiligen. Sie übernehmen einen großen Teil der psychosozialen Versorgung ihrer Angehörigen selbst und sind aktiv bei der Gestaltung von Festen und Veranstaltungen. Damit bieten sie den Einrichtungen neue Möglichkeiten, das Leben in den Einrichtungen vielfältiger und abwechslungsreicher zu gestalten. Gleichzeitig werden die Angehörigen durch die Einbeziehung entlastet. Ihre Schuldgefühle, die Bewohner in die Institution „abgeschoben“ zu haben, können aufgefangen werden.

◆ **Angebote von Seelsorge und Gottesdiensten/ Gebeten**

Die Ausübung ihres Glaubens und die Betreuung durch Seelsorger ist für viele Migranten ein wichtiger Bestandteil ihres Lebens. Respekt ihrem Glauben gegenüber zu erleben, kann entscheidend dazu beitragen, dass die Menschen sich willkommen fühlen und Räume – innere und äußere - einnehmen. Durch die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Gemeinden und Seelsorgern kann den religiösen Bedürfnissen der Menschen Rechnung getragen werden. Der Aufbau von Kooperationsbeziehungen ist in vieler Hinsicht hilfreich für die Einrichtungen. Hier kann Rat gesucht werden bei Wissensdefiziten oder Konflikten.

◆ **Erweiterung des Speisen- und Getränkeangebotes**

Das Angebot von gewohnten Speisen und Getränken ist für alte Menschen ein wichtiges Merkmal ihrer erlebten Lebensqualität. **Die Erweiterung des Speisenangebotes - für alle Mahlzeiten – ist eine notwendige und pragmatische Anpassung der Einrichtungen an die Bewohnergruppe der Migranten.** Dabei sind die jeweils individuellen Wünsche zu beachten. Das Angebot eines „türkischen“ oder „spanischen“ Gerichts entspricht häufig nicht den Gewohnheiten der Bewohner. Bei Bewohnern muslimischen Glaubens sind die entsprechenden Essensvorschriften zu beachten.

◆ **TV-Programme**

Wenn in der Einrichtung eine TV-Anlage vorhanden ist, sollte diese um muttersprachliche und kulturspezifische Programme erweitert werden. Dieses Angebot wird von Migranten in den Einrichtung viel und gern genutzt.

◆ **Festtage verbinden**

Festtage und Rituale sind für Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen eine wichtige Orientierung zur Strukturierung des Jahres. **Entsprechend sind muslimische, jüdische oder orthodoxe Festtage in den Einrichtungskalender aufzunehmen.**

Das gemeinsame Feiern von Festen – sei es das Weihnachtsfest oder das Opferfest – bieten den Bewohnern Gelegenheit zur Begegnung und zum Kennenlernen. Das Vertraute und das Unbekannte können nebeneinander stehen. In der geschützten Umgebung der Einrichtung können neue Erfahrungen miteinander gemacht werden, die bisher nicht möglich waren.

◆ **Personalkonzept**

Der Einsatz von multikulturellen Teams – in vielen Einrichtungen schon heute praktiziert – ist ein Merkmal des veränderten Personalkonzeptes. Alte Migranten verfügen in der Regel über keine oder geringe Deutschkenntnisse. Früher vorhandene Sprachkompetenzen sind mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verloren gegangen. Dies macht eine Anpassung des Personalkonzeptes der Einrichtungen notwendig. **Die Einstellung von bilingualen Mitarbeitern und/ oder die Einbindung von Sprachmittlern ist eine Mindestanforderung.** Die Brückensprache Deutsch sollte aber bei allen Mitarbeitern und Sprachmittlern vorausgesetzt werden, da die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist. Um eine angemessene Pflege zu gewährleisten, wird die Einstellung von bilingualen Fachkräften notwendig. Biografiearbeit und Pflegeplanung setzt neben der Sprachkompetenz der Mitarbeiter auch eine hohe Fachlichkeit voraus.

◆ **Sensibilisierung der Mitarbeiter**

Die Ausbildung in der Altenpflege und die konzeptionellen Grundlagen der Altenpflege bilden die Grundlage der kultursensiblen Pflege. Trotzdem ist eine Sensibilisierung der Mitarbeiter in den Einrichtungen für den individuellen biografischen Hintergrund der Migranten notwendig. Dabei geht es in erster Linie um das Anregen von

Interesse und Neugier auf Menschen, die sich häufig in einer „verborgenen Infrastruktur“ bewegt haben. Kulturspezifisches Wissen stellt den Rahmen dar, um bestimmte Bedürfnisse und Gewohnheiten einordnen zu können. Wichtig ist hier, keine kulturspezifischen Stereotypen zu entwickeln, sondern die Aufmerksamkeit für individuelle Unterschiede zu schärfen. Fallbesprechungen sind eine besonders geeignete Methode.

◆ **Mehrsprachiges Informationsmaterial**

Das Informationsmaterial der Einrichtung sollte in verschiedenen Sprachen vorliegen. Die Konzentration auf eine oder zwei Sprachen kann den Aufwand auf ein realistisches Maß reduzieren. Bei der Erstellung des Materials ist darauf zu achten, dass die Texte nicht einfach übersetzt werden, sondern die Sprachgewohnheiten der jeweiligen Gruppe berücksichtigt werden.

◆ **Vorhandene Ressourcen**

Die Pflegeeinrichtungen können auf viele vorhandene Ressourcen zurückgreifen. Eine wesentliche Ressource ist das Pflegeverständnis. Insgesamt stellen die Anpassungen im Altenpflegeheim keine neuen Anforderungen dar, sondern sind im Rahmen einer biografiegestützten Pflege Teil des vorhandenen Pflegeverständnisses. Sie bieten vielmehr die Chance, vorhandene Angebote, Strukturen und Planungen insgesamt zu überprüfen und an die Bedürfnisse der Bewohner anzupassen. Eine weitere Ressource sind die Mitarbeiter der Einrichtungen. Die muttersprachlichen Mitarbeiter können bei der Anpassung der Strukturen und Angebote sehr pragmatisch beraten. Die damit verbundene Wertschätzung des Migrationshintergrundes der Mitarbeiter unterstützt den Prozess der interkulturellen Öffnung der Einrichtung. Die Multikulturalität der Teams erhält eine neue Bedeutung.

5.3 Obdachlose

Der Personenkreis der Obdachlosen/Wohnungslosen im Stadtgebiet Frankfurt macht in der Regel seine Ansprüche nach dem SGB II oder SGB XII bei der Fachstelle 51. D 3 (Besonderer Dienst Gefährdete Personen) des Jugend- und Sozialamtes geltend. Dieser Personenkreis setzt sich nicht aus einer homogenen Gruppe zu-

sammen, da die Gründe für Wohnungsverlust so verschieden wie die dahinter stehenden Einzelschicksale sind.

Die vorhandenen persönlichen Ressourcen, neuen Wohnraum zu erhalten und nicht erneut zu verlieren, sind unterschiedlich stark vorhanden. Entsprechend unterschiedlich müssen die angebotenen Hilfen gestaltet sein, eine eingetretene Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit zu beheben. Folgende Anmerkungen beziehen sich nur auf den Personenkreis der Obdachlosen, bei denen das Fehlen einer Wohnung nur einen (wenn auch wesentlichen) Aspekt innerhalb einer multiplen Problemlage darstellt. Sonstige Wohnungslose (z. B. nach Strafhaft ohne Wohnung entlassen, Zuzug aus dem Ausland) werden eine erhaltene Wohnung mit eigenen Kräften und /oder materieller staatlicher Unterstützung erhalten können.

Wie bereits erwähnt, geht eine Obdachlosigkeit häufig mit unterschiedlichsten Problemlagen einher. Hier sind beispielhaft Überschuldung und Suchtmittelabhängigkeiten zu nennen. Die Hilfen durch das Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main und die Leistungserbringer sind in der Regel darauf ausgerichtet, eine ganzheitliche Hilfe anzubieten und nicht nur lediglich Wohnraum zu beschaffen oder zu finanzieren, um so einem erneuten Wohnungsverlust vorzubeugen. Als gesetzliche Grundlage sind hier die §§ 67 ff SGB XII zu nennen. Hilfen in diesem Bereich werden stationär in Einrichtungen von Leistungserbringern erbracht. Diese Einrichtungen wenden sich aber nicht ausschließlich an ältere Obdachlose. Die stationären Hilfen sind für die Dauer von längstens 2 Jahren angelegt, können im Anschluss in eigenem Wohnraum ambulant fortgesetzt werden. Idealerweise fügt sich der ehemals obdachlose ältere Bürger in sein Wohnumfeld ein.

Gleichwohl gibt es jedoch auch niedrigschwelligere Nischen im Frankfurter Hilfesystem, die vorrangig die Versorgung mit Obdach und damit einhergehend eine gesundheitliche Stabilisierung der betroffenen älteren Obdachlosen zum Ziel haben. In Frankfurt hat sich der „Verein Lichtblick aktiv Schwester Sigrid“ auf den angesprochenen Personenkreis spezialisiert. In der Eschersheimer Landstrasse 149/151 betreibt Schwester Sigrid eine betreute Wohngemeinschaft für ältere ehemals obdachlose Frankfurter Bürger. In Friedrichsdorf/Köppern betreibt der Frankfurter Verein für

soziale Heimstätten eine anerkannte Einrichtung nach den Bestimmungen des § 67 SGB XII. Diese Einrichtung spezialisierte sich in den letzten Jahren in Richtung „Altersheim für ältere, alkoholranke und obdachlose Frankfurter Männer“. In der jüngsten Vergangenheit ist jedoch wieder eine Rückbesinnung auf die Konzeption der (vorübergehenden) Hilfestellung nach § 67 SGB XII zu verzeichnen. Kommen auf Grund von starken gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen die klassischen Hilfsmöglichkeiten der Obdachlosenhilfe nicht mehr zum Tragen und ist eine Wohnmöglichkeit im Altenpflegeheim angezeigt, wechselt die Zuständigkeit zum Rathaus für Senioren (51.D2, Besondere Dienst des Jugend- und Sozialamtes). Es ist festzustellen, dass es sich bei dem Frankfurter Hilfesystem in der Regel um eine „Kommstruktur“ handelt. Zugehende Strukturen werden beispielsweise von der Straßensozialarbeit erbracht. Die Grenzen des Hilfesystems sind dann erreicht, wenn weder Komm- noch Bringstrukturen angenommen werden.

Das Jugend- und Sozialamt und die Bürger der Stadt Frankfurt am Main haben hier soziale Verantwortung. Über bestehende Absprachen zwischen den Beratungsinstitutionen (Polizei, soziale Einrichtungen, städtische Ämter) ist sicherzustellen, dass die Bürgerinnen und Bürger der Stadt ihnen bekannte Notlagen melden können, damit den betroffenen Menschen entsprechend geholfen werden kann.

Ähnlich wie bei den älteren Menschen mit Behinderungen fehlen hier Konzepte für die älteren Sucht- bzw. Drogenabhängigen und es besteht dringender Handlungsbedarf.

5.4 Ehrenamtliches Engagement – Arbeit von und mit ehrenamtlichen Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe

Ehrenamtliche Mitarbeit gewinnt in der Altenhilfe immer mehr an Bedeutung. Sie stellt eine wichtige Ergänzung bei der psychosozialen Betreuung von Bewohnern in unseren Pflegeeinrichtungen dar. Sie ist unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen, die häufig eine Finanzierung der notwendigen Unterstützungsmaßnahmen durch professionell Tätige alleine nicht mehr ermöglichen, eine Voraussetzung dafür, dass Lebensqualität und ein menschenwürdiges Leben im Heim gewährleistet werden kann.

Unter ehrenamtlicher Dienstleistung im sozialen Bereich der Altenpflegeheime wird das freiwillige Engagement von Bürgern verstanden, die ohne tätigkeitsadäquate Ausbildung und Arbeitsvertrag sowie ohne entsprechende (nennenswerte) Vergütung im Bereich der Betreuung mitarbeiten.

Um die Bürger zu diesem Engagement zu bewegen, ist es notwendig, dass Pflegeeinrichtungen dafür ein adäquates Qualifizierungskonzept und neben partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den hauptamtlich Tätigen auf jeden Fall eine ansprechbare Person zur Verfügung haben, die es versteht, den interessierten Mitbürgern die Aufgabenstellung zu vermitteln und ihr Engagement zu fördern. Die Möglichkeiten von ehrenamtlichem Engagement in Heimen sind sehr vielfältig, sie sollten sich immer an den Bedürfnissen, Kompetenzen und Ressourcen der jeweiligen Heimbewohner orientieren. Sie reichen exemplarisch von der "Patenschaft" für einen einzelnen Bewohner über die Beteiligung an tagesstrukturierenden Maßnahmen (Gruppenveranstaltungen) bis zum Begleiten bei Arztbesuchen und Ausflügen und vielen weiteren Einsatzmöglichkeiten.

Unabdingbare Voraussetzungen für ehrenamtliche Mitarbeiter sind ihre Einbindung in den institutionellen Rahmen des Heimes, klar geregelte Zuständigkeiten und Handlungskompetenzen, fest benannte Ansprechpartner sowie z. B. geplanter Einführungsverlauf, Optimierung des Informationsflusses und der Koordination seitens der professionell tätigen Mitarbeiter sowie kontinuierliche Schulungen bzw. Fortbildungen zur Reflexion und zum Verstehen des eigenen Handelns. Auch die sachgerechte Entscheidungsfindung, das Bewältigen von Konflikten, eine Anerkennungskultur und ein gutes Arbeitsklima tragen dazu bei, den Kreis der ehrenamtlich Tätigen stabil zu halten und auch neue Teilnehmer zu finden. Darüber hinaus müssen ehrenamtliche Mitarbeiter umfassend über Risiken, Verantwortung sowie über die rechtliche Absicherung ihrer Tätigkeit informiert werden, dazu gehört auch ein ausreichender Versicherungsschutz.

Das gemeinsame Anliegen kann gefördert werden durch Schnupperangebote, verstärkte gemeindenahere Bezüge, Mitgliedschaften in Vereinen und werbende Aktionen, Presseberichte sowie der Einbeziehung der auf diesem Gebiet bestehenden Aktivitä-

ten des Büro Aktiv im Institut für Sozialarbeit e. V..⁷⁴ Die Ausprägung des Ehrenamtes in den Einrichtungen ist sicherlich unterschiedlicher Natur. Zurzeit benennen die Einrichtungen in Frankfurt eine Zahl von rd. 730 ehrenamtlich tätige Menschen (siehe IST-Analyse, Ziffer 2.1.15, und Anhang 9.2). Eine 1999 durchgeführte Untersuchung („Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001“) zeigt im Abschnitt 2.6 „Gesellschaftliche Teilhabe und bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen“ auf, dass lediglich rd. 8 % der ehrenamtlich tätigen Bürger dies in karitativen Organisationen tun.

5.5 Netzwerke

Netzwerke sind gegebene oder organisierte Systeme von Menschen und/oder von ihnen vertretenen Organisationseinheiten, die durch das Netzwerk einen unmittelbaren oder mittelbaren Vorteil erfahren oder sich erhoffen.

Netzwerke im Bereich der Altenhilfe sind Kooperationen, die innerhalb des Systems die richtige bzw. angemessene Hilfe wohnortnah organisieren oder leisten können, wie beispielsweise die Beratungs- und Vermittlungsstellen. Davon abzugrenzen sind die Beratungsgremien wie das Frankfurter Forum für Altenpflege, wo ein fachlicher Austausch stattfindet und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit organisiert wird.

Ein konstruktiv funktionierendes Netzwerk, das sich nicht nur als ein autopoietisches System (d. h. als sich selbst förderndes und die für seine Existenz notwendigen Teile selbst erzeugendes) versteht, sollte idealerweise sowohl horizontale, als auch vertikale Strukturen durchdringen und letztlich zumindest innerhalb des Netzwerkes auflösen. Konkretisiert auf den gesellschaftlichen Bereich der Altenhilfe bedeutet dies eine Abkehr von herkömmlichen, hierarchisch-dirigistisch gesetzten Organisationsstrukturen und eine Hinwendung zu Kooperation und Koordination in Netzwerken, in denen die Akteure der Altenhilfe mittels eines diskursiven Prozesses Ziele entwickeln und benennen, Umsetzungsstrategien planen und bei Bedarf verändern, letztlich auch Handlungsanleitungen definieren und in den Alltag transportieren.

⁷⁴ Hinweis Stadt Frankfurt am Main, Jugendhilfe- und Sozialplanung: seit 01.01.2006: Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt

Ein Netzwerk im Alter könnte für ein Verbundsystem stehen, dessen Ziel sein sollte, die klientenzentrierte Zusammenarbeit aller an der Versorgung und Betreuung älterer Menschen beteiligten Institutionen zu fördern, Konkurrenzsituationen und Informationsdefizite abzubauen, das Qualifikationsniveau zu steigern und insgesamt die Angebotsstruktur besser auf die Bedürfnisse alter Menschen und ihrer Angehörigen abzustimmen.

Im Unterschied zu den bereits bestehenden Strukturen sollte das Netzwerk im Alter nicht "nur" auf den kranken älteren Menschen und seine professionellen und familiären Helfer/-innen abzielen, sondern auch den aktiven älteren Menschen ansprechen, der seine Kräfte und Erfahrungen in die Netzwerkarbeit einbringen und seine Stellung als Kunde/Verbraucher von regionalen Versorgungsleistungen verbessern will.

Das Netzwerk im Alter gründet sich somit auf eine qualifizierte interdisziplinäre Zusammenarbeit von kommunalen Stellen, von Trägern der medizinischen, therapeutischen, geriatrischen, gerontopsychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie Initiativen, Verbänden, Angehörigen, Vereinen, bürgerschaftlich Engagierten u. a.

Die Zielebenen solcher Netzwerke im Alter definieren sich an den aufgrund von Erhebungen, Befragungen oder mittels ähnlicher Instrumentarien festgestellten Bedürfnissen der Betroffenen. Sie sollen für eine verbindlich geregelte Kooperation und Kommunikation in den Bereichen Fallmanagement, Überleitung, Transparenz von Angeboten für Professionelle und Nettwerkkunden, Qualifizierung, Öffentlichkeitsarbeit, Information und Stärkung der Verbraucherrolle einschließlich eines Beschwerdemanagements sorgen. In diesen Bereichen sollen Ressourcen gebündelt und bestehende Motivationen, Interessen, Problemlagen und Fakten in die Entwicklung neuer und Angleichung vorhandener Standards einbezogen werden.

Für Frankfurt bieten sich z. B. die folgenden vier primären Zielebenen an:

1. Entwicklung eines verbindlichen Abstimmungs- und Steuerungssystems ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen; Vernetzung der vorhandenen Angebote
2. Entwicklung von Angeboten und Möglichkeiten zur Stärkung und offensiven Wahrnehmung der Betroffenen- und Angehörigenkompetenz

3. Aufbau eines effektiven Informations-Managementsystems für die Zielgruppen des Netzwerkes
4. Entwicklung und Vernetzung von Qualifizierungsangeboten

Netzwerke in solchen komplexen Strukturen entwickeln sich nicht naturwüchsig und sind allein durch ihre Größe nicht selbst steuerungsfähig, d. h. es bedarf eines Instrumentariums zur Steuerung und Organisation.

So könnte z. B. ein Lenkungsausschuss in der Anfangsphase den Prozess der Vernetzung organisieren, moderieren und dokumentieren, dafür Sorge tragen, dass die Einbindung der Kostenträger in das Netzwerk gewährleistet ist und für die unbedingt notwendige Öffentlichkeitsarbeit sowie das Informationsmanagement sorgen.

Ein wesentlicher Aspekt von Netzwerken ist die Gleichwertigkeit aller Netzwerkteilnehmer im Organisations- und Arbeitsprozess des Netzwerkes selbst. Daraus folgt, dass ein hierarchisches Organisationselement wie ein Lenkungsausschuss nur in einer eng begrenzten Zeitspanne eingesetzt werden kann und baldmöglichst durch ein demokratisches ersetzt werden sollte. Ein solches Element könnte die Netzwerkkonferenz sein. Die Netzwerkkonferenz wird das höchste Entscheidungsgremium, in dem alle im Netzwerk organisierten Leistungserbringer vertreten sind. Sie kommt in regelmäßigen Zeitabständen, mindestens aber zweimal jährlich, zusammen. Dort werden die in Arbeitsgruppen erarbeiteten Standards abgestimmt und ihre Erprobung und Umsetzung beschlossen. Die Netzwerkkonferenz vergibt Aufträge an die Arbeitsgruppen des Netzwerkes.

Netzwerke sind kein Selbstzweck, sondern sie nutzen vorhandene Potentiale von Wissen, Erfahrung und Kompetenz, sie aktivieren Menschen und Organisationen, forcieren Entwicklungen und führen zu Qualitätssprüngen, fördern die Übernahme von Verantwortung und stärken das Gemeinwesen und den Einzelnen.

6. Zusätzliche Handlungsempfehlungen

Die Berichte der Bundesregierung in den letzten Jahren zur Lage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland (insgesamt vier Altenberichte, der 5. Bericht wird derzeit erstellt) sowie der Bericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wan-

del“ geben vielerlei Empfehlungen für eine Verbesserung der Situation älterer Menschen in unserem Gemeinwesen. Ähnlich lauten auch die Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln der Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahre 2002. Wegen der Bedeutung der Empfehlungen verweisen wir auf den Anhang 9.13, in dem die wesentlichen Leitaussagen aufgeführt sind.

Der Teilbericht „Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen“ greift außerdem bereits im „Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001“ dargestellte Empfehlungen auf.

Es gilt nun, das vorhandene Wissen anzuwenden und die Anregungen der Experten aus dem Teilbericht gezielt umzusetzen, und zwar weiterhin partizipativ mit und ausgehend von den Bedarfen der älteren Generationen. Aus der Fülle der vorgestellten Handlungsempfehlungen ergeben sich verschiedene Zuständigkeiten, und zwar innerhalb der Stadtverwaltung und zwischen anderen Institutionen, Organisationen und Experten. Hier empfiehlt die Arbeitsgruppe unbedingt, die Koordination der Umsetzung an einer Stelle zu verankern. Wichtig ist, dass die Entwicklungen abgestimmt, von einer Stelle koordiniert, kommuniziert und gesteuert werden. Ebenso wichtig ist der kontinuierliche Erfahrungsaustausch und die Abstimmung zwischen den Beteiligten. Der Austausch zwischen Beteiligten und Experten ist ebenso wichtig wie die kontinuierliche Fortschreibung der erfassten Daten oder die konkrete Formulierung von Zielvereinbarungen und die Reflexion der Maßnahmen.

7. Zusammenfassung

Die Arbeitsgruppe hatte sich entschieden, die Aufgabenstellung „selbstbestimmte Lebensführung in stationären Altenpflegeeinrichtungen“ unter bestimmten Schwerpunkten zu gewichten. Das hat sich als sinnvoll erwiesen, weil dadurch das breite Themenfeld strukturierbar wurde.

In drei methodischen Arbeitsschritten wurde zunächst

1. der Ist-Zustand der stationären Versorgung - einschließlich der quantitativen Veränderungen der letzten Jahre - mittels eines umfangreichen Fragebogens abgefragt, um eine valide Grundlage für qualitative Aussagen zu erhalten.

2. Die im Juni 2004 durchgeführte Dialogkonferenz wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als wünschenswerte und konstruktive Form der Bürgerbeteiligung erlebt. Obgleich nicht als repräsentativer Querschnitt geplant, waren doch die unterschiedlichsten Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus sehr vielen Bereichen zusammengekommen, um ihre Erwartungen, Wünsche und Hoffnungen zu diskutieren, so dass letztlich ein sehr differenziertes Meinungsbild entstand. Die Dialogkonferenz erbrachte sehr aufschlussreiche Ergebnisse zu den Aspekten Selbstbestimmung, Sicherheit, Vernetzung und Geborgenheit, die unmittelbar in den Bericht einfließen.
3. Des Weiteren wurden die Ergebnisse der repräsentativen (Herbst 2003) und explorativen Bürgerbefragung (Frühjahr 2004) herangezogen. Diese Ergebnisse stellen eine sinnvolle Ergänzung zu denen der Dialogkonferenz dar.

Diese Vorgehensweise erbrachte eine ungeahnte Datenfülle, die für eine zukünftige Planungsarbeit eine solide Grundlage abgeben sollte. Zur Auswertung wurde das Instrument der Balanced-Score-Card genutzt; eine Arbeitsweise, die direkt zu Handlungsempfehlungen an die Prozessbeteiligten führt.

Die Arbeitsgruppe hat eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen an Behörden, Ämter, Einrichtungs- und Kostenträger zusammengestellt. Diese Handlungsempfehlungen können und sollen nicht isoliert gesehen werden, da oft miteinander verbundene Prozesse davon betroffen sind. Sie zeigen uns, dass das Thema der Selbstbestimmung, so man es wirklich umsetzen will, einer Vielzahl von einzelnen Schritten zur Verwirklichung bedarf.

Die Menschen wünschen Wahlmöglichkeiten, sie möchten zwischen verschiedenen, unterschiedlichen Wohnformen wählen können und sie bevorzugen eine Versorgung, die in der Lage ist, sich ihren unterschiedlichen Befindlichkeiten und Pflegebedarfen anzupassen. Vor allem möchten sich die Menschen als Subjekt des eigenen Handelns erleben. Eine große Angst besteht bei vielen von ihnen darin, zum Objekt fremdbestimmten Handelns zu werden und letztlich nicht mehr selbst über das eigene Schicksal entscheiden zu können. Diese Wünsche und diese Bedenken äußern sich auf unterschiedlichen Ebenen und in vielfältiger Form. Durchgängig stellen sie

sich als Wunsch oder Forderung eine Mitentscheidung an institutionellen Entscheidungsprozessen vor, um für sich Transparenz und Überschaubarkeit zu erlangen.

Wenn viele Prozessbeteiligte gemeinsam ein Ziel erreichen wollen, dann bedarf es auch geeigneter Kommunikationsstrukturen sowie deren Vernetzung, um das Ziel möglichst partnerschaftlich und im Sinne der Teilhabe zu erreichen. Die Vernetzung darf nicht nur die Fachebene betreffen, sondern muss auch die Bürgerinnen und Bürger erreichen und einbeziehen. Hierzu müssen Schnittstellen definiert werden zwischen der internen (Fachebenen der Politiker/Experten) und der externen Ebene (Ebene der Bürgerinnen und Bürger). Vernetzung sollte dezentral und niederschwellig konzipiert werden, um eine größtmögliche Bürgerbeteiligung zu erreichen. Eine Verstetigung der Bürgerbeteiligung ist unumgänglich, da z. B. auch einige der Handlungsempfehlungen nicht kostenneutral sind. Die Akzeptanz für komplexe und kostenintensive Entscheidungen kann in dem Maß der Beteiligung steigen, die möglichst Vielen das Verstehen der Zusammenhänge ermöglicht. **Darüber hinaus können einige strukturelle Veränderungen in der stationären Altenpflege kostenneutral umgesetzt werden.**

Durch die Bürgerbeteiligung könnte zudem erreicht werden, dass die Diskussion über den Stellenwert des alten Menschen in der Gesellschaft - verbunden mit der Frage der Wertigkeit des Alters - zu einem breiten gesamtgesellschaftlichen Diskurs wird. Dies ist unter dem Aspekt der zu erwartenden demographischen Zukunftsszenarien bedeutsam und nahezu überlebenswichtig im Informationszeitalter, in dem in den nächsten Jahren die Weichen der künftigen Entwicklung gestellt werden.

Ausblick

Der Bericht ist keine umfassende Darstellung der aktuellen Fragen der Altenhilfeplanung. Die Arbeitsgruppe hat aus der Fülle der Fragestellungen des Alterns in stationären Einrichtungen einzelne Schwerpunkte herausgegriffen und bearbeitet. Das Themenfeld der Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen ist weitaus umfassender. Themen wie Demenz, Hilfe für Menschen mit Behinderungen oder Obdachlose und neue Wohnformen entwickeln sich ständig aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen, politischer Diskussionen, gesetz-

licher Regelungen und neuer wissenschaftlicher und praktischer Erfahrungen. Die Erwartungen einer höheren Lebensdauer und der damit verbundene Versorgungsanspruch der Menschen gegenüber dem Staat erfordern neue Denkansätze und sicherlich auch Umstrukturierungen bisheriger Angebote. Der Anspruch an Qualität ist beispielsweise an die Bezahlbarkeit gebunden. Finanzielle Mittel bestimmen die Zukunft ebenso wie das Engagement der Beteiligten. Es stellt sich die Frage nach vorhandenen Ressourcen und wo sie wie zu schöpfen sind. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der langfristigen Auswirkung von kurzfristigen Sparansätzen. Wie eingangs dargestellt, ist Partizipation ein Prozess und in diesem Prozess gilt es, die aktuellen Themen gemeinsam zu erarbeiten und Lösungsansätze zu entwickeln.

8. Literatur-/Quellenverzeichnis zu Kapitel 1 - 7

- Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg, Studie, Mannheim 2004
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin Januar 2001
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2002
- Collatz, Jürgen/Koch, Eckhardt/Salman, Ramazan/Machleidt, Wieland (Hrsg.), Transkulturelle Begutachtung, Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland; in: Heise, Thomas & Schuler, Judith (Hrsg.), Das transkulturelle Psychoforum, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997
- Dr. Scriba, Jochen: Nervenärztliche Versorgung in Pflegeheimen. Betreuung unter schwierigen Bedingungen. In: Prof. Dr. Ingo Füsgen / Dr. Johannes F. Hallauer. (Hrsg.). Demenz -Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente - Wohin geht der Weg. Dokumentation des 12. Workshops „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden 2004
- Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.), Enquête-Kommission Demografischer Wandel, Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Berlin 2002
- Feil, Naomi: Validation ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Ernst Reinhardt Verlag: München 2002
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dokumentation zum Bundeskongress „Wohnen der Zukunft – modernes Leben im Alter“ am 23.08.2005 in Berlin, siehe www.ffg.uni-dortmund.de
- Gerste, Bettina; Schwinger, Antje; Rehbein, Isabel: Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen – Ein Marktüberblick. Wissenschaftliches Institut der AOK (Wido). Bonn 2004.
- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung »Fachliche Leitlinien und Empfehlungen«, Ergebnisse einer Fachtagungsreihe, 2002
- Kaspers, Uwe, SOLEX - Die Datenbank zum Sozialleistungsrecht; Walhalla Fachverlag, Regensburg, 2004, Stichworte: SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), Heimgesetz
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, Band 188, Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen, Köln 2004
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, Zeitschrift PRO ALTER 2/05, Bonn 2005

- Landeswohlfahrtsverband Hessen, LWV, (Hrsg.), Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Projektes: »Seniorentreff für ältere Menschen mit geistiger Behinderung in Frankfurt«, Kooperationsprojekt von Caritas, DRK, Lebenshilfe, PW, KOMM Ambulante Dienste e.V., 2004
- Landeswohlfahrtsverband Hessen/Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), Rahmenkonzept für eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung von körperlich behinderten Erwachsenen in Hessen vom 18. bis 65. Lebensjahr, 1. Auflage, 2002
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien) in der Fassung vom 22.08.2001 (www.mds-ev.de)
- Sauerbrey, Günther: Mit innovativen Arzneimitteln Kosten sparen - am Beispiel der Alzheimer Krankheit. Bayreuther Gesundheitswissenschaften. Bd. 3., Bayreuth 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Reihe Soziales und Jugend, Band 29, Frankfurter Sozialbericht, Teil VI, Chancen und Risiken einer alternden Stadt, Frankfurt a. M. 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienserie Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Frankfurt a. M. 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Bürgeramt, Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 2003 der Stadt Frankfurt am Main, Tabelle 2.7, Einwohnerinnen und Einwohner mit Hauptwohnung in Frankfurt a. M. am 31. Dezember 2002 nach Altersgruppen, Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Frankfurt am Main 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Bürgeramt, Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 2004 der Stadt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main 2005
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt am Main Herbst 2003
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Explorative schriftliche Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, Firma EDV- und andere Dienstleistungen, Joachim Ritter, Frankfurt am Main, Frankfurt am Main Frühjahr 2004
- Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung / Älterwerden, Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, existenzsichernde Leistungen, Angebotsstruktur Frankfurter Altenpflegeheime, i. V. m. xit GmbH, Frankfurt am Main/Nürnberg 2004

- Universität Wien, Fakultät für Psychologie, AG Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie, European Study of Well-Being, ESAW, Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter in sechs Europäischen Ländern 2002-2004 (Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande, Schweden, Österreich), (www.univie.ac.at/ESAW/), Wien 2005
- Weyerer. S., Schäufele. M., Höning. T.: Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter, Stuttgart 2001

9. Anhang

9. Anhangübersicht

- 9.1 Fragebogen und Auswertungsbericht zur Ist-Analyse**
- 9.2 Dokumentation der Dialogkonferenz**
- 9.3 Balanced Scorecard-Tabelle zur Dialogkonferenz**
- 9.4 Rahmenbedingungen**
- 9.5 Informationen zum Heimgesetz,
zur Heimmitwirkungsverordnung und zum Heimbeirat,
zur Heimpersonalverordnung und zur Heimmindestbauverordnung**
 - 9.5.1 Heimgesetz (HeimG)
 - 9.5.2 Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und
Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes
(Heimmitwirkungsverordnung -HeimMitVO)
 - 9.5.3 Der Heimbeirat
 - 9.5.4 Verordnung über personelle Anforderungen für Heime
(Heimpersonalverordnung - HeimPersV)
 - 9.5.5 Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime,
Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (HeimMindBauV)
- 9.6 Ausgewählte Daten der Jahre 1999, 2001 und 2003
aus den SGB XI-Pflegestatistiken für Frankfurt am Main**
Ambulante Pflegedienste
Stationäre Pflegeheime (einschließlich teilstationäre Pflege)
Leistungsempfänger/-innen
- 9.7 Bericht: SGB XI-Pflegestatistik 2003
Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung / Deutschlandergebnisse**
- 9.8 Behandlungspflege**
 - 9.8.1 Erläuterungen zum Stand der Einbeziehung
in die Leistungen der Altenpflegeeinrichtungen
 - 9.8.2 Beschreibung der Leistungen
 - 9.8.2.1 Behandlungspflege
 - 9.8.2.2 Therapie
 - 9.8.2.3 Rehabilitation
 - 9.8.2.4 Ärztliche Behandlung in Altenpflegeeinrichtungen

9.9 Betreuungsbedarf

9.9.1 Psychosoziale Betreuung allgemein

9.9.1.1 Ergotherapie

9.9.1.2 Sozialdienst

9.9.1.3 Fallgespräche

9.9.1.4 Biographiearbeit

9.9.1.5 Biographiebogen

9.9.2 Gymnastik

9.9.3 Rehabilitation

9.10 Instrumente zur Messung der inhaltlichen Qualität der Pflegeleistung

9.10.1 Was ist PLAISIR®?

9.10.2 Was ist RAI®?

9.10.3 Was ist DCM ®?

9.11 Teilstationäre Einrichtungen im Frankfurt am Main für ältere Menschen

9.12 Angebotsliste stationärer Einrichtungen in Frankfurt am Main

9.13 Empfehlende Leitaussagen aus den Berichten der Bundesregierung

9.13.1 Auszug aus dem Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation
in der Bundesrepublik Deutschland: Betreuung / Pflege

9.13.2 Auszug aus dem Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation
in der Bundesrepublik Deutschland: Betreuung / Pflege

9.13.3 Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel -
Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und
die Politik“ (Teil F: Gesundheit, Pflege und soziale Dienste, Kapitel 2: Pflege)

9.13.3.1 Pflege

9.13.3.2 Soziale Dienste

9.13.3.3 Kurzdefinition

9.14 Ausgewählte Ergebnisse der repräsentativen Telefonbefragung und der explorativen schriftlichen Fragebogenaktion im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main

9.1 Fragebogen und Auswertungsbericht zur Ist-Analyse

Fragebogen zur Angebotsstruktur Frankfurter Altenpflegeheime

Im Rahmen der Partizipativen Altersplanung für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main, bittet Sie die Arbeitsgruppe "Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen" darum, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Fragen beziehen sich auf die qualitative und quantitative Angebotsstruktur in Ihrem Altenpflegeheim. Gefragt sind IST-Daten und nicht Kalkulationsdaten. Wir möchten in der Arbeitsgruppe mit aktuellen Zahlen arbeiten und individuelle Gegebenheiten berücksichtigen, wenn wir Handlungsempfehlungen für die kommenden Jahre entwickeln.

Der Fragebogen wird ausgewertet von xit GmbH forschung.planung.beratung, Frauentorgraben 73, 90443 Nürnberg (Telefon: 0911/202270). Die Auswertung wird dort anonymisiert. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen direkt an xit.

Das Befragungsergebnis fließt nicht nur in die Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main ein, sondern es steht allen teilnehmenden Einrichtungen zeitnah und in anonymisierter Form zur Verfügung.

Sie können das Institut anrufen, falls Unklarheiten beim Ausfüllen des Fragebogens und/oder Auswertung bestehen. Diskretion ist selbstverständlich gewährleistet.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung!

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe

Ute Bychowski, Liane Junker, Gabriele Rister, Harald Dollansky, Holger Hothum, Frédéric Lauscher, Harald Leyerer, Helmut Weil, Paul Wintzer und Uwe Scharf

Rückgabetermin ist der 09.08.2004.

Wir bitten Sie, diesen Termin einzuhalten. Vielen Dank!

Teilnehmer 

Jahr der Inbetriebnahme der Einrichtung

1. FRAGEN ZUR AUSSTATTUNG

1.1 Daten zur Zimmerart und Zimmerausstattung.

	Ist <small>Stichtag 31.12.2003</small>	geplante Kapazitäten in den nächsten Jahren <small>Berücksichtigen Sie bitte Zeitraum bis 31.12.2008</small>	Konkrete Projekte		
			Bauplanung begonnen	Förderantrag gestellt	Finanzierungs- planung abgeschlossen
			<small>Stichtag 1.7.2004</small>	<small>Stichtag 1.7.2004</small>	<small>Stichtag 1.7.2004</small>
Anzahl EZ mit Nasszelle	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anzahl EZ ohne Nasszelle	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anzahl EZ mit einer Nasszelle für zwei EZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anzahl DZ mit Nasszelle	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anzahl DZ ohne Nasszelle	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anzahl Mehrbettzimmer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Besondere Zimmerangebote:	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1.2 Ist Ihr Qualitätsmanagement (QM-System) zertifiziert?

		Normenwerk (z.B. DIN ISO 9000)
<input type="checkbox"/>	Ja, für die gesamte Einrichtung.	
<input type="checkbox"/>	Ja, für die Bereiche:	
	<input type="checkbox"/> Leitung/Verwaltung	
	<input type="checkbox"/> Pflege	
	<input type="checkbox"/> Technischer Dienst	
	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft/Küche	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/>	Nein, noch nicht. Wir planen eine Gesamt-/Teil-Zertifizierung für das Jahr	
<input type="checkbox"/>	Nein, ist in absehbarer Zeit auch nicht beabsichtigt.	

2. Kapazität und Belegung

2.1 Gesamtplatzzahl - Ist-Daten.

Jahr	2000	2001	2002	2003	
Anzahl	0,0	0,0	0,0	0,0	Stichtag 31.12.

2.2 Jährliche Neuaufnahmen in die vollstationäre Dauerpflege.

Jahr	2000	2001	2002	2003
Anzahl Direktaufnahme in Dauerpflege	0,0	0,0	0,0	0,0
Anzahl Dauerpflege nach Kurzzeitpflege	0,0	0,0	0,0	0,0

2.3 Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze.

Jahr	2000	2001	2002	2003	
Anzahl fest	0,0	0,0	0,0	0,0	Stichtag 31.12.
Anzahl eingestreut	0,0	0,0	0,0	0,0	

2.4 Jährliche Aufnahme in die Kurzzeitpflege.

Jahr	2000	2001	2002	2003
Anzahl	0,0	0,0	0,0	0,0

2.5 Finanzierung des Heimaufenthalts (Stichtag 31.12.)

Jahr	2000	2001	2002	2003	
Selbstzahler	0,00	0,00	0,00	0,00	Angaben bitte in Prozent!
Sozialamt Frankfurt a. M.	0,00	0,00	0,00	0,00	
Sonstige Sozialämter (inkl. LWV)	0,00	0,00	0,00	0,00	

2.6 Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen (Stichtag 31.12.)

Jahr	2000	2001	2002	2003	
Pflegestufe 0	0,00	0,00	0,00	0,00	Angaben bitte in Prozent! je Spalte muss das Ergebnis 100% betragen
Pflegestufe I	0,00	0,00	0,00	0,00	
Pflegestufe II	0,00	0,00	0,00	0,00	
Pflegestufe III	0,00	0,00	0,00	0,00	
Pflegestufe III H	0,00	0,00	0,00	0,00	
Summe	0,00	0,00	0,00	0,00	

Bitte Angaben prüfen! Bitte Angaben prüfen! Bitte Angaben prüfen! Bitte Angaben prüfen!

2.7 Jährliche Ist-Auslastung der Platzkapazität.

Jahr	2000	2001	2002	2003	
	0,00	0,00	0,00	0,00	Angaben in Prozent

Definition:
$$\frac{(\text{IST-Plätze} * \text{tats. abgerechn. Pflege tage})}{(\text{IST-Plätze} * \text{Soll-Betriebstage (z.B. 365 Tage)})} = \text{Ist-Auslastung}$$

2.8 Wie viele Migrantinnen und Migranten lebten in Ihrer Einrichtung?

Jahr	2000	2001	2002	2003	
Anzahl	0,0	0,0	0,0	0,0	Stichtag 31.12.

2.9 Wie viele Ihrer Bewohner haben an Reha-Maßnahmen gemäß SGB V teilgenommen?

Jahr	2000	2001	2002	2003
Anzahl	0,0	0,0	0,0	0,0

2.10 Wie lange waren ausgeschiedene Bewohner im Durchschnitt in Ihrer Einrichtung?

Jahr	2000	2001	2002	2003	
Verweildauer	0,0	0,0	0,0	0,0	Angaben in MONATEN

Hinweis: Entscheidend ist immer das Jahr, in dem der Bewohner die Einrichtung dauerhaft verläßt. Wird ein Bewohner kurzfristig in einem Krankenhaus untergebracht, wird dies nicht als "Verlassen der Einrichtung" gewertet. Ermittelt wird jeweils die Differenz zwischen Eintrittsdatum und Austrittsdatum, wobei die beiden Monate immer auf den letzten Tag gesetzt werden. Beachten Sie hierzu bitte das nachstehende Beispiel.

Beispiel: Eintrittsdatum 12.01.2002 = 31. Januar 2002
 Austrittsdatum 22.11.2003 = 30. November 2003

Im vorliegenden Fall beträgt die durchschnittliche Verweildauer in der Einrichtung 22 Monate

Unterstellen wir, im Jahr 2003 seien 5 Bewohner mit folgenden individuellen Verweildauern ausgeschieden.

Fall 1:	10	
Fall 2:	15	
Fall 3:	9	
Fall 4:	22	
Fall 5:	7	
Summe	63	durchschnittliche Verweildauer 2003 = $63 / 5 = 12,5$ Monate

2.11 Gründe für Beendigung des Einrichtungsaufenthalts.

		Jahr	2000	2001	2002	2003
Verstorben	im Altenpflegeheim		0,00	0,00	0,00	0,00
	im Krankenhaus*		0,00	0,00	0,00	0,00
Umzug	in die eigene Wohnung		0,00	0,00	0,00	0,00
	zu Angehörigen		0,00	0,00	0,00	0,00
	in ein anderes Altenpflegeheim		0,00	0,00	0,00	0,00
Sonstiges:			0,00	0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00	0,00

* unabhängig von der Dauer des Krankenhausaufenthalts

2.12 Spezielle Leistungsangebote für besondere Personengruppen.

Leistungsangebote für ...	Platzanzahl	Bereitschaft zur Aufnahme im Einzelfall	
		ja	nein
<input type="checkbox"/> Aids-Erkrankte	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Apalliker mit Beatmung	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Apalliker ohne Beatmung	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blinde	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CA-Patienten	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Homosexuelle/Lesben	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Korsakov-Patienten	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menschen unter 65	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menschen mit Körperbehinderung	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menschen mit geistiger Behinderung	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menschen mit mehrfacher Behinderung	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Migranten	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obdachlose	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Teil-)segregative Bereiche für demenzkranke Menschen	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trachiestoma-Patienten	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Sonstige)	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Sonstige)	0,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summe	0,0		

3. MITARBEITERBEZOGENE DATEN

3.1 Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie insgesamt? (Köpfe!)

Anzahl der Mitarbeiter aller Berufsgruppen Angaben bitte zum Stichtag 31.12.2003

3.2 Aufteilung der beschäftigten Vollzeitkräfte in der Pflege und Betreuung.

Beispiel für die Berechnung einer Vollzeitkraft (VK):

38,5 Stunden pro Woche = 1,00 VK 20,0 Stunden pro Woche = ? VK
 Berechnung 20 : 38,5 = 0,52 VK 20,0 Stunden pro Woche = 0,52 VK

	Pflegekräfte		Beschäftigte in der sozialen Betreuung
	examiniert	nicht examiniert	
bis 30 Jahre alt	0,00	0,00	0,00
31 bis 45 Jahre alt	0,00	0,00	0,00
46 bis 55 Jahre alt	0,00	0,00	0,00
über 55 Jahre alt	0,00	0,00	0,00
	0,00		= entspricht 100% Ihrer Pflegekräfte

Angaben bitte zum Stichtag 31.12.2003

3.3 Anzahl sonstiger Mitarbeiter.

	Leitung/Verwaltung	Hauswirtschaft/Küche	technischer Dienst	Anzahl übrige MA
bis 30 Jahre alt	0,00	0,00	0,00	0,00
31 bis 45 Jahre alt	0,00	0,00	0,00	0,00
46 bis 55 Jahre alt	0,00	0,00	0,00	0,00
über 55 Jahre alt	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe	0,00	0,00	0,00	0,00

Angaben bitte zum Stichtag 31.12.2003

3.4 Anzahl betrieblicher Ausbildungsplätze.

Jahr	2000	2001	2002	2003
Ausbildungsplätze in der Pflege	0,0	0,0	0,0	0,0
Ausbildungsplätze in der Hauswirtschaft	0,0	0,0	0,0	0,0
Ausbildungsplätze in der Verwaltung	0,0	0,0	0,0	0,0
Summe	0,0	0,0	0,0	0,0

Angaben bitte zum Stichtag 31.12.

3.5 Förderung der Qualifikation und Motivation der Pflegenden.

Führen Sie in den letzten 2 Jahren Supervision durch?	Externe Supervision	<input type="checkbox"/>	durchgeführt	<input type="checkbox"/>	geplant
	Interne Supervision	<input type="checkbox"/>	in Prozent		
Wie viel % aller Pflegenden nutzen die Supervision?	regelmäßig		0,0		
	im Einzelfall		0,0		
Führen Sie berufsübergreifende Fallbesprechungen durch?		<input type="checkbox"/>	durchgeführt	<input type="checkbox"/>	geplant
Welche der folgenden Weiterbildungsangebote führen Sie durch?	Biografiegestützte Pflege	<input type="checkbox"/>	durchgeführt	<input type="checkbox"/>	geplant
	Pflegeplanung und Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Basale Stimulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Validation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gerontopsychiatrische Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sprachkurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rechtliche Aspekte der Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zur Sozialkompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zur Methodenkompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Teilnahme an Weiterbildungen für die Pflegenden verpflichtend?		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn "ja", für welche Gruppen?			in Prozent		
Wie viele Mitarbeiter haben Weiterbildungen in Anspruch genommen?	externe Weiterbildungen		0,0		
	interne Weiterbildungen		0,0		

4. Spezielle Angebote

4.1 Ehrenamtliche Mitarbeit. (Ehrenamtliche Mitarbeiter = regelmäßig mindestens 3 Stunden pro Monat)

	Anzahl	
	ja	nein
Wie viele Ehrenamtliche arbeiten in Ihrer Einrichtung (Stand 31.12.2003)?	0,0	
Haben Sie eine schriftliche Konzeption für die ehrenamtliche Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen festen Ansprechpartner, der für die Ehrenamtlichen zuständig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Sterbebegleitung.

	ja	nein
Haben Sie eine schriftliche Konzeption zur Sterbebegleitung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie spezielle Schulungsangebote zu diesem Thema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn "ja", welche?		

The logo for xit GmbH, featuring the word "xit" in a bold, lowercase sans-serif font. The letter "i" has a red dot above it. The logo is set against a light gray square background.

xit

A vertical red bar containing the text "forschung.planung.beratung" written in a white, lowercase sans-serif font, oriented vertically from bottom to top.

forschung.planung.beratung

A light gray square positioned behind the first letter of the word "Bericht".

Bericht

A light gray square positioned behind the first part of the title.

„Angebotsstruktur Frankfurter Altenpflegeheime“

A light gray square positioned behind the word "Auftraggeber".

Auftraggeber: Stadt Frankfurt am Main

Inhaltsverzeichnis

I. Erhebungsdesign und Methode	3
1. Ziel der Erhebung	3
2. Methodisches Vorgehen	4
2.1 Vorbemerkung	4
2.2 Konstruktion des Erhebungsinstruments	4
2.3 Durchführung der Befragung	5
2.4 Rücklaufquote	6
II. Ergebnisse	7
1. Ausstattung	7
1.1 Zimmerart und Zimmerausstattung	7
1.2 Qualitätsmanagement	8
2. Kapazität und Belegung	9
2.1 Vorhandene Plätze	9
2.2 Aufnahmen	10
2.3 Beendigung des Heimaufenthalts	10
2.4 Verweildauer	12
2.5 Finanzierung	12
2.6 Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen	13
2.7 Jährliche Ist-Auslastung	13
2.8 Migrantinnen und Migranten in Altenpflegeheimen	14
2.9 Teilnehmer an Reha-Maßnahmen gem. SGB V.	14
2.10 Aufnahmebereitschaft „besondere Personengruppen“	14
3. Mitarbeiter in Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main	16
3.1 Mitarbeiter insgesamt (Köpfe)	16
3.2 Examierte und nicht-examierte Pflegekräfte und Beschäftigte in der sozialen Betreuung	16
3.3 Anzahl betrieblicher Ausbildungsplätze	18
3.4 Berufsübergreifende Fallbesprechungen und Supervision für die Pflegenden	18
3.5 Weiterbildungsangebote	19
4. Spezielle Angebote	20
4.1 Ehrenamtliche Mitarbeiter in Altenpflegeheimen	20
4.2 Sterbebegleitung	20

I. Erhebungsdesign und Methode

1. Ziel der Erhebung

Im Juni 2004 hat das Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main (im Anschluss an eine Ausschreibung) die xit GmbH forschung.planung.beratung mit der Durchführung einer Befragung aller Altenpflegeheime der Stadt Frankfurt beauftragt.

Den fachlichen Hintergrund für die Erhebung bildete die Tatsache, dass die Stadt Frankfurt am Main gegenwärtig in Zusammenarbeit mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege einen neuen Altenhilfeplan erarbeitet. Die Planung hierzu wurde und wird in mehreren Arbeitsgruppen geleistet; zuständig für den stationären Bereich ist die Arbeitsgruppe 3: "Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen".

Ziel der durchgeführten Erhebung ist es, im Rahmen der Zukunftsplanung für den stationären Bereich von den 34 bestehenden Altenpflegeeinrichtungen im Stadtgebiet, aktuelle Daten zu folgenden Aspekten zu erhalten:

- Ausstattung
- Kapazitäten
- Auslastung
- bewohnerbezogene Daten
- mitarbeiterbezogene Daten
- spezielle Angebote

Der vorliegende Bericht enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieser Befragung.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Vorbemerkung

Befragungen lassen sich methodisch in zwei große Gruppen einteilen: mündliche Befragungen, in denen ein Interviewer einen Probanden entweder von Angesicht zu Angesicht oder per Telefon befragt, und schriftliche Befragungen, bei denen einem Probanden ein Fragebogen überreicht bzw. per Post oder E-Mail zugesendet wird und dieser den Fragenbogen dann selbst - ohne die Hilfe eines Interviewers - ausfüllt. Beide Befragungsarten haben jeweils spezifische methodische Vor- und Nachteile, und die Frage, welcher Befragungstyp vorzuziehen ist, entscheidet sich zumeist über ganz pragmatische Gesichtspunkte: z.B. die Größe der Grundgesamtheit, der für eine Befragung zur Verfügung stehende Zeitrahmen, Umfang des Fragekatalogs, die Kosten etc.

Arbeitsgruppe 3: "Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen" hat sich im Rahmen der vorbereitenden Arbeiten für eine standardisierte schriftliche Befragung ohne Interviewer entschieden.

2.2 Konstruktion des Erhebungsinstruments

Bereits im Vorfeld der Ausschreibung des Projekts hat die begleitende Arbeitsgruppe einen ersten Entwurf des Fragekatalogs erarbeitet, der allerdings noch überarbeitet werden musste. Diese Überarbeitung geschah Anfang Juli 2004 in Abstimmung zwischen xit GmbH, dem Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main, sowie der Arbeitsgruppe 3. Im Ergebnis wurde ein Excel-basiertes Erhebungsinstrument mit insgesamt vier Themenbereichen entwickelt:

1. Fragen zur Ausstattung
2 Unterpunkte
2. Kapazität und Belegung
12 Unterpunkte
3. Mitarbeiter
5 Unterpunkte
4. Spezielle Angebote
2 Unterpunkte

Um nicht nur Daten für einen einzigen Erhebungszeitpunkt zu haben, sondern auch Trends und Entwicklungen über die Zeit verfolgen zu können, wurden (für einen Großteil der Fragestellungen) Daten für die Jahre 2000 bis 2003 erhoben, wissend,

dass in einigen Einrichtung die erfragten Daten für die vier Erhebungsjahre, z.B. aufgrund von Umstellungen in der Dokumentationssoftware, nicht vollständig vorhanden sein würden. Abgefragt wurden schließlich 330 Einzeldaten.

2.3 Durchführung der Befragung

Die Durchführung der Befragung gliederte sich in folgende Schritte:

1. Verteilung des Erhebungsinstruments

Die Stadt Frankfurt hat der xit GmbH eine Liste aller in Frage kommenden Altenpflegeheime übermittelt. Da fast alle Einrichtungen über eine E-Mail-Adresse verfügen, wurde das Instrument aus Gründen der Befragungsökonomie per E-Mail am 20. Juli 2004 an die beteiligten Einrichtungen verschickt. Zwei Einrichtungen, die zum Erhebungszeitpunkt nicht über die entsprechenden technischen Voraussetzungen verfügten, wurde der Fragebogen auf einer Diskette per Post zugestellt. Bereits im Vorfeld waren die Teilnehmer mit einem Schreiben der Stadt Frankfurt a.M. über die bevorstehende Erhebung informiert worden.

2. Erhebungszeitraum

Die Fragebögen, die am 20. Juli 2004 an die Einrichtungen ausgeliefert worden waren, sollten bis 9. August 2004 an die xit GmbH zurückgeschickt werden. Anfang September sollten bereits erste Ergebnisse präsentiert werden. Tatsächlich musste die ursprüngliche Frist zur Rücksendung der Befragungsergebnisse mehrfach verlängert werden. Gründe hierfür waren unter anderem:

- a. Die erhobenen Daten lagen in den Einrichtungen nicht in der abgefragten Form vor, sondern mussten aufwendig recherchiert werden.
- b. Die Daten lagen nicht in den einzelnen Einrichtungen vor, sondern mussten bei den Trägern abgefragt werden, die dann z.T. für sechs Einrichtungen Daten aufzubereiten hatten.
- c. Die Daten lagen für das 2003 vor, nicht aber für die Jahre davor, und mussten nachrecherchiert werden.

Endgültig abgeschlossen werden konnte die Datenerhebung deshalb erst Anfang November 2004, so dass auch erst ab diesem Zeitpunkt mit der Datenauswertung begonnen werden konnte.

2.4 Rücklaufquote

Insgesamt wurden an alle zum damaligen Zeitpunkt vorhandenen 34 Einrichtungen Erhebungsinstrumente verschickt. Zurückgeschickt haben ihre Daten 27 Einrichtungen, so dass die Rücklaufquote 79,41% beträgt. Als Minimum war im Vorfeld der Erhebung eine Rücklaufquote von 75-80% angepeilt worden. Die Daten bieten damit eine solide Grundlage für weitere Planungsschritte.

II. Ergebnisse

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Befragung kurz zusammengefasst.

1. Ausstattung

1.1 Zimmerart und Zimmerausstattung

- Die an der Befragung beteiligten Altenpflegeheime verfügten zum 31.12.2003 über insgesamt 2.256 Zimmer. In 64% der Fälle handelt es sich dabei um Einzel-, in 33,5% um Doppel-, in 2,2% um Mehrbettzimmer und in 0,4% um Zimmer mit einem besonderen Angebot.
- Im Hinblick auf die Ausstattung dominieren bei den Einzelzimmern solche mit eigener Nasszelle, deren Anteil insgesamt bei 41% liegt. Bei den Doppelzimmern dominieren Doppelzimmer mit Nasszelle; insgesamt beträgt deren Anteil 28% (vgl. hierzu Grafik 1.1).
- Differenziert man die Angebotsstruktur der Einrichtungen noch einmal nach der Größe der Einrichtungen (vgl. Tabelle 2.b), so wird deutlich, dass sich Einzelzimmer mit Nasszelle überdurchschnittlich häufig in Einrichtungen finden, die zwischen 31 und 40 bzw. 51 Zimmer und mehr haben (jeweils knapp 30%). Weitere 20% der Einzelzimmer mit Nasszelle entfallen auf Einrichtungen mit bis zu 10 Zimmern. Besondere Zimmerangebote finden sich ausschließlich in Einrichtungen mit bis zu 10 Zimmern. Mehrbettzimmer befinden sich zu 80% in Einrichtungen mit bis zu 20 Zimmern.
- Grafik 1.2 stellt die vorhandenen und geplanten Zimmerkapazitäten in Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main nach Zimmertypen gegenüber. Deutlich wird hierbei, dass insbesondere bei den Einzelzimmern mit Nasszelle erhebliche Kapazitätsausweitungen geplant sind. Dies gilt insbesondere für die beiden Zimmertypen „Einzelzimmer mit Nasszelle“ und „Einzelzimmer mit einer Nasszelle für zwei Einzelzimmer“. In beiden Fällen liegt der geplante Kapazitätsausbau in Frankfurt am Main – gemessen an den vorhandenen Kapazitäten – bei über 50% (Einzelzimmer mit Nasszelle 56,74%; Einzelzimmer mit einer Nasszelle für 2 Einzelzimmer 53,45%).
- Einzelzimmer ohne Nasszelle sind nur in geringem Umfang geplant (7,47%). Im Bereich der Doppelzimmer ist eine Ausweitung der vorhandenen Kapazitäten um etwa 20% geplant. Interessant ist in diesem Zusammenhang noch einmal ein Blick auf die Anzahl der Einrichtungen, die hinter den geplanten Kapazitätsausweitungen stehen:

So konzentrieren sich die geplanten Kapazitätsausweitungen im Bereich der Einzelzimmer mit Nasszelle auf sieben und bei den Einzelzimmern mit einer Nasszelle für zwei Zimmer auf drei Einrichtungen. Dies bedeutet, dass sich das Gesamtvolumen der geplanten Kapazitätsausweitungen auf deutlich weniger als die Hälfte der an der Erhebung beteiligten Einrichtungen verteilt.

1.2 Qualitätsmanagement

- Im Rahmen des Themenblocks *Ausstattung* wurde zudem nach dem Stand der Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen gefragt. Von den beteiligten Einrichtungen haben 26 Teilnehmer Angaben zu dieser Frage gemacht. Demnach haben (vgl. Grafik 1.3) lediglich 2 Einrichtungen ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem (entspricht 7,7%). Weitere zehn Einrichtungen haben noch kein zertifiziertes Qualitätsmanagement, planen aber eine Zertifizierung in der nächsten Zeit. In mehr als der Hälfte der Einrichtungen (14 Einrichtungen; entspricht 53,8%) ist das QM-System bislang nicht zertifiziert und in absehbarer Zeit auch keine Zertifizierung beabsichtigt.
- Auf die Nachfrage, welche **Bereiche** zertifiziert sind, hat eine Einrichtung angegeben, dass dies der Bereich „Leitung und Verwaltung“ sei. Zur Anwendung kam dabei das Normenwerk der DIN ISO 9001/2000.
- Im Hinblick auf eine geplante Zertifizierung wurden von fünf Einrichtungen folgende Normenwerke genannt: die AWO-Tandemzertifizierung, das Diakoniesiegel Pflege, das EFQM-Modell, ISO und das Nikodemus-Werk Qualitätssiegel. Geplant sind die Zertifizierungen für die Jahre 2005 (sieben Einrichtungen) und 2006 (zwei Einrichtungen).

2. Kapazität und Belegung

2.1 Vorhandene Plätze

- Neben der Frage, wie viele Zimmer und in welchen Kategorien diese Zimmer in den Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main angeboten werden, ist zusätzlich die Frage von Bedeutung, wie viele Plätze insgesamt zur Verfügung stehen. Insgesamt wurde von den 27 befragten Einrichtungen für den 31.12.2003 eine Kapazität von 3.003 Plätzen gemeldet. Dabei hat die Zahl der Plätze seit 2000 von zunächst 2.819 auf 2.781 Plätze leicht abgenommen, ist ab 2002 aber wieder angestiegen (vgl. Tabelle 10). Da die Anzahl der Einrichtungen in den Jahren 2000 bis 2003 nicht konstant war¹, ist es sinnvoll, auch die Anzahl der Plätze je Einrichtung zu betrachten.

Jahre	2000	2001	2002	2003
Einrichtungen	24	24	25	27
durchschnittliche Plätze je Altenpflegeheim	117,5	115,9	111,5	111,2

Die Daten zeigen, dass die Anzahl der Plätze je Einrichtung, bei insgesamt ausgeweitetem Kapazitätsangebot, leicht abgenommen hat. Gruppiert man zudem die Einrichtungen nach ihrer Platzzahl (vgl. Grafik 2.1), so zeigt sich, dass Einrichtungen mit 121 bis 180 Plätzen im gesamten Beobachtungszeitraum mit einem Drittel (2001 und 2002 sogar etwas mehr als ein Drittel) den größten Anteil der Einrichtungen ausmachen. Der kleinste Anteil entfiel jeweils auf die Gruppe der Einrichtungen mit 180 und mehr Plätzen; der entsprechende Anteil ist zwischen 2000 und 2003 allerdings leicht um etwa fünf Prozent von 16,7% auf 11,1% zurückgegangen.

Die Einrichtungen mit bis zu 60 Plätzen und mit 61 bis 120 Plätzen stellten 2000 und 2001 jeweils 25% aller befragten Altenpflegeheime in Frankfurt am Main. 2002 hat sich dann der Anteil der Einrichtungen mit bis zu 60 Plätzen leicht auf 28% erhöht, bevor er 2003 wieder bei 25,9% lag. Bei den Einrichtungen mit 61 bis 120 Plätzen war genau die umgekehrte Entwicklung

¹ Prinzipiell ist bei der Interpretation der Daten noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Grundgesamtheit der Einrichtungen, die für einzelne Erhebungsjahre Daten geliefert haben, schwankt. Beobachtete Trends und Entwicklungen sind also immer kritisch darauf hin zu prüfen, ob diese Tatsache zu Messartefakten geführt hat.

zu beobachten: deren Anteil fiel 2002 auf 24% und stieg 2003 dann auf 29,6%. Diese Größenklasse scheint insgesamt für die Anbieter besonders attraktiv zu sein, denn von 2002 auf 2003 haben alle anderen Größenklassen relativ an Bedeutung verloren – und dies, obwohl die Anzahl der ausgewerteten Datensätze 2003 höher war als in den Vorjahren.

Entscheidend für Fragen der Altenhilfeplanung wäre nun, wie sich das Angebot im Vergleich zur Zahl der älteren Menschen entwickelt hat. Die entscheidende Kennzahl wäre hier somit die Zahl der älteren Menschen in Frankfurt a.M. (z.B. Einwohner über 65 Jahre) dividiert durch die Zahl der vorhandenen Plätze.

- Wie Grafik 2 zeigt, hat es zwischen 2002 und 2003 einen rapiden Anstieg der sogenannten „**eingestauten Kurzzeitpflegeplätze**“ gegeben. Lag deren Zahl im Jahre 2000 noch bei 23, so hat sich ihre Zahl bis 2003 auf 60 erhöht und damit fast verdreifacht. Praktisch unverändert seit 2000 ist die Zahl der festen Kurzzeitpflegeplätze in den Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main, die sich zwischen neun und elf bewegt.

2.2 Aufnahmen

- Erfragt wurde im Rahmen der Erhebung auch, in welchem Umfang es sich bei den in ein Altenpflegeheim neu aufgenommenen Personen um „Direktaufnahmen“ handelte bzw. um Personen, die zuvor in der Kurzzeitpflege waren (Grafik 2.2).

Die Daten belegen, dass - bezogen auf die Gesamtzahl der verfügbaren Plätze - in den Jahren 2000 bis 2002 etwas mehr als ein Drittel der Bewohner jeweils direkt in die Dauerpflege aufgenommen wurde. 2003 ist dieser Anteil dann auf über 41% angestiegen. Der Anteil der Aufnahmen nach Kurzzeitpflege hat sich auf niedrigem Niveau zwischen 2000 und 2003 kontinuierlich von 1,8% auf 4,5% erhöht.

2.3 Beendigung des Heimaufenthalts

- Im Rahmen der Erhebung wurde auch nach den Gründen der Beendigung des Heimaufenthalts gefragt. Setzt man die Zahl der Personen, die entweder im Heim oder im Krankenhaus (nach vorherigem Heimaufenthalt) verstorben sind, sowie die Zahl der Personen, deren Aufenthalt mit einem Umzug endete, als 100%, so zeigt sich, dass der Anteil der Befragten, die im Heim selbst oder

im Krankenhaus (nach vorherigem Heimaufenthalt) verstorben sind, von 92,75% im Jahr 2000 bis auf 76,21% im Jahr 2003 zurückgegangen ist. Umgekehrt hat sich der Anteil derjenigen, die aus dem Heim weggezogen sind - entweder in die eigene Wohnung, zu Verwandten oder in ein anderes Heim - von 7,25% im Jahr 2000 auf 23,79% im Jahr 2003 erhöht. Der entsprechende Anteil hat sich in den letzten vier Jahren somit mehr als verdreifacht (dabei lag der Anteil der Personen, die in ein anderes Heim wechselten, im Jahr 2003 bei etwas mehr als 5%; vgl. Grafiken 2.3.1 bis 2.3.2).

Möglicherweise wird der statistische Effekt etwas durch die Tatsache überzeichnet, dass im Jahr 2000 nur Angaben aus 13 Einrichtungen vorlagen, während in den Folgejahren die Datenbasis wesentlich breiter ist. Hinzu kommt möglicherweise, dass für die Fälle des Jahres 2000 eine nachträgliche Kategorisierung nicht mehr in dem Maße möglich war wie in den Jahren 2001 bis 2003. Betrachtet man sich nämlich die Angaben für das Jahr 2000 und die Angaben für das Jahr 2001, so erkennt man, dass hier die dramatischsten Veränderungen stattgefunden haben, und zwar insbesondere in den Kategorien „im Krankenhaus verstorben“ und „Umzug in eine eigene Wohnung“. Während sich der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Personen zwischen 2000 und 2001 prozentual um die Hälfte reduziert hat, ist der Anteil der Personen, die in die eigene Wohnung gezogen sind, von 0,88% auf 14,98% gestiegen.

Stabiler verläuft die Entwicklung in der Kategorie „im Altenpflegeheim verstorben“. Hier hat sich von 2000 auf 2001 zunächst ein Anstieg um etwa 4%-Punkte ergeben, bis 2002 ist dieser Anteil noch einmal um 0,8%-Punkte gestiegen und 2003 auf 58%, also um fast 8%-Punkte gesunken (vgl. Grafik 2.3.2; Tabelle 48.a).

Nimmt man alle Fälle zusammen, die mit einem Umzug verbunden sind, legen die Daten den Schluss nahe, dass in den letzten Jahren die Mobilität von Personen, die in einem Altenpflegeheim untergebracht sind, tendenziell zugenommen hat. D.h. für eine zunehmend größere Gruppe von Personen wäre das Altenpflegeheim (vorausgesetzt, es handelt sich nicht um ein statistisches Artefakt) nicht „letzte Station“, sondern eher „Durchgangsstation“. In diesem Zusammenhang ist möglicherweise der Hinweis von Interesse, dass in den Niederlanden der Anteil an Bewohnern in Altenpflegeheimen, die nach einem Aufenthalt im Altenpflegeheim wieder in die eigene Wohnung wechseln, insgesamt bei 30% liegt.

Überprüft haben wir in diesem Zusammenhang zudem, ob die Erhöhung des Anteils an Personen, der aus dem Heim wieder nach Hause zieht, mit der Ausdehnung der Kurzzeitpflegeplätze erklärt werden könnte. Die Daten liefern hierfür allerdings kaum Anhaltspunkte.

2.4 Verweildauer

- Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Blick auf die durchschnittliche Verweildauer ausgeschiedener Bewohner. Diese lag im Jahr 2003 im Mittel bei 36,6 Monaten, d.h. bei etwas mehr als 3 Jahren. Die Entwicklung dieses Wertes über die Jahre 2000 bis 2003 ist relativ stabil. Stärkere Schwankungen gibt es im Bereich der Maximalwerte, die im Jahr 2000 bei 108 Monaten im Maximum lagen, 2001 dagegen bei nur 66 Monaten und im Jahr 2003 bei 90 Monaten.²

Eine Möglichkeit, um derartige Ausreißereffekte zu nivellieren, bietet die Berechnung der 25%- und 75%-Quartile. Die Spanne zwischen den 25%- und 75%-Quartilen umfasst genau 50% aller Einrichtungen. Bei der Berechnung der Quartile werden die ermittelten Verweildauern für jede Altenpflegeeinrichtung in eine Rangreihe gebracht, d.h. sie werden aufsteigend oder absteigend sortiert. Ein Beispiel: 20 Altenpflegeheime haben unterschiedliche Verweildauern, von 1 bis 20 Monaten. Das 25%-Quartil wären in diesem Beispiel 5 Monate (Einrichtung 5) und das 75%-Quartil 15 Monate (Einrichtung 15). Letztlich beschreibt man mit den 25%- und 75%-Quartilen einen Korridor, der 50% aller beobachteten Einrichtungen umfasst. Dieser Kennzahl zufolge weisen 50% der beobachteten Altenpflegeheime in Frankfurt am Main eine Verweildauer zwischen 20,9 und 44,4 Monaten für das Jahr 2003 auf. Vergleicht man die entsprechenden Werte mit dem Jahr 2000, so wird deutlich, dass der Wert für das 25%-Quartil in den Jahren 2000 bis 2002 mit 25 Monaten vergleichsweise stabil war und dann zwischen 2002 und 2003 auf 20,9 Monate zurückgegangen ist. Der Wert für das 25%-Quartil schwankte zwischen 37,9% im Jahr 2000 und 44,4% im Jahr 2003.

2.5 Finanzierung

- Im Hinblick auf die Finanzierung des Heimaufenthalts wurden Daten zu drei Antwortkategorien abgefragt:
 - a. Selbstzahler,
 - b. das Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main und
 - c. andere Sozialämter.

Setzt man die Summe dieser drei Werte als 100%, so zeigt Grafik 2.4, dass der Anteil der Selbstzahler gegenüber den anderen beiden Kategorien

² Bei der Interpretation ist auf Grund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten für die einzelnen Jahre wieder Vorsicht angebracht: 2000 = 17 Einrichtungen, 2003 = 23 Einrichtungen.

(Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main, andere Sozialämter) in den letzten vier Jahren um fast 10% angestiegen ist.

Dem gegenüber ist der Anteil an Finanzierungen durch das Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main in den letzten vier Jahren deutlich - nämlich um fast 13 Prozentpunkte gesunken. Relativ konstant, wenngleich auch etwas erhöht, zeigt sich der Anteil der „anderen Sozialämter“, der 2003 bei 9,2% und 2000 noch bei 7,7% lag.

2.6 Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen

- Eine klassische Kennziffer für den Bereich der Altenpflege ist die Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen. Wie Grafik 2.5 zeigt, ist der Anteil der Bewohner mit der Pflegestufe 0 zwischen dem Jahr 2000 und 2003 nur leicht von 8,5% auf 6,8% zurückgegangen. Kontinuierlich abgenommen hat dem gegenüber der Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 3, der von 27,1% im Jahr 2000 auf 21,8% im Jahr 2003 gesunken ist. Leicht erhöht hat sich der Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 2, ebenso wie der Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 1.

2.7 Jährliche Ist-Auslastung

- Von betriebswirtschaftlicher wie von planerischer Bedeutung ist die jährliche Ist-Auslastung der Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main für die Jahre 2000 bis 2003. Wie Tabelle 33 zeigt, ist die durchschnittliche Auslastung in den Jahren 2000 bis 2003 leicht zurückgegangen. Lag der Auslastungsgrad der an der Befragung beteiligten Altenpflegeheime im Jahr 2000 im Mittel noch bei 97,1%, so bewegt er sich im Jahr 2004 bei 94,8%.
Erhebliche Schwankungen sind im Bereich des Minimums zu beobachten. Im **Minimum** liegen die Werte für die Jahre 2000 bis 2002 bei 90,3%, 68% und 40%. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Minima-Werte in den Jahren 2001 und 2002 absolute Ausreißer darstellen, denn bereits der zweitkleinste Wert lag in beiden Jahren bei über 90%. Im Jahr 2003 lagen dagegen vier Einrichtungen unter 90%.
- Gruppiert man die Altenpflegeheime in Frankfurt am Main noch einmal nach ihrer Auslastungsquote, so zeigt die Grafik 2.6, in welchen Jahren jeweils Höchstwerte erzielt wurden. So fanden sich die meisten Einrichtungen in den Jahren 2000 und 2001 in der Kategorie 98% bis über 100% Auslastung. 2002 fanden sich die meisten Einrichtungen in der Kategorie 94% bis unter 96% und im Jahr 2003 liegen die meisten Einrichtungen bei 98% bis über 100% sowie bei 92% bis unter 94%.

Während also in den Jahren 2000 bis 2001 jeweils eine unipolare Verteilung erkennbar ist, haben wir in den Jahren 2002 und 2003 eine bipolare Verteilung. Dies deutet darauf hin, dass es zum einen weiterhin Einrichtungen gibt, die eine hohe Auslastungsquote realisieren können. Gleichzeitig lag aber eine ähnlich große Gruppe von Einrichtungen im Hinblick auf ihre Auslastungsquote unter dem Mittel von 2003.

2.8 Migrantinnen und Migranten in Altenpflegeheimen

- Insgesamt bewegte sich die Anzahl der Migrantinnen und Migranten in den Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main zum 31.12. der Jahre 2000 bis 2003 zwischen 84 und 99 Personen (vgl. Tabelle 35). Gemessen an der Gesamtzahl der jeweils verfügbaren Pflegeplätze lag der Anteil der Migrantinnen und Migranten somit bei 3,0% oder etwas darüber (2000 = 3,0%, 2001 = 3,2%, 2002 = 3,6%, 2003 = 3,2%). Obwohl in den Jahren 2000 bis 2003 zwischen neun und zwölf Einrichtungen angegeben, Migrantinnen und Migranten als Bewohner zu beherbergen, wohnten jeweils zwischen 68,8% (2003) und 80,7% (2001) der Migrantinnen und Migranten, die in einem Altenpflegeheim untergebracht waren, in einer einzigen Einrichtung. D.h. der Großteil der Migrantinnen und Migranten, die überhaupt in Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main untergebracht waren, konzentrieren sich auf eine einzige Einrichtung. Rein statistisch verbleiben für die übrigen Einrichtungen, die angegeben, in ihren Einrichtungen würden Migrantinnen und Migranten leben, zwischen 1,9 und 2,7 Personen pro Heim.

2.9 Teilnehmer an Reha-Maßnahmen gem. SGB V.

- Die Anzahl der Teilnehmer an Reha-Maßnahmen gem. SGB V. in Altenpflegeheimen bewegte sich im Jahr 2000 bei drei Bewohnern und hat sich bis 2003 auf zehn Personen erhöht. D.h. die Gesamtzahl der Teilnehmer an solchen Reha-Maßnahmen ist im Beobachtungszeitraum auf sehr niedrigem Niveau kontinuierlich angestiegen (vgl. Tabelle 37).

2.10 Aufnahmebereitschaft „besondere Personengruppen“

- Ebenfalls erfragt wurde im Rahmen der Erhebung, in welchem Umfang in den Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main die Bereitschaft besteht, besondere Personengruppen im Einzelfall aufzunehmen. Wie Grafik 2.7 zeigt, lag bei den meisten Personengruppen der Anteil der „Ja-Antworten“ bei mindestens 80%.

Vielfach lag der Anteil der „Ja-Antworten“ sogar bei über 90%, in zwei Fällen sogar bei 100% (CA-Patienten, Homosexuelle/Lesben).

Geringere Zustimmungsquoten ergaben sich lediglich bei der Gruppe der Apalliker ohne Beatmung (58,5%) und bei der Gruppe Apalliker mit Beatmung (11,8%)

3. Mitarbeiter in Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main

3.1 Mitarbeiter insgesamt (Köpfe)

- Zum 31.12.2003 waren in den Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main insgesamt 2254 Personen beschäftigt. In diese Zahl gehen sämtliche Beschäftigte aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft, Leitung und Verwaltung, technischer Dienst und sonstige Mitarbeiter, unabhängig vom konkreten Beschäftigungsumfang (Vollzeitstelle, Teilzeitstelle), ein. Im Minimum waren in einer Einrichtung 26 Personen beschäftigt, im Maximum 170 Mitarbeiter. Durchschnittlich beschäftigt ein Altenpflegeheim in Frankfurt am Main 90 Mitarbeiter (vgl. Grafik 3.1).
- Gruppieren man die Einrichtung nach der Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter, so zeigt sich, dass ein Fünftel der befragten Einrichtungen entweder zwischen 21 bis 40 Mitarbeiter oder 61 bis 80 Mitarbeiter aufweist. Kaum besetzt ist die Kategorie der Einrichtungen mit 41 bis 60 Mitarbeitern, jeweils 16 % der Einrichtungen haben 81 bis 100 bzw. 101 und 120 Mitarbeiter (vgl. Grafik 3.2). Hier wäre einmal zu prüfen, ob die Klumpung von Einrichtungen in den Größenklassen 21 bis 40 Mitarbeiter bzw. 61 bis 80 Mitarbeiter zufällig ist oder, ob sich dahinter andere Effekte verbergen. Denkbar wäre z.B., dass in diesen Größenklassen Einrichtungen besonders wirtschaftlich zu betreiben sind. Möglicherweise spielen aber auch konzeptionelle, bauliche oder förderrechtliche Aspekte eine Rolle.

3.2 Examierte und nicht-examierte Pflegekräfte und Beschäftigte in der sozialen Betreuung

- Waren bislang nur die „Mitarbeiter-Köpfe“ Gegenstand der Betrachtung, so liegen für den Bereich der Pflege differenziertere Daten vor: hier wurden gezielt Mitarbeiter-Stellenanteile abgefragt. Den vorliegenden Daten zufolge beträgt das Verhältnis von examinierten vollzeitäquivalenten Pflegekräften zu nicht-examinierten Pflegekräften 52,1% zu 47,9%. Der Anteil der Beschäftigten in der sozialen Betreuung beträgt - gemessen an der Gesamtzahl der Pflegekräfte - 14,1% (vgl. Grafik 3.3).
- Eine interessante Kennzahl sind prinzipiell die Betreuungsschlüssel. Für die vorliegende Erhebung haben wir je Einrichtung den Betreuungsschlüssel für die Beschäftigten in der Pflege ermittelt. Demnach bewegte sich die Betreuungsrelation je Platz zum 31.12.2003 zwischen 0,23 und 0,72 Stellenanteilen je Platz. D.h. es gibt Einrichtungen, in denen der Betreuungsschlüssel fast dreimal so hoch ist wie in anderen Einrichtungen.

Ein Erklärung hierfür könnte die Bewohnerstruktur sein, die sich ja hinsichtlich der Pflegestufen unterscheidet. Dagegen stehen allerdings Ergebnisse einer sehr differenzierten Studie der Fachhochschule Frankfurt, die im Auftrag der BHF-Bank-Stiftung im Jahr 2001 in 26 Frankfurter Pflegeheimen durchgeführt wurde (Sabine Bartholomeyczik / Berta Schrems: Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. KDA-Veröffentlichung „thema 188“, Köln 2004, 306 Seiten). Hier wird im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Personal- und Bewohnerstruktur festgestellt, „(...) dass die Personal-Bewohner-Relation um so schlechter ist, je größer eine Einrichtung ist, auch die Betreuungsrelation durch Fachpersonen ist in größeren Häusern eher schlechter als in kleineren. (...) Auch in dieser Untersuchung wurde festgestellt, was als Schlussfolgerung ähnlich auch in einer Untersuchung von Altenpflegeheimen in NRW festzustellen war, dass auch bei etwa vergleichbaren Ausgangsbedingungen eine deutlich voneinander abweichende Personalausstattung festzustellen ist und dass es offensichtlich recht unterschiedliche Konzepte für ein Personalmanagement gibt.“ (S. 128 f.)

- Differenziert man die examinierten und nicht-examinierten Vollzeitkräfte in der Pflege und sozialen Betreuung nach Altersgruppen, so zeigt sich, dass der Anteil der 31- bis 45-jährigen Beschäftigten in allen drei Gruppen (examinierte Pflegekräfte, nicht-examinierten Pflegekräfte, Beschäftigte in der sozialen Betreuung) mit etwas mehr als 40% am Höchsten ist. Insgesamt unterscheidet sich die Altersstruktur der examinierten und nicht-examinierten Pflegekräfte nur in Nuancen. Auffälliger ist dagegen, dass der Anteil der 46- bis 55-jährigen Beschäftigten in der sozialen Betreuung mit 41,7% fast doppelt so hoch ist wie bei den Pflegekräften, während umgekehrt der Anteil unter 30-jährigen Beschäftigten bzw. der über 55-jährigen Beschäftigten deutlich geringer ist (Grafik 3.4).
- In der Grafik 3.4.1 haben wir zudem noch einmal anonymisiert die gruppierte Altersstruktur für die Mitarbeiter in der Pflege je Einrichtung dargestellt. Die Daten zeigen noch einmal deutlich, dass es in einigen Einrichtungen vergleichsweise junge Teams gibt (in einer Einrichtung liegt der Anteil der unter 30-jährigen Mitarbeiter bei über 40%), während in anderen der Anteil der über 55-jährigen Mitarbeiter bei knapp unter, z.T. sogar etwas über 20% liegt. Die jeweilige Altersstruktur ist mit spezifischen Vor- und Nachteilen verbunden. Während jüngere Mitarbeiter in der Regel eine höhere Regelfixierung aufweisen bzw. mehr Führung benötigen, dafür aber, bei Anlehnung an gängige Tarifsysteme (BAT, AVR) kostengünstiger sind und aktuelle Qualifikationsprofile aufweisen, bringen ältere Mitarbeiter die größere Berufs- und Lebenserfahrung mit (was gerade im Hinblick auf die Zielgruppe

in der Altenhilfe ein Vorteil sein könnte), sind aber im Hinblick auf die Kosten teurerer (nicht zuletzt wegen der notwendigen Fort- und Weiterbildungen zur Anpassung des Fachwissens an den aktuellen Diskussionsstand). Zudem bedeutet ein Anteil von etwa einem Fünftel an Mitarbeitern über 55 Jahren, dass die betroffenen Einrichtungen in den nächsten Jahren vermutlich die Folgen einer umfangreichen Personalfuktuation zu bewältigen haben werden.

- Die Daten zur Abfrage der übrigen Mitarbeiter (Leitungskräfte, Küche etc.) konnten leider nicht interpretiert werden, da einige Teilnehmer hier Mitarbeiter-Stellenanteile, andere dagegen Mitarbeiter-Köpfe angegeben haben, so dass die Daten nicht sauber zu bearbeiten waren.

3.3 Anzahl betrieblicher Ausbildungsplätze

- Wie Grafik 3.5.1 zeigt, hat sich die Anzahl der betrieblichen Ausbildungsplätze in Pflegeheimen in Frankfurt am Main zwischen 2000 und 2003 deutlich erhöht: lag deren Anzahl 2000 noch bei 37, so waren es 2003 bereits 142 Ausbildungsplätze. Dieser Effekt bleibt auch bestehen, wenn man die Anzahl der betrieblichen Ausbildungsplätze auf die einzelne Einrichtung herunterbricht: 2000 = 3,1 Ausbildungsplätze je Einrichtung; 2003 = 6,8 Ausbildungsplätze je Einrichtung (vgl. Grafik 3.5.2).
- Noch steiler ist die Entwicklung im Bereich der Pflege gewesen. Hier hat sich die Zahl der Ausbildungsplätze von 2,8 Plätzen je Altenpflegeheim im Jahr 2000 auf 6,5 Plätze im Jahr 2003 erhöht. Dieser Effekt erklärt sich vor allem über die Tatsache, dass die Altenpflegeausbildung in Hessen von einer schulischen auf eine betriebliche Ausbildung umgestellt wurde. Da die Ausbildung drei Jahre dauert, ist der Anstieg der Ausbildungsplätze in der Pflege vermutlich damit zu erklären.

3.4 Berufsübergreifende Fallbesprechungen und Supervision für die Pflegenden

- Weit verbreitet ist in den Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main die berufsübergreifende Fallbesprechung. Diese wird in 22 von 27 Einrichtungen durchgeführt. Drei weitere Einrichtungen planen, eine solche berufsübergreifende Fallbesprechung einzuführen. Externe Supervisionen wurden von 11 der 27 Einrichtungen in den Jahren 2002 und 2003 durchgeführt, eine weitere Einrichtung plant eine derartige Supervision. Am Geringsten verbreitet sind interne Supervisionen; hier gaben sechs Einrichtungen an, ein derartiges Verfahren bereits zu praktizieren, eine weitere Einrichtung plant deren Einführung (vgl. Tabellen 84 bis 86).

3.5 Weiterbildungsangebote

- In allen an der Erhebung beteiligten Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main wurden Weiterbildungsangebote zum Themenbereich „Pflegeplan und Dokumentation“ durchgeführt (vgl. Grafik 3.6). Mit weitem Abstand folgten dann die Themenbereiche:
 - ❖ „Validation“ (18 Einrichtungen),
 - ❖ „Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder“ (17 Einrichtungen),
 - ❖ „Basale Stimulation“ (17 Einrichtungen),
 - ❖ „Rechtliche Aspekte der Pflege“ (16 Einrichtungen),
 - ❖ „Weiterbildungsangebot zur Sozialkompetenz“ (15 Einrichtungen),
 - ❖ „Biografiegestützte Pflege“ (15 Einrichtungen),
 - ❖ „Methodenkompetenz“ (14 Einrichtungen).
- Bei den geplanten Themen liegen die rechtlichen Aspekte der Pflege sowie die allgemeinen Weiterbildungsangebote zur Methodenkompetenz an der Spitze mit jeweils fünf Nennungen. Deutlich seltener sind Sprachkurse Gegenstand von Weiterbildungsangeboten in Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main. In 87% der Einrichtungen ist die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen verpflichtend, nur in 13% der Einrichtungen gibt es eine freiwillige Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen. Im Mittel liegt der Anteil der Mitarbeiter, die an externen Weiterbildungsveranstaltungen teilnehmen, bei 25,4%, während der Anteil der Mitarbeiter, die an internen Weiterbildungen teilnehmen, bei 67,8% liegt. Mit anderen Worten: die dominante Form der Weiterbildung in Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main ist die interne Weiterbildung.

4. Spezielle Angebote

4.1 Ehrenamtliche Mitarbeiter in Altenpflegeheimen

- Gruppieren man die Einrichtungen nach der Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter (vgl. Grafik 4.1), so zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen auf bis zu 10 ehrenamtliche Mitarbeiter bauen kann. In diesem Zusammenhang wäre noch einmal zu klären, wie es einigen Einrichtungen gelingen kann, über 50 - teilweise sogar über 100 - ehrenamtliche Mitarbeiter für ihre Tätigkeit zu gewinnen. Diese Zahlen wirken zumindest beeindruckend, lassen aber doch einige Fragen offen. Wenngleich fast alle Einrichtungen in unserer Erhebung auf ehrenamtliche Mitarbeiter bauen können, verfügen doch nur 46,2% der Einrichtungen über eine schriftliche Konzeption für die ehrenamtliche Arbeit. Immerhin existiert aber in 96% der Einrichtungen ein fester Ansprechpartner für die ehrenamtlichen Mitarbeiter.

4.2 Sterbebegleitung

- Weiter verbreitet als Konzeptionen für die ehrenamtliche Arbeit sind schriftliche Konzeptionen zur Sterbebegleitung. Etwas mehr als 80% der befragten Einrichtungen gaben an, über eine solche Konzeption zu verfügen. Zudem gibt es in mehr als der Hälfte der Einrichtungen (57,7%) spezielle Schulungsangebote für diesen Aspekt (vgl. Tabelle 97).

Tabellenband zur Befragung „Angebotsstruktur Frankfurter Altenpflegeheime“

A) Frage 1

a) Frage 1.1

**Tabelle 1: Anzahl angebotene Zimmerarten über alle Einrichtungen (ER) – Ist-Daten –
gesamt, max, Mittelwert**

Zimmerart	Gesamt	Maximum	Mittelwert	ER ohne Zimmerangebot / Häufigkeit
EZ m. Nasszelle (n=21)	927	165	44,1	6
EZ o. Nasszelle (n=10)	241	70	24,1	17
EZ m. einer Nasszelle für 2 EZ (n=11)	275	105	25,0	16
DZ m. Nasszelle (n=20)	631	73	31,6	7
DZ o. Nasszelle (n=7)	125	37	17,9	20
Mehrbettzimmer (n=5)	49	31	9,8	22
Bes. Zimmerangebote (n=5)	8	4	1,6	22

**Tabelle 2: Anzahl an Einrichtungen nach Zimmerarten - Ist-Daten gruppiert nach
Einrichtungsgröße**

a) Zimmerart (abs.)						
	- 10 Zimmer	11 - 20 Zimmer	21 - 30 Zimmer	31 - 40 Zimmer	41 - 50 Zimmer	51 Zimmer u. mehr
EZ m. Nasszelle (n=21)	4	2	2	6	1	6
EZ o. Nasszelle (n=10)	4	1	2	1	1	1
EZ m. einer Nasszelle f. 2 EZ (n=11)	6	1	1	1	-	2
DZ m. Nasszelle (n=20)	4	4	1	3	5	3
DZ o. Nasszelle (n=7)	4	-	2	1	-	-
Mehrbettzimmer (n=5)	3	1	-	1	-	-
Bes. Zimmerangebote (n=5)	5	-	-	-	-	-
b) Zimmerart in %						
	- 10 Zimmer	11 - 20 Zimmer	21 - 30 Zimmer	31 - 40 Zimmer	41 - 50 Zimmer	51 Zimmer u. mehr
EZ m. Nasszelle (n=21)	19,05	9,52	9,52	28,57	4,76	28,57
EZ o. Nasszelle (n=10)	40,00	10,00	20,00	10,00	10,00	10,00
EZ m. einer Nasszelle f. 2 EZ (n=11)	54,55	9,09	9,09	9,09	-	18,18
DZ m. Nasszelle (n=20)	20,00	20,00	5,00	15,00	25,00	15,00
DZ o. Nasszelle (n=7)	57,14	-	28,57	14,29	-	-
Mehrbettzimmer (n=5)	60,00	20,00	-	20,00	-	-
Bes. Zimmerangebote (n=5)	100,00	-	-	-	-	-

Tabelle 3: Anzahl geplante Zimmer nach Zimmerarten über alle Einrichtungen (ER)

Zimmerart	Gesamt	min. geplante Anzahl in ER	max. geplante Anzahl in ER	Mittelwert	ER, die keine neuen Kapaz. planen/ Häufigkeit
EZ m. Nasszelle (n=7)	526	13	174	75,1	20
EZ o. Nasszelle (n=2)	18	2	16	9,0	25
EZ m. einer Nasszelle für 2 EZ (n=3)	147	4	106	49,0	24
DZ m. Nasszelle (n=4)	127	6	73	31,8	23
DZ o. Nasszelle (n=0)	-	-	-	-	27
Mehrbettzimmer (n=0)	-	-	-	-	27
Bes. Zimmerangebote (n=0)	-	-	-	-	27

Tabelle 4: Anzahl Einrichtungen, die neue Kapazitäten an Zimmerarten planen gruppiert nach Einrichtungsgröße

Zimmerart	Anz. Zimmer						
	- 10 Zimmer	11 - 20 Zimmer	31 - 40 Zimmer	41 - 50 Zimmer	71 - 80 Zimmer	81 – 90 Zimmer	101 Zimmer u. mehr
EZ m. Nasszelle (n=7)	-	2	1	1	-	1	2
EZ o. Nasszelle (n=2)	1	1	-	-	-	-	-
EZ m. einer Nasszelle für 2 EZ (n=3)	1	-	1	-	-	-	1
DZ m. Nasszelle (n=4)	1	1	1	-	1	-	-

Tabelle 5: Anzahl Zimmer nach Zimmerarten – Ist-Stand/geplante Kapazitäten

Zimmerart	Ist-Stand/ Häufigkeit	Gepl. Kapazitäten/ Häufigkeit	Gepl. Kapazitäten/ Prozent
EZ m. Nasszelle (n=6)	927	526	56,74
EZ o. Nasszelle (n=1)	241	18	7,47
EZ m. einer Nasszelle für 2 EZ (n=2)	275	147	53,45
DZ m. Nasszelle (n=4)	631	127	20,13
DZ o. Nasszelle (n=0)	125	-	-
Mehrbettzimmer (n=0)	49	-	-
Bes. Zimmerangebote (n=0)	8	-	-

b) Frage 1.2

a) Ist Ihr Qualitätsmanagementsystem zertifiziert?

Tabelle 6: Ist das Qualitätsmanagementsystem zertifiziert? (n=26)

	Häufigkeit	Prozent
ja, für die gesamte Einrichtung	2	7,7
nein, noch nicht, aber geplant für	10	38,5
nein, ist in absehbarer Zeit auch nicht beabsichtigt	14	53,8

b) Auflistung der zertifizierten Bereiche:

Tabelle 7: zertifizierte Bereiche

(n=1)	Häufigkeit	Prozent
Leitung/Verwaltung	1	100,0

c) Auflistung der angegebenen Normenwerke für die geplante Zertifizierung (nur für die geplanten Zertifizierungen gab es mehrere Angaben; je 1 Angabe für die gesamte Einrichtung <DIN ISO 9001-2000> bzw. für den Bereich Verwaltung < DIN ISO 9001>)

Tabelle 8: Normenwerk - geplante Zertifizierung

(n=5)
AWO-Tandemzertifizierung
Diakoniesiegel Pflege
EFQM
ISO 9001
ISO 9000
Erst nach Umbau Zertifizierung
Nikodemus-Werk Qualitäts-Siegel

d) Zertifizierung geplant für das Jahr:

Tabelle 9: Zertifizierung geplant für das Jahr ...

Jahre	(n=10)	Häufigkeit	Prozent
2004		1	10,0
2005		7	70,0
2006		2	30,0

2) Frage 2: Kapazität und Belegung

2.1 Gesamtplatzzahl – Ist-Daten

Tabelle 10: Gesamtplatzzahl über alle Einrichtungen 2000 bis 2003 – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=24)	2819	30	217	117,5
2001 (n=24)	2781	30	217	115,9
2002 (n=25)	2788	20	217	111,5
2003 (n=27)	3003	30	217	111,2

Tabelle 11: Anzahl Einrichtung nach Gesamtplatzzahl 2000 bis 2003 – gruppiert nach Einrichtungsgröße

Jahre	Anz. Plätze							
	bis 30	31 - 60	61 - 90	91 - 120	121 - 150	151 - 180	181 - 210	211 u. mehr
2000 (n=24)	1	5	1	5	5	3	3	1
2001 (n=24)	1	5	1	5	5	4	2	1
2002 (n=25)	2	5	1	5	5	4	2	1
2003 (n=27)	1	6	2	6	6	3	2	1

2.2 Jährliche Neuaufnahmen in die vollstationäre Dauerpflege

Direktaufnahme in Dauerpflege

Tabelle 12: Jährliche Direktaufnahmen in die vollstationäre Dauerpflege 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Direktaufn./ Häufigkeit
2000 (n=21)	934	7	131	44,5	6
2001 (n=22)	947	6	98	43,0	5
2002 (n=25)	1053	7	92	42,1	2
2003 (n=27)	1246	3	130	46,1	-

Tabelle 13: Anzahl Einrichtungen mit jährlicher Direktaufnahmen in die vollstationäre Dauerpflege 2000 bis 2003 in den Einrichtungen – gruppiert

Jahre	jährliche Direktaufnahmen										
	- 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 100	100 u. mehr
2000 (n=21)	1	5	2	2	3	2	3	1	1	-	1
2001 (n=22)	3	3	2	3	2	4	1	2	-	2	-
2002 (n=25)	1	6	1	1	7	3	2	1	1	1	-
2003 (n=27)	3	6	1	3	3	3	2	2	-	2	2

Dauerpflege nach Kurzzeitpflege

Tabelle 14: Jährliche Aufnahmen in die vollstationäre Dauerpflege nach Kurzzeitpflege 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Aufn. / Häufigkeit
2000 (n=11)	51	1	11	4,6	16
2001 (n=10)	59	1	30	5,9	17
2002 (n=12)	65	1	22	5,4	15
2003 (n=16)	135	1	27	8,4	11

Tabelle 15: Anzahl Einrichtungen mit jährlicher Neuaufnahmen in die Dauerpflege nach Kurzzeitpflege 2000 bis 2003 in den Einrichtungen – gruppiert

Jahre	Anzahl Neuaufnahmen in Dauerpflege nach Kurzzeitpflege		
	- 10	11 - 20	21 - 30
2000 (n=10)	9	2	-
2001 (n=9)	9	-	1
2002 (n=11)	10	1	1
2003 (n=13)	11	4	1

2.3 Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze

Feste Kurzzeitpflegeplätze

Tabelle 16: Feste Kurzzeitpflegeplätze 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Plätze / Häufigkeit
2000 (n=4)	9	1	4	2,3	23
2001 (n=4)	10	1	4	2,5	23
2002 (n=4)	11	1	4	2,8	23
2003 (n=5)	11	1	4	2,2	22

Tabelle 17: Anzahl Einrichtungen mit festen Kurzzeitpflegeplätze 2000 bis 2003 in den Einrichtungen

Jahre	Anzahl Plätze			
	1	2	3	4
2000 (n=4)	1	2	-	1
2001 (n=4)	1	1	1	1
2002 (n=4)	1	1	-	2
2003 (n=5)	2	1	1	1

Eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze

Tabelle 18: Eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Plätze insgesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Plätze/ Häufigkeit
2000 (n=9)	23	1	6	2,6	18
2001 (n=7)	18	1	6	2,6	20
2002 (n=11)	34	1	6	3,1	11
2003 (n=15)	60	1	20	4,0	12

Tabelle 19: Anzahl Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen 2000 bis 2003 in den Einrichtungen

Jahre	Anzahl Plätze						
	1	2	3	4	5	6	20
2000 (n=9)	4	1	2	-	1	1	-
2001 (n=7)	4		1	-	1	1	-
2002 (n=11)	2	3	2	1	2	1	-
2003 (n=15)	4	4	1	1	3	1	1

2.4 Jährliche Aufnahmen in die Kurzzeitpflege

Tabelle 20: Jährliche Aufnahmen in der Kurzzeitpflege 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Aufn. / Häufigkeit
2000 (n=14)	324	1	98	23,1	13
2001 (n=16)	331	1	62	20,7	11
2002 (n=16)	392	1	76	24,5	11
2003 (n=21)	571	1	98	27,2	6

2.5 Finanzierung des Heimaufenthalts

Selbstzahler

Tabelle 21: Finanzierung des Heimaufenthalts durch Selbstzahler über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – Anteile (%) min, max, Mittelwert

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Selbstz. / Häufigkeit
2000 (n=18)	25,9	100,0	46,1	9
2001 (n=19)	26,3	100,0	50,7	8
2002 (n=21)	29,2	100,0	54,4	6
2003 (n=24)	29,6	100,0	55,7	3

Tabelle 22: Anzahl Einrichtungen mit Selbstzahlern bei Finanzierung des Heimaufenthalts 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gruppiert

Jahre	Anteil								
	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 100	keine Angabe
2000 (n=18)	2	8	2	3	-	-	1	1	1
2001 (n=19)	2	5	5	3	2	-	1	1	-
2002 (n=21)	1	4	6	2	2	2	2	1	1
2003 (n=24)	1	6	5	2	4	-	2	1	3

Jugend- und Sozialamt Frankfurt a. M.**Tabelle 23: Finanzierung des Heimaufenthalts durch das Jugend- und Sozialamt Frankfurt a. M. über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – min, max, Mittelwert**

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Finanz. d. Sozialamt/ Häufigkeit
2000 (n=17)	12,0	72,3	51,1	10
2001 (n=18)	13,0	67,8	46,3	8
2002 (n=20)	5,0	60,8	39,6	7
2003 (n=23)	8,3	62,9	38,2	4

Tabelle 24: Anzahl Einrichtungen mit Finanzierung des Heimaufenthalts durch das Jugend- und Sozialamt Frankfurt a. M. bei Finanzierung des Heimaufenthalts 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen (ER) – gruppiert nach Anteil der Finanzierung

Jahre	Anteile							
	- 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80
2000 (n=17)	-	1	1	2	1	6	4	1
2001 (n=18)	-	2	1	3	4	6	3	-
2002 (n=20)	1	3	-	4	5	3	-	-
2003 (n=23)	3	1	2	5	6	4	1	-

Sonstige Sozialämter

Tabelle 25: Finanzierung des Heimaufenthalts durch sonstige Sozialämter über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – Anteile (%) min, max, Mittelwert

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER o. Finanz. d. so. Soz.ämter /Häufigkeit
2000 (n=13)	1,8	29,1	7,7	14
2001 (n=16)	1,0	30,4	7,9	11
2002 (n=17)	1,0	32,1	9,7	10
2003 (n=20)	1,0	33,9	9,2	7

Tabelle 26: Anzahl Einrichtungen mit Finanzierung des Heimaufenthalts durch sonstige Sozialämter 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen (ER) – gruppiert nach Anteil der Finanzierung

Jahre	Anteile			
	bis 10 Prozent	11 - 20 Prozent	21 - 30 Prozent	31 - 40 Prozent
2000 (n=13)	10	2	1	-
2001 (n=16)	13	2	-	-
2002 (n=17)	11	3	-	1
2003 (n=20)	14	3	1	1

2.6 Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen

Pflegestufen – nur Mittelwerte im Überblick

Tabelle 27: Anteile Pflegestufen 0, I, II, III, IIIH über alle Einrichtungen – Mittelwerte je ER

Jahre	Pflegestufe	0	I	II	III	IIIH
2000 (n=16)	Mittelwert	8,5	27,1	38,4	27,1	1,4
2001 (n=17)	Mittelwert	6,9	29,0	40,9	24,4	1,2
2002 (n=17)	Mittelwert	6,5	30,6	41,1	23,2	0,9
2003 (n=20)	Mittelwert	6,8	31,4	41,5	21,8	1,2

Pflegestufe 0

Tabelle 28: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufe 0 über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – Anteile (%) min, max, Mittelwert

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=16)	0,89	57,00	8,5
2001 (n=17)	0,68	57,00	6,9
2002 (n=17)	0,95	56,00	6,5
2003 (n=20)	0,85	56,00	6,8

Pflegestufe I**Tabelle 29: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufe I über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – Anteile (%) min, max, Mittelwert**

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=19)	19,0	38,0	27,7
2001 (n=21)	18,0	34,8	28,9
2002 (n=23)	4,0	60,0	28,9
2003 (n=26)	7,1	40,9	30,5

Pflegestufe II**Tabelle 30: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufe II über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – Anteile (%) min, max, Mittelwert**

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=19)	13,0	53,2	38,1
2001 (n=21)	16,0	51,3	40,9
2002 (n=23)	18,0	57,0	42,1
2003 (n=26)	16,0	52,2	41,0

Pflegestufe III**Tabelle 31: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufe III über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – Anteile (%) min, max, Mittelwert**

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=19)	10,6	38,00	27,1
2001 (n=21)	12,0	32,80	24,6
2002 (n=23)	5,0	39,29	24,1
2003 (n=26)	10,0	39,29	23,0

Pflegestufe IIIH

Tabelle 32: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufe IIIH über alle Einrichtungen (ER) 2000 bis 2003 – Anteile (%) min, max, Mittelwert

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=4)	0,6	3,0	1,4
2001 (n=7)	0,6	2,6	1,2
2002 (n=8)	0,6	3,6	1,3
2003 (n=10)	0,6	3,6	1,5

2.7 Jährliche Ist-Auslastung der Platzkapazitäten

Tabelle 33: Jährliche Ist-Auslastung der Platzkapazität 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – Anteile (%) min, max, Mittelwert

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert je ER
2000 (n=20)	90,3	106,6	97,1
2001 (n=20)	67,9	106,7	96,4
2002 (n=23)	40,0	106,8	94,6
2003 (n=24)	83,3	104,9	94,8

Tabelle 34: Anzahl Einrichtungen jährlicher Ist-Auslastung der Platzkapazität 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gruppiert

Jahre	Prozente						
	Unter 70	80 bis unter 90	90 bis unter 92	92 bis unter 94	94 bis unter 96	96 bis unter 98	> 98
2000 (n=20)	-	-	3	1	2	4	10
2001 (n=20)	1	-	-	2	1	5	11
2002 (n=23)	1	-	1	1	9	3	8
2003 (n=24)	-	3	1	6	3	3	8

2.8 Anzahl der Migrantinnen und Migranten in den Einrichtungen

Tabelle 35: Anzahl Migrantinnen und Migranten über alle Einrichtungen 2000 bis 2003 – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=9)	84	1	65	9,3
2001 (n=10)	88	1	71	8,8
2002 (n=11)	99	1	71	9,0
2003 (n=12)	96	1	66	8,0

Tabelle 36: Anzahl Einrichtungen mit Migrantinnen und Migranten 2000 bis 2003 – gruppiert nach Anzahl der Migranten und Migrantinnen

Jahre	Anzahl Migranten und Migrantinnen								
	1	2	3	4	5	6	65	66	71
2000 (n=9)	5	-	-	1	2	-	1	-	-
2001 (n=10)	3	4	2	-	-	-	-	-	1
2002 (n=11)	3	2	2	1	1	1	-	-	1
2003 (n=12)	2	4	2	1	2	-	-	1	-

2.9 Anzahl der Teilnehmer an Reha-Maßnahmen gemäß SGB V

Tabelle 37: Anzahl Teilnehmer an Reha-Maßnahmen gemäß SGB V über alle Einrichtungen 2000 bis 2003 – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=2)	3	1	2	1,5
2001 (n=2)	4	2	2	2,0
2002 (n=3)	9	2	4	3,0
2003 (n=2)	10	4	6	5,0

Tabelle 38: Anzahl Einrichtungen mit Teilnehmern an Reha-Maßnahmen gemäß SGB V 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gruppiert nach Anzahl Teilnehmer

Jahre	Anz. ER	Anzahl Teilnehmer				
		1	2	3	4	6
2000 (n=2)	Anz. ER	1	1	-	-	-
2001 (n=2)	Anz. ER	-	2	-	-	-
2002 (n=3)	Anz. ER	-	1	1	1	-
2003 (n=2)	Anz. ER	-	-	-	1	1

2.10 Durchschnittliche Verweildauer ausgeschiedener Bewohner in den Einrichtungen (Angaben in Monaten)

Tabelle 39: Durchschnittliche Verweildauer nach Monaten ausgeschiedener Bewohner 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – min, max, Mittelwert

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=17)	14,3	108,0	38,7
2001 (n=18)	16,7	66,0	35,1
2002 (n=20)	15,2	64,0	34,6
2003 (n=23)	2,0	90,0	36,6

Tabelle 40: Anzahl Einrichtungen nach durchschnittlicher Verweildauer (in Monaten) ausgeschiedener Bewohner 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen

Jahre	Monate									
	bis 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	Über 100
2000 (n=17)	-	2	5	7	1	-	-	-	1	1
2001 (n=18)	-	2	6	5	2	1	2	-	-	-
2002 (n=20)	-	3	5	7	2	1	2	-	-	-
2003 (n=23)	1	5	8	1	4	-	1	1	2	-

2.11 Gründe für Beendigung des Einrichtungsaufenthalts

Verstorben im Altersheim

Tabelle 41: Im Altenpflegeheim verstorbene Bewohner 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=13)	274	4	50	21,1
2001 (n=19)	577	4	65	30,4
2002 (n=21)	668	5	59	31,8
2003 (n=24)	795	5	70	33,1

Tabelle 42: Anzahl Einrichtungen der im Altenpflegeheim verstorbenen Bewohner 2000 bis 2003 – gruppiert nach Anzahl der Bewohner

Jahre	Anzahl Bewohner						
	- 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70
2000 (n=13)	5	2	2	2	2	-	-
2001 (n=19)	6	1	2	4	2	3	1
2002 (n=21)	6	2	-	4	4	5	-
2003 (n=24)	5	3	3	4	3	3	3

Verstorben im Krankenhaus

Tabelle 43: Im Krankenhaus verstorbene Bewohner 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Bew. insgesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=12)	148	1	31	12,3
2001 (n=12)	147	1	27	12,3
2002 (n=14)	163	2	36	11,6
2003 (n=16)	256	2	38	16,0

Tabelle 44: Anzahl Einrichtungen der im Krankenhaus verstorbenen Bewohner 2000 bis 2003 – gruppiert nach Anzahl verstorbener Bewohner

Jahre	Anzahl Bewohner			
	- 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40
2000 (n=12)	6	4	1	1
2001 (n=12)	5	5	2	-
2002 (n=14)	9	2	2	1
2003 (n=16)	7	3	4	2

Umzug in die eigene Wohnung

Tabelle 45: Bewohner, die in die eigene Wohnung umgezogen sind, 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – min, max, Mittelwert

Jahre	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=3)	1	2	1,3
2001 (n=9)	1	40	15,0
2002 (n=9)	1	34	14,9
2003 (n=13)	1	55	17,7

Tabelle 46: Anzahl Einrichtungen mit Bewohnern, die in die eigene Wohnung umgezogen sind, 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gruppiert nach Anzahl Bewohner

Anzahl Bewohner						
Jahre	- 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60
2000 (n=3)	3	-	-	-	-	-
2001 (n=9)	4	2	2	1	-	-
2002 (n=9)	4	2	2	1	-	-
2003 (n=13)	7	1	2	1	1	1

Umzug zu Angehörigen

Tabelle 47: Bewohner, die zu Angehörigen gezogen sind, 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=7)	16	1	7	2,3
2001 (n=6)	13	1	6	2,2
2002 (n=7)	22	1	7	3,1
2003 (n=5)	23	1	9	4,6

Tabelle 48a: Gesamtübersicht: Anzahl Personen nach Beendigung des Heimaufenthalts

Jahre	2000		2001		2002		2003	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
verstorben im Heim	274	60,22	577	64,04	668	64,85	795	57,65
verstorben im Krankenhaus	148	32,53	147	16,32	163	15,83	256	18,56
verstorben insgesamt	422	92,75	724	80,36	831	80,68	1051	76,21
Umzug in eigene Wohnung	4	0,88	135	14,98	134	13,01	230	16,68
Umzug zu Angehörigen	16	3,52	13	1,44	22	2,14	23	1,67
Umzug in anderes Pflegeheim	13	2,86	29	3,22	43	4,17	75	5,44
Umzug insgesamt	33	7,25	177	19,64	199	19,32	328	23,79
Summe	455		901		1030		1379	

Tabelle 49: Anzahl Einrichtungen mit Einrichtungsbewohnern, die zu Angehörigen gezogen sind, 2000 bis 2003 – gruppiert nach Anzahl Bewohner

Jahre	- 10 Bewohner
2000	7
2001	6
2002	7
2003	5

Umzug in ein anderes Altenpflegeheim

Tabelle 50: Bewohner, die in ein anderes Altenpflegeheim gezogen sind, 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

Jahre	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=5)	13	1	6	2,6
2001 (n=11)	29	1	8	2,6
2002 (n=13)	43	1	12	3,3
2003 (n=19)	75	1	12	3,9

Tabelle 51: Anzahl Einrichtung mit Einrichtungsbewohner, die in ein anderes Altenpflegeheim gezogen sind, 2000 bis 2003 über alle Einrichtungen – gruppiert

Jahre	- 10 Bew.	11 – 20 Bew.
2000 (n=5)	5	-
2001 (n=11)	11	-
2002 (n=13)	12	1
2003 (n=19)	18	1

Sonstige Gründe für Beendigung des Einrichtungsaufenthalts

Keine Nennungen

2.12 Spezielle Leistungsangebote für besondere Personengruppen

Tabelle 52: Einrichtungen, die spezielle Leistungsangebote für besondere Personengruppen anbieten - Häufigkeiten

Leistungsangebote	Einrichtungen	Plätze
Aids-Erkrankte	1	-
Apalliker m. Beatm.	1	5
Apalliker o. Beatm.	3	34
Blinde	4	1
CA-Patienten	5	5
Homosexuelle	2	10
Korsakov-Patienten	3	-
Menschen u. 65	5	2
Menschen m. Körperbehinderung	4	10
Menschen m. geistiger Behinderung	2	10
Menschen m. mehrf. Behinderung	2	-
Migranten	5	1
Obdachlose	3	-
(Teil-) segret. Bereiche f. demenzkr. Menschen	12	163
Trachiestoma-Patienten	3	-
sonstige spez. Leistungsangebote	1	7

Tabelle 53: Spezielle Leistungsangebote in den Einrichtungen, Häufigkeiten und Platzanzahl an Leistungsangeboten gesamt

	Anzahl Leistungsangebote													Gesamt
	1	2	5	7	8	10	11	18	24	25	26	27	30	
Aids-Erkrankte														
Apalliker m. Beatm.			1											5
Apalliker o. Beatm.						1			1					34
Blinde	1													1
CA-Patienten			1											5
Homosexuelle						1								10
Korsakov-Patienten														
Menschen u. 65		1												2
Menschen m. Körperbehinderung						1								10
Menschen m. geistiger Behinderung						1								10
Menschen m. mehrf. Behinderung														
Migranten	1													1
Obdachlose														
(Teil-) segret. Bereiche f. demenzkr. Menschen					1		1	2		1	1	1	1	163
Trachistoma-Patienten														
sonstige spez. Leistungsangebote 1				1										7

Tabelle 54: Einrichtungen mit Bereitschaft zur Aufnahme von besonderen Personengruppen im Einzelfall (n= 17 bis 23)

	Antworten „Ja“		Antworten „Nein“	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Aids-Erkrankte	14	82,4	3	17,6
Apalliker m. Beatm.	2	11,8	15	88,2
Apalliker o. Beatm.	10	58,8	7	41,2
Blinde	22	95,7	1	4,3
CA-Patienten	23	100,0	-	-
Homosexuelle	22	100,0	-	-
Korsakov-Patienten	19	90,5	2	9,5
Menschen u. 65	22	95,7	1	4,3
Menschen m. Körperbehinderung	22	95,7	1	4,3
Menschen m. geistiger Behinderung	17	81,0	4	19,0
Menschen m. mehrf. Behinderung	16	84,2	3	15,8
Migranten	22	95,7	1	4,3
Obdachlose	17	85,0	3	15,0
Teil-) segret. Bereiche f. demenzkr. Menschen	15	88,2	2	11,8
Trachistoma-Patienten	19	82,6	4	17,4

C) FRAGE 3: Mitarbeiterbezogene Daten (Stichtag 31.12.2003)

3.1 Anzahl beschäftigter Mitarbeiter

Tabelle 55: Beschäftigte Mitarbeiter über alle Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert (n=25)

	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
Anzahl Mitarbeiter (Köpfe)	2254	26	170	90,2

Tabelle 56: Anzahl Einrichtungen, gruppiert nach Mitarbeiteranzahl 2003

(n=22)	Häufigkeit	Prozent
21 bis 40 Mitarbeiter	5	20,0
41 bis 60 Mitarbeiter	1	4,0
61 bis 80 Mitarbeiter	5	20,0
81 bis 100 Mitarbeiter	4	16,0
101 bis 120 Mitarbeiter	4	16,0
121 bis 140 Mitarbeiter	3	12,0
141 bis 160 Mitarbeiter	1	4,0
161 bis 180 Mitarbeiter	2	8,0

3.2 Aufteilung der beschäftigten Vollzeitkräfte in der Pflege und Betreuung

Examinierte Vollzeitkräfte in der Pflege

Tabelle 57: Examinierte Vollzeitkräfte in der Pflege nach verschiedenen Altersgruppen über alle Einrichtungen - min, max, Mittelwert

	Minimum	Maximum	Mittelwert
bis 30 Jahre (n=26)	0,36	50,00	5,54
31 bis 45 Jahre (n=27)	1,75	30,00	11,10
46 bis 55 Jahre (n=27)	0,54	16,00	6,63
über 55 Jahre (n=23)	1,00	10,00	3,5

Tabelle 58: Einrichtungen mit examinierten Vollzeitkräften in der Pflege, gruppiert nach Anzahl und Alter der Pflegekräfte (Vollzeitkräfte)

	Vollzeitkräfte											
	bis 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		26 - 30		46 - 50	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 30 Jahre (n=26)	19	73,1	5	19,2	-	-	1	3,8	-	-	1	3,8
31 bis 45 Jahre (n=27)	5	19,2	11	40,7	6	22,2	3	11,1	2	7,4	-	-
46 bis 55 Jahre (n=27)	11	40,7	12	44,4	3	11,1	1	3,7	-	-	-	-
über 55 Jahre (n=23)	19	3,8	4	17,4	-	-	-	-	-	-	-	-

Nicht examinierte Vollzeitkräfte in der Pflege

Tabelle 59: Nicht examinierte Vollzeitkräfte in der Pflege nach verschiedenen Altersgruppen über alle Einrichtungen - min, max, Mittelwert

	Minimum	Maximum	Mittelwert
bis 30 Jahre (n=25)	0,5	40,00	5,5
31 bis 45 Jahre (n=27)	1,0	80,00	9,8
46 - 55 Jahre (n=24)	1,0	20,00	7,1
über 55 Jahre (n=21)	0,5	10,00	3,5

Tabelle 60: Einrichtungen mit nicht examinierten Vollzeitkräften in der Pflege, gruppiert nach Anzahl und Alter der Pflegekräfte (Vollzeitkräfte)

Jahre	Anzahl Vollzeitkräfte													
	bis 5		6 -10		11 - 15		16 - 20		21 -25		36 - 40		51 u. mehr	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 30 (n=25)	18	72,0	5	20,0	-	-	-	-	1	4,0	1	4,0	-	-
31 bis 45 (n=27)	15	55,6	5	18,5	3	11,1	3	11,1	-	-	-	-	1	3,7
46 bis 55 (n=24)	10	41,7	9	37,5	3	12,5	2	8,3	-	-	-	-	-	-
über 55 (n=21)	16	76,2	5	23,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Beschäftigte in der sozialen Betreuung

Tabelle 61: Vollzeitkräfte in der sozialen Betreuung nach verschiedenen Altersgruppen über alle Einrichtungen (jeweils n=25) – gesamt, min, max, Mittelwert

	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
bis 30 Jahre	17,9	0,4	10,0	2,2
31 bis 45 Jahre	81,2	0,3	50,0	4,3
46 bis 55 Jahre	79,2	0,8	50,0	5,0
über 55 Jahre	11,7	0,2	4,0	1,2

Tabelle 62: Einrichtungen mit beschäftigten Vollzeitkräften in der sozialen Betreuung nach Altersgruppen und Anzahl der Beschäftigten

	bis 5 Beschäftigte		6 – 10 Beschäftigte		46 – 50 Beschäftigte	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 30 Jahre (n=6)	7	87,5	1	12,5	-	-
31 bis 45 Jahre (n=15)	18	94,7	-	-	1	5,3
46 bis 55 Jahre (n=13)	15	93,8	-	-	1	6,3
über 55 Jahre (n=8)	10	100,0	-	-	-	-

Summe beschäftigter Vollzeitkräfte in der Pflege

Tabelle 63: Anzahl von Vollzeitkräften in der Pflege in allen Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert (n=27)

	VK insgesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
Summe Anzahl Vollzeitkräfte in Pflege	1349,6	12,17	240,00	50,0

Tabelle 64: Anzahl Einrichtungen nach beschäftigten Vollzeitkräften in der Pflege – gruppiert nach Anzahl der Vollzeitkräfte (n=27)

Anz. Vollzeitkräfte in Pflege	Häufigkeit - Einrichtung	Prozent
10 -19	6	22,2
20 - 29	2	7,4
30 - 39	4	14,8
40 - 49	4	14,8
50 - 59	4	14,8
60 - 69	2	7,4
70 - 79	3	11,1
80 - 89	-	-
90 - 99	1	3,7
100 und mehr	1	3,7

Tabelle 65: Anzahl Einrichtungen nach Anteilen an examinierten Pflege-Vollzeitkräften – gruppiert (n=27)

	Häufigkeit - Einrichtung	Prozent
41 - 50 Prozent	9	33,3
51 - 60 Prozent	12	44,4
61 - 70 Prozent	4	14,8
71 - 80 Prozent	2	7,4

Tabelle 66: Anzahl Einrichtungen nach Anteil an nicht-examinierten Pflege-Vollzeitkräften – gruppiert (n=27)

	Häufigkeit - Einrichtung	Prozent
bis 30 Prozent	2	7,4
31 - 40 Prozent	4	14,8
41 - 50 Prozent	14	51,9
51 - 60 Prozent	7	25,9

Tabelle 67: Anzahl Einrichtungen nach Relation von examinierten zu nicht examinierten Vollzeitkräften in der Pflege (n=27)

		Anteil nicht examinierte Pflege-Vollzeitkräfte			
		bis 30 Prozent	31 bis 40 Prozent	41 bis 50 Prozent	51 bis 60 Prozent
Anteil an examinierten Pflege-Vollzeitkräfte	41 bis 50 Prozent	-	-	2	7
	51 bis 60 Prozent	-	-	12	-
	61 bis 70 Prozent	-	4	-	-
	71 bis 80 Prozent	2	-	-	-

Tabelle 68: Anzahl Einrichtungen mit examinierten Vollzeitkräften in der Pflege unter bzw. über 50 Prozent (n=27)

	Häufigkeit	Prozent
Anteil examinierte Vollzeitkräfte unter 50 %	7	25,9
Anteil examinierte Vollzeitkräfte 50 % und höher	20	74,1

3.3 Anzahl sonstiger Mitarbeiter

Mitarbeiter im Bereich Leitung/Verwaltung

Tabelle 69: Mitarbeiter im Bereich Leitung/Verwaltung über alle Einrichtungen – min, max, Mittelwert

	Minimum	Maximum	Mittelwert
bis 30 Jahre (n=4)	0,9	2,0	1,2
31 bis 45 Jahre (n=19)	0,5	5,8	1,6
46 bis 55 Jahre (n=21)	0,5	5,0	2,2
über 55 Jahre (n=18)	0,3	5,0	1,5

Tabelle 70: Einrichtungen mit Mitarbeitern im Bereich Leitung/Verwaltung nach verschiedenen Altersgruppen

Jahre	Anzahl Mitarbeiter											
	1		2		3		4		5		6	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 30 (n=4)	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-
31 bis 45 (n=19)	13	68,4	2	10,5	2	10,5	1	5,3	-	-	1	5,3
46 bis 55 (n=21)	12	66,7	4	22,2	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-
über 55 (n=18)	6	28,6	7	33,3	5	23,8	1	4,8	2	9,5	-	-

Mitarbeiter im Bereich Hauswirtschaft und Küche

Tabelle 71: Mitarbeiter im Bereich Hauswirtschaft/Küche über alle Einrichtungen – min, max, Mittelwert

Alter	Minimum	Maximum	Mittelwert
bis 30 Jahre (n=14)	0,8	5,00	1,8
31 bis 45 Jahre (n=24)	0,8	15,7	4,9
46 bis 55 Jahre (n=23)	0,5	15,2	6,6
über 55 Jahre (n=23)	1,0	11,0	3,5

Tabelle 72: Anzahl Einrichtungen mit Mitarbeitern im Bereich Hauswirtschaft/Küche nach verschiedenen Altersgruppen - gruppiert

		Anzahl Mitarbeiter																		
		1		2		3		4		5		6		7		8		über 10		
,Alters- gruppe	abs.		%		abs.		%		abs.		%		abs.		%		abs.		%	
	bis 30 (n=14)	7	50,0	4	28,6	2	14,3	-	-	1	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31 bis 45 (n=24)	5	20,8	2	8,3	2	8,3	4	16,7	2	8,3	2	8,3	1	4,2	3	12,5	3	12,5		
46 bis 55 (n=23)	3	13,0	4	17,4	-	-	3	13,0	2	8,7	-	-	1	4,3	2	8,7	8	34,8		
über 55 (n=23)	5	21,7	2	8,7	8	34,8	3	13,0	2	8,7	-	-	1	4,3	1	4,3	1	4,3		

Mitarbeiter im Bereich techn. Dienst

Tabelle 73: Mitarbeiter im Bereich technischer Dienst in allen Einrichtungen – min, max, Mittelwert

	Minimum	Maximum	Mittelwert
bis 30 Jahre (n=1)	0,2	0,2	0
31 bis 45 Jahre (n=11)	0,6	3,5	1
46 bis 55 Jahre (n=16)	0,2	2,0	1
über 55 Jahre (n=14)	0,2	2,0	1

Tabelle 74: Anzahl Einrichtungen mit Mitarbeitern im Bereich technische Dienste nach Altersgruppen und Anzahl Mitarbeiter (n=1/10/11/12)

	Anzahl Mitarbeiter					
	1		2		3	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 30 Jahre (n=1)	1	100,0	-	-	-	-
31 bis 45 Jahre (n=11)	7	63,6	3	27,3	1	9,1
46 bis 55 Jahre (n=16)	12	75,0	4	25,0	-	-
über 55 Jahre (n=14)	12	85,7	2	14,3	-	-

„Übrige Mitarbeiter“

Tabelle 75: „Übrige Mitarbeiter“ nach verschiedenen Altersgruppen in allen Einrichtungen - min, max, Mittelwert

	Minimum	Maximum	Mittelwert
bis 30 Jahre (n=4)	0,2	17,0	6
31 bis 45 Jahre (n=9)	0,3	26,0	4
46 bis 55 Jahre (n=8)	0,2	19,0	4
46 über 55 Jahre (n=5)	0,1	6,0	2

Tabelle 76: Anzahl Einrichtungen mit „übrigen Mitarbeitern“ nach Altersgruppen und Anzahl der Mitarbeiter

	Anzahl Mitarbeiter											
	1		2		3		5		6		10	
Alters- gruppe Jahre	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 30 (n=4)	1	25,0	-	-	1	25,0	1	25,0	-	-	1	25,0
31 bis 45 (n=9)	7	77,8	-	-	1	11,1	-	-	-	-	1	11,1
46 bis 55 (n=8)	4	50,0	2	25,0	-	-	1	12,5			1	12,5
über 55 (n=5)	3	60,0	1	20,0	-	-	-	-	1	20,0	-	-

Gesamtanzahl der Mitarbeiter in den verschiedenen Bereichen

Tabelle 77: Gesamtsumme der Mitarbeiter in den verschiedenen Bereichen in allen Einrichtungen – min, max, Mittelwert

	Minimum	Maximum	Mittelwert
Summe MA in Leitung / Verwaltung (n=26)	0,50	11,0	4,2
Summe MA in Hauswirt./Küche (n=26)	0,8	41,0	14,5
Summe MA techn. Dienst (n=26)	0,4	4,0	1,9
Summe übrige MA (n=12)	0,1	68,0	8,3

Tabelle 78: Anzahl Einrichtungen mit Mitarbeitern in den verschiedenen Bereichen über alle Altersgruppen

Anzahl Mitarbeiter										
	bis 10		bis 20		bis 30		bis 50		bis 70	
Bereich	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Leitung/Verwaltung (n=26)	25	96,2	1	3,8	-	-	-	-	-	-
Hauswirtschaft/Küche (n=26)	8	30,8	12	46,2	5	19,2	1	3,8	-	-
techn. Dienst (n=26)	26	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
übrige Mitarbeiter (n=12)	10	83,3	1	8,3	-	-	-	-	1	8,3

3.4 Anzahl betrieblicher Ausbildungsplätze

Ausbildungsplätze in der Pflege 2000 bis 2003

Tabelle 79: Ausbildungsplätze in der Pflege 2000 bis 2003 in allen Einrichtungen – Gesamtanzahl, min, max, Mittelwert

	Ausbildungsplätze insgesamt				
	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER ohne Ausb.plätze / Häufigkeit
2000 (n=12)	37	1	8	3,1	15
2001 (n=18)	78	2	12	4,3	9
2002 (n=18)	103	1	18	5,7	9
2003 (n=21)	142	1	24	6,8	6
	Ausbildungsplätze in der Pflege				
	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER ohne Ausb.plätze / Häufigkeit
2000 (n=12)	34	1	6	2,8	15
2001 (n=18)	74	2	12	4,1	9
2002 (n=18)	99	1	18	5,5	9
2003 (n=21)	136	1	23	6,5	6

Tabelle 80: Anzahl Einrichtungen mit betrieblichen Ausbildungsplätzen insgesamt und in der Pflege 2000 bis 2003 – gruppiert nach Anzahl der Ausbildungsplätze

Jahre	bis 5 Plätze		6 bis 10 Plätze		11 bis 15 Plätze		16 bis 20 Plätze		21 bis 25 Plätze	
	Insg.	Pflege	Insg.	Pflege	Insg.	Pflege	Insg.	Pflege	Insg.	Pflege
2000 (n=12)	9	9	3	3	-	-	-	-	-	-
2001 (n=18)	12	12	5	5	1	1	-	-	-	-
2002 (n=18)	10	10	6	6	1	1	1	1	-	-
2003 (n=21)	10	10	9	9	1	-	1	1	1	1

Ausbildungsplätze in der Hauswirtschaft

Es gibt keine Ausbildungsplätze in der Hauswirtschaft.

Ausbildungsplätze in der Verwaltung

Tabelle 81: Betriebliche Ausbildungsplätze in der Verwaltung in allen Einrichtungen – Gesamtanzahl, min, max, Mittelwert

	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert
2000 (n=2)	3	1	2	1,5
2001 (n=3)	4	1	2	1,3
2002 (n=3)	4	1	2	1,3
2003 (n=5)	6	1	2	1,2

Tabelle 82: Anzahl Einrichtungen mit betrieblichen Ausbildungsplätzen in der Verwaltung 2000 bis 2003

	Anzahl Einrichtungen
2000	2
2001	3
2002	3
2003	5

Tabelle 83: Anteile der betrieb. Ausbildungsplätze 2000 bis 2003 in den Einrichtungen

Jahre	Anzahl Ausbildungsplätze										
	bis 5		6 bis 10		11 bis 15		16 bis 20		21 bis 25		k.A.
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
2000 (n=12)	9	75,0	2	18,75	-	-	-	-	-	-	1
2001 (n=18)	12	66,7	5	27,8	1	5,6	-	-	-	-	-
2002 (n=18)	10	55,6	6	33,3	1	5,6	1	5,6	-	-	-
2003 (n=22)	10	47,6	9	42,9	1	4,8	1	4,8	1	4,8	-

3.5 Förderung der Qualifikation und Motivation der Pflegenden

Tabelle 84: Durchführung und Planung von Supervision und Fallbesprechung (2002 + 2003) in den Einrichtungen – Häufigkeiten (% von n=27)

	Häufigkeit	Prozent
Externe Supervision - durchgeführt	11	40,7
Externe Supervision - geplant	1	3,7
Interne Supervision - durchgeführt	6	22,2
Interne Supervision - geplant	1	3,7
berufsübergreifende Fallbesprechungen - durchgeführt	22	81,5
berufsübergreifende Fallbesprechungen - geplant	3	11,1

Tabelle 85: Einrichtungen mit Pflegenden, die die Supervision regelmäßig nutzen – gruppiert (n=11)

Pflegende - Prozentanteil, die Supervision <u>regelm.</u> nutzen	Anzahl Nennungen (~ Anzahl Einrichtungen)
7% der Pflegenden	1
10% der Pflegenden	2
15% der Pflegenden	3
26% der Pflegenden	1
30% der Pflegenden	1
40% der Pflegenden	1
90% der Pflegenden	1
Summe der Pflegenden	10

Tabelle 86: Einrichtungen mit Pflegenden, die Supervision im Einzelfall nutzen (n=5)

Pflegende - Prozentanteil, die Supervision im <u>Einzelfall</u> nutzen	Anzahl Nennungen (~ Anzahl Einrichtungen)
10% der Pflegenden	2
13% der Pflegenden	1
28% der Pflegenden	1
50% der Pflegenden	1

Tabelle 87: Weiterbildungsangebote – durchgeführt (% von n=27, 2004 – Mehrfachnennungen möglich.)

	Häufigkeit	Prozent
Biografiegestützte Pflege	15	55,6
Pflegeplan. u. Dokumentation	27	100,0
Basale Stimulation	17	63,0
Validation	18	66,7
Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder	17	63,0
Sprachkurse	9	33,3
Rechtliche Aspekte d. Pflege	16	59,3
Weiterbildungsangebot zur Sozialkompetenz	15	55,6
Weiterbildungsangebot zur Methodenkompetenz	14	51,9

Tabelle 88: Weiterbildungsangebote – geplant (% von n=27, 2004)

	Häufigkeit	Prozent
Biografiegestützte Pflege	4	14,8
Pflegeplan. u. Dokumentation	-	-
Basale Stimulation	3	11,1
Validation	4	14,8
Gerontopsychiatrische Krankh.bilder	4	14,8
Sprachkurse	2	7,4
Rechtliche Aspekte d. Pflege	5	18,5
Weiterbildungsangebot zur Sozialkompetenz	4	14,8
Weiterbildungsangebot zur Methodenkompetenz	5	18,5

Tabelle 89: sonstige Weiterbildungsangebote (2004)

Hygiene
Kinästhetik
Palliativ-Medizin
Psychiobiografisches Pflegemodell nach Böhm
Qualitätsmanagementsystem
Sexualität im Alter
spezielle Behandlungspflegen, Trägerphilos.
Sterbebegleitung; Umgang mit Sterbenden
Stress

Tabelle 90: Teilnahme an Weiterbildung verpflichtend für die Pflegenden? (2004)

(n=23)	Häufigkeit	Prozent
ja	20	87,0
nein	3	13,0

Tabelle 91: Teilnahme an Weiterbildungen verpflichtend für folgende Gruppen (2004)

(n=27)	Häufigkeit
Keine Angabe	11
Alle Berufsgruppen in der Pflege und Hauswirtschaft	1
Alle Berufsgruppen	3
Alle Mitarbeiter (Böhm-Konzept)	1
Alle Pflegekräfte/Pflegemitarbeiter	2
Dies ist nicht pauschal zu beantworten	1
Examierte und nicht examinierte Pflegekräfte	1
Festangestellte Mitarbeiter (Kernteams)	1
Für die Zielgruppen der Fortbildungen	1
Je nach Aufgabe und Thema	1
Leitungen, Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte	1
Pflege	1
Pflege, Hauswirtschaft	1
Pflegepersonal	1

Tabelle 92: Abs. (%) der an Weiterbildungen teilnehmenden Mitarbeitern in allen Einrichtungen – min, max, Mittelwert

	Minimum	Maximum	Mittelwert
Externe Weiterbildungen (n=18)	2	60	25,4
Interne Weiterbildungen (n=25)	25	100	67,8

Tabelle 93: Anzahl Einrichtungen mit an Weiterbildungen teilnehmenden Mitarbeitern (gruppiert) nach externen und internen Weiterbildungsveranstaltungen

	externe Weiterbildungen (n=18)	interne Weiterbildungen (n=25)
bis 10 Prozent	7	-
11 bis 20 Prozent	1	-
21 bis 30 Prozent	3	1
31 bis 40 Prozent	5	2
41 bis 50 Prozent	-	4
51 bis 60 Prozent	2	6
61 bis 70 Prozent	-	2
71 bis 80 Prozent	-	3
81 bis 90 Prozent	-	1
91 bis 100 Prozent	-	6

4. Spezielle Angebote

4.1 Ehrenamtliche Mitarbeit (Stichtag 31.12.2003)

Tabelle 94: Anzahl Einrichtungen mit ehrenamtlichen Mitarbeitern in den Einrichtungen – gruppiert

Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter (n=24)	Häufigkeit	Prozent
bis 10 Mitarbeiter	10	41,7
11 - 20 Mitarbeiter	2	8,3
21 - 30 Mitarbeiter	2	8,3
31 - 40 Mitarbeiter	4	16,7
41 - 50 Mitarbeiter	2	8,3
51 - 60 Mitarbeiter	1	4,2
71 - 80 Mitarbeiter	2	8,3
100 Mitarbeiter und mehr	1	4,2

Tabelle 95: Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter in den Einrichtungen – gesamt, min, max, Mittelwert

	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	ER ohne ehrenamtl. MA/Häufigkeit
Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter	724	3	116	30,2	3

Tabelle 96: Schriftliche Konzeption und Ansprechpartner für die ehrenamtliche Arbeit vorhanden? – über alle Einrichtungen

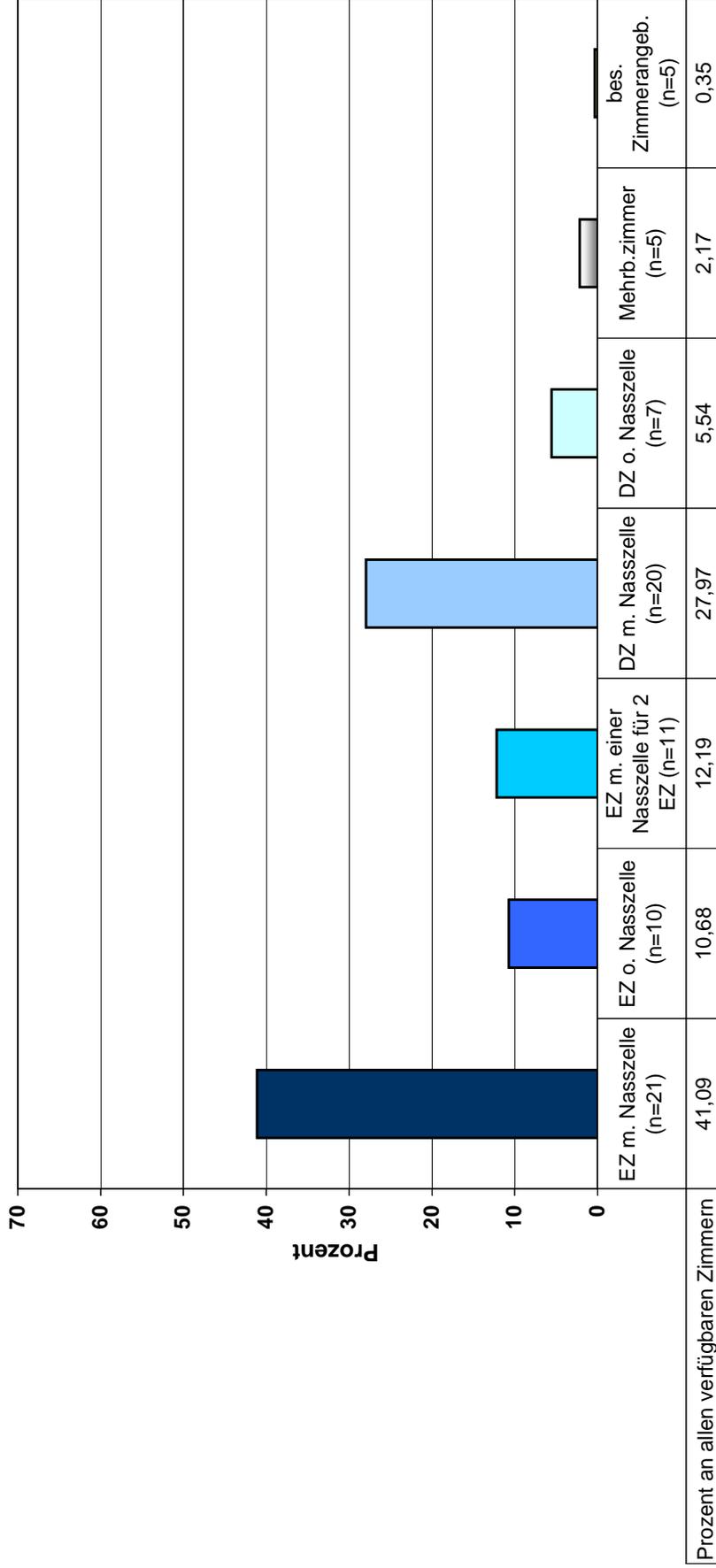
	Ja		Nein	
	Anz. Einr.	%	Anz. Einr.	%
schriftl. Konzeption für die ehrenamtliche Arbeit vorhanden? (n=26)	12	46,2	14	53,8
fester Ansprechpartner für ehrenamtliche Mitarbeiter vorhanden? (n=27)	26	96,3	1	3,7

4.2 Sterbebegleitung**Tabelle 97: Schriftliche Konzeption und Ansprechpartner zur Sterbebegleitung vorhanden? – über alle Einrichtungen**

	Ja		Nein	
	Anz. Einr.	%	Anz. Einr.	%
schriftliche Konzeption zur Sterbebegleitung vorhanden? (n=26)	21	80,8	5	19,2
spezielles Schulungsangebot vorhanden? (n=26)	15	57,7	11	42,3

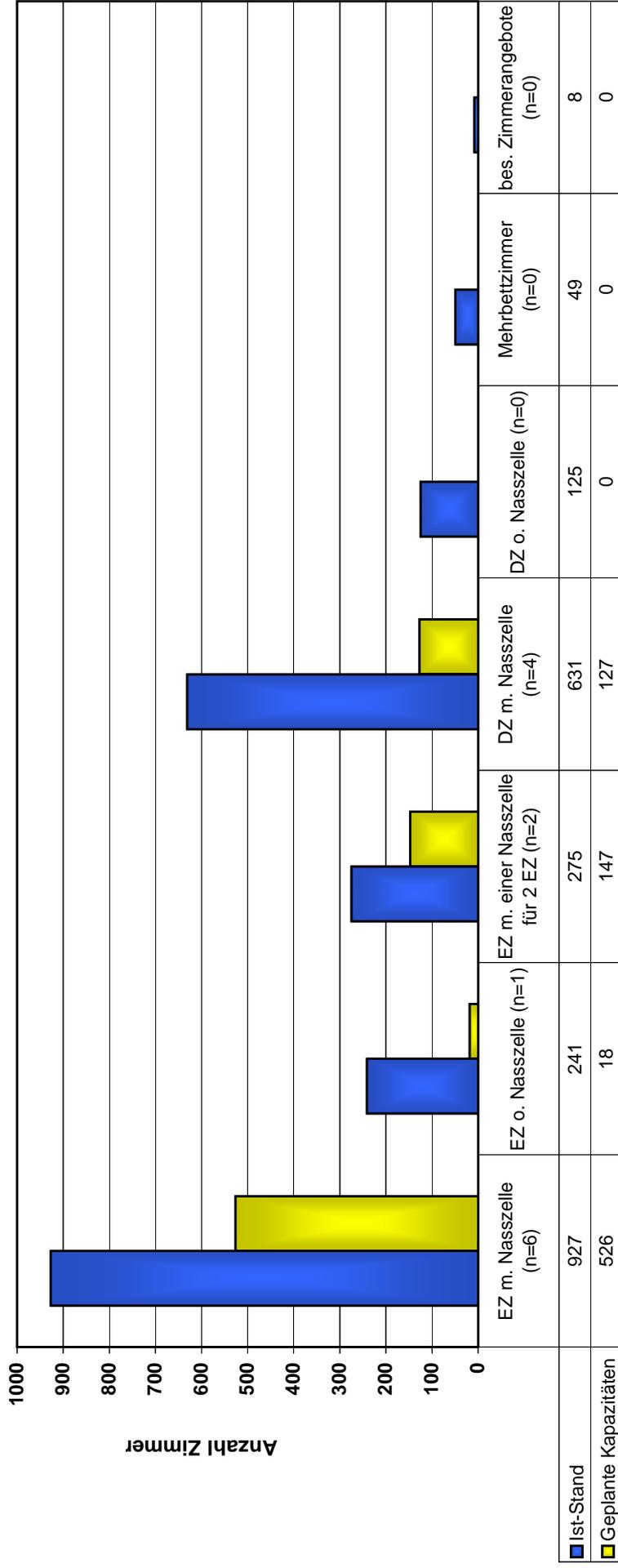
Grafik 1.1: Prozent-Anteile einzelner angebotener Zimmerarten in Frankfurt a. M.

- Ist-Stand zum 31.12.2003, n = Anzahl der Nennungen/Einrichtungen -

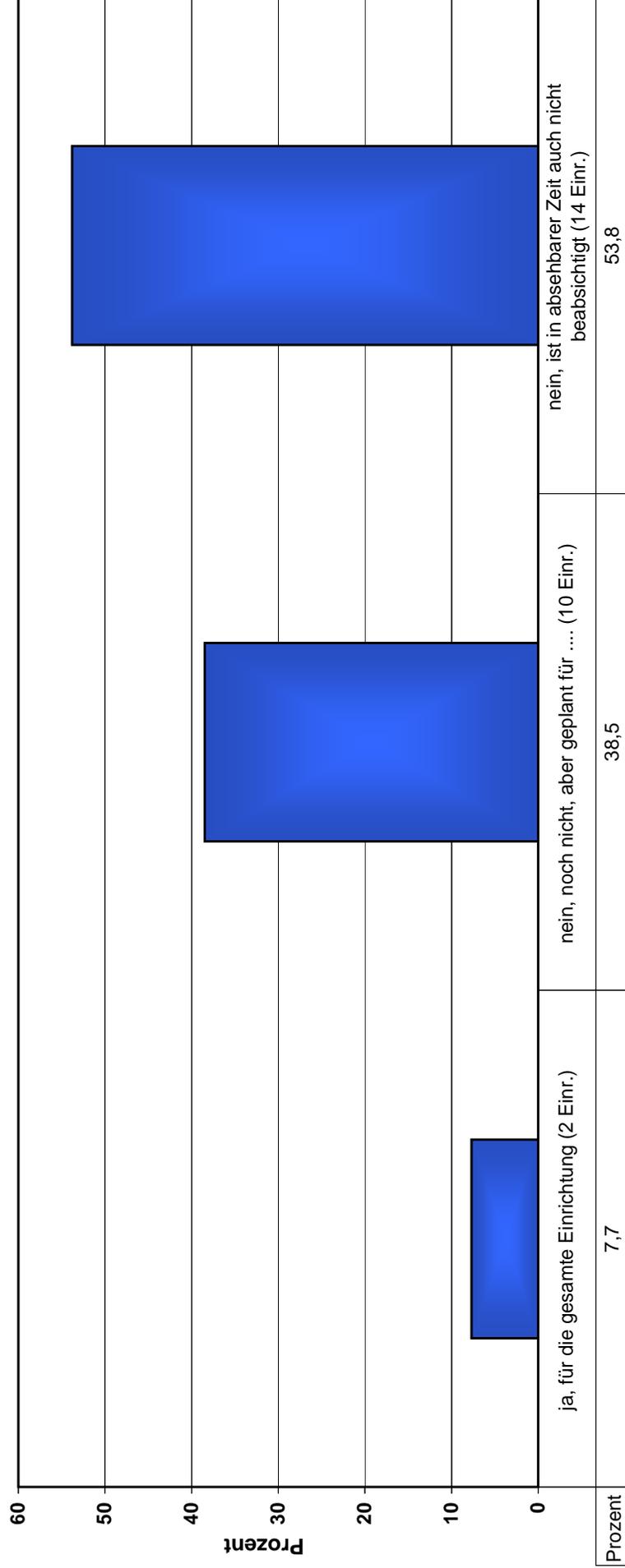


Grafik 1.2 Vorhandene und geplante Zimmerkapazitäten in Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt a. M. nach Zimmertypen

- Ist-Stand zum 31.12.2003; n = Anzahl Nennungen/Einrichtungen, die neue Kapazitäten planen -

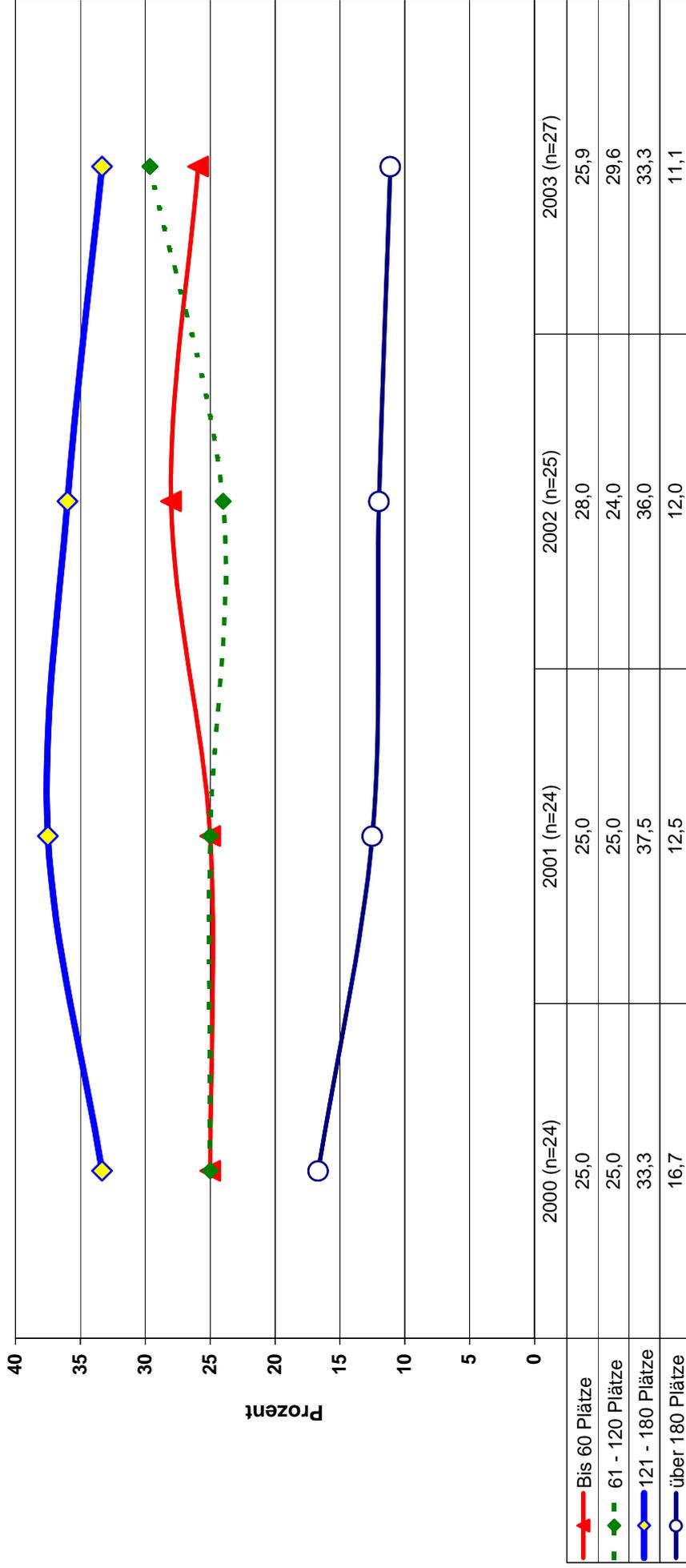


Grafik 1.3 Aktueller Stand "Zertifizierung QM-System" in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M.
 - Ist-Stand 2004; in Prozent -



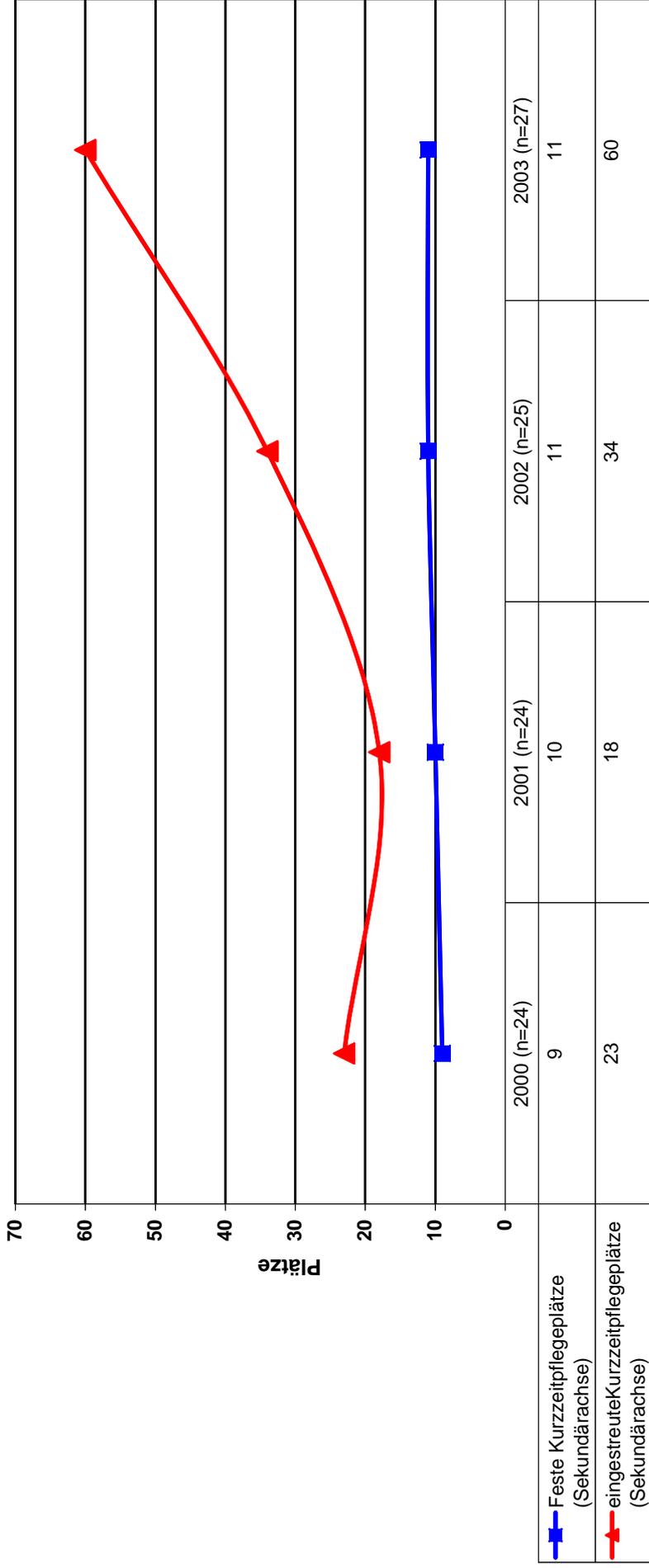
Grafik 2.1 Altenpflegeheime in Frankfurt a. M. gruppiert nach Platzzahl (2000 bis 2003)

- jeweils Ist-Stand zum 31.12., Prozent - Angaben; n = Anzahl Nennungen/Einrichtungen -



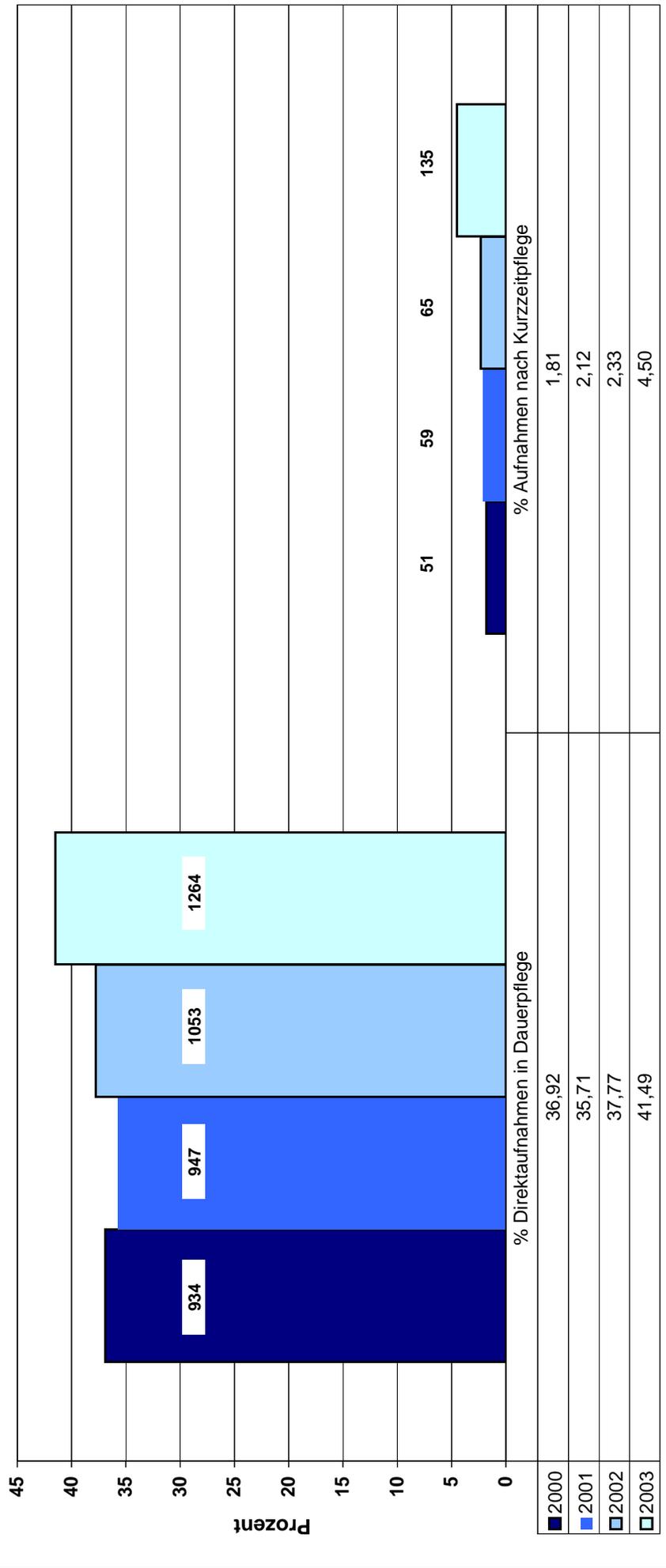
Grafik 2. Kurzzeit-Pflegeplätze in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M. 2000 bis 2003

- Jeweils Ist-Stand zum 31.12.; n = Anzahl Nennungen/Einrichtungen -



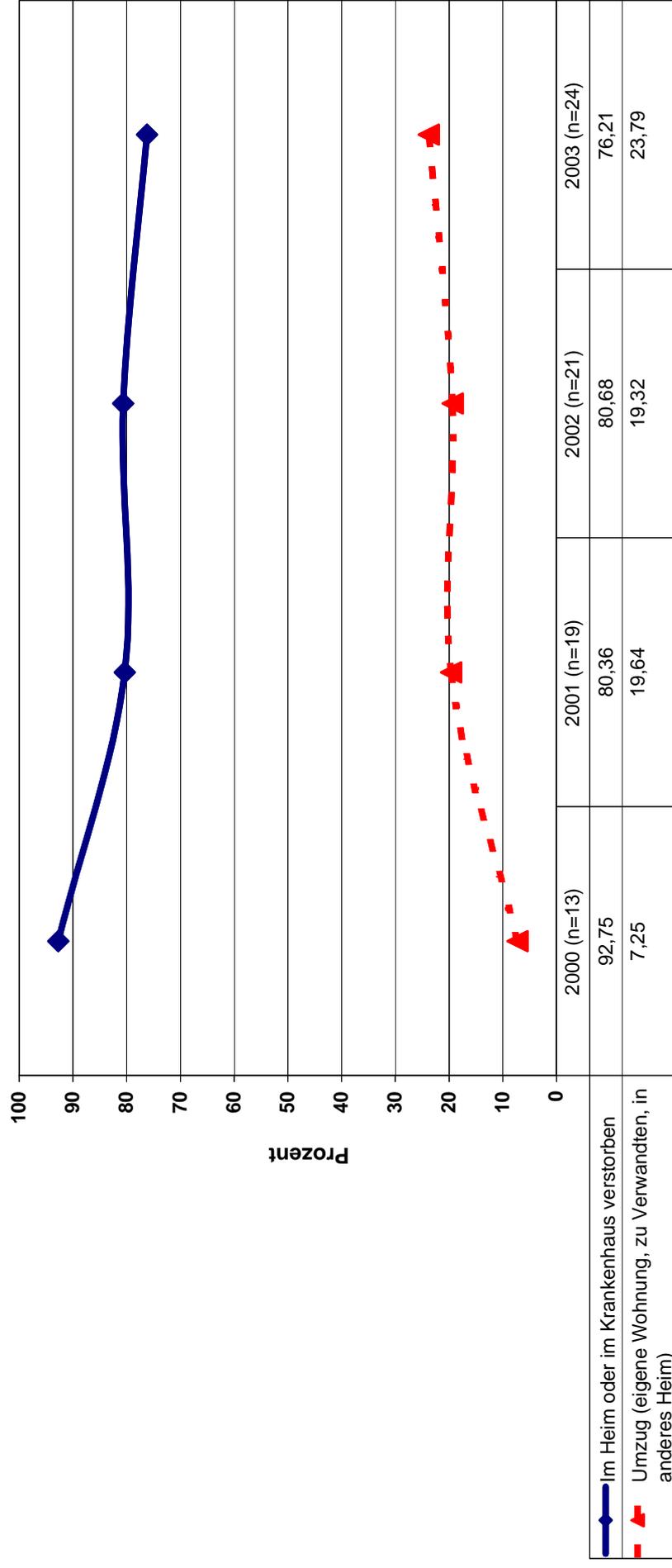
Grafik 2.2 Anteil der Direktaufnahmen in Dauerpflege sowie Aufnahmen nach Kurzzeitpflege in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M. 2000 bis 2003

- Angaben in Prozent, in weißen Feldern = absolute Zahl; Bezugsgröße: Gesamtkapazitäten des jeweiligen Jahres



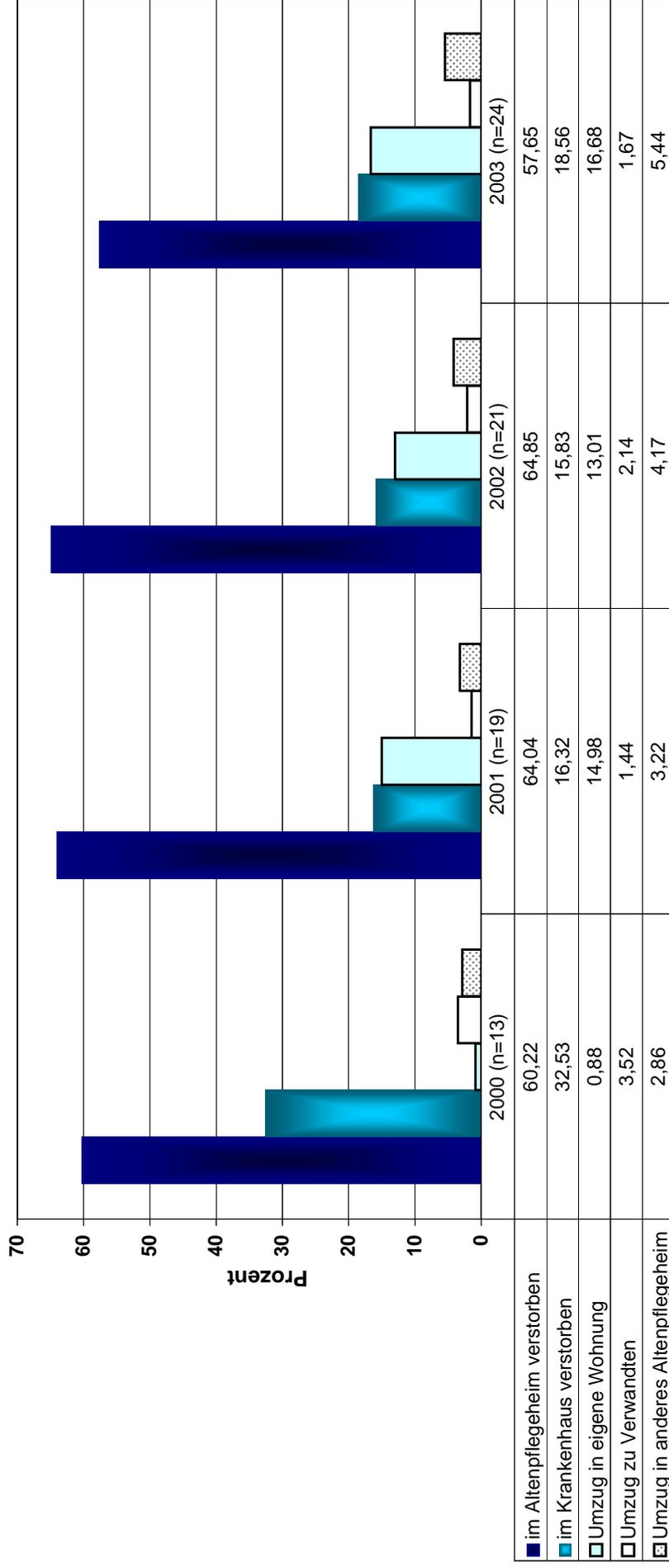
**Grafik 2.3.1 Beendigungen des Heimaufenthalts in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M.
2000 bis 2003 nach Gründen für die Beendigung des Aufenthalts**

- Prozent-Angaben, in Klammern = Anzahl Einrichtungen -



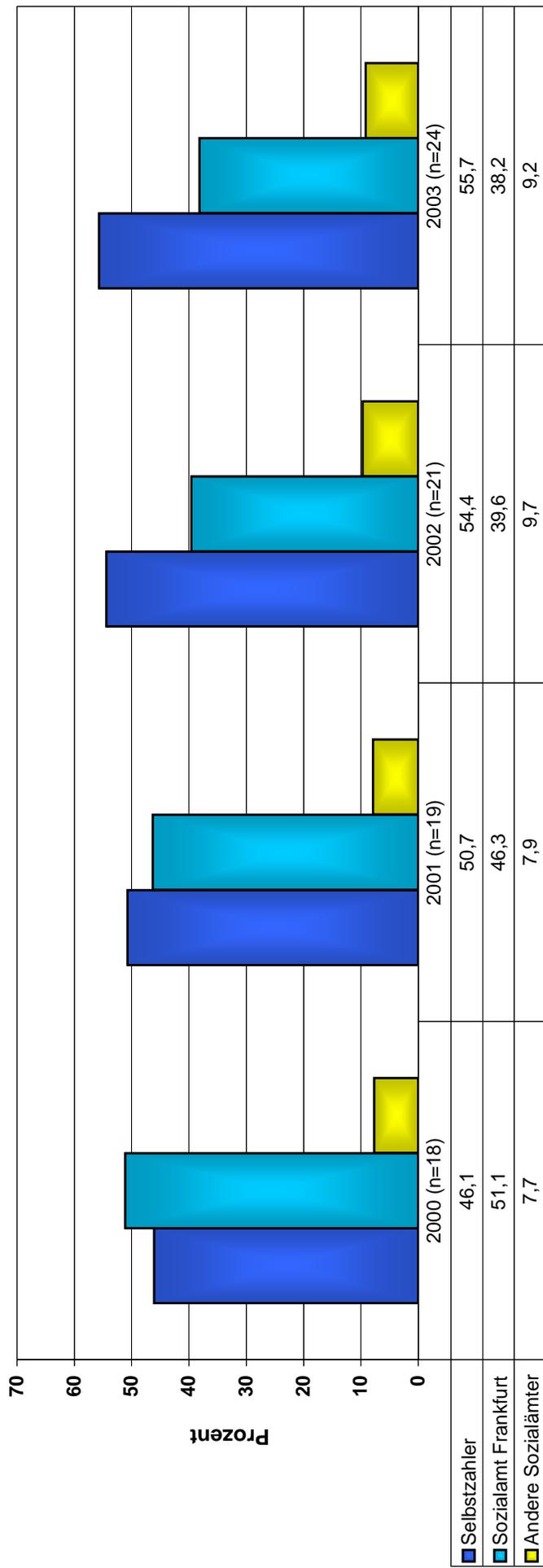
**Grafik 2.3.2 Beendigungen des Heimaufenthalts in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M.
2000 bis 2003 nach Gründen für die Beendigung des Aufenthalts**

- Prozent-Angaben, n = Anzahl Nennungen/Einrichtungen -

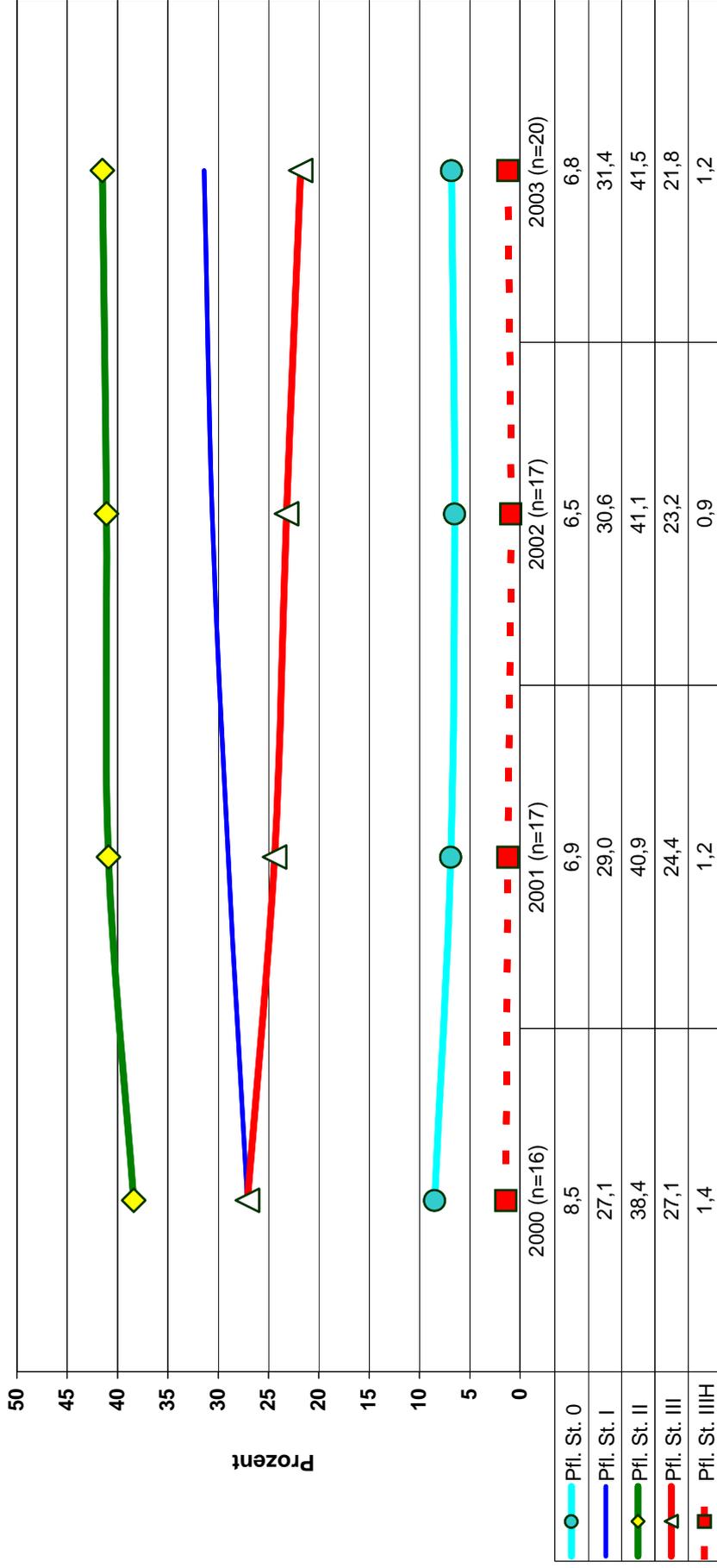


**Grafik 2.4 Finanzierung des Heimaufenthalts in Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt a. M.:
 Anteile von Selbstzahlern, des Jugend- und Sozialamtes in Frankfurt a. M. und anderen Sozialämtern
 (2000 bis 2003)**

- Prozent-Angaben, n = Anzahl Nennungen/Einrichtungen, Mehrfachnennungen -

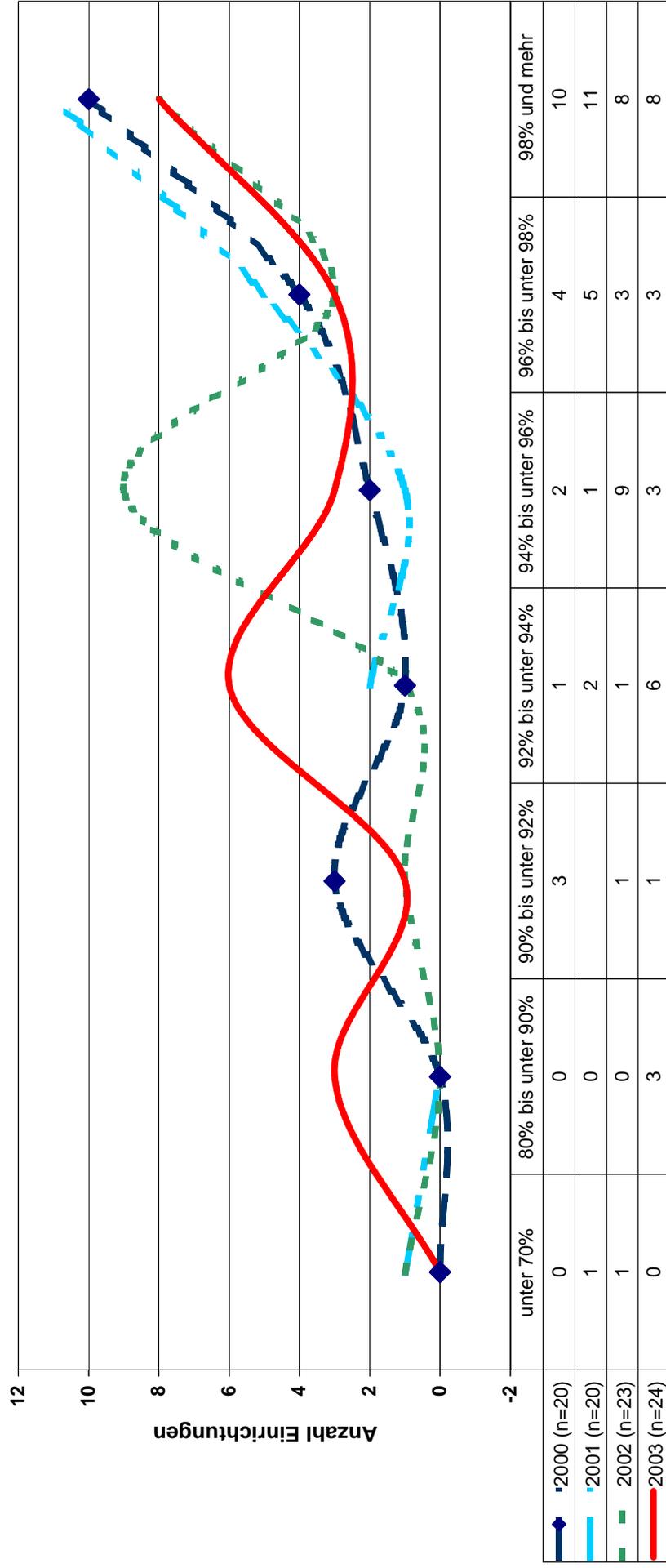


Grafik 2.5 Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen 2000 bis 2003
 - Anteile, Ist-Stand jeweils zum 31.12., in Klammern jeweils Anzahl der Einrichtungen -



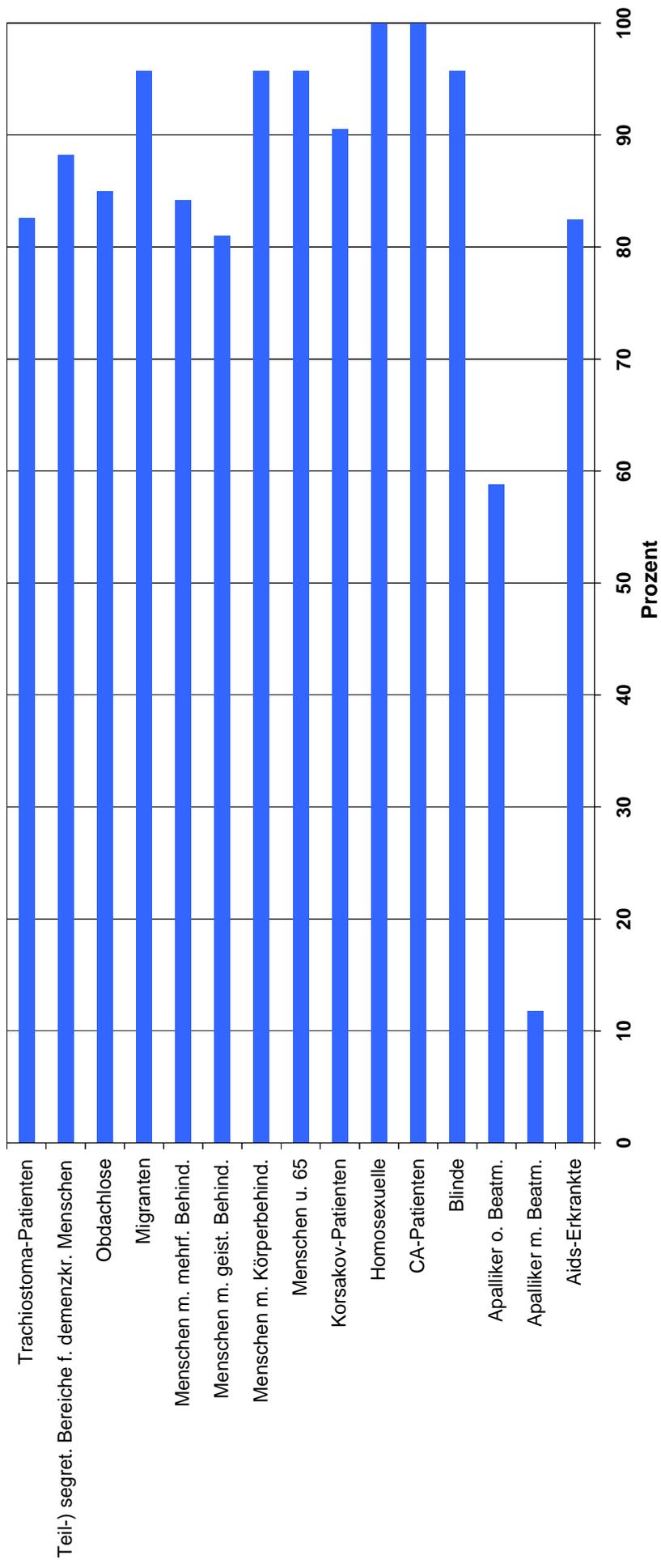
Grafik 2.6 Altenpflegeheime in Frankfurt a. M. gruppiert nach Auslastungsquote 2000 bis 2003

- n = Anzahl Nennungen/Einrichtungen -



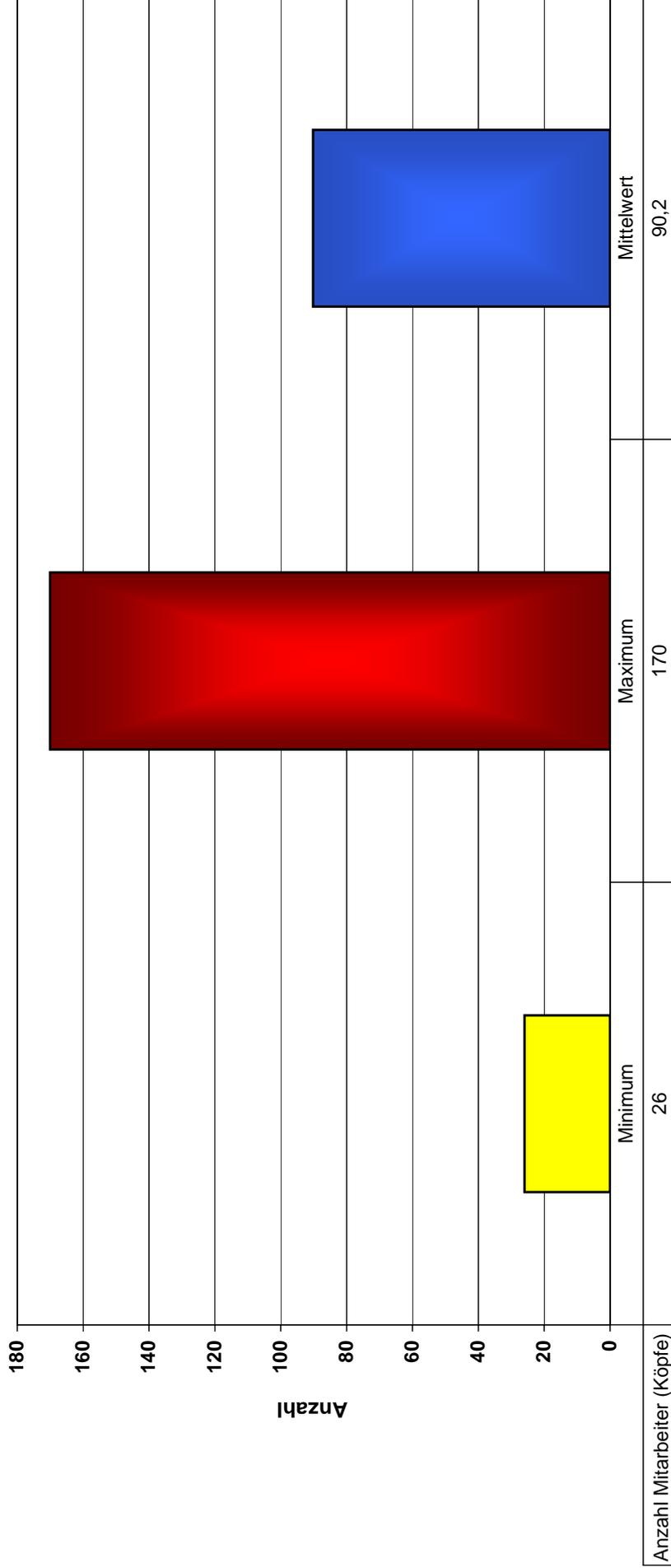
**Grafik 2.7 Bereitschaft zur Aufnahme von besonderen Personengruppen im Einzelfall
in Frankfurt a. M. 2004**

- Prozent "JA"- Antworten, n=17 bis 23, Mehrfachnennungen möglich -

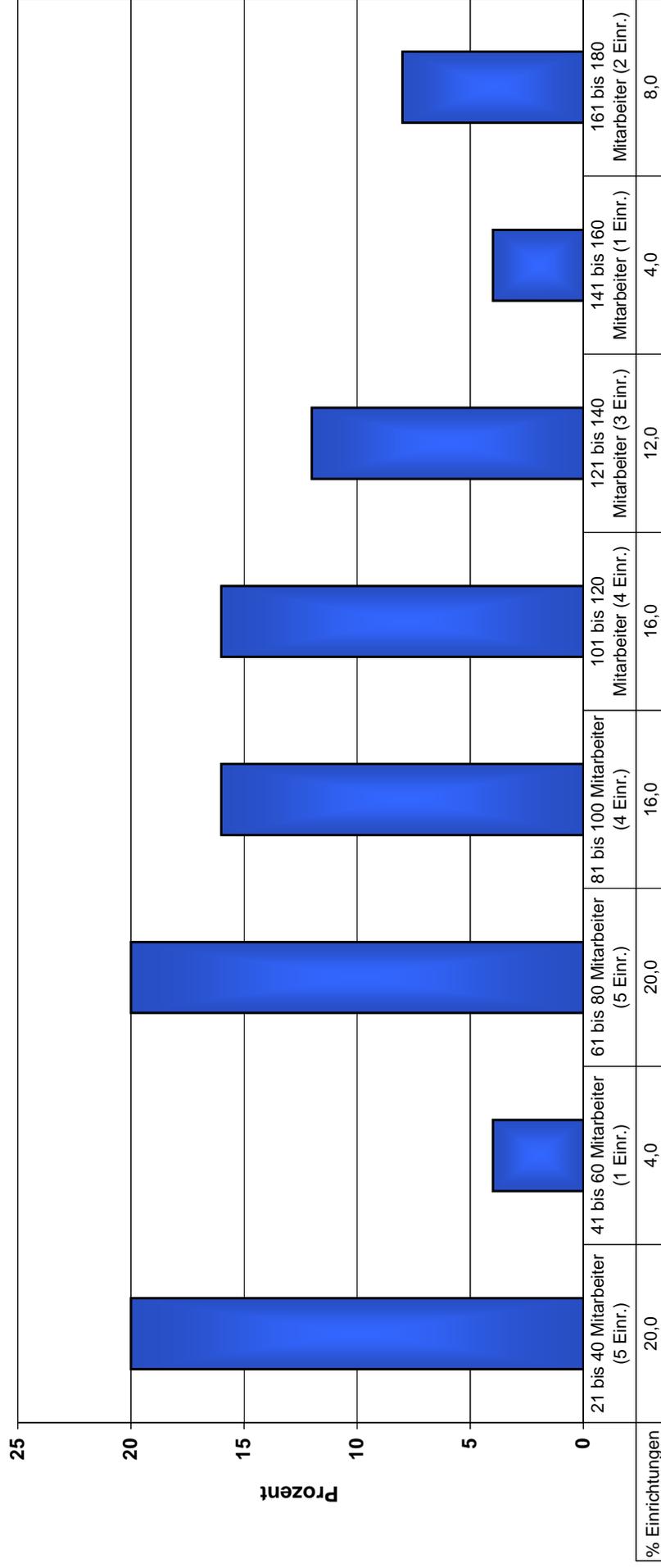


Grafik 3.1 Anzahl Mitarbeiter (Köpfe) in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M. zum 31.12.2003

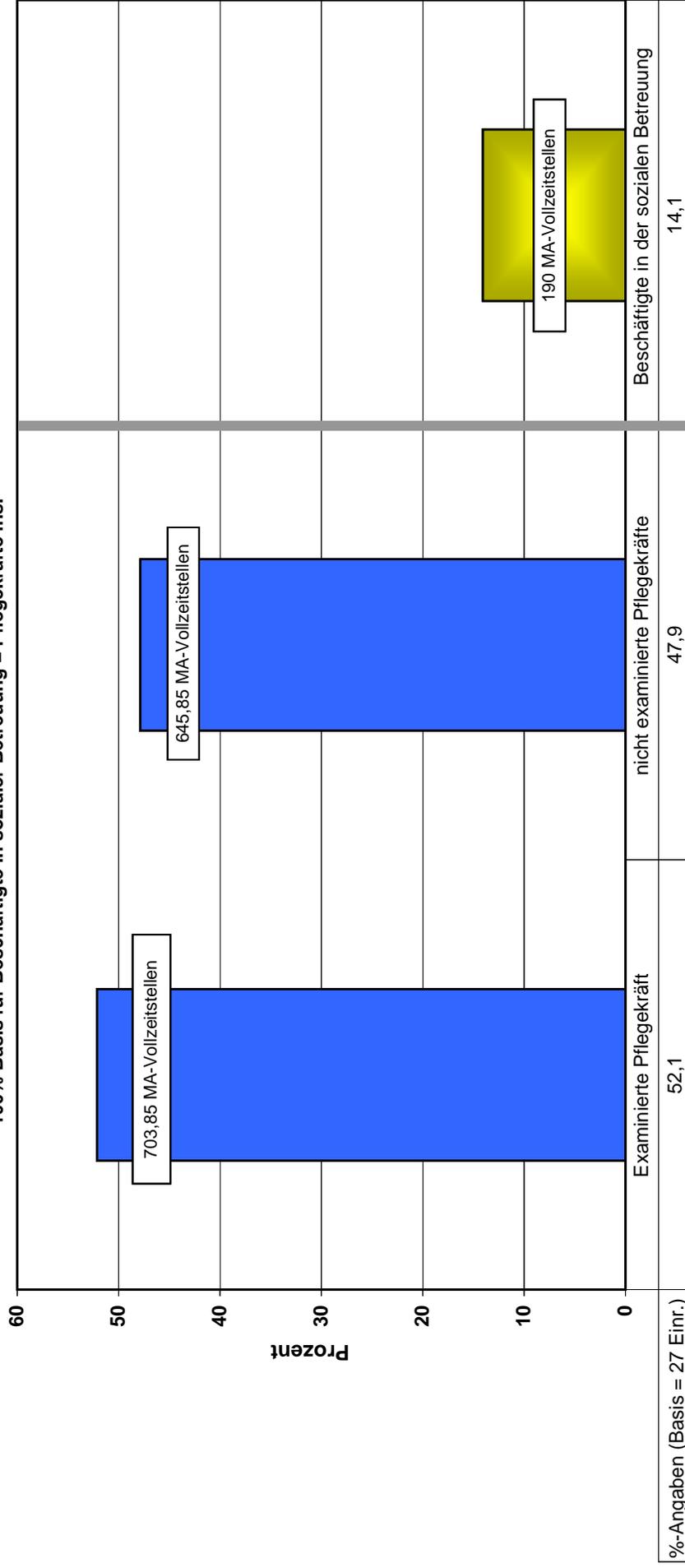
- Minimum, Maximum, Mittelwert, Mitarbeiter zum 31.12.2003 in Frankfurt a. M. insg: 2254 -



**Grafik 3.2 Altenpflegeheime in Frankfurt a. M.
 gruppiert nach Anzahl der Mitarbeiter (Köpfe) zum 31.12.2003**
 - Angaben in %, in Klammern = Anzahl Einrichtungen -

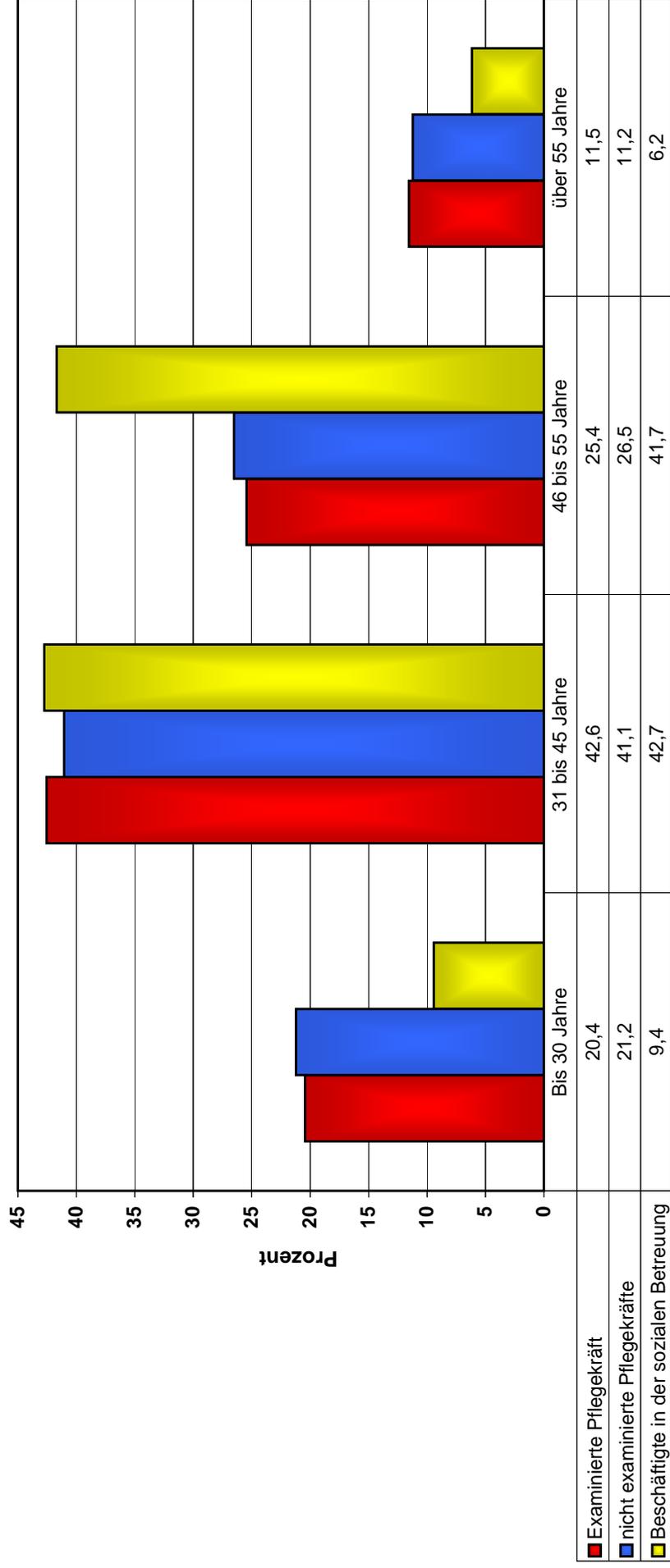


Grafik 3.3 Anteil examinierter und nicht examinierter Vollzeitkräfte in der Pflege sowie Vollzeitkräfte in der Betreuung in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M. zum 31.12.2003, insgesamt
 - 100% Basis für Beschäftigte in sozialer Betreuung = Pflegekräfte ins. -



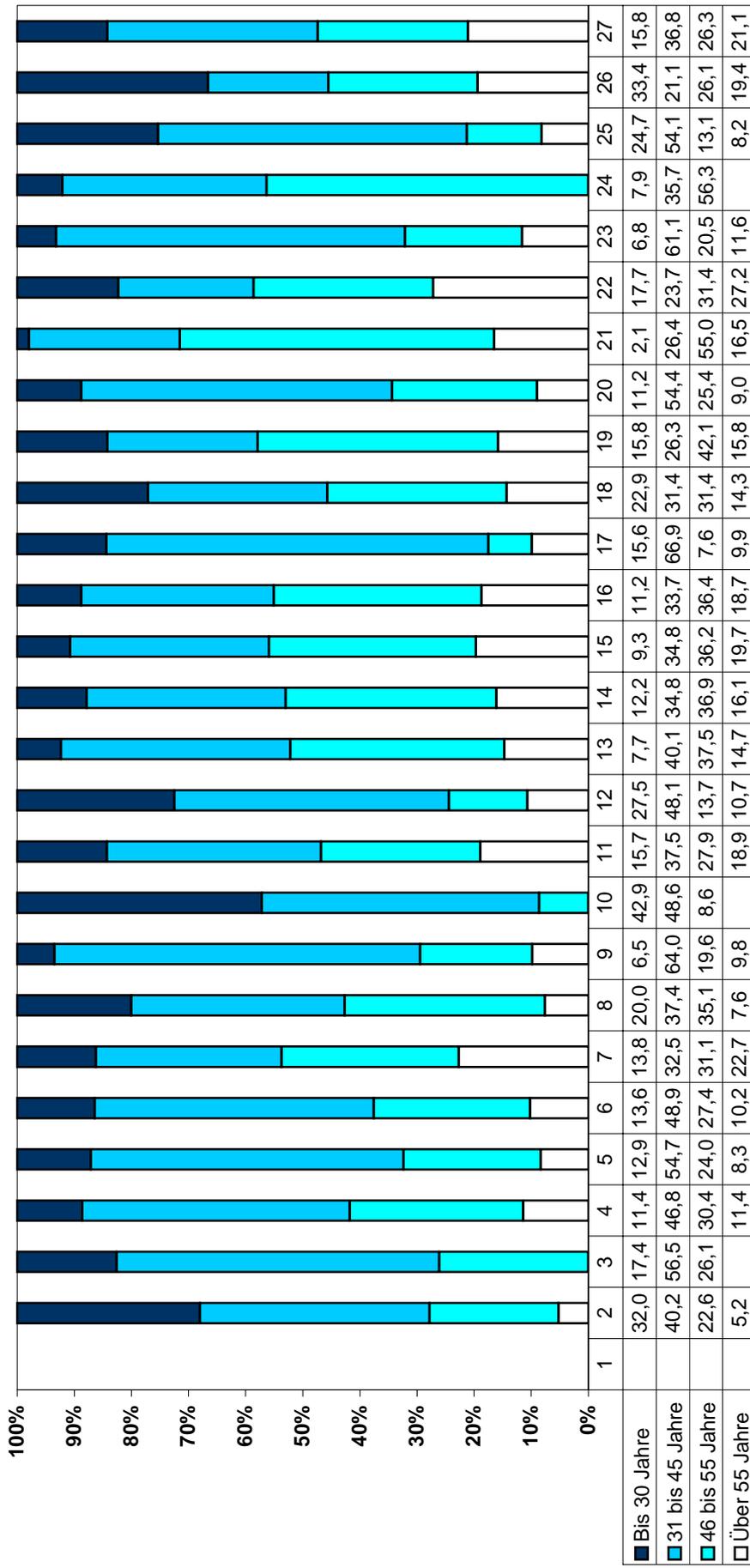
Grafik 3.4 Anteil examinierter und nicht examinierter Vollzeitkräfte in der Pflege und Betreuung in Altenpflegeheimen in Frankfurt a. M. zum 31.12.2003

- nach Altersgruppen -



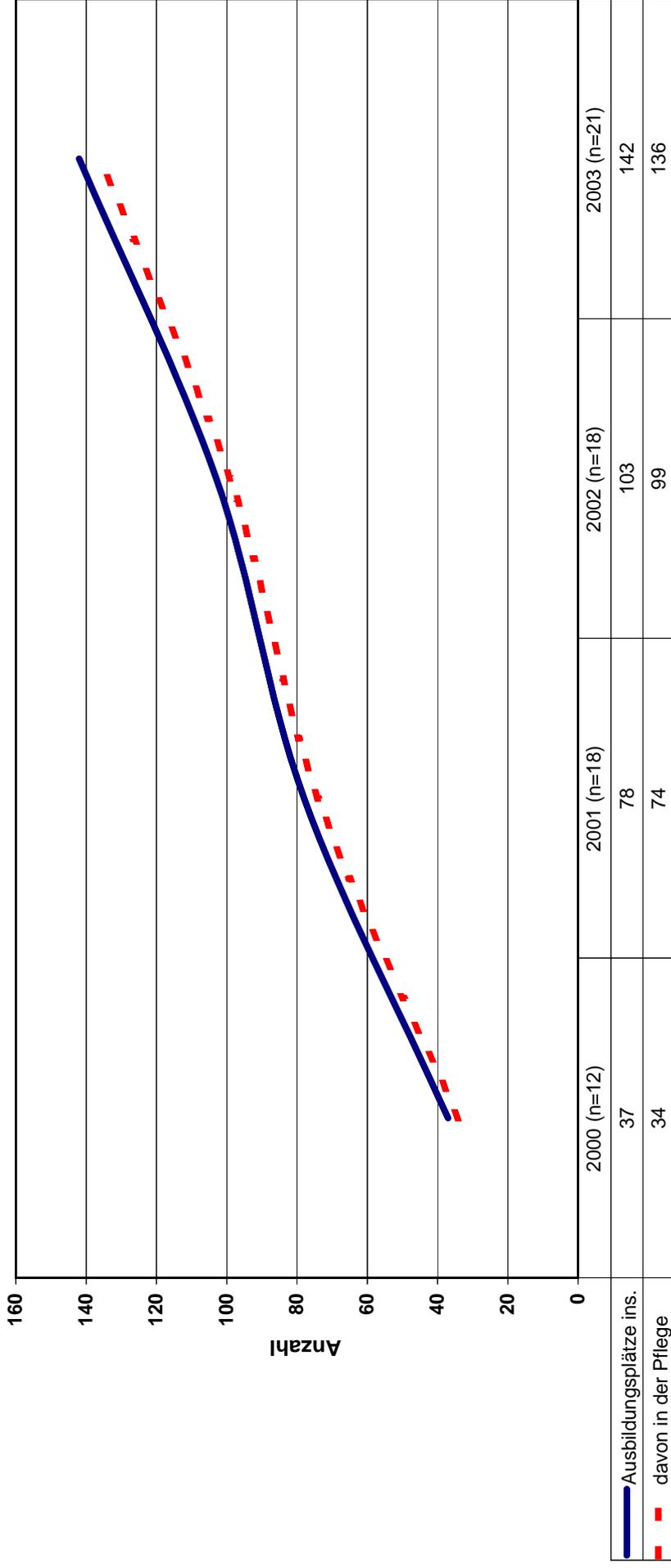
Grafik 3.4.1 Fachkräfte Pflege nach Alter zum 31.12.2003 in Frankfurt a. M.

- Angaben in Prozent, gruppiert; Werte für jede Einrichtung, anonymisiert -



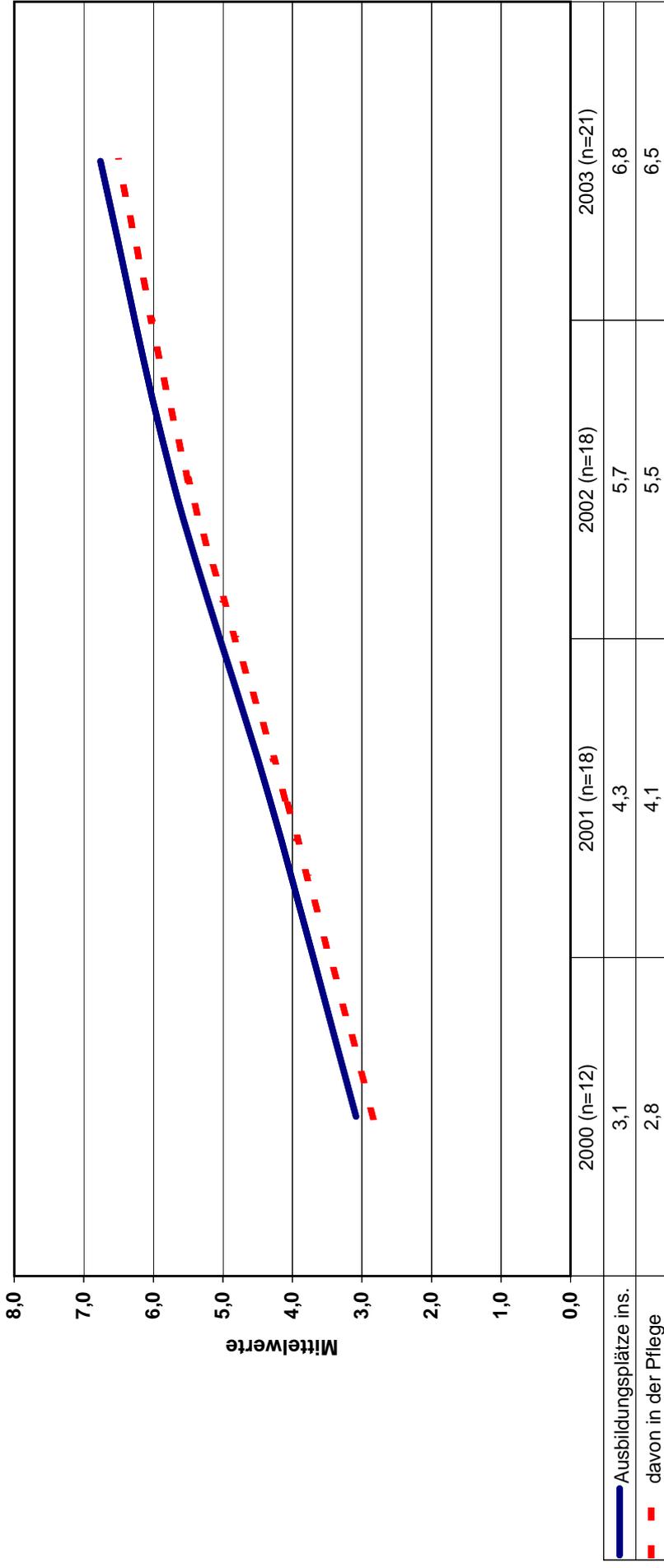
Grafik 3.5.1 Anzahl betriebliche Ausbildungsplätze 2000 bis 2003 in Frankfurt a. M.

- Plätze insgesamt und in der Pflege; in Klammern = Anzahl Einrichtungen -

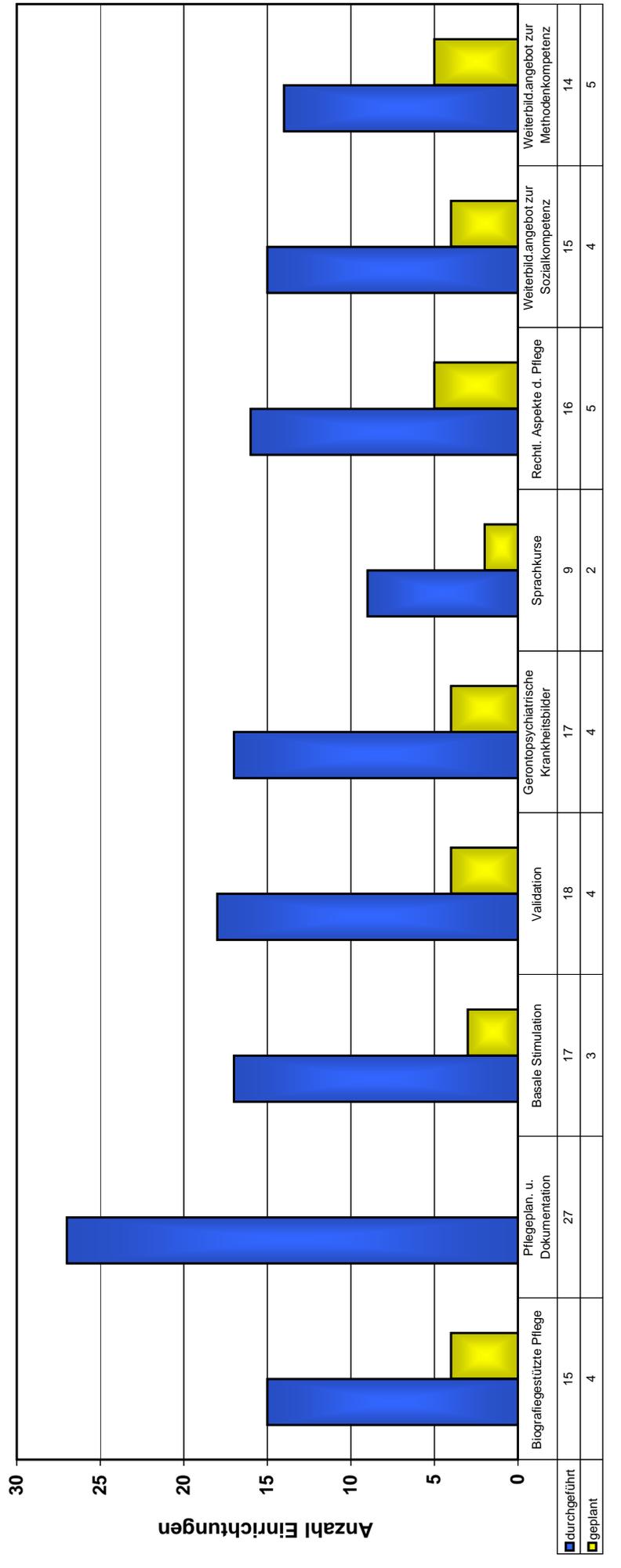


Grafik 3.5.2 Anzahl betriebliche Ausbildungsplätze 2000 bis 2003 in Frankfurt a. M. je Einrichtung

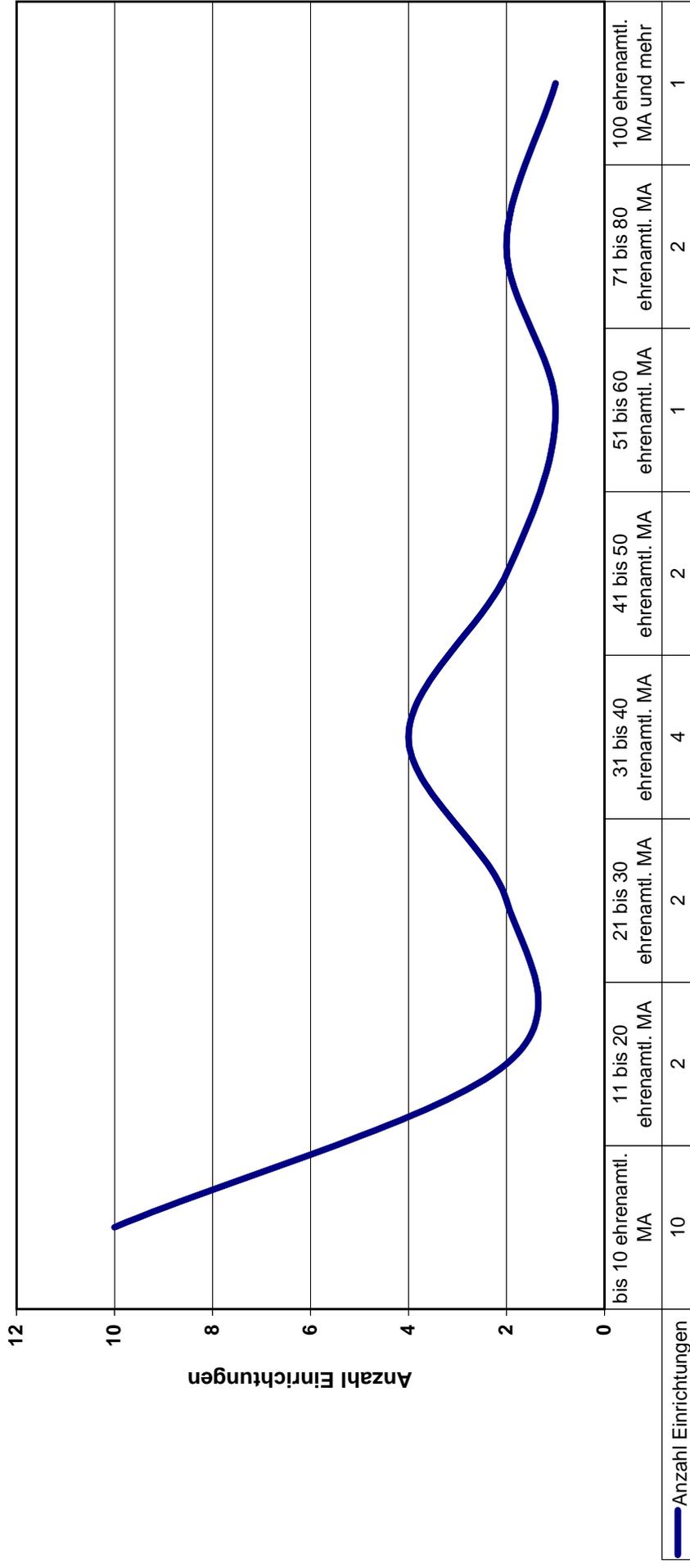
- Mittelwerte insgesamt und in der Pflege; in Klammern = Anzahl Einrichtungen -



Grafik 3.6 Weiterbildungsangebote
 Anzahl Einrichtungen 2004, die Weiterbildungsangebote zu den genannten Themenbereichen
 bereits durchführen oder planen (Basis = 27 Einrichtungen)



Grafik 4.1 Altenpflegeheime in Frankfurt a. M. gruppiert nach Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter
 - Stand zum 31.12.2003 -



9.2 Dokumentation der Dialogkonferenz

„Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“

Dokumentation der Dialogkonferenz,
am 22.06.2004, 9.00 bis 18.00 Uhr,
im Haus der Jugend, Frankfurt am Main

Erstellt im Mai 2005

im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, Arbeitsgruppe
„Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen“

Ansprechpartnerin: Gabriele Rister

Stadt Frankfurt am Main

Der Magistrat, Jugend- und Sozialamt, Fachreferat Grundsatz, 51. F 12

60 320 Frankfurt am Main

Fon 069-21 23 49 26, Fax 069-21 23 68 58, Email gabriele.rister.amt51@stadt-frankfurt.de

Inhalt	Seite
Warum eine Dialogkonferenz?	2
Die aktuelle Übersicht, ein Organigramm, über die Gremien und Aufgaben der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main	4
Einladung und Programm der Dialogkonferenz	5
Beginn der Dokumentation	7
Interessengruppen	8
Gruppenarbeit zum Einstieg in die Dialogkonferenz/Vorstellungsrunde	9
Ergebnis der Gruppenarbeit zum Einstieg in die Dialogkonferenz	10
Handlungsrollen und Kernkompetenz des Dialogs	12
Action Mapping oder das Erstellen einer strukturellen Landkarte	15
Arbeitsergebnis zur strukturellen Landkarte	17
Pyramidendialog über die Zukunft	23
Einzelergebnisse	26
Kleingruppenergebnis	37
Großgruppenergebnis mit Umsetzungsstrategien	42
Zusammenfassungen zur Dialogkonferenz	54
Was ist als Ergebnis der Dialogkonferenz in den Bericht der Arbeitsgruppe eingeflossen?	57
Feedback	58
Kollektives Denken (Auszug aus einem Fachaufsatz)	63
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Dialogkonferenz	

Warum eine Dialogkonferenz?

Im Februar 2002 beauftragte die Stadtverordnetenversammlung der Stadt Frankfurt am Main den Magistrat, den Altenhilfeplan aus den siebziger Jahren konzeptionell den aktuellen Fragestellungen anzupassen und fortzuschreiben. Hierbei sind die Probleme der Altenpolitik und die daraus resultierenden Bedarfe zu erfassen sowie Planungen und Empfehlungen für die zukünftige Altenpolitik auszusprechen.

Das Projekt „Altenhilfeplanung“ startete im Sinne der Partizipation. Die Jugendhilfe- und Sozialplanung arbeitet daran gemeinsam mit vielen Experten, siehe Organigramm Seite 3. Experten sind die zahlreichen Interessenvertreter und natürlich auch die Bürger der Stadt.

Im Rahmen dieser partizipativen Altersplanung befasste sich eine Arbeitsgruppe mit dem Schwerpunkt „Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen“, vorrangig in Altenpflegeheimen. In der Arbeitsgruppe wirkten neben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung, Heimleiterinnen und Heimleiter, ein Vertreter der freien Wohlfahrtsträger, ein Mitarbeiter einer Beratungs- und Vermittlungsstelle und zeitweise ein Mitarbeiter der Heimaufsicht vom Hessischen Amt für Versorgung und Soziales mit. Im Verlauf der Beratungen entschied sich die Arbeitsgruppe zu folgender Vorgehensweise:

- Erstellen einer aktuellen Ist-Analyse zur Angebotsstruktur in Frankfurter Altenpflegeheimen
- Ermitteln der Erwartungen der Bürger und verschiedener Interessengruppen
- Ermitteln der Erwartungen der Kommunalpolitik im Rahmen eines Orientierungsgespräches mit den sozialpolitischen Sprechern der Fraktionen
- Auswerten der Ergebnisse von Bürgerbefragungen.

Um die verschiedenen Interessengruppen einzubeziehen und Meinungen der Bürger zu erfahren, wurde die Dialogkonferenz veranstaltet mit dem Thema „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“.

360 Einladungen wurden verschickt. 77 Personen, junge und ältere, kamen zur Tagesveranstaltung am 22.06.2004 ins Haus der Jugend, siehe Teilnehmerliste. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten starkes Interesse und engagierten sich ideenreich. Zwei Frauen sind seitdem Mitglieder der Arbeitsgruppe. Eine erfahrene Moderatorin sorgte für Kurzweil und zielorientierte Ergebnisse. Sie gab Tipps zur Herangehensweise und motivierte erschöpfte Geister. Am späten Nachmittag diskutierten noch 58 Personen begeistert mit. Die Arbeitsergebnisse der Dialogkonferenz sind in der vorliegenden Dokumentation dargestellt. Eine Ausnahme bilden die handschriftlichen Textbeiträge, die nicht lesbar waren.

Diese Arbeitsergebnisse sind von der Arbeitsgruppe in den inzwischen erstellten Bericht aufgenommen und unter den Aspekten Selbstbestimmung, Sicherheit, Innovation, Vernetzung und Geborgenheit dargestellt worden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Dialogkonferenz erwarten, dass ihre Anregungen und Handlungsempfehlungen aufgegriffen werden.

Die Dialogkonferenz wurde von den Mitwirkenden als wünschenswerte und konstruktive Form der Bürgerbeteiligung erlebt. Teilweise wurde bedauert, dass diese Veranstaltung auf einen Tag begrenzt war. Häufig kam die Nachfrage, ob der Dialog eine Fortsetzung erfährt, das Interesse daran ist da. Partizipation ist auch für die Mitglieder der Arbeitsgruppe ein Prozess, der gerade begonnen hat und nun mit geeigneten Maßnahmen und Instrumenten fortgesetzt werden will.

Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern danken wir für Ihr Engagement, ihre Offenheit und Ausdauer!

Gabriele Rister, Mitglied der Arbeitsgruppe „Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen“

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

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

Dez.VIII

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

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

Themenspezifische Arbeitsgruppen zu den Teilberichten
 (Arbeitstitel)

U n t e r

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

E x p e r t e n

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

Übersicht über die an der partizipativen Altersplanung beteiligten Gremien

Quelle: Stadt Frankfurt am Main, Jugend- und Sozialamt, 51.F11 Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt am Main 2004

Auskunft erteilt	Zimmer
Gabriele Rister	209
Telefon Durchwahl	Telefax
(069) 212 – 3 49 26	21 2-3 07 40
E-Mail	
Email Gabriele.rister.amt51@stadt-	
PLZ	Dienstgebäude
60311	Berliner Straße 33-35
Unser Zeichen / Aktenzeichen	
Ihre Nachricht vom	
Datum 17.05.2004	

Dialogkonferenz im Rahmen der Partizipativen Altersplanung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Stadtverordnetenversammlung der Stadt Frankfurt am Main hat den Magistrat beauftragt, die Altenhilfeplanung fortzuschreiben. Dies soll im Rahmen einer partizipativen Altersplanung geschehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den zuständigen Fachämtern und den Fachbereichen der Wohlfahrtsverbände beschäftigen sich seitdem in themenspezifischen Arbeitsgruppen mit den Bedürfnissen und Lebenslagen der Menschen ab dem fünfzigsten Lebensjahr. Das Arbeitsergebnis soll den politischen Entscheidungsträgern die Bedarfe älterer Menschen in Frankfurt am Main in den nächsten 15 Jahren aufzeigen und Handlungsempfehlungen anbieten.

Wir, die Arbeitsgruppe „Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen“, wollen uns nicht nur auf die Ergebnisse repräsentativer und explorativer Befragungen stützen, sondern suchen darüber hinaus den Dialog mit Ihnen, den Experten und Expertinnen, um Sie mit Ihren Erfahrungen, Ihrem Wissen, Ihrer Fachkompetenz und Ihren neuen Ideen an diesem partizipativen Prozess der Altersplanung zu beteiligen. Wir laden Sie ein

zur Dialogkonferenz

„Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“

am Dienstag, dem 22.06.2004, in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr,

im Haus der Jugend, Deutschherrnufer 12, 60594 Frankfurt am Main.

Eingeladen sind u.a. Seniorenbeirat, Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Beratungs- und Vermittlungsstellen, Heimbeiräte, Sozialdienste der Krankenhäuser, Vertreter/-innen aus Migrant*innenorganisationen und Beratungsstellen, Vertreter/-innen der Fachhochschule und der Universität sowie der ehrenamtliche Dienst des Jugend- und Sozialamtes.

Die Veranstaltung ist kostenfrei. Das Programm liegt dieser Einladung bei. Bitte teilen Sie uns auf dem beigefügten Antwortblatt Ihre Teilnahme per Post oder per Fax bis zum 10. Juni mit. Wir freuen uns über Ihre Teilnahme! Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Gabriele Rister

„Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“

Dialogkonferenz

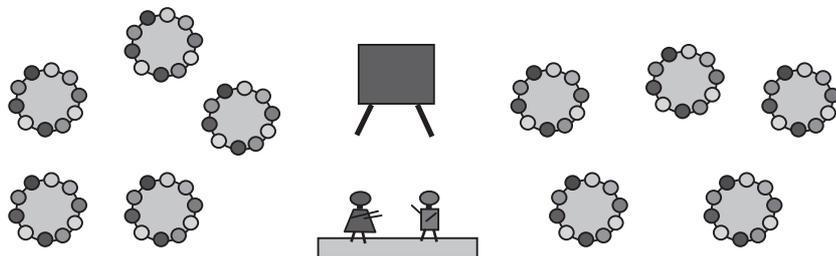
am Dienstag, dem 22.06.2004, in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr,
im Haus der Jugend, Deutschherrnufer 12, 60594 Frankfurt, Telefon 069-61001511

Moderation: Dr. Doris Lau-Villinger & Gabi Rister

9.00 Uhr **Begrüßung und Vorstellungsrunde**

10.30 Uhr **Erstellen einer strukturellen Landkarte**

Wir diskutieren die erforderlichen Handlungen, Dilemmata, Ziele und Absichten etc. für das Altenheim der Zukunft und sehen uns das Arbeitsergebnis gemeinsam an.

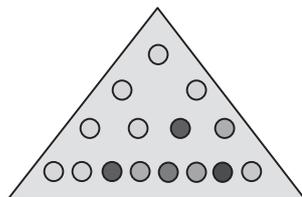


Zwischendurch eine Kaffeepause

13.00 Uhr **Mittagessen mit kleiner Schaffenspause**

14.00 Uhr **Pyramidendialog über die Zukunft**

Wir diskutieren Fragen wie „Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?“ - „Was soll sich ändern?“ in Gruppen ansteigender Größe, daher Pyramidendialog,



Zwischendurch eine Kaffeepause

18.00 Uhr **Abschluss der Dialogkonferenz**

Herzlich
Willkommen
zur Dialogkonferenz



„Wie soll das Altenpflegeheim der
Zukunft aussehen?“



Moderation:
Doris Lau-Villinger

Diese Interessengruppen nahmen an der Dialogkonferenz teil:

- Vertreterinnen und Vertreter des Seniorenbeirats
- Sozialbezirksvorsteherinnen und Sozialbezirksvorsteher
- Vertreterinnen und Vertreter der Sozialdienste der Krankenhäuser und der Stadt Frankfurt am Main,
Vertreterinnen und Vertreter der Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen,
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtverwaltung aus dem Stadtgesundheitsamt und dem Frauenreferat
- Vertreterinnen und Vertreter der Altenpflegeschulen, der Fachhochschule, der Universität Gießen und der Universität des dritten Lebensalters in Frankfurt
- Leiterinnen und Leiter der Frankfurter Altenpflegeheime
- Pflegedienstleitungen und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, beispielsweise aus der Hauswirtschaft
- Heimbeiräte und Betreuerinnen und Betreuer
- Migrantinnenvertreterinnen und -vertreter und
verschiedene andere Interessenvertreterinnen und -vertreter

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (siehe Teilnehmerliste) sind neben ihrer Zugehörigkeit zu einer Interessengruppe auch bereits oder zukünftig betroffene Bürgerinnen und Bürger.

Alle fanden sich pünktlich um neun Uhr im Haus der Jugend ein. Die Mitglieder des Seniorenbeirats saßen genauso erwartungsvoll auf ihren Stühlen im Kreis wie die Leiterinnen und Leiter der Frankfurter Altenpflegeheime. Und dann ging's auch schon mit der Vorstellung los!

In der Einstiegsrunde „*Blick zurück und Blick nach vorne*“ agierten die Interessenvertreter in ihren (homogenen) Gruppen. Die Vorstellungsrunde war intensiv in jeder Hinsicht. Der Geräuschpegel gab die Dynamik des Kennenlernens genauso wieder wie die Überschreitung der vorgegebenen Zeit. Kurzum, alle waren wortreich engagiert und wollte viel voneinander wissen.

Blick zurück und Blick nach vorne: „Geschichten, Erfahrungen, Einschätzungen, Wünsche“

Eine Gruppenarbeit zum Einstieg in die Dialogkonferenz

Zur Begrüßung und Vorstellungsrunde sitzen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Interessengruppen zusammen, insgesamt acht Stuhlkreise mit bis zu zehn Personen. Ihr Arbeitsauftrag lautet:

1. Bitte wählen Sie aus Ihrer Runde

einen Moderator,
einen Zeitnehmer,
einen Schreiber und
einen Sprecher. (Zeitrahmen: 1 Minute)

2. Wechselseitige Vorstellung

Wir bitten Sie, sich innerhalb Ihrer Runde nacheinander selbst kurz vorzustellen (Zeitrahmen je Person: 3 Minuten).

Denken Sie zunächst für sich allein über die folgenden Fragen nach und notieren Sie Ihre Antworten in Stichworten.

- Name, Aufgabe, wie lange sind Sie schon im Feld der stationären Altenpflege tätig?
- Was waren für Sie besondere Ereignisse, wenn Sie Ihre Zeit in diesem Feld betrachten?
- Was empfinden Sie als frustrierend?
- Was finden Sie gut?
- Was sehen Sie als Herausforderung für uns alle?
- Was wünschen Sie sich als Ergebnis von dieser Dialogkonferenz?

Stellen Sie Ihre Antworten in der Runde vor. Sie haben dafür jeder etwa drei Minuten Zeit (Zeitnehmer!!!), die ganze Runde hat also einen Zeitrahmen von 30 Minuten.

Bereiten Sie dann die Vorstellung Ihrer Interessengruppe im Plenum vor.

3. Austausch über Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Schreiben Sie ein oder zwei wichtige Gemeinsamkeiten und Unterschiede (wenn solche in der Gruppe auftreten) auf einen Flip, wie unten dargestellt. (Zeitrahmen: 6 Minuten)

4. Austausch über Erwartungen

Sprechen Sie über die Ergebnisse, die Sie von dieser Dialogkonferenz erwarten, und schreiben Sie hierzu ebenfalls ein oder zwei Punkte auf das Flip. (Zeitrahmen: 5 Minuten)

<u>Gemeinsamkeiten</u>	<u>Unterschiede</u>
<u>Erwartungen</u>	

5. Kurzpräsentation im Plenum

Ihr Sprecher wird gebeten, das Ergebnis der Gruppenarbeit dem Plenum vorzustellen. (Zeitrahmen: 2 Minuten)

Zusammenfassung der Ergebnisse der Gruppenarbeit zum Einstieg in die Dialogkonferenz:

<u>Gemeinsamkeiten</u>	<u>Unterschiede</u>
<p>Neue Perspektiven suchen, Berücksichtigung der Individualität, Klage über die zunehmende Reglementierung, Bereitschaft zu aktiven Veränderungen und Verbesserungen der Situation, Kritik an der gegenwärtigen Lage, mehr Personal für verschiedene Bereiche, zunehmendes Ungleichgewicht zwischen mittelbarer und unmittelbarer Arbeit,</p> <p>die Altenpflegeausbildung ist zu verbessern, besonders im Hinblick auf soziale Kompetenzen und Supervision, Aufwertungen des Altenpflegeberufes, ihn finanzierbar machen und nicht die Pflege reduzieren,</p> <p>die Würde des Menschen im Alter wahren, die Verbesserung der Lebensqualität alter Menschen, das Sofortprogramm sollte fortgeführt werden, die psychosoziale Betreuung aus dem Pflegestellenplan herausnehmen, es ist zu wenig Zeit für psychosoziale Betreuung, besseres Leben für Menschen in Altenpflegeeinrichtungen, ein negatives Altersbild stört uns, Altern ist individuell, Altern beginnt nicht mit dem Einzug ins Pflegeheim,</p> <p>ohne Ehrenamtliche geht es nicht, eine bessere Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen ist notwendig,</p> <p>die Finanzierung des Alters steht in der Zukunft unter Kostendruck, viele unterschiedliche Gesetze (gesetzl. Überregulierung), Ideen und Gedanken zu neuen Wohnsituationen,</p>	<p>Fachleute sehen eine Verschlechterung der Betreuungs- und Pflegesituation, dagegen ist die Sichtweise der Angehörigen eher positiv, Migration,</p> <p>der Blick ist aufgrund der verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich, der Zeitdruck ist nicht die Ursache für alle Probleme, berufliche Unterschiede und Unterschiede in der Wahrnehmung, Personalfluktuations durch Zeitverträge, unterschiedliche Erfahrungswerte,</p> <p>unterschiedliche, persönliche Erfahrungen, persönliche Interessen der Bewohner (Hobby), eher Gleichschaltung im Pflegeheim, Einsamkeit = Zuhause = im APH,</p> <p>unterschiedliche Wohn-/Lebensformen sollen Auswirkungen auf die stationäre Unterbringung haben, Ökonomisierung der Altenhilfe,</p>
<u>Erwartungen</u>	
<p>Viele Ideen zur Verbesserung der konkreten Situation, realistische und innovative Ideen, Visionen zur Frage: Wie möchte <u>ich</u> im Alter leben? Integration von Pflegeheimen in die Gesellschaft, Bildung von Interessengruppen, Austausch „top-down“, „bottom-up“ mit Politik (z. B. Gesundheitsreform); Lernen, auf das Gesamtsystem in Frankfurt am Main zu schauen und Ergebnisse zu haben, um konkret weiterarbeiten zu können. Wie kommen wir von der bisherigen stationären Einrichtung weg?</p> <p>Mitverantwortung und Mitgestaltung von jedem in seinem eigenen (Arbeits-) Bereich, Impulse von anderen Berufsgruppe und Perspektiven, bessere Schulung des gesamten Personals, Fortbildung des Personals, z. B. Rituale und Ernährung, soziale Aufwertung der Pflegeberufe, Rechtsanspruch auf therapeutische Begleitung für Heimbewohner/innen, Anerkennung verbessern,</p> <p>Unterstützung der Heimbeiräte,</p> <p>Voraussetzung zur Integration ausländischer Mitbürger (biografiegestaltetes Umfeld), die Bedürfnisse aller Kulturzugehörigkeiten berücksichtigen, kulturspezifische Nischen in der Einrichtung ermöglichen, auch in/durch andere Wohnformen oder sprachlich durch das Personal und durch interkulturelle Kompetenz in der Pflege, Rücksicht auf unterschiedliche Kulturen nehmen, Kultur anbieten, auch die Religion,</p> <p>neue Wertung des Alters, individuelles Angebot, neue Wohnformen, Integration, d. h. neue Wohnformen integrieren in stationäre Einrichtungen,</p>	

Blick zurück und Blick nach vorne:
„Geschichten, Erfahrungen, Einschätzungen, Wünsche“

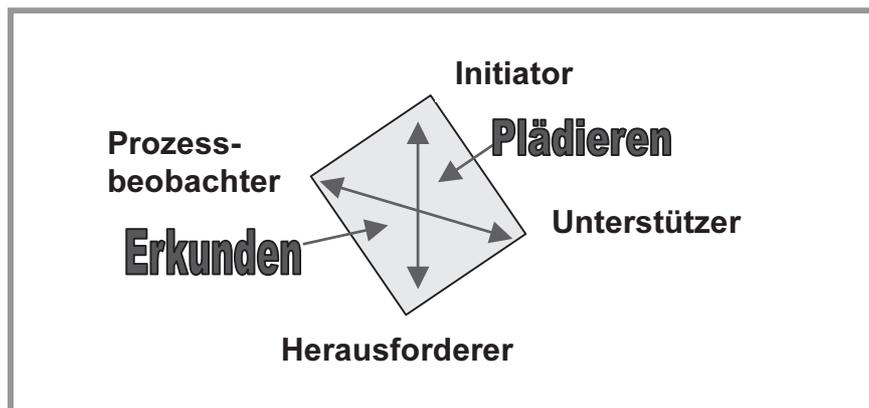
Fotos von der Vorstellungsrunde und der Kurzpräsentation der Arbeitsergebnisse



Nach der Präsentation der Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Erwartungen stellte die Moderatorin den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Erleichterung der gemeinsamen Arbeit die Handlungsrollen und Kernkompetenzen des Dialogs vor.

Getränke und Süßigkeiten sorgten in der anschließenden Pause fürs Wohlbefinden.

Handlungsrollen (-positionen) im Dialog



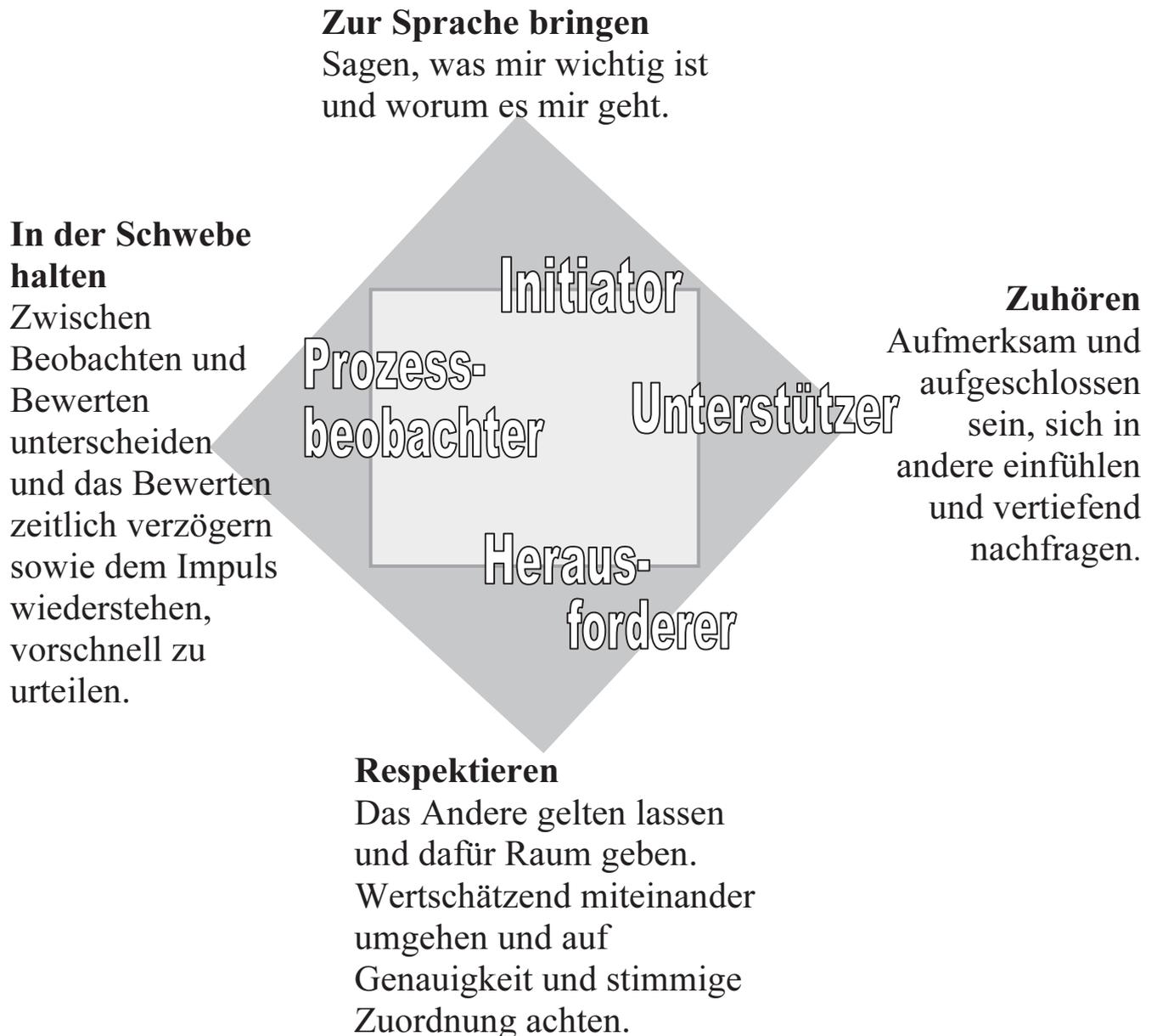
Der Initiator bringt ein Thema ein, das für ihn bzw. die Gruppe eine wichtige Bedeutung hat/haben kann und macht damit einen Vorschlag, in welche Richtung es weitergehen kann. In der Handlungsrolle/-position eines Initiators stellen wir uns Fragen, wie: Was ist wirklich wichtig, um gesagt zu werden? Was sollte gesagt werden, von mir, anderen bzw. der gesamten Gruppe? Wie kann ich scheinbar Unaussprechbares benennen? Wonach strebe ich am meisten? Was will ich dazu beitragen? Warum strebe ich danach, dieses oder jenes zu erschaffen? Worin liegt das Risiko, dieses oder jenes zu schaffen bzw. es nicht hervorzubringen? Welche Wahl treffe ich, jetzt Dinge zu sagen bzw. nicht zu sagen?

Der Unterstützer stimmt dem Gedanken/der Idee des Initiators zu. Durch vertiefende Fragen trägt er dazu bei, dass der Gedanke/die Idee vervollständigt wird. In der Handlungsrolle/-position eines Unterstützers bewegen uns z. B. diese Fragen: Wie fühlt sich das Gesagte/das Verhalten des anderen an? Wie werden andere Personen davon berührt? Was kann es für mich oder andere bedeuten? Welche Informationen brauche ich, um es noch besser verstehen zu können? Womit stimme ich überein? Welche Daten liegen der Aussage, Deutung, Schlussfolgerung des anderen zu Grunde? Welche Absichten verfolgt der andere?

Der Herausforderer prüft die Aussage des Initiators auf Stimmigkeit und liefert Korrekturen. In der Handlungsrolle/-position eines Herausforderers setzen wir uns mit Fragen auseinander, wie z. B.: Wie passt das alles zusammen? Ist das so realisierbar? Was haben wir nicht berücksichtigt, um wirksam werden zu können? Fehlt irgendetwas? Woher kommt meine unerwartete Unzufriedenheit? Warum könnten andere Personen ärgerlich sein? Was hält Personen davon ab, den größeren Kontext zu stehen? Was tun bestimmte Gruppen, das sie davon abhält, die wechselseitigen Abhängigkeit zu sehen?

Der Prozessbeobachter reflektiert die Dynamik im Gespräch und weist Perspektiven auf, besonders wenn die Situation festgefahren ist. In der Handlungsrolle/-position eines Prozessbeobachters stellen wir uns Fragen, wie: Wie funktioniert das alles hier? Was macht mich so sicher, dass ich Recht habe? In welcher Form tragen Personen zur Entstehung des Problems bei? Was haben Personen getan, um ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen bzw. nicht zu erreichen? Was lassen ich oder andere in diesem Gespräch außer Acht? Was habe ich oder haben andere nicht getan? Warum sehe ich die Dinge so wie ich sie sehe? Was ist die Frage hinter der gestellten Frage? Welche Themen, Muster, Verbindungen nehme ich hinter dem Gesagten wahr? Welche alternativen Sichtweisen gibt es, die Dinge zu betrachten?

Kernkompetenz des Dialogs





Action Mapping oder das Erstellen einer strukturellen Landkarte zur Frage „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“

Die Interessengruppen wurden für diesen Arbeitsschritt untereinander gemischt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer organisierten sich zu acht gleichgroßen heterogenen Arbeitsgruppen. Jetzt saßen die Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Interessengruppen im Kreis zusammen und hatte die Aufgabe, die Position nur einer, ihnen vorgegebenen Interessengruppe, zu beschreiben hinsichtlich deren Ziele, Überzeugungen, Dilemmata, Handlungsmöglichkeiten, Abwehrstrategien und Konsequenzen.

Fragen über Fragen: Was habe ich damit zu tun, was kann ich dazu beitragen und wie? brachten den Anwesenden einen spannenden Erfahrungsaustausch und die Erkenntnis, dass es zwar unterschiedliche Perspektiven gibt, aber auch viele übereinstimmende Interessen und Ziele bestehen, die aus verschiedenen Blickwinkeln gemeinsam angegangen werden könnten.

Die Arbeitsergebnisse wurden aufgeschrieben, an die Wand geklebt und dem Plenum gruppenweise vorgestellt.



Die Zeit verging wie im Flug und alle waren intensiv dabei! Mit viel Gesprächsstoff ging es danach in die wohlverdiente Mittagspause.

Das Arbeitsergebnis, die gemeinsam erstellte strukturelle Landkarte, finden Sie auf Seite 16 ff. Es sind die erarbeiteten Ziele, Überzeugungen, Dilemmata, Handlungsmöglichkeiten, Abwehrstrategien und Konsequenzen der acht zur Dialogkonferenz eingeladenen Interessengruppen.



Action Mapping oder das Erstellen einer strukturellen Landkarte zur Frage „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“
Arbeitsergebnisse für jede der acht Interessengruppen, tabellarisch dargestellt analog der Präsentation während Dialogkonferenz

Ziel / Absicht	Werte / Überzeugungen	Handlungen	Dilemmata	Abwehrstrategien	Konsequenzen
<p>Seniorenbeirat</p> <ul style="list-style-type: none"> durch Magistratsbeschluss wird Seniorenbeirat gemäß Wahlergebnis ernannt S. soll Belange der Senioren* in den Magistrat, die städt. Ämter, die sozialen Einrichtungen einbringen S. ist Interessenvertretung der Senioren auf politischer Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> sozialpolitisches Engagement für Senioren Weitergabe der eigenen beruflichen Erfahrung Vertretung der Interessen von Senioren aus christlichen Motiven Alter: Gleichwertige Lebensphase zu anderen Lebensphasen 	<ul style="list-style-type: none"> Teilnahme an der partizipativen Altersplanung Teilnahme an Ausschüssen des Magistrats Teilnahme an Stadtteilareitskreisen Neue Altersbilder entwickeln + vermitteln Verbesserung des Einflusses Mitarbeit in Kirchen und Sozialverbänden Regelmäßige Sprechstunden Kontakt zu sozialen Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> Besuch in Heimen sinnvoll Machtlosigkeit des S. Einer gegen alle im Ortsbeirat Früher gab es mehr Geld S. nicht mit Entscheidungskompetenz ausgestattet Wegen des Alters nicht mehr genug Durchsetzungskraft Festgefahrene Strukturen im S. Zu seltene Treffen des S. Zu wenig Netzwerke Wer übernimmt welche Initiative im S. „Politiker und Ämter wissen alles besser“ Spezielle Kompetenz wird nicht ausreichend genutzt Image des Seniorenbeirats ist schlecht (wird nicht als Kompetenz angesehen) S. bringt sich nicht genügend ein S. ist zu unbekannt Presse- + Öffentlichkeitsarbeit muss besser werden 	<ul style="list-style-type: none"> Verstärkte Öffentlichkeits- und Pressearbeit Nicht aufgeben! Durch die Instanzen gehen Konfliktfähigkeit / Durchsetzungsfähigkeit Strategische Fähigkeit, Mut 	<ul style="list-style-type: none"> Initiativen zu bestimmten Themen gründen Seniorenvertretung gem. Anzahl der Senioren im Stadtteil Demographie erfordert größeren Einfluss der Senioren Einführung eines verpflichtenden Jahresberichts des S. im Ortsbeirat

* Aus Platzgründen ist in dieser Tabelle nur die männliche Schreibweise benutzt worden.
Dialogkonferenz, 22.06.2004

Action Mapping oder das Erstellen einer strukturellen Landkarte zur Frage „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“ Arbeitsergebnisse für jede der acht Interessengruppen, tabellarisch dargestellt analog der Präsentation während Dialogkonferenz

	Ziel / Absicht	Werte / Überzeugungen	Handlungen	Dilemmata	Abwehrstrategien	Konsequenzen
Sozialbezirks- vorsteher *	Anregung, Vermittlung und Begleitung für angemessene Lebensqualität	Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung aus Engagement für menschenwürdiges Leben	Zugehende Beratung und Vermittlung mit erforderlichen Stellen (Sozialamt, Gericht, Versorgungsamt, Krankenkasse etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Hoher Anspruch an die Funktion Mangelnde Kenntnis über die Funktion des/der Sozialbezirksvorsteher/in bei den Bürgern 		Öffentlichkeitsarbeit für Sozialbezirksvorsteher/in verstärken
Sozialdienste, Beratungs- + Vermittlungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> Adäquate Unterstützung Zeitnahe Vermittlung Betroffene unterstützen und Alternativen aufzeigen 	<ul style="list-style-type: none"> Eingehen auf Bedürfnisse Interessenvertretung professionelle Effektivität 	<ul style="list-style-type: none"> Ermittlung / Beratung Vermittlung / Nachfrage 	<ul style="list-style-type: none"> Interessen d. Betroffenen Betriebsinteressen Finden geeigneter Einrichtungen. Wunschvorstellung gegen Arbeitspraxis 	<ul style="list-style-type: none"> Krisenmanagement Kostendruck aufbauen gegen den Betroffenen 	<ul style="list-style-type: none"> Beteiligung an Veränderungen Einführung von Case-Management
Altenpflegeschulen, FH, Uni	<ul style="list-style-type: none"> Daten liefern für Politik Theorien entwickeln Prakt. Ausätze f. Ausbildung Status halten / Mitsprache / Existenzberechtigung 	<ul style="list-style-type: none"> Objektivität Neutralität Qualität Leitfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> Forschung / Lehre Lehre / Praxisbezug Praxisbezug / Ausbildung = Wissenstransfer von oben nach unten 	<ul style="list-style-type: none"> Theorie- / Praxistransfer Widerstände („oben“ und „unten“) Fehlend Anerkennung der Auftragsforschung 	<ul style="list-style-type: none"> Nichtumsetzung in Praxis Sprache Machtverlust Nicht in einen Dialog treten 	<ul style="list-style-type: none"> Forschung und Praxis entwickeln sich weiter auseinander Innovationsstopp Keine Qualitätsverbesserung für die Betroffenen

Action Mapping oder das Erstellen einer strukturellen Landkarte zur Frage „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“
Arbeitsergebnisse für jede der acht Interessengruppen, tabellarisch dargestellt analog der Präsentation während Dialogkonferenz

	Ziel / Absicht	Werte / Überzeugungen	Handlungen	Dilemmata	Abwehrstrategien	Konsequenzen
Heimleitungen	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität halten und steigern • Bewohner- und Mitarbeiter/innen = Zufriedenheit • Wirtschaftlichkeit erhalten • gute Belegung 	<ul style="list-style-type: none"> • Werte des Trägers angesichts eigener Werte • Wertschätzung der Person (des Bewohners des Mitarbeiters und des Angehörigen) • Kunde ist König 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagement-System einführen • Präsenz • Transparenz / Kommunikation • Weiterbildung für Mitarbeiter • Marktforschung • Konzeptionelle Arbeit • Controlling • Öffentlichkeitsarbeit • Personalführung 	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Werte versus Werte des Trägers • Qualität versus Wirtschaftlichkeit • Anspruch versus Realität • Qualitätsvorstellungen der Heimleitung versus Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Geld • Betonung: Unwirtschaftlichkeit • keine Zeit • kein Personal 	<ul style="list-style-type: none"> • es kommt keine Qualität zustande • Qualität sinkt • Personalfluktuaton • schlechter Ruf • Wirtschaftlichkeit sinkt • Beratung + Super-vision wird gesucht
Pflegedienstleistung u. a. Heimmittarbeiter	<p>Pflegedienstleistung</p> <p>Ziel: Bewohner- und Mitarbeiter-Zufriedenheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • würdevolles Miteinander • Individuelle Bedürfnisse berücksichtigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zuhören • Beraten • Planen • Motivieren • Koordinieren • Beschwerdemanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Ressourcen =personell und finanziell • =wachsende gesetzliche Anforderungen • Vorhandene Ressourcen nicht erkennen + nutzen • fehlende Fachlichkeit • schlechtes Gewissen, den Bedürfnissen der Bewohner nicht gerecht zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit • innerliche Kündigung, Zynismus • Abwehrhaltung gegenüber Veränderungen • zurückziehen hinter die Gesetzlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung und Schaffung neuer Ressourcen • Umsetzbare Konzepte • Personal- Entwicklungs- Modelle • Förderung des Teamgedankens

Action Mapping oder das Erstellen einer strukturellen Landkarte zur Frage „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“ Arbeitsergebnisse für jede der acht Interessengruppen, tabellarisch dargestellt analog der Präsentation während Dialogkonferenz

	Ziel / Absicht	Werte / Überzeugungen	Handlungen	Dilemmata	Abwehrstrategien	Konsequenzen
Migranten u. a. Interessengruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse aller Kulturzugehörigkeiten berücksichtigen • Vertrautheit (universell) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interkulturelle Kompetenz in der Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Gleichberechtigte Teilhabe der Migranten in der Gesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung d. Person, z. B. Rituale, Ernährung, Kultur anbieten, Religion • Raum für unterschiedliches Lebensgefühl, Lebensgewohnheiten • Raum für Familienbesuch • Aufenthaltsräume + Plätze • Angehörige miteinbeziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestehende Struktur der Heime • Sprache • Zusammensetzung der Bewohner nach Sprachgruppen 	<p>Negative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ghettoisierung • Überforderung <p>Positive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeit an der Veränderung bestehender Strukturen in Altenpflegeheimen • Unterschiedliche Wohnformen auf die Bedürfnisse der Migranten zugeschnitten (z. B. Familien mit ähnlicher Problematik) • Palliative Einrichtungen • Ambulanten Bereich ausbauen

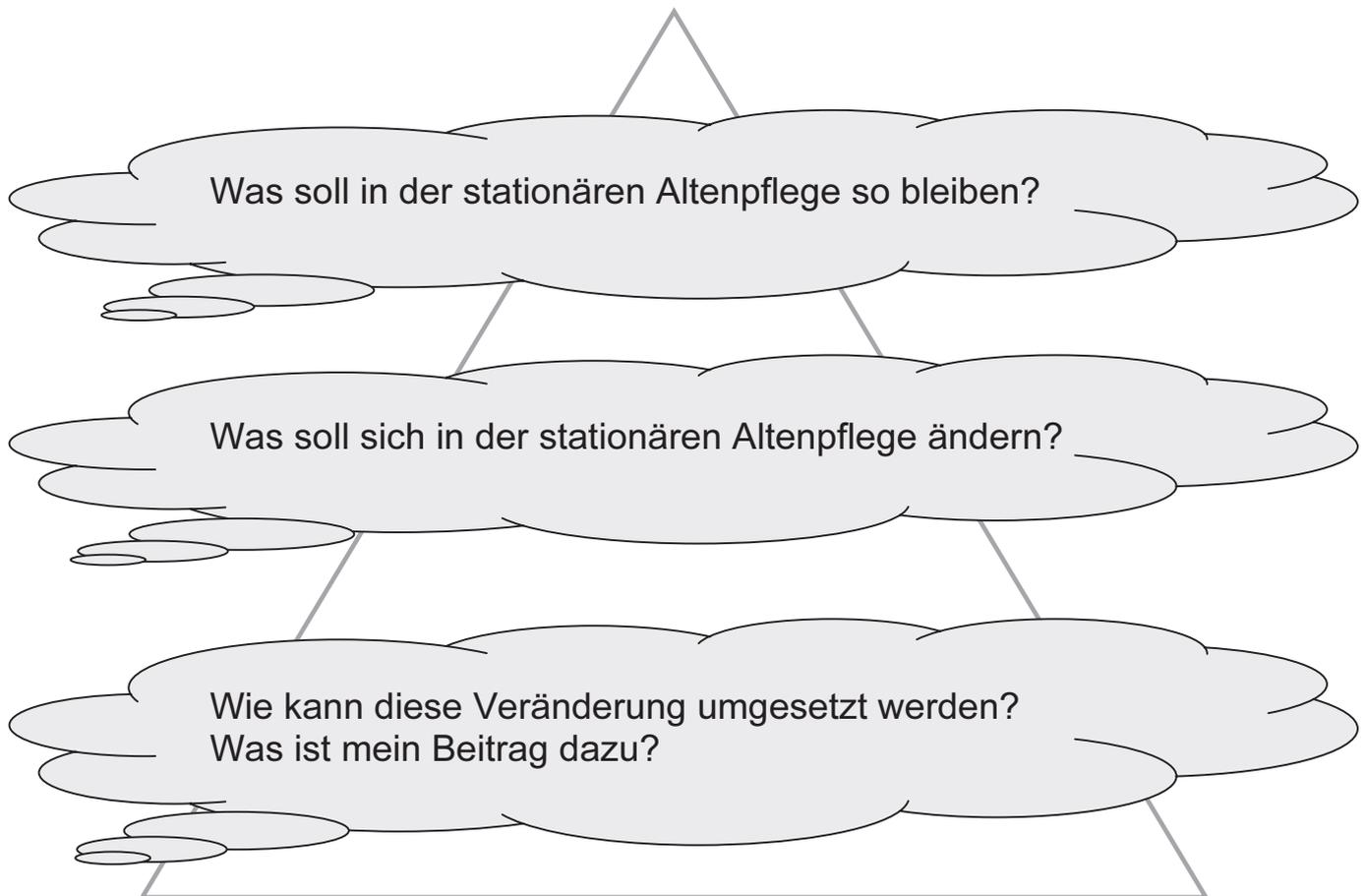
Action Mapping oder das Erstellen einer strukturellen Landkarte zur Frage „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“
Arbeitsergebnisse für jede der acht Interessengruppen, tabellarisch dargestellt analog der Präsentation während Dialogkonferenz

	Ziel / Absicht	Werte / Überzeugungen	Handlungen	Dilemmata	Abwehrstrategien	Konsequenzen
Heimbeiräte & Betreuer	<p><u>Betreuer:</u> Interessenvertreter des einzelnen <u>Heimbewohners</u></p> <p><u>Heimbeirat:</u> Interessenvertretung <u>aller</u> Heimbewohner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrung der Würde der Betreuten / Bewohner • Verbesserung der Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Besuche zu unterschiedlichen Zeiten. • Hilfestellung bei der Integration neuer Bewohner • Gezielte Gespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch und Wirklichkeit • Kostendruck 		<ul style="list-style-type: none"> • Intervention • Qualifikation • Beschränkungen der Betreuungen • Mitbestimmung der Heimbeiräte
Bürger & zukünftige Bewohner	<p>Individuelle Gestaltung des Lebensabends</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Annehmen des Alters • Toleranz und Akzeptanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Vorsorgetreffen • Sich auseinandersetzen • Sich engagieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit • Kosten • Soziale Verhältnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Problem verdrängen 	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsstrategien entwickeln!



Pyramidendialog bedeutet, dass dieselben Fragen in verschiedenen großen Gruppen diskutiert und gemeinsam beantwortet werden. Der Pyramidendialog beginnt damit, dass zunächst eine Person zum Thema gestellte Fragen schriftlich beantwortet. In einer zweiten Runde werden dieselben Fragen zwei Person zur Beantwortung vorgelegt. In der dritten Runde drei Personen usw. Die Gruppen werden in jeder Runde größer, die Fragen bleiben dieselben und sind in jeder Runde schriftlich zu beantworten. Wichtige Aspekte zum Thema „runden“ sich so heraus. In der Diskussion zeigen sich immer mehr Argumente und verschiedene Sichtweisen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befassten sich im Pyramidendialog dieser Dialogkonferenz mit folgenden drei Fragen:



Der Pyramidendialog der Dialogkonferenz umfasste drei Runden. Zunächst beantworteten 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Fragen allein. In der zweiten Runden bildeten sich 18 Kleingruppen mit jeweils drei bis vier Leuten. In der dritten (letzten) Runde fanden sich acht bis neun Personen zu sechs Großgruppen zusammen. Die drei Fragen wurden immer wieder gemeinsam diskutiert und schriftlich beantwortet. Die letzte Gruppe/Großgruppe suchte aus ihren Antworten einem Themenschwerpunkt aus und entwickelte dazu Umsetzungsstrategien.

Pyramidendialog über die Zukunft



Die schriftlichen Antworten auf die drei Fragen wurden nach jeder Dialogrunde eingesammelt. Zur Unterscheidung der Runden waren die Fragen auf unterschiedlich farbigem Papier gedruckt.

Im Plenum wurden abschließend die Ergebnisse mit den entwickelten Umsetzungsstrategien vorgetragen und diskutiert.

Die Ergebnisse der Dialogrunden sind ab Seite 24 als Wortprotokolle dargestellt.



Arbeitsergebnisse/Wortprotokolle der ersten Dialogrunde (58 Einzelbefragungen):

Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

Altenpflege in der ehemaligen Wohnortgegend (in der Wohnung/im Haus)

Dass jeder bei Bedürftigkeit stationär betreut wird und der Bewohner die entsprechende Pflege u. Qualität erfährt.

Enthusiasmus einzelner MA, die nicht aufgeben

Dass Sie zur Verfügung steht, wenn eine Pflegesituation nicht mehr ambulant bewältigt werden kann, aber so, dass die Angehörigen guten Gewissens loslassen können.

Häuser im Stadtbereich

Sorgearbeit / to care

Angebot für Heim soll bleiben, und zwar ein umfassendes gegliedertes Angebot

Freiwilligkeit soll bleiben

Arztfreier Raum

Beziehungsgestaltung 1:1

Umfassendes, gegliedertes Angebot

Spezialisierte Sorgetätigkeit und Betreuungsarbeit in einem Betrieb

Beziehungsarbeit soll bleiben, umfassend gegliederte Angebote

Mitarbeit durch Freiwillige (Ehrenamt) (als Helfender)

Altenpflegeheim (Institution) als Zu-Hause = eine Möglichkeit, ein Angebot des Wohnens im Alter

Möglichkeit für die Bewohner, eine komplette Versorgung, zu erhalten

Gemeinschaftscharakter

Stärkung d. sozialen Kontakte im Vergleich zu Daheim (evtl. Isolation aufgrund psychischer oder physischer Veränderung und Erkrankung)

Die tägliche Versorgung: Waschen, Essen, Ausziehen

An gemeinschaftlichen Aktivitäten teilnehmen, wenn noch möglich

Es ist ein Ort, an dem viele verschiedene Professionen zusammenarbeiten und es bietet kurze Wege.
Gute Qualität der Pflege soll erhalten bleiben.

Aufnahme ohne Ansehen der Person und der Kosten

Soziales und humanes Menschen- und Pflegebild

Alternative zu „Alleinsein zu Hause“ und der Abhängigkeit von der Familie

1. Form von vielen!!

Auswahl der Mitbewohner und derer die mich pflegen

Angebot von Freizeitangeboten und Therapiemöglichkeiten

Die Möglichkeit für Bürger im Alter und bei Krankheit in einem Pflegeheim gepflegt zu werden, unter Berücksichtigung der Würde der Menschen

Keine Erfahrung – nicht alles Alte ist schlecht
Alte und neue Formen in Konkurrenz und Ergänzung

Personenbezogene Pflege, genügend Zeit für Übergaben und Entlastungskraft

Was sich in der Praxis bewährt hat soll man nicht antasten. Es gibt doch sehr viele bemühte Pflegekräfte.

Die Pfleger bemühen sich nach Kräften.

Genügend examiniertes Personal

Keine Ahnung

Es müssen genügend Plätze für Menschen, die nicht mehr zu Hause zu versorgen sind, zur Verfügung stehen.

Sicherheit für Bewohner, die ihre eigene Sicherheit nicht gewährleisten können.
Genügend Pflegeplätze für alle, die es brauchen.

Wenig; außer notwendiger rundum Pflege, optimale moderne Versorgung, persönliche Zuwendung

Wenig, oft auch individuelles Wohnen mit eigenen Möbeln ermöglichen, soweit möglich (?)
Mehr persönliche Zuwendung, medizinische Versorgung etc. Durch kulturelle Ereignisse wird die Öffentlichkeit einbezogen.

Die fortlaufende Fortbildung/Qualifizierung aller MA

Ältere Menschen sollen weiterhin gepflegt werden.

Konzept biografiegestützt
Qualitätsmanagement intern
Das Heim an und für sich
Pflege und Wohnen

Fachliche Pflege für Menschen, die rund um die Uhr gepflegt werden müssen

Einzelzimmer sollen beibehalten werden (eigenes Bad und Toilette)
Das Engagement einzelner MA und HL
Dass die Pflegefachlichkeit und Betreuungsfachlichkeit ein Grundsatz bleibt

Breites Angebot von Einrichtungen mit unterschiedlichen Konzepten, Größen,
Weltanschauungen etc.
Stadtteilnah

Kleine Einrichtungen
Alles was gut läuft

Vielfältigkeit der unterschiedlichen Einrichtungen (Weltanschauung usw.), um die geeignete
Einrichtung auswählen zu können
Möglichkeit der stationären Versorgung auf Wunsch und bei Notwendigkeit verschieden große Einheiten
Individuelle Betreuung und Hilfe im Zugehen auf den Tod
Gemischte Wohnformen unter einem Dach

Vorgabe und Kontrolle der Qualitätsmerkmale durch Kostenträger und Gesetz
Hoher Ausbildungsstandard der Pflegemitarbeiter

Die medizinische Versorgung

Rahmenbedingungen, die Standards absichern! Z. B. Ausbildung etc.

Gesicherte Finanzierung für die Betroffenen

Angebote auch für die Bew. der Stufe „0“ mit Hotelcharakter als stationär
Kleine Pflegeeinrichtungen bis 100 Bewohner

Die Betreuung durch gut ausgebildetes Pflegepersonal
Auf gute hygienische Verhältnisse achten

Wohnbereich für eine Person mit Dusche und WC und eigene Möbel
Qualifiziertes Personal

Die Möglichkeit zu wählen, wo und in welchem Haus ich gepflegt werden möchte
Die Wahlmöglichkeit zwischen Einzel- oder Doppelzimmer
Es gibt auch Menschen, die gerne ein Zimmer teilen.

Unterschiedliche, farbige Gestaltung der Wohneinheiten



Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

Weitaus stärker als bisher die Bildung von kleinen Wohngemeinschaften
Alte Bewohner sollten echte Aufgaben erhalten
Ausbau der Sterbebegleitung

Strukturen lösen

Umbildung in Richtung Sozialzentren

Miteinbeziehung von Kindern, Vereinen, Hausaufgabenhilfe usw.

Intergeneratives Wohnen, Betreutes Wohnen, Wohngruppen, Wohngemeinschaften

Kleinere Einheiten,

Mehr Individualität bezogen auf z. B. Strukturen, Organisation, Aufbrechen von Fachstufen,
Steigerung der Lebensqualität, bedarfs- bedürfnisorientierte Pflege

Das persönliche Engagement – Ehrenamt muss von allen ausgeübt werden

Die allzu vielen Institutionen in der Pflege vereinheitlichen

Andere Wohnmöglichkeiten

Mehr Individualität der Bewohner

Mehr Förderung und Zeit z. B. für demente Bewohner

Gesetzgeber sollte entsprechende Honorierung vorsehen

Mehr Personal, mehr Betreuung

Grundhaltung der MA gegenüber ihrer Arbeit, Bewohnern, Angehörigen

Neue Architektur, wie kann man bestehende Flure auflockern? (Alle sitzen vorm Fahrstuhl – da ist was los!)

Umsetzung von neuen Konzepten, nicht nur für dementiell Erkrankte
Wohngruppen, WGs, Einbindung in den Stadtteil jung – alt

Viele Menschen haben Angst vor der stationären Altenpflege, weil deren Ruf schlecht ist und es de facto Mängel und Missstände, die ein Heer von Ursachen haben.
Die Gesamtstruktur um die Pflege muss verändert werden!
Anstaltswesen aufgeben = politisch gewollt

Offenheit im jeweiligen Haus für Neues, aufgeschlossen für Vorschläge auch von außen
Wohngruppen, neue Konzepte für Demenzkranke
Alle MitarbeiterInnen des Hauses „geschult“ für anderes Verhalten im Umgang mit den BewohnerInnen
Pflegepersonal muss Beruf wechseln dürfen (nicht lebenslang pflegen müssen)

Weniger Institutionsorientierte Handlung
Eine neue Bewertung, Vernetzung, Transparenz
Stärker an der Lebenswelt der alten Bewohner orientieren
Stellenwert in der Gesellschaft verbessern
Sie soll etwas sein und kosten dürfen
Stärker orientieren an Frauen und deren frühen Lebenslagen
Keine Diskriminierung von alten Menschen wegen Wirtschaftsinteressen

Bewertung der Heime
Abbau von Betreuungsgraden und Großheimen und Statusstrukturen
Kleinheime, Gruppen, Wohn- und Pflegearrangements, (Pflegekette =) Heim als in beide Richtungen, Vernetzung, Öffnung

Mehr Zeit für persönliche Zuwendung
Wohnen in der Pflege/Wohnlichkeit
Vernetzung mit dem Stadtteil – Angebot für Stadtteil
Optimale Pflege für den kleinen Geldbeutel

Mehr Kontakt der Bewohner mit Angehörigen und Besucherdienst (Gesprächspartner).
Mehr Vorbereitung auf das Lebensende hier und Aufnahme i. d. Reich Gottes

Mehr menschliche Hilfen! (Personal)

Nur palliativ, sonst WGs
Allgemein: Aufwertung des Berufes d. Altenpflegers
Mehr Zeit – Hinwenden, Wahrnehmen, Wahrheit

Beziehung zu den Bewohnern und ein Zeitbudget dafür
Öffnung im Stadtteil
Öffnung für Ehrenamt
Mehr Zeit für die psychosoziale Betreuung
Weniger administrative Tätigkeiten

Mehr Berücksichtigung der Individualität in Pflege und Betreuung

Gesprächsmöglichkeit, Eingehen auf persönliche Biographie, Wünsche

Hausgemeinschaften bilden, betreute Wohngruppen
Alltag soll stärker gelebt werden

Soll sich öffnen und wieder Alten- und Pflegeheim und Wohnanlage werden, Einbindung in Stadtteile
Es soll mehr Bezugspersonen (außerhalb der Pflege) für jeden einzelnen geben.
Die gesetzlichen Vorgaben müssen auf ein vernünftiges Maß reduziert werden.

Der Betreuungsschlüssel soll besser werden
Die psychosoziale Betreuung muss finanziert werden
Einzelzimmer mit Nasszelle für jeden, der es wünscht
Heimplätze für alle im Ort seiner Wahl
Weg von der satt und sauber Pflege

Ausstattung – Flexibilität von Ein- oder Mehrbettzimmern – mobile Wände – Ausbildungsstände
und Grundhaltung von vielen Mitarbeitern in der Altenpflege – Image

Große Heime sollten nicht mehr gebaut werden
Hausgemeinschaften
Wohngruppen sollten gefördert werden
Beruf „AltenpflegerIn“ sollte positiv unterstützt werden
Demente Bewohner sollten besser betreut werden
Neue Wohnformen in kleinen Gruppen
Weiterbildung und Respekt
Religiöse Toleranz m. Respekt
Keine Ghettobildung: Alt und Jung
Einheimische und Fremde
Gegenseitige Pflege
Gemischte Bereiche (Behandlung im Bett und Betreuung verwirrter Menschen) trennen
Mehr Zeit

Gegenüber dem Ist-Zustand eine sachlich ausgewogenere Pflegepersonalkapazität verfügbar halten
Weitere bedarfsabhängige Aus- und Weiterbildung

Es müsste mehr Zeit für psychosoziale Kontakte (Bewohner : Pfleger) möglich sein.

Die ehrenamtliche Betreuung

Mehr junge Leute und Angehörige dazu bringen, die Pflegebedürfnisse der Bewohnern zu befriedigen.

Individuelle Bedürfnisse hervorheben
Kleinere Wohngruppen
Jeder kann sein Leben individuell in einer Gruppe leben
Umgestaltung der Bereiche auf Bedürfnisse der BewohnerInnen (auch demente Bewohner)
Mehr Zeit für psychosoziale Betreuung

Ich denke, es müsste mehr Angebote für Einzelzimmer geben.
Der zwischenmenschliche Aspekt muss erhöht werden.
Zeitkorridore müssen erweitert werden.
Persönlichen Wünschen muss mehr Rechnung getragen werden.
Auch weniger Pflegebedürftige müssen aufgenommen werden.
Selbständiges Wohnen mit der Sicherheit der Betreuung

Pflegehandeln soll von Pflege(-fach)-kräften reflektiert durchgeführt werden.
Bewohner und Angehörige werden als Partner im Pflegeprozess begriffen.
Mehr Schutz der Wehrlosen

Flexible Gestaltung von Lebensräumen für unterschiedlich gealterte „Ältere“
Mehr psychosoziale Zuwendung
Konzepte zu individuellen Bedürfnissen
Raum geben; zu langer Selbständigkeit, Selbstbestimmung unter Beachtung von Lebensbiografien
Den Mensch in seinen Lebensalltag einbeziehen
Veränderungen von Wohnraumstrukturen und Gestaltung des Hausumfeldes

Kreativräume

Mehr Rücksicht auf die Biografie der Menschen
Mehr psychosoziale Betreuung (professionelle u. ehrenamtliche)
Einbeziehung der Familie und des Umfeldes, soweit möglich
individuelle Zuwendung steigern

Der Anteil an der psychosozialen Betreuung, insbesondere für Menschen mit Demenz, und zwar nach dem personenzentrierten Ansatz.

In Würde leben
Mehr Zeit
Human – Bedürfnisorientiert – Respektiert
In Würde sterben
Bürokratische Anforderungen
Freiere Gestaltung
Anerkennung Demenz
AC für Personal
Kontrollwahn

Verwaltungsaufwand, Zeitdruck
Andere Wohnformen
Mehr Raum für die Bedürfnisse der Bewohner
Mitarbeiterzufriedenheit fördern

Nur auf Wunsch Gruppenbildung am Tage
Persönliche Gruppengespräche sollten bei dem Interesse der Bewohner verstärkt möglich sein.
Es sollte Zeit vorhanden sein, auf persönliche Wünsche und Interessen eingehen zu können.

Öffnung der Einrichtung nach außen
MA orientierter handeln = bewohnerorientierter
Individuelle Mitarbeiterplanung
Realisierung der Bezugspflege
kleine Gruppengrößen
Vernetzung ambulant-stationär
Vision v. WG

Breites Angebot an Alternativen zu Großheimen
Individuelle Pflege und Betreuung orientiert an Werten
Rhythmus und Gewohnheiten der Bewohner einbeziehen

Mehr Flexibilität im Umgang mit den Bedürfnissen der Bewohner und mehr Zeit.

Mehr Mitarbeiter, die mehr Zeit für die zu Betreuenden haben (dürfen)

Kleine Wohngruppen
Keine Auslagerung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten
EZ-Charakter, eigene Wohnung
Präsenzpflege
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Zeit haben
Flexibilität
Stärkere Integration im Stadtteil/Offenheit
Kleine Wohneinheiten
Einbeziehung aller Bezugspersonen
Individuelle Gestaltung

Bessere Differenzierung nach Besonderheiten der Pflege (Demenz, Hospiz usw.) bzw. des Klientels – verbesserte Fachlichkeit

Verschiedene Angebotskonzepte, Größe, Inhalt
Mitteln des Bew./der AG/der e A nach Vermögen
Möglichkeit des Wechsels der Wohnformen
Höhere Spezialisierung? Berücksichtigung

Abbau von administrativen Aufgaben für Pflegekräfte
Kostenreduzierung damit Pflege bezahlbar bleibt
Abbau von prof. Pflegeleistungen – mehr Engagement von Bewohnern, Ehrenamtlichen

Die Pflege durch das Personal
Wenig und schlecht ausgebildetes Personal – Mehr und gut ausgebildetes Personal

Institutionalisierte Bürgerbeteiligung am Prozess der Veränderungen
Anstaltsstrukturen (Zentrale Versorgung) als Lebensform abschaffen!
Kleine Gruppen, die den Alltag leben
Zurückverlagerung der verschiedenen Alltagsabläufe in kleine Betreuungseinheiten
Zentraler Service/Verwaltung
Entbürokratisierung

Gebäude: kleinere Wohneinheiten – Anstaltsstruktur auflösen – Alltagsleben
Integration ins Gemeinwesen/Stadtteil – Bürger-Beteiligung
Finanzreform: Zuständigkeiten vereinheitlichen und dezentralisieren

Angebote von Wohngruppen für demente und nichtdemente Bewohner
Keine große ghettoartige Einrichtung z. B. bis 200 Pers.
Pflege nicht immer vordergründig, sondern in der Wohngruppe Tätigkeiten mit z. Teil
Selbstversorgung, dadurch andere Qualifikation des Personals

Gute Beschäftigungstherapien
Soweit möglich Einzelzimmer
Mehr Einzelzimmer evtl. durch Trennwände
Mehr qualifiziertes Personal
Fortbildungspflicht

Sofort beginnend eine größere Flexibilität in der Gestaltung von Wohngruppen und Gründung von anderen Wohnmöglichkeiten; kleinere Einheiten
Angebote von betreutem Wohnen in der eigenen Wohnung, ähnlich dem betreuten Wohnen für psychisch Kranke
Fortbildung und Supervision sollte eine zwingende Qualitätsvorschrift sein

Kleine Einheiten; Altenheime
Wohngemeinschaften, die betreut werden
Mehr professionelles Personal
Fortbildungspflicht
Mehr Interaktion

Träger sollen ehrlicher in ihrer Leitbilddarstellung werden
Positive Entwicklung für Mitarbeiter und Heimbewohner

Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden?
Was ist mein Beitrag dazu?

Bildung von Initiativen, die beratend beim Neubau von Altenheimen und Sozialzentren mitwirken

Einführung neuer Pflegekonzepte/-modelle

Entwicklungen im Team – Beratung

Kontrolle

Studien zur Pflege

Schon in der Schule auf das Leben mit dem Ende vorbereiten

Als HL-Info sammeln

Tragfähige Konzepte erarbeiten

Entsprechende Öffentlichkeit durchführen

Berufspolitisch aktiv sein

Umdenken in den Köpfen (alle)

Fortbildungen, und zwar kontinuierlich

Opfern von Zimmern für „Wohnraum-Küche-Aufenthalt“

Nicht an Strukturen und Gesetzen hängen bleiben, sondern durch PR auf Mängel aufmerksam machen – in Stadt-Land-Bund

Dass der Arbeitsmarkt Altenpflege so unterstützt werden muss, dass MA und Pflegebedürftige angstfrei in die Zukunft gehen können

Mein Einsatz für finanzielle Mittel, die zusätzlich gebraucht werden

Thema in Öffentlichkeit vertreten/bekannt machen

Auf Mängel hinweisen

Alle Entscheidungsträger müssen die wirtschaftlichen Interessen vor dem Hintergrund der Humanbedürfnisse in Rechnung stellen

Aktuelle Infos

Konkurrenz anregen

Wirtschaftlichem Faktor müssen andere Maßstäbe entgegengesetzt werden

Projektbegleitung

koordinierter Umbau der Frankfurter Pflegeszene

Vorteile Ballungsraum

..... Beziehungsarbeit

Mitarbeit in der AG

Zukunft bei Träger

Besucherdienst eigens einplanen

Wenn es nötig ist: Eigenhilfe!

Wohnformen zu entwickeln – neue Lebens- und Wohnformen entwickeln

Veränderung durch Politik

Mein Beitrag ist mitwirken

Transparenz der psychosozialen Betreuung
Entwicklung/Veränderung – Entlastung für Pflege
Mitarbeit in der Arbeitsgruppe zu Themen wie
Prioritäten überprüfen, ggf. Verlagerung von Arbeitsinhalten
Das wirklich Richtige im Berichtsblatt schreiben

Bezugspflege

Verstärkte Angehörigenarbeit zur Erfassung von biografischen Details
Neue Arbeitszeit-Modelle

Meine Erwartungshaltung an andere zurücknehmen
Offen sein für die Sorgen anderer Menschen

Idee der Hausgemeinschaft, betreuter Wohngruppen verbreiten
In Konzeptionen einarbeiten
In die täglichen Arbeit einplanen

- a) Mehr Druck auf die Politik, mehr Geld für solche Projekte bereitzustellen
Mit mehr Engagement auch schon von Jüngeren
- b) Öffentlichkeitsarbeit
Menschen für das Thema „Alter“ interessieren und sensibilisieren

Finanzen müssen umverteilt werden, hin zum sozialen Sektor, weg vom Profitsektor
Pflegesatzgarantie des Staates
Gesellschaftliche Organisation schaffen, die sich für soz. Gerechtigkeit einsetzt

Aufklärung in der Öffentlichkeit – Chancen und Risiken der Altenpflege
Was kann Altenpflege leisten und was kostet dies?
Politisches Engagement (eigenes und „Sohn“)
Unterstützen des ehrenamtlichen und des eigenen Engagements
Ehrenamtliches Engagement für selbstbestimmtes Alter (auch mein eigenes!!), seit gestern + bis übermorgen!
Bislang für andere – aber immer mehr „mit andere“ für mich!

Sensibilisierung und Aufklärung der Bevölkerung und der Politiker für neue Wohnformen
Unterstützung in der Aufklärung, z. B. bei Angehörigen von Heimbewohnern

- 1) Kooperation mit Trägern
- 2) individuelle Patenschaft
- 3) Ausarbeitung des multikulturellen Ansatzes

- 1. Besondere Bereiche oder Haus für verwirrte Menschen
- 2. Wohngruppe mit gegenseitiger Pflege
- 3. ehrenamtliche Helfer

Für Teilaufgaben auch ältere Bürger mit noch besserer gesundheitlicher Verfassung dafür aktivieren

Politiker sind gefordert, mehr Geld zur Verfügung zu stellen.
Ich bin ehrenamtlich tätig.
Werben von ehrenamtlichen Mitarbeitern
Eigenbeitrag
Mehr Sendungen im Fernsehen, im Radio, Informationen in Zeitungen

Pflegeplanung, Biographisches Arbeiten
Angehörige/Freunde in die Gestaltung miteinbeziehen.

Evtl. Abläufe umstrukturieren

Neubau von Pflegeheimen

Weiterer finanzieller Anteil an der Pflegeversicherung

Pflegegesetze müssen geändert werden

Die Verwaltung muss reduziert werden

Pflege zu mehr Ansehen zu verhelfen

Hochwertige Pflege gewährleisten

Pflege soll sich nicht abschotten gegenüber Gesellschaft

Klärung, dass jeder Bürger seine (spätere) Pflegebedürftigkeit auch vorplanen kann und muss

Das zukünftige Altenheim sollte multifunktional sein, im Stadtteil sein, als Mittelpunkt für Ältere und Bewohner.

Persönliches und gesellschaftliches Engagement, sich einmischen, mitbestimmen und mitgestalten; von Älteren für Ältere

Gesellschaftliches Bewusstsein fördern, stärken, nutzen

Mut zu neuen Strukturen

Ehrenamtliche einbeziehen, verstärkt aus dem Kreis der jungen Alten

Unbedingt unterschiedliche Wohnformen, sowie Hilfsangebote (barrierefreie Räume) initiieren, bauen, die lange Selbständigkeit möglich macht

Politisch an Veränderungen arbeiten

Versuchen weiter Menschen zu ehrenamtlichen Mitarbeiter zu überzeugen oder zu motivieren.

Fachkompetenz und Engagement der hauptamtliche Mitarbeiter

Bessere Anerkennung des Berufsbildes (einschließlich attraktivere Bezahlung)

Größere Transparenz bei den Trägern

Mein Beitrag ist meine päd. Fachkompetenz und mein Engagement

Jeder soll sich fragen, auch Politiker, wie möchte ich altern und sterben?

Projekte

Finanzielle Mittel für andere Wohnformen bereitstellen

Information, Aufklärung, Bereitschaft bei den Migrantengruppen fördern, diese Angebote bei Bedarf wahrnehmen

Selbst Gruppen initiieren, begleiten, Konzepte entwickeln über Träger (Altenhilfe) Caritas

Einfaches allgemeines Singen, Unterhaltungsrunden, Vorlesen von Sagen, Märchen und lustigen Begebenheiten, musikalische Unterhaltung mit Life-Singen, wenn die Pfarrer in Urlaub sind
Bibelgespräche halten, zauberhafte Vorträge mit Rätseln

Mein Beitrag:

Einladung oder Einrichtungen zur Fortbildung

Motivieren einzelner MA

Ehrenamtliches Engagement

Einbringen von Pflegefachlichkeit, Teamgedanken

Vernetzung der Institutionen

Politische Lobby

Beschäftigung mit dem Thema auch im Freundeskreis, berufliches Umfeld, Familie

Schriftliche Festlegung meiner Wünsche (Pd. Verfügung).

Mitarbeit in Politik, Kommunalpolitik, Träger Ebene, Gremien

EA – Tätigkeit

Öffentlichkeit schaffen

1. weiß nicht
2. eventuell selbst – als Ehrenamtliche – mitarbeiten

Vorhandene finanzielle Mittel anders einsetzen
Größere gesellschaftliche Wertschätzung des Alters
Forschung, Interesse, Engagement

Fachlichkeit des Personals zu erhöhen (Schulungen der MA)
Bezugspersonen stärker als bisher in den Alltag eines Heims, einer Wohngruppe einbeziehen

Mitarbeit bei Konzeptentscheidung und KEW.
Öffentlichkeitsarbeit/Politik/Thema in Gesellschaft – „Alter“
Wahrhaftigkeit und Offenheit der P. statt Zuweisungen
Fachlichkeit, Bezugsperson

„Entmachtung“ der Kostenträger
Einbeziehung von Bewohner und Angehörigen

Auswahl des Pflegepersonals – Bessere Ausbildung – Viel bessere Bezahlung

Politische Maßnahmen/Stellen und Zeitplan
Ehrenamt stärken

Schrittweise Umsetzung durch gesetzliche Rahmenbedingungen
Durch Veränderungsbereitschaft aller in diesen Systemen arbeitenden Menschen
In dem ich dieses Thema immer wieder öffentlich anspreche, darauf aufmerksam mache

Aja's Gartenhaus
Kommunale Investitionsförderprogramme
Kommunal(politisch)e Vernetzungsangebote/ -hilfen
Koordinationen auf Stadtteilebene

Änderung der baulichen Voraussetzungen
Strukturveränderung in der Einrichtung
Offen sein für alle Veränderungen

Besuche im Heimbeirat

Versuch der Mitsprache (evtl. über Heimbeirat)

Träger sollen keine großen Wohnheime mehr bauen
Projekte sollen durch Stadt mitfinanziert werden
Professionelle miteinbeziehen, besseres und kontrolliertes Personal-, Qualitäts-, Krisen- und Case-Management

Netzwerke gesetzlicher Betreuer
Aufdeckung von Schein und Realität

Arbeitsergebnisse/Wortprotokolle der zweiten Dialogrunde (18 Kleingruppen in der Größe von drei bis vier Personen):



Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Kleine Einrichtungen
- Unterschiedliche Angebote von Trägern mit unterschiedlichen weltanschaulichen Ausrichtungen
- Genügende Pflegeplätze für alle, die es brauchen
- Stationäre Einrichtungen sollen bleiben, als Möglichkeit für die Betroffenen gepflegt zu werden
- Zusammenarbeit der Professionen
- Soziales und kulturelles Angebot
- Fachliche Standards, z. B. in der Ausbildung
- Zugang auch für nicht pflegebedürftige Bürger (gem. SGB XI)
- Vielfalt von Einrichtungen unterschiedlicher Größe und Trägerschaft (Konzeption)
- Gesicherte Finanzierung für betroffene Bürger
- Enthusiasmus einzelner Mitarbeiter, die nicht aufgeben
- Dass das Pflegeheim in der Nachbarschaft, also wohnortnah gelegen ist, um die sozialen Kontakte zu wahren; Pflegeheime sollten zur Verfügung stehen, wenn ambulante Pflege nicht mehr geht oder die Selbstversorgung nicht mehr gegeben ist.
- Beibehaltung einer stationären Versorgung
- Verschiedene Träger mit verschiedenen Konzepten
- Beibehaltung unterschiedlich großer Wohneinheiten
- Die medizinische Versorgung
- Vorgabe und Kontrolle der Qualität durch Behörden und KT
- Ausbildungsstandard der Mitarbeiter
- Erhalt bzw. Ausbau der Pflege- und Betreuungsfachlichkeit
- Erhalt von Einzelzimmer mit eigener Nasszelle
- Soziale Angebote beibehalten bzw. weiterentwickeln
- Menschlicher Umgang und Medizinische Versorgung
- Erhaltung stationäre Einrichtungen mit biographiegestütztem Konzept
- Gute Qualität der Pflege und
- Betreuungs-, Freizeitangebote sollen wie bisher erhalten bleiben
- Wahlmöglichkeit: stationär, ambulant und
- Wahlmöglichkeiten in den stationären Lebens- und Wohnformen
- Soziales und humanistisches Menschenbild soll erhalten bleiben
- Eigene Möbel mitbringen
- Gut ausgebildetes und qualifiziertes Personal
- Einzelzimmer mit Dusche + WC; Wahlmöglichkeit zwischen Einzel- und Doppelzimmer
- Farblich gestaltete Wohngruppen und Wohneinheiten → Unterscheidung wichtig

- Dass immer dieselben Pflegekräfte denselben Bewohner betreuen
- Gegliedertes Angebot (Pflegekette)
- Betreuung: Humanbetrieb versus Ökonomie
- Hoher Anteil an examiniertem Personal
- Gute Versorgung muss bleiben
- Ehrenamtliches Helfen
- Altenheim als Zuhause erleben (komplette Befriedigung der psychischen und physischen Bedürfnisse)



Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

- Bewohnerorientierte Pflege und Betreuung sowie mitarbeiterorientierte Pflege
- Pflege soll individueller geleistet werden
- Mehr Schutz den Wehrlosen
- Bewohner und Angehörige sollten von Pflegenden als Partner verstanden werden
- Auf Wunsch sollten Einzelzimmer vorhanden sein
- Pflegehandlung soll reflektiert durchgeführt werden
- Hausgemeinschaft bzw. Wohngruppen sollten gefördert werden
- Der Alltag sollte stärker gelebt werden unter Ergänzung von Ehrenamtler
- Rahmenbedingungen für größtmögliche Selbstbestimmung der Beteiligten schaffen
- Kleine Wohneinheiten (für alle)
- Alltagsorientierung statt Körperpflege-Zentrierung
- Selbstbetreuung + Wahlmöglichkeiten; Alltag anreichern
- Hemmschwelle für ehrenamtliches Engagement senken
- Institutionalisierte Bürgerbeteiligung
 - ⇒ am Prozess der altengerechten Stadtplanung
 - ⇒ Integration der Einrichtungen im Stadtteil
- Finanzierung + Zuständigkeiten dezentralisieren + entbürokratisieren
- Alternativen: Wohngruppen, WGs, Umsetzung von neuen Konzepten
- Neue Architekturen beim Neubau
- Grundhaltung der Mitarbeiter ändern
- Sterbebegleitung
- Offen für Vorschläge von außen
- Neue Konzepte für Demenzkranke entwickeln
- Es muss mehr für Mitarbeiterschulungen getan werden
- Stärkere persönliche Betreuung, Medikamente zurückfahren
- Pflege soll an Lebensentwicklung orientiert /ausgelastet sein. Alter und Tod sind nicht kontrollierbar.
- Abbau von Komplexität

- Mehr kleine Wohneinheiten / Hausgemeinschaften innerhalb eines Hauses
- Einbeziehung aller Bezugspersonen in den Tagesablauf
- Öffnung in den Stadtteil
- Mehr Personal
- Abbau von administrativen Aufgaben für Mitarbeiter
- Kostenreduzierung durch Umstrukturierung der Kosten
- Öffnung (in unterschiedliche Richtung) dem Stadtteil gegenüber
- Zeitdruck reduzieren
- Zusammenarbeit ambulant – stationär ausbauen
- Mehr Raum für die Bedürfnisse der Bewohner + Mitarbeiter, kleine Gruppengrößen, andere Wohnformen
- Mehr psychosoziale Betreuung (professionelle / ehrenamtliche)
- Einbindung von Angehörigen und Freunden
- Unterschiedliche Wohnformen entsprechend der Person
- Individuell Zuwendung steigern
- Aufstockung psychosozialer Bereich
- Anerkennung von Demenz als zusätzliche Leistung
- Ehrlicher Umgang mit Heimbewohner / Beschäftigte (Diskrepanz zwischen Leitbild und Realität)
- Variable Raummöglichkeiten / Wohnmöglichkeit
- Fachliche und menschliche Haltung verbessern / Image der Heime und Pflege
- Optimaler Betreuungsschlüssel – psychosoziale Betreuung
- Entbürokratisierung – Vermischung Altenheim / Pflegeheim / offene Einrichtung
- Wahlmöglichkeit zwischen Einzelzimmer und Doppelzimmer, kleinere Einheiten, eine andere Flexibilität in Wohngemeinschaften, in Einrichtungen und in freier Wohnung sowie betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung
- Förderung von Initiativen (siehe psychisch Kranke)
- Bessere Vernetzung der Beteiligten
- Fortbildungs- und Supervisionspflicht
- Pfleger sollten mehr Zeit haben für Bewohner
- Aus- und Weiterbildung für Pflege
- Demente + Schwerstpflegefälle sollten in verschiedene Pflegebereiche getrennt werden
- Wohnlichkeit auch für den kleinen Geldbeutel
- Verbesserte Ausbildung
- Mehr Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeitern
- Mehr Engagement von Angehörigen und Jugendlichen
- Mehr Zeit für psychosoziale Betreuung
- Kleinere Einheiten zur besseren Betreuung
- Mehr Eingehen auf individuelle Bedürfnisse von Bewohnern
- Mehr menschliche Zuwendung, Initiative der Angehörigen und Freunde stärken, mehr Ehrenamt, Entlastung des Pflegepersonals
- Vorbereitung auf das Lebensende ernst nehmen
- Mehr Berücksichtigung der Individualität in der Pflege und Betreuung
- Die zur Verfügung stehende Zeit besser nutzen, mehr Zeit zur Verfügung haben
- Öffnung nach Außen

Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden?
Was ist mein Beitrag dazu?

- Ehrenamtler sollen mobilisiert werden
- SeniorenWGs mit gegenseitige Hilfe
- Einbeziehung von vielen Professionen
- Förderung durch das Land und die Kommune
- Vernetzung fördern
- Case-Management
- Eigenverantwortlichkeit fördern und fordern
- Vielfalt muss vom Gesetzgeber gefördert werden, Bereitschaft auf neue Entwicklung einzugehen, Flexibilität
- Öffentlichkeitsarbeit
- Politisches Engagement – Ehrenamtliches Engagement
- Eigenes Bewusstsein werden
- Finanzielle Umverteilung
- Öffentlichen Druck machen
- Projekte zur Verbesserung der Pflege (mit Evaluation)
- Stadtteilbezogene Vernetzung der gesetzlichen Betreuer
- Motivation zum Ehrenamt
- Anerkennung des Berufsbildes Altenpfleger/in im Zusammenhang mit einer attraktiven Bezahlung
- Persönliches und gesellschaftliches Engagement (Einmischen / Mitmischen!)
- Größere Transparenz der Träger
- Finanzielle Mittel bereitstellen, politisches Lobby, ehrenamtliches Engagement nutzen
- Netzwerke, mehr persönliche Kontakte
- Ehrenamtlich arbeiten, motivieren, Teamgedanken fördern
- Gruppen begleiten und initiieren
- (Migranten-) Konzepte umsetzen
- Bessere Ausbildung
- Bessere Bezahlung
- Einbeziehung von Bewohnern, Angehörigen – Ehrenamtlern
- Konzeptentwicklung vorantreiben
- Öffentlichkeitsarbeit
- Größere gesellschaftliche Wertschätzung des Alterns
- Vereinfachung der Bürokratie und Dokumentation
- Verbesserung der Fachlichkeit, Forschung
- Thema in der Öffentlichkeit bürgernah vertreten, Einsetzen für eigene gute Verteilung der Mittel
- Position für persönliche Begleitung im Alter
- Strukturen der Heime so verändern, dass sie in der öffentlichen Wahrnehmung nicht negativ überkommen
- Überzeugung von Politik im Bund, Land, Landkreis, in der Stadt

- Umdenken in den Köpfen (alle) ➔Forderung
- Über den Tellerrand gucken (abgucken)
- Öffentlichkeitsarbeit (FFA)
- Gesetzliche Rahmenbedingungen ändern (Schrittweise umsetzen)
- Kommunale Investitions- Förderprogramme (kleine Wohneinheiten)
- „Vernetzungsbeauftragte“ auf Stadtteilebene
- Veränderungsbereitschaft / Innovationsbereitschaft bei Funktionsträgern
- Persönliches Engagement im beruflichen / persönlichen Bereich
- Sensibilisierung und Aufklärung der Bevölkerung und der Politiker für neue Wohnformen
- Ausarbeitung des multikulturellen Ansatzes
- Idee der neuen Wohnformen in der Bevölkerung verbreiten
- Bereitschaft höhere Beiträge zu zahlen
- Integrierte Heime ins soziale Leben
- Frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegebedürftigkeit und ihren Auswirkungen für den Einzelnen und die Gesellschaft
- Ehrenamtliche Tätigkeit
- Bewusstsein schaffen im Rahmen der individuellen Möglichkeiten
- Mitarbeit in Gremien
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit
- Werben von ehrenamtlichen Mitarbeitern, Eigenleistung
- In der Öffentlichkeit klar machen, dass alle eine Gesellschaft sind – ob alt, jung oder mittleren Alters, z. B. durch die Medien
- Biographisches Arbeiten, angepasste Pflegeplanung auf die aktuelle Situation
- Umgestaltung des Wohnbereiches / der Station mit Einbeziehung der Bewohner und Angehörigen
- Vorbild sein
- Andere gewinnen
- Fort- und Weiterbildungen
- Förderung des Ehrenamtes
- Aufwertung des Altenpflegeberufes
- Mitwirken, neue Wohn- und Lebensformen zu entwickeln
- Sterbebegleitung
- Arbeitsabläufe effektiver und flexibler gestalten
- Angehörigenarbeit / Einbezug von Ehrenamtlichen

Arbeitsergebnisse/Wortprotokolle der dritten Dialogrunde. In dieser letzten Runde fanden sich jeweils acht / neun Personen zu sechs Großgruppen zusammen. Wieder wurden die drei Fragen diskutiert und schriftlich beantwortet. Jede Großgruppe suchte aus ihren Antworten einem Themenschwerpunkt aus und entwickelte dazu Umsetzungsstrategien.

Großgruppenergebnisse:



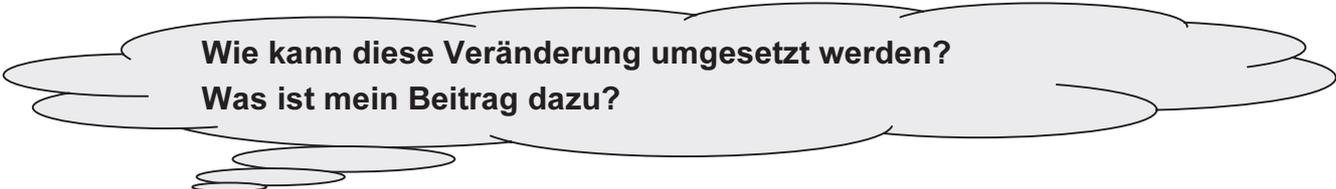
Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Eigene Möbel mitbringen, individuelle Gestaltung muss möglich sein
- Farblich differenziert gestaltete Wohnbereiche, Einheiten
- Einzelzimmer mit Dusche + WC, Wahlmöglichkeit zwischen Einzel- oder Doppelzimmer
- Bezugspflege und gut ausgebildetes und qualifiziertes Personal



Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

- Qualifizierte Ausbildung, Fortbildungspflicht und Supervisionspflicht
- Spezielle Angebote für Demenzkranke + Schwerstpflegebedürftige
- Mehr Zeit für psychosoziale Betreuung
- Mehr Flexibilität in den Wohnformen, die durch Kommune + Land gefördert werden
- Förderung von Initiativen, die eigenverantwortliche Versorgung organisieren wollen
- Bessere Vernetzung der in der Pflege beteiligten Professionen
- Eigene WGs in Einrichtungen

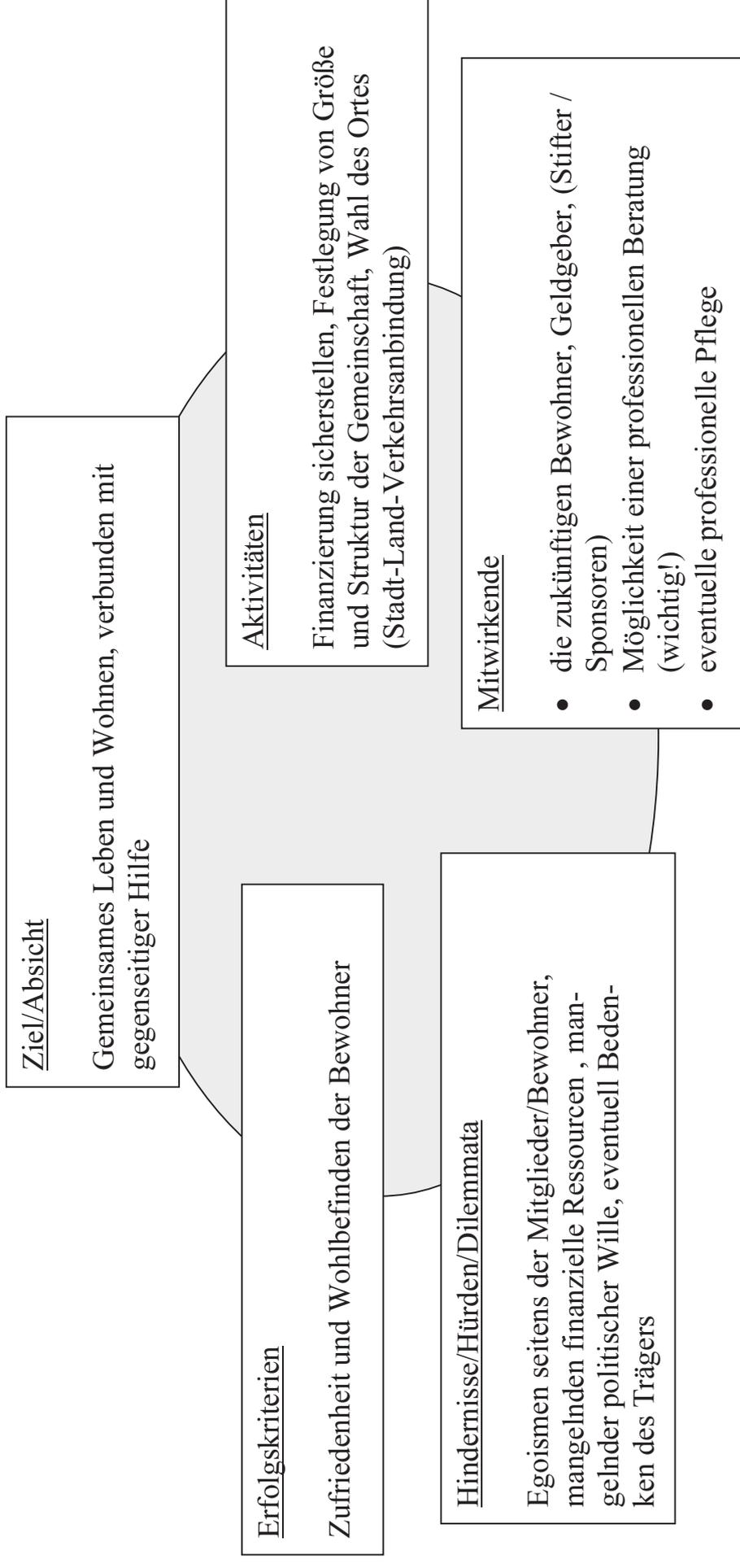


Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden? Was ist mein Beitrag dazu?

- Mehr Ehrenamtliche werben + organisieren, bessere gesellschaftliche Anerkennung
- Know-how der verschiedenen Professionen vernetzen, berücksichtigen
- Finanzielle Unterstützung durch Land und Kommune
- Eigenverantwortlichkeit fördern und einbringen
- Mehr Bereitschaft der Geldgeber + Finanzierungsträger, neue Initiativen + Entwicklungen zu unterstützen
- Flexibilität der Behörden bei Förderung und Anerkennung von Initiativen
- Sponsoren finden, Sozialsponsoring
- Förderung eines anderen Bewusstseins gegenüber dem Alten in der Gesellschaft

Umsetzungsstrategien

Thema: Gemischte Wohngemeinschaft realisieren (jung und alt)



Großgruppenergebnisse:

Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Beibehaltung unterschiedlicher Wohnform und Wohnkonzepte
- Pflege- und Betreuungsfachlichkeit
- Erhalt des Angebots der psychosozialen Betreuung
- Beibehaltung der externen Qualitätskontrollen und Qualitätsberatung

Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

- Förderung neuer Ansätze z. B. Hausgemeinschaften, kleinere Wohneinheiten
- Öffnung nach außen = Hereinholung der Öffentlichkeit
- Verbesserung der Zusammenarbeit von ambulant – stationär

Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden?

Was ist mein Beitrag dazu?

- Aus Zeitgründen haben wir diesen Punkt weggelassen, daher schnelle Einigung auf einem Punkt
= Öffnung der Pflegeheime nach außen

Umsetzungsstrategie

Thema: Öffnung der Pflegeheime nach außen

Ziel/Absicht
Öffnung nach außen
Hereinholung der Öffentlichkeit
Transparenz der Altenarbeit

Erfolgskriterien

Es ist zur Selbstverständlichkeit geworden, dass interessierte Anwohner in dem Heim ein- und ausgehen.

Hindernisse/Hürden/Dilemmata

- Zeitaufwand
- Kritik und Auge der Öffentlichkeit ausgesetzt
- Schwellenangst

Aktivitäten

- Ausflüge mit Ehrenamtlichen
- Pflegeheim = Öffnung gegenüber FHs
- Angebot von Räumen
- Angebot von Essen, sozialen + kulturellen Programmen
- Öffentliche Informationsveranstaltungen
- Zusammenarbeit mit Kindergärten + Schulklassen

Mitwirkende

Ehrenamtliche
Träger und Mitarbeiter
Kirchen, Vereine
Kindergarten, Schule

Großgruppenergebnisse:

Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Erhaltung stationärer Einrichtungen mit Biographie gestütztem Konzept, für alle, die es brauchen
- Menschlicher Umgang und medizinische Versorgung

Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

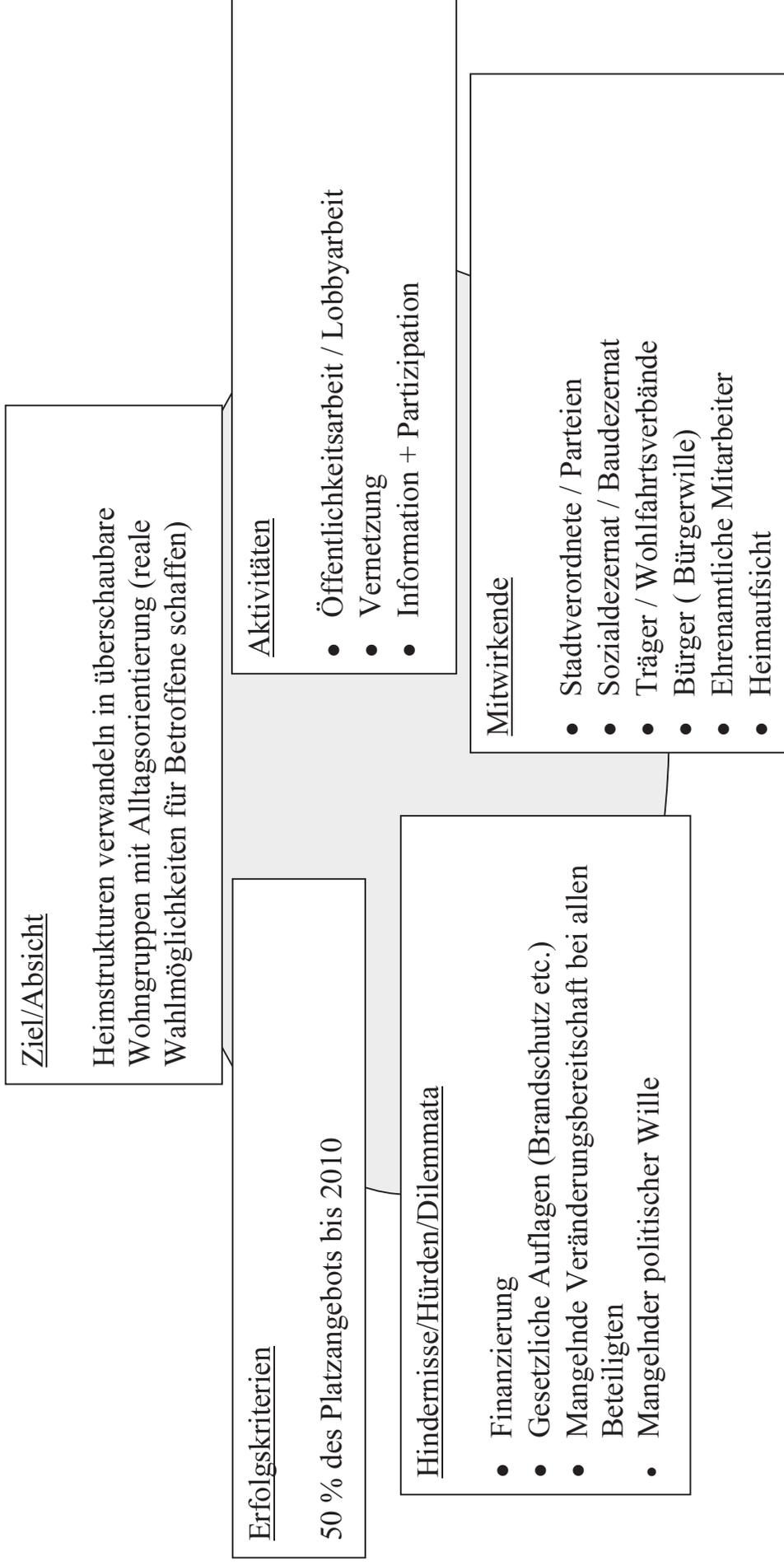
- Unterschiedliche Wohn- und Lebensformen (auf Wunsch EZ) sind zu berücksichtigen
- Erhöhung der psychosozialen Betreuung
- Unterschiedliche Konzepte für ehrenamtliche Betreuung
- Stärkung der Interessenvertretungen (Angehörige, Heimbeirat, gesetzliche Betreuer)
- Anerkennung der Demenz durch zusätzliche Leistungen
- Ehrlicher Umgang des Trägers mit Heimbewohnern und Beschäftigten

**Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden?
Was ist mein Beitrag dazu?**

- Heime sind in das soziale Leben zu integrieren
- Publizitätspflicht der Träger und größere Transparenz bei den Kosten
- Größere gesellschaftliche Anerkennung des Berufsbildes „Altenpfleger“ und attraktivere, leistungsbezogene Bezahlung
- Heiminterne Projekte zur Verbesserung der Pflege
- Stadtteilbezogene Vernetzung der gesetzlichen Betreuer
- Öffentliche Auseinandersetzung (Schule, Medien etc.) mit dem Thema Pflegebedürftigkeit
- Bereitschaft, höherer Beiträge zur Pflegeversicherung zu akzeptieren

Umsetzungsstrategie

Thema: Selbstständige Wohn- und Lebensformen durch kleine Wohneinheiten



Großgruppenergebnisse:



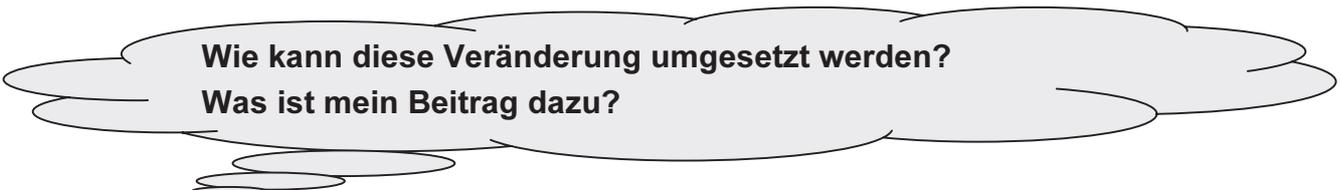
Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Altenheim als „zu Hause“ erleben (komplette Befriedigung psychologische und physische Bedürfnisse)



Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

- Mehr menschliche Zuwendung
- Berücksichtigung der Individualität der Einzelnen
- Initiative von Angehörigen / Ehrenamtlichen / Bekannten stärken
- Adäquate Begleitung bei Lebensthemen und –krisen (und Sterbebegleitung)

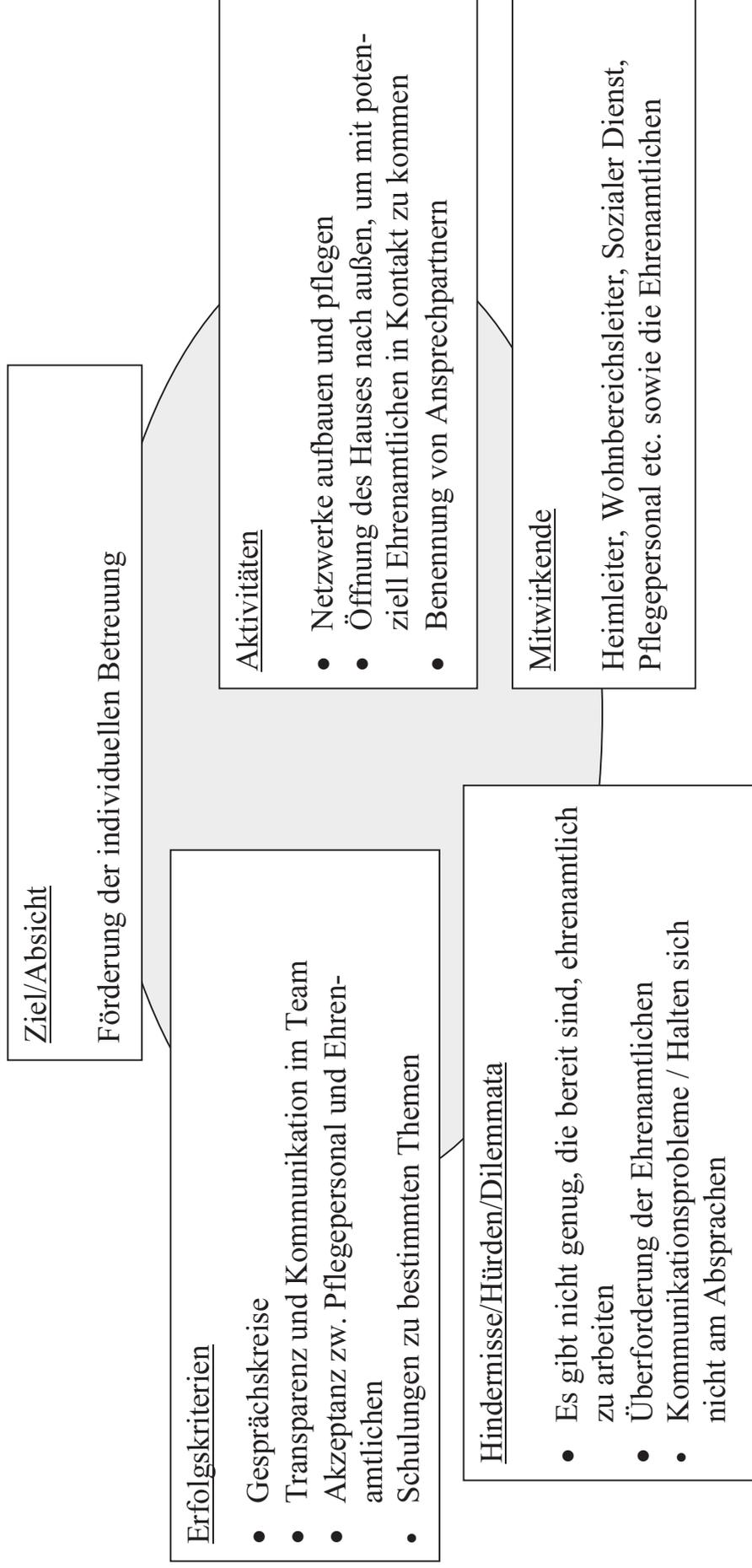


**Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden?
Was ist mein Beitrag dazu?**

- Schulung von ehrenamtlichen Helfern / Angehörigen zu bestimmten Themengebieten der Gerontologie und Geriatrie
- Aufwertung der Altenpflegeberufes
- Neue Wohn- und Lebensformen (kleine Wohneinheiten, WGs)

Umsetzungsstrategie

Thema: Stärkung des ehrenamtlichen Engagements



Großgruppenergebnisse:

Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Erhalt der Altenpflegeheime mit der Aufgabe als Humanbetrieb in der persönlichen Beziehungsarbeit
- Subsidiarität / Solidarität
- Engagement der Mitarbeiter erhalten
- Wohnortnahe Altenpflegeheime

Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

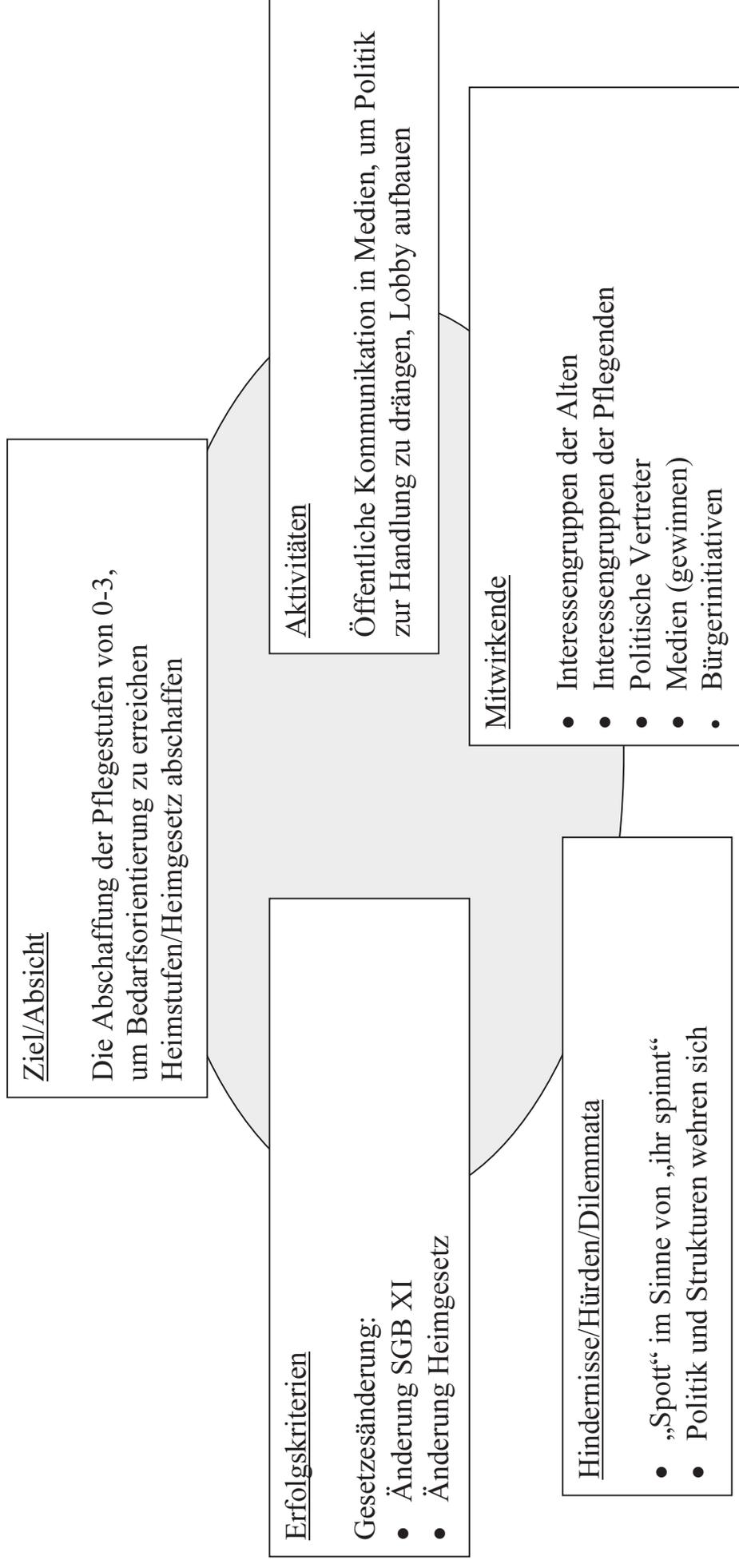
- Verbesserung → weg von der Leistungsorientierung hin zur Lebensorientierung
- Biografische Orientierung – Potentiale der Bewohner/-innen nutzen

**Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden?
Was ist mein Beitrag dazu?**

- Erhöhung der Gesellschaftspolitischen Wertigkeit von Alter und Behinderung
- Informations- und Innovationsverpflichtung
- Vernetzungsstrukturen trotz Konkurrenz

Umsetzungsstrategie

Thema: Weg von der Leistungsorientierung hin zur Bedarfsorientierung



Großgruppenergebnisse:

Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Angebot (allgemein zugänglich und gesicherte Finanzierung für dem Bürger) soll bleiben
- Vielfalt und vorhandene Standards sollen erhalten und nicht wieder reduziert werden
- Zugang auch für nicht pflegebedürftige Bürger
- Kleine Einrichtungen, stadtteilorientiert
- Unterschiedliche Weltanschauungen
- Hoher Anteil an examiniertem Personal

Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

- Kleine flexible Wohneinheiten für alle Bewohnergruppen
- Mehr Alltagsorientierung als Körperpflegezentrierung
- Bürgerbedingung bei der Planung, Öffnung in die Stadtteile, Senkung der Hemmschwelle für ehrenamtliches Engagement und Bürgerbeteiligung
- Verbesserte quantitative und qualitative personelle Ausstattung der Einrichtung
- Entbürokratisierung und Kommunalisierung der Zuständigkeiten
- Offenheit für neue Pflegemodelle / Bewohnerorientierte Pflege
- Mehr Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeitern, Angehörigen und Jugendlichen
- Mehr Zeit für psychosoziale Betreuung
- Mitarbeiterpflege / Wertschätzung / Ressource der Mitarbeiter nutzen

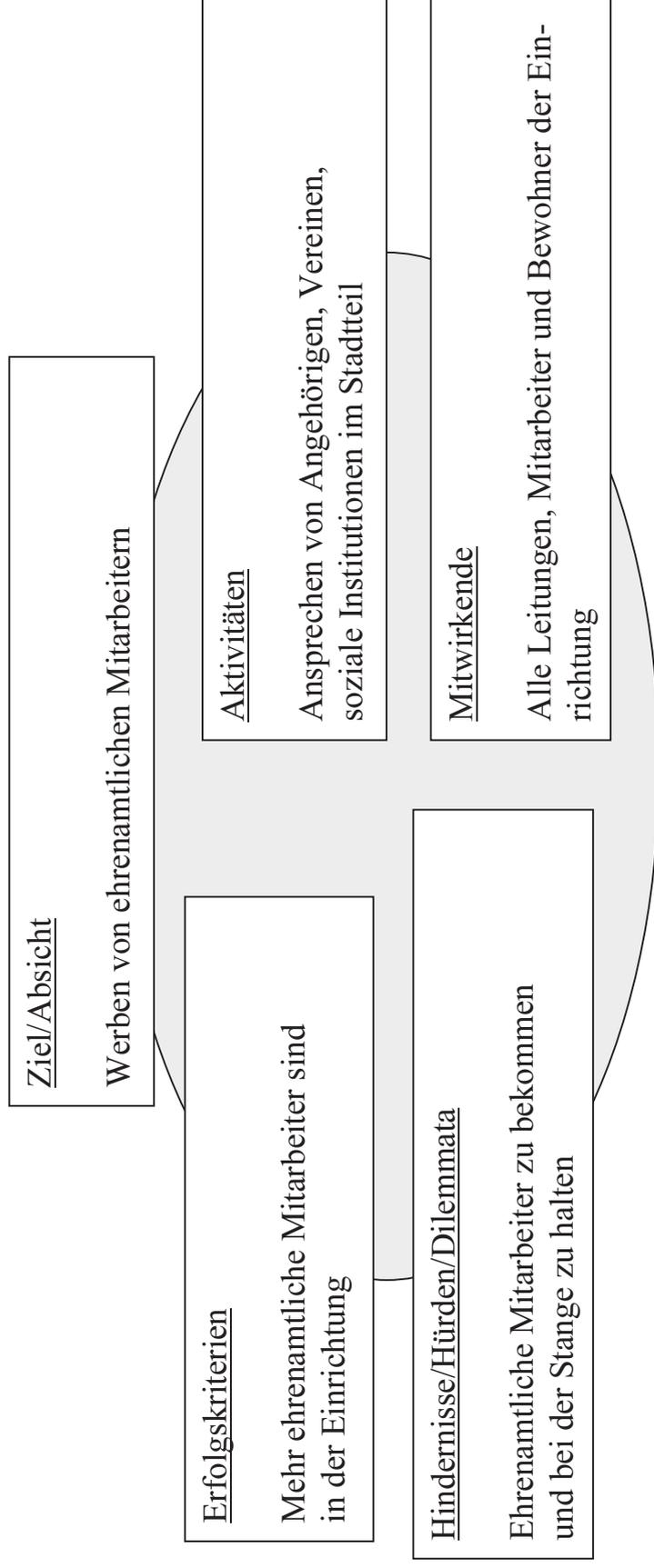
Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden?

Was ist mein Beitrag dazu?

- Kommunales Investitionsförderprogramm
- Vernetzungsbeauftragter / Stadtteilebene
- Gesetzliche Rahmenbedingungen und Übergangsfrist bei den Umstrukturierungen
- Finanzielle Umverteilung
- Berufliches, politisches, ehrenamtliches und persönliches Engagement
- Ausarbeitung des multikulturellen Ansatzes
- Aufklärung der Gesellschaft
- Werben von ehrenamtlichen Mitarbeitern (Schulung und Begleitung)
- Biographisches Arbeiten / Kontinuierliches Bezugspersonal

Umsetzungsstrategie

Thema: Werben von ehrenamtlichen Mitarbeitern (Schulung und Begleitung)



Zusammenfassungen zum Pyramidendialog

Abschließend zwei Zusammenfassungen zum Pyramidendialog. Diese Texte sind von zwei Teilnehmerinnen einige Wochen nach der Veranstaltung verfasst worden.

Eine Zusammenfassung ist eine Stichwortsammlung zu den drei Fragen des Pyramidendialogs:

Was soll in der stationären Altenpflege so bleiben?

- Ehrenamtliches Helfen
- Pflegerische Versorgung, ansonsten habe ich zu wenig Einblick

Was soll sich in der stationären Altenpflege ändern?

- Mehr menschliche Zuwendung, Initiative der Angehörigen u. Freunde stärken, mehr Ehrenamt, Entlastung des Pflegepersonals vorbereiten auf das Lebensende ernst nehmen
- Neben Berücksichtigung der Individualität in Pflege und Betreuung
- Die zur Verfügung stehende Zeit besser nutzen / mehr Zeit zur Verfügung haben
- Öffnung nach außen
- Andere Wohnformen, kleine Wohneinheiten, jedoch überschaubar für das Personal (Pflege), mehr Beachtung für Demenzkranke, soweit mögliche Beschäftigung

Wie kann diese Veränderung umgesetzt werden? Was ist mein Beitrag dazu?

- Vorbild sein, andere gewinnen, Fortbildung, Weiterbildung, Förderung d. Ehrenamtes Aufwertung d. Altenpflegeberufes, Mitwirken, neue Wohn- Lebensformen zu entwickeln, Sterbebegleitung
- Arbeitsabläufe effektiv, flexibel gestalten
- Angehörigenarbeit / Einbezug von Ehrenamtlichen
- Sozialsponsoring
- Der Veränderungswunsch ist zunächst ein Zukunftsgedanke, den es weiterzuentwickeln gibt.
- Ich bin ehrenamtlich tätig und setze mich für die persönlichen Belange meiner betreuten Personen ein.

Die andere Zusammenfassung ist ein Versuch, aus der Fülle der Arbeitsergebnisse des Pyramidendialoges die Frage zu beantworten „Was war den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wichtig für die Zukunft der stationären Altenpflege?“.

Der Schwerpunkt liegt eindeutig bei der Selbstbestimmung im alltäglichen Leben und den Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Wohn-, Lebens- und Betreuungsformen im Alter auch und insbesondere in der Situation der Hilfebedürftigkeit. Innovative Konzepte sollen zukünftig Vorrang haben und entsprechend gefördert werden.

Die Angebote der Wohnformen sollen architektonisch kleinräumig, überschaubar und vielfältig sein (Wohngruppen, Hausgemeinschaften, Betreutes Wohnen, generationenübergreifendes Wohnen etc.). Dies beinhaltet auch die Akzeptanz und Offenheit gegenüber unterschiedlichen Lebensentwürfen, Weltanschauungen und Religionen. Es sollen Lebensräume sein, in denen die Menschen in einen sozialen Kontext eingebunden sind und aktiv am alltäglichen Leben mit „echten Aufgaben“ teilnehmen können. Dies würde unter anderem auch bedeuten, dass zukünftig der (dezentrale) hauswirtschaftliche Bereich eine gemeinschaftliche Aufgabe von Mitarbeitern und Bewohnern ist. Alltag soll auch für Hilfsbedürftige erfahrbar und erlebbar bleiben durch die Teilnahme an haushaltsbezogenen Tätigkeiten wie z. B. die gemeinsame Planung und Zubereitung der Mahlzeiten. Gleichzeitig soll die Möglichkeit der Individualisierung (selbstbestimmte Gestaltung des Tagesablaufes) und die des persönlichen Rückzugs (Einzelzimmer) gegeben sein. Die Strukturen und Bedingungen sollen so sein, dass an die eigene Lebensgeschichte und die bisherigen Lebensgewohnheiten angeknüpft sowie Sicherheit und emotionale Geborgenheit erfahren werden kann.

Die bisherigen Standards (Qualitätsniveau) im Bereich der Pflege sollen erhalten bleiben. Darüber hinaus wird für die Mitarbeiter eine Erweiterung und Vertiefung der psychosozialen Kompetenz gewünscht, die über den Versorgungsauftrag (Pflege im engeren Sinne) hinausgeht. Es wird festgestellt, dass für die Gestaltung gleichwertiger und authentischer Beziehungen neben einem respektvollen Men-

schenbild und einer entsprechenden Qualifikation die verfügbare Zeit ein wesentliches Element ist. Die gilt natürlich auch für die Pflege im engeren Sinne.

Die medizinische Versorgung soll gut sein.

Ein weiterer Schwerpunkt der Visionen ist die Vernetzung im Sozialraum (Stadtteil) mit dort lebenden Bürgern (Ehrenamt) sowie der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (Schulen, Kindergärten, kulturelle Einrichtungen etc.). Dies würde zum einen voraussetzen, dass alte Menschen bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, zum anderen verlangt eine kontinuierliche Begegnung der Generationen Öffnung und Engagement von allen Beteiligten.

Der Begleitung des sterbenden Menschen soll besondere Sensibilität und Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Zusammenfassung zu vier wichtigen Zielen:

Selbstbestimmung: Wahlmöglichkeit zwischen vielfältigen, alternativen Wohn-, Betreuungs- und Lebensformen im Alter, bisherigen Lebensstil fortsetzen und Alltagsabläufe selbst gestalten und bestimmen können, echte Aufgaben haben, Teilnahme am kulturellen und sozialen Leben.

Geborgenheit: Eingebunden sein in einen lebendigen Alltags- und Beziehungskontext, Bezugspflege, Zeit für Beziehung, Qualität der Beziehung.

Sicherheit: Qualifikation der Mitarbeiter auch im psychosozialen Bereich, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, gute medizinische Versorgung.

Innovation: Förderung vielfältiger, alternativer Wohn-, Betreuungs- und Lebensformen.

Vernetzung: Wechselseitige Öffnung und Begegnung der Generationen im Sozialraum (Stadtteil), institutionell und informell (Bewusstsein).

Was ist als Ergebnis der Dialogkonferenz in den Bericht der Arbeitsgruppe eingeflossen?

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen“ haben die Arbeitsergebnisse des Pyramiddialogs in Ihren Bericht zur partizipativen Altersplanung aufgenommen.

Zunächst wurden die vielen Anregungen den vier Zielen *Selbstbestimmung*, *Sicherheit*, *Innovation* und *Vernetzung* tabellarisch zugeordnet, und zwar nach den Erwartungen der Bürger, den sich daraus ergebenden notwendigen Handlungsempfehlungen an die Politik, an Behörden und Ämter, an die Einrichtungsträger und die Kostenträger. Die tabellarische Übersicht ist sehr umfangreich. Wesentliche Aspekte wurden zusätzlich ausführlich in Textform aufbereitet. Zum Ziel *Geborgenheit* wurde der Textbeitrag ergänzt um ein Interview mit einem Heimbewohner, den Beobachtungen und Veränderungsvorschlägen einer Angehörigen und Anregungen von Mitarbeitern aus einem Altenpflegeheim.

Dank des engagierten Mitwirkens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Dialogkonferenz zum Thema „Wie soll das Altenpflegeheim der Zukunft aussehen?“ konnte die Arbeitsgruppe eine Fülle von Anregungen und Umsetzungsideen an den Magistrat und die Stadtverordnetenversammlung weitergeben.

Feedback zur Dialogkonferenz

Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben zum Ende der Veranstaltung einen Fragebogen zum Feedback ausgefüllt, die Reaktionen sind hier wiedergegeben, ebenfalls als Wortprotokoll.

- Wie war der Tag für Sie?

lang! (2x)

abwechslungsreich, aber anstrengend, immerhin Ehrenamt!

gut, interessant

zu lange

spannend

anregend

anstrengend! (3x) Fühle mich gut gefüllt.

etwas zu lang

interessant und informativ

lebendig

gut - anstrengend

spannend, tolle Informationen und Kontakte

na ja

angenehm, abwechslungsreich, sehr interessant, hat Spaß gemacht

anstrengend, aber gut

bereichernd und anstrengend

Ich habe meine menschlichen Kontakte kommunikativ gesteigert.

anstrengend, aber informativ und anregend

- Was lief gut? Was waren Höhepunkte?

Zukunftsvisionen/ Pyramidendialog, Ergebnis-Zusammentragung

der letzte Teil ab 15 Uhr

Austausch, Dialog miteinander

Arbeit in Gruppen sehr lebendig, anregend, weniger ermüdend

Mir gefiel die Art der Gruppenarbeit. Hohe Bereitschaft der Teilnehmenden kreative Ideen zu entwickeln.

die gemeinsame Arbeit in Teams

insgesamt guter Ablauf. Die Programmwechsel waren professionell koordiniert.

die Abschlussvorstellung im Plenum

die Arbeit in den Gruppen

die 6 Themenpunkte

Interessant war die Methode; Gruppenarbeit lief gut; Moderation war gut.

Gruppenarbeit 1 – 3 – 9 -...; Austausch mit sehr unterschiedlichen Akteuren in anderem Rahmen

Vormittag und Kleingruppen

die Diskussionen

die Informationen und das fast gleichlaufende Ergebnis

Gut war die unterschiedliche Mischung der Teilnehmer, viele unterschiedliche Gesichtspunkte
gutes Zeitmanagement; Modell „Dialogkonferenz“ erfolgreich
intensives Arbeiten in den Gruppen

Die Art der Verantwortung in themenbezogener Gruppenarbeit war neu und interessant und erfolgreich.

Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen

Arbeit in Arbeitsgruppen (am Vormittag); Erklärung ihres „Modells“ der Arbeit in Großgruppen
Organisation, Aufbau, Themen, keine Höhepunkte

die Zeiteinteilung und Vorbereitung; durch kleine Arbeitskreise konnte eigentlich jeder seine
Erfahrungen und Meinung einbringen.

Pyramidendialog

Gruppenbildung, Arbeit an Themen, Hähnchenschenkel (*gab es als Mittagessen*)

Moderations-Einweisung in die Gruppenarbeit. Vernetzung der Institutionen

guter Einstieg durch gute Information; Gleichgesinnte mit guten Beiträgen, Ideen zur
Bewältigung der Anforderungen

Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen Gruppen

die Kommunikation/ jeweils in den Kleingruppen

die Moderation

gute Zusammenarbeit in den Gesprächen mit konkreten Vorschlägen

Gespräche mit „Professionellen“ in der Gruppe. Spannend: die sehr unterschiedlichen
Perspektiven, Sichtweisen, Wichtigkeiten etc.

der Dialog am Nachmittag mit den aufbauenden Gruppen; erstaunliche Übereinstimmung der 9
Mitwirkenden!; Austausch mit Einzelteilnehmern (Pausen)

Pyramidendialog war gutes Instrument.

Produktivität

Austausch mit interessanten Menschen, mit denen ich sonst nicht zusammen gekommen wäre.
Kennen lernen einer neuen Methode.

Ich habe erlebt, dass ganz unterschiedliche Funktionsträger zu Ergebnissen kommen können, die
gemeinsam angegangen werden können. Dadurch entsteht Umsetzungskraft.

Kleingruppenarbeit

die Bereitschaft miteinander zu arbeiten; dass es in vielen Punkten einen Konsens gab

Gruppenbildung, Erarbeitung der Konzepte in den Gruppen

- Was lief nicht so gut, blieb unklar? Was waren Tiefpunkte?

Einstieg war nicht klar genug für jeden > Fähigkeit

hoher Geräuschpegel; unklar, was als Ergebnis verwendet wird

Zeit für konkretes Konzept hätte länger sein müssen.

Die Akustik im Raum war sehr anstrengend.

Das „geplante“ Zusammentreffen von Professionellen + Laien reduziert die Ergebnisqualität + Quantität.

Das Ziel des Mappings war mir nicht ganz klar. Die Geräuschkulisse war oft anstrengend.

Aufgabenstellung beim Mind-Mapping unklar; Abwehrstrategien und Konsequenzen
nicht ausreichend erklärt. Nur über das Beispiel für unsere Gruppe umsetzbar.

nachmittags Vortrag im Plenum zu viel Informationen und deshalb trotz guter
Pyramidenstruktur als Konsequenz dennoch schlecht strukturiert, weil zuviel.

bei der Pyramide der Konsens
pünktliches Beginnen; sprachliche Diskrepanz
zeitweise hoher Erklärungsaufwand in den Gruppen
die Verwertung unserer Arbeit (Wie geht es weiter, bekommen wir Auswertungen, etc.?)
Geräuschpegel; Missverständnisse in der 9er Gruppe
Der Arbeitsstil war am Vormittag wenig hilfreich.
Begriffserklärung in der Gruppenarbeit, unterschiedliche Ansätze
Arbeit in der 9er Arbeitsgruppe am Nachmittag; Erklärung der einzelnen Arbeitsschritte
war nicht immer ausreichend.
war okay; keine Tiefpunkte
Action-Mapping – die Aufgabenstellung blieb uns absolut unverständlich.
Tatsache, dass es noch viel zu tun gibt; Pessimismus der Politik gegenüber
zu wenig „wirklich Neues“
große Geräuschkulisse (2x), Verständigung war anstrengend.
vielleicht kann man sich in verschiedene Räume verteilen – einfach zu laut in der Diskussion
Ziemlich seicht. Alles schon mal gehört. Keine Aha-Erlebnisse.
die nicht vorhandene Bürgerbeteiligung „absolute Mehrheit“ der Professionellen,
dadurch eine gewisse Einseitigkeit des Diskurses/ Prozesses!!
Wie wollen wir weiter machen, wo bekommt man Adressen für Ansprechpartner?
Tiefpunkte: sich wiederholende Redebeiträge, Lautstärke insbesondere am Vormittag
Das Mapping war chaotisch. Professionelle haben unter sich diskutiert. Laien/Betroffene
kamen kaum zu Wort. Überforderung mit der Aufgabenstellung/teilweise unklar.
Ergebnisse wurden nicht wirklich ausgearbeitet. Frage nach Sinn und Zweck.
manchmal die Kommunikation. Und die Lautstärke in der großen Gruppe
Geräuschkulisse; Mittagessen; das eigentliche Thema wurde erst im letzten Drittel bearbeitet.
Durch die Vielfalt der Fragestellungen war eine Vertiefung von Einzelthemen nicht möglich.
Einiges ging unter durch Konsensprozess.
der teilweise hohe Lärmpegel, man konnte sich mitunter schlecht konzentrieren.

- Was war für Sie das Wichtigste, was Sie heute gelernt haben?

gewisse Gemeinsamkeiten, wir stehen noch sehr am Anfang.
Methode der Gruppenarbeit, Eigeninitiative als Motor (weiterhin)
neue Organisation im Gruppendialog
Flexibilität und Toleranz bleiben ein wesentlicher Faktor in der Zusammenarbeit. Es bewegt sich was!
Mich kurz zu fassen
Wichtig + gut war, mit so vielen Gruppen zum selben Thema zusammenzutreffen + Meinungen zu hören.
Es gibt Lösungsansätze aus der Misere.
Phasenmodell des Dialogs
Man auch in großen Gruppen arbeiten!
die Methoden
Mind-Mapping; Diskussionen und Dialogmethoden
die Aufgabe, Menschen zu helfen

die Probleme der anderen

Viele Personen können trotz unterschiedlicher Vorgabe zu einem gemeinsamen Ziel kommen.

Dass es mehr „Gutmenschen“ gibt, als gelegentlich verbreitet wird.

Gruppenarbeit in der praktizierten Form

die enorme Vielfalt von Lösungsansätzen für vielfältige Aufgabenstellungen

Vielfalt

Alle, die sich mit dem Thema Altenheim beschäftigen haben mehr oder weniger ähnliche Meinungen, Ansätze etc. Wie in politisches Handeln transferieren?

friedlicher Verlauf

Dass in den Altenheimen mehr getan wird in der Betreuung als bekannt.

Arbeitsmethode Pyramidendialog; Dialog-Phasenmodell; informelle neue Kontakte; Mut zur konkreten Utopie...

dass wir noch viel zu tun haben

wegen der unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnisse noch ein langer Weg

neue Ideen, Erweiterungen von Erfahrungen. Konstruktive Arbeit mit vielen ist möglich.

Viele gute Ideen, die hoffentlich auch finanziell umsetzbar sind.

Erfahren/erlebt habe ich, dass meine Gedanken und Forderungen ganz ähnlich bei anderen vorhanden waren – und ich mir dadurch eine engagierte Weiterarbeit erhoffe!

Erstens: Wie moderiere ich eine Großgruppe; Zweitens: Die meisten Teilnehmer können nicht über ihren Tellerrand sehen, keine großen Entwürfe machen.

Austausch von Erfahrungen, im ehrenamtlichen Engagement zu erbringen

Ich wusste schon, dass Veränderungen im Schneckentempo passieren, immerhin ist ein Anfang gemacht!

Dass es viele Informationslücken gibt und die Außensicht auf die Heime eher negativ ist (zumindest zu Anfang pauschalisiert wurde)

unterschiedliche Sichtweise von unterschiedlichen Professionen

Dass man zusammen stark ist und mehr erreichen kann als allein.

effektiv und schnell auch in größeren Gruppen und mit „Fremden“ zu arbeiten und zu einem Ergebnis zu kommen.

Kommunikation ist das A + O des gesellschaftlichen Diskurses.

Austausch in Kleingruppen; individuelle Erfahrungen darüber, was hemmt und fördert im praktischen Alltag.

Es ist einfach wichtig miteinander zu reden, um etwas zu verändern oder einfach zu erfahren, wo sind Wünsche und Bedürfnisse um entsprechend tätig zu werden.

Die in den Gruppen erarbeiteten Ziele waren nach meinem Eindruck sehr zielorientiert + übereinstimmend.

- Ihr Ratschlag/Wunsch: Was sollten wir im Falle von weiteren Veranstaltungen beachten? Welche Themen sollten wir berücksichtigen?

Weiter an einer Bildgestaltung arbeiten. Sinnhaftigkeit des Alterns + des hohen Alters, Herausarbeitung der Grenzen, aber auch der Möglichkeiten.

Unbedingt weitermachen.

evt. verstärkter Wechsel der didaktischen Mittel – nicht nur Gruppenarbeit und Plenum, mehr Medieneinsatz

evt. Plenumgespräch am Schluss zu interessanten Aspekten aus der Arbeit (Ergebnisse) der Gruppen

Sanitäre Anlagen sollten besser gepflegt sein.

das Thema „Senioren-Wohnformen“

Trennung von „Laien“ und „Professionellen“ unter der Berücksichtigung, dass bei diesem Thema niemand nur Laie (Betroffener) oder nur Professioneller ist.

Ich bin erschlagen, mir fällt momentan nichts ein.

Mensch und Technik

Der letzte Punkt, das Zielthema, kam zu kurz. Hätte mir mehr Zeit für Visionen gewünscht.

An Themen weiterarbeiten und in die Praxis umsetzen.

Nahtstelle Hauptberufliche und Ehrenamt

Weiter so. (2x)

Die Tagesarbeit auf 2 Tage aufteilen.

Dauer der Veranstaltung etwas kürzer.

9 – 18 Uhr ist zu lang!!! lieber zwei Tage...

Weiter die Informationen aus einem so gemischten Personenkreis anzapfen.

mehr Zeit für weniger Themen

Tag ist zu lang (bis 17 Uhr?); Zusammenarbeit der Gruppen in einem Raum zu anstrengend (vor allem am Vormittag)

Der Stoff war zu umfangreich, Zeit zu knapp, wäre Inhalt für 2 Tage

die ambulante Pflege und wie können ambulante Dienste (einschließlich Haushalt) an ihre Grenzen kommen.

Erstens: es sollte weitere Dialogkonferenzen mit breiter Bürgerbeteiligung geben – auch wenn „PAP“ abgeschlossen ist. Zweitens: Arbeitsmethoden etwas klarer beschreiben Drittens: in der Einladung Wegbeschreibung angeben (mit Fußwegangabe von der nächsten U-Bahnstation)

Ehrenamt, deren Betreuung, Anerkennung, Aufwertung des Pflegeberufes

Politik und Kostenträger einladen

Fortentwicklung + vertiefende Bearbeitung mit Verantwortlichen + den Bürger/innen zum Älterwerden...

Themen des Sozialrechts wie Pflegeversicherung, Europäisierung, Sozialrecht in der EU-Verfassung

Wunsch, dass über die Stadt Frankfurter zum Thema Altwerden in ähnlicher Weise Angebote gemacht werden.

mehr Homogenität der Gruppen oder allgemeine Thematik für alle

Bürgerbeteiligung am Prozess der partizipativen Altersplanung > Öffnung der Gruppe und der Themen
räumliche Trennung schon am Vormittag; Netzwerkgedanke; jetzt an einem der erarbeiteten Punkte z. B. „Vernetzung“ weiterarbeiten!!

Die eigenen Wünsche des Einzelnen für die Vorsorge im Alter bleiben ausgeklammert. Mehr kreative Vorstellungen/Ideen wären wünschenswert.

In kleineren Gruppen und in mehreren Räumen verteilt arbeiten. Aber auch in 2 Tagen. Es ist o. k. gewesen.
weniger lang

Hierzu sollten auch generationenübergreifende Angebote gemacht werden.

Entscheidungsträger stärker einbinden; (Politik) –Verantwortliche einbeziehen;

Verbindlichkeitscharakter stärken

Wiederholung solcher Veranstaltungen, vielleicht in kleinerem Rahmen.

Als wichtigstes Thema sehe ich das finanzielle Missverhältnis der Bezahlbarkeit der Pflege im Alter. Wenn meine Frau und ich in ein Pflegeheim gehen, reichen unsere recht guten Pensionen nicht aus! Das Sozialamt wird helfen müssen. Die verkaufte Eigentumswohnung und der Garten geben zwar zunächst finanziellen Rückhalt, der aber nach den bereits heute gestellten, finanziellen Anforderungen in einigen Monaten aufgebraucht sein wird.

Zur Abrundung der Dokumentation ein Auszug aus einem Fachaufsatz zum Arbeitsansatz der Moderatorin:

Doris Lau - Villinger: „Kollektives Denken“

Gemeinsame Denkprozesse in Organisationen lassen sich nicht erzwingen, doch wir können Zeit und Raum schaffen, in denen innovative Ideen und neue Handlungsstrategien entstehen können. Die meisten von uns haben eine Vorstellung davon, was es heißt, mit anderen in einen Dialog zu treten, gemeinsam zu denken und neue Gedanken zu entwickeln. Im Alltag gerät dieses Wissen jedoch häufig in den Hintergrund. Statt dessen absorbieren Bereichsdenken, Machtkämpfe und Schnittstellenprobleme unsere Zeit und Energie.

Die Unzufriedenheit von Unternehmen über die eigene Reaktionsgeschwindigkeit und -qualität löst Ende der 80er Jahre die Suche nach neuen organisationalen Denk- und Handlungsformen aus. Das ist die Geburtsstunde der „lernenden Organisation“. Seit Anfang der 90er Jahre arbeiten Betriebe, Wissenschaftler und Organisationsberater am Massachusetts Institute of Technology gemeinsam an praxisorientierten Konzepten und Methoden der lernenden Organisation. Eine wesentliche Rolle spielen hier die Disziplinen der dialogischen Kommunikation und des systemischen Denkens. [...]

Im Dialog wird Raum geschaffen zum gemeinsamen Nachdenken, um komplexe Fragen und kritische Themen besprechbar zu machen, Wiederholungskreisläufe zu erkennen und neue Lösungswege zu finden. Der Dialog unterscheidet sich von anderen Gesprächsformen. Das bedeutet nicht, dass andere Gesprächsformen an Bedeutung verlieren. Entscheidend ist, die Unterschiede zu kennen und die Qualität und die Intensität von Interaktionen bewusst gestalten zu können. Die betriebliche Ausrichtung auf Zielerreichung unter Zeitdruck wirft immer wieder den Unterschied zwischen Dialog und Diskussion auf.

Das Wort „Dialog“ (griech. dialogos) setzt sich zusammen aus den Begriffen „dia“ (durch) und „logos“ (Wort oder Bedeutung des Wortes). Durch die Bedeutung des Wortes entsteht eine Verbindung zwischen den Menschen, zwischen den Individuen und dem Kollektiv.

Das Wort „Diskussion“ kommt von denselben Wurzeln wie „percussion“ (Schlaginstrument) und „concussion“ (Erschütterung). Die Wurzeln bedeuten „zusammenschlagen“. In vielen Diskussionen scheint es das Ziel zu sein, die Standpunkte aufeinander zu schlagen, bis einer als Gewinner stehen bleibt (Abb. 1).

	Dialog	Diskussion
Handlungsfokus	Entwicklung von Wahlmöglichkeiten	Entscheidung hervorbringen
Umgang mit Wissen	Einsichten gewinnen	Kenntnisse darlegen
Theorie über Wahrheit	Parallelität verschiedener Wahrheit	Entweder falsch oder richtig
Zwischenmenschliche Dynamik	Alle sind im Gespräch präsent	Viele Anwesende bilden die Peripherie
Umgang mit der Zeit	Kairos (Gesprächspartner nehmen sich die Zeit, die sie für den Gedankenaustausch benötigen.)	Kronos (Den Gesprächspartnern steht eine festgesetzte Zeit für den Gedankenaustausch zur Verfügung.)

In der dialogorientierten Interaktion erleben wir, dass die Entschleunigung und das Wegfallen des Entscheidungsdrucks sowie die Präsenz und Offenheit der Mitwirkenden dazu führen, dass neue Erkenntnisse entstehen und tragfähige Entscheidungen mit einem hohen Grad an Konsens sich wie von selbst ergeben.

Das Prinzip der Entfaltung basiert auf der Annahme, dass Fragen und Themen zu gegebenem Zeitpunkt an die Oberfläche drängen und darauf warten, bearbeitet zu werden. Das Prinzip der *Mitwirkung* besagt, dass wir als Menschen ein aktiver Bestandteil eines umfassenden Systems sind und sich in uns die Dynamiken des Umfeldes widerspiegeln. Als Teil des Ganzen erleben wir eine Verbundenheit mit der Welt und können Anteil nehmen. Das Prinzip der *Zusammengehörigkeit* beschreibt den aufkommenden Wunsch nach Stimmigkeit, Sinnhaftigkeit und Vollständigkeit, wenn wir Fragen und Themenstellungen bearbeiten. Das Prinzip der *Selbst- und Prozesswahrnehmung* geht davon aus, dass wir die Handlungen verstehen wollen und es dazu hilfreich ist, die laufenden Prozesse zu reflektieren. Als Menschen verfügen wir über die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung, die es ermöglicht, unser eigenes Denken und Fühlen zu beobachten und zu reflektieren, um dadurch unser Verhalten zu steuern.

Der Dialog ist weniger eine Methode als eine Haltung. Im Dialog nehmen die Mitwirkenden eine lernende Haltung ein. Es geht nicht mehr um die Durchsetzung von Einzelinteressen oder Bestrebungen bestimmter Funktions- und Hierarchiegruppen, sondern um die Herausarbeitung von Wirkungszusammenhängen und Rückkopplungsprozessen sowie die ganzheitliche Betrachtung von Gegebenheiten, Fragestellungen, Herausforderungen, Dynamiken etc. Wichtige Aspekte, Aktionsvorschläge, Einschätzungen vieler Personen, werden zusammengetragen und erkundet, entfaltet, hinterfragt, ergänzt. Es entsteht ein Fluss von Gedanken, dessen Geschwindigkeit und Richtung kollektiv gesteuert wird, mit engagierten bis chaotischen, mit nachdenklichen bis hin zu stillen Phasen.

Auf die Frage, in welcher dieser Phasen sie sich als Teams am häufigsten bewegen, sagen die meisten Organisationsmitglieder in Phase I und II, manchmal in III und selten bis nie in IV, in der Phase des Flow. Der „Flow“, der freie Fluss der Gedanken im Dialog, zeichnet sich dadurch aus, dass er nicht erzwungen werden kann. Kreativität und Engagement bedürfen der Freiwilligkeit und der Offenheit im Ergebnis. Entwicklung innovativer Ideen, Freigabe von Wissen, Schaffung von neuem Wissen, entstehen nur ohne Druck. In Interaktionsprozessen können wir uns in jeder dieser Phasen befinden. Entscheidend ist, wie wir durch unser Handeln die strukturelle Dynamik im Interaktionsprozess beeinflussen und uns in eine andere Phase begeben können. [...]

Wie kann es gelingen, die kollektive Intelligenz von Organisationen zur Wirkung kommen zu lassen? Vergangenheitsbezogenes Denken, individualistische Interessen, Bereichsegoismen, intransparente Entscheidungsstrukturen etc. erschweren kollektive Denkprozesse. Um die kollektive Intelligenz in Organisationen zu nutzen, benötigen wir ein emotional abgekühltes Interaktionsfeld. Organisationsmitglieder müssen in der Lage sein, sich selbst gegenüber in Distanz zu treten und Gedanken von anderen in sich aufnehmen zu können, ohne in Verteidigungs- und Abwehrhaltung zu gehen. Im Verlauf von Interaktionen treten in der Regel Krisen auf. Organisationsmitglieder müssen lernen, sich diesen Krisen zu stellen und sie zu überwinden, anstatt sich für Flucht, Rückzug oder Machtdemonstrationen zu entscheiden.

In dialogorientierten Interaktionsprozessen ist eine Balance zwischen Plädieren und Erkunden zu beobachten [...]. In unserer alltäglichen Interaktion sieht das anders aus, überwiegend wird plädiert, d. h. Behauptungen werden Behauptungen entgegengesetzt.

Wir plädieren in produktiver Weise, indem wir:

- über bestimmte Teilaspekte unserer Meinung, unserer Ansichten sprechen,
- unsere Gedankengänge verdeutlichen, die zu dieser Ansicht geführt haben,
- unsere Ansichten anhand konkreter Beispiele erläutern, so dass andere nachvollziehen können, wie wir zu unseren Schlussfolgerungen gekommen sind,

- verdeutlichen, dass unsere Interpretationen zu Ereignissen, zu anderen Personen oder uns selbst nur Interpretationen sind,
- eindeutig äußern, was wir von anderen Personen erwarten. Wir beschreiben die konkreten Wege und Kriterien, so dass anschließend nachvollziehbar wird, ob wir und die anderen den Anforderungen gerecht geworden sind.

Wir erkunden in produktiver Weise, indem wir:

- in Verbindung mit unseren Fragen unser eigenes Denken, unsere Annahmen und unser Verständnis der jeweiligen Situation erläutern,
- die Standpunkte von anderen erforschen, ohne zu verurteilen oder zu beurteilen,
- uns selbst fragen, was wir möglicherweise nicht berücksichtigt haben,
- andere ermuntern, ihre Standpunkte zu hinterfragen bzw. zu überprüfen,
- nach anderen Ansichten fragen,
- fragen, was außer Acht gelassen wurde bzw. was fehlt,
- fragen, was passieren wird, wenn man in diese Richtung weiter geht,
- das Denken erforschen, das hinter dem jeweiligen Handeln steht.

[...] steuern wir die Dynamik von Interaktionsprozessen aus vier Handlungspositionen (auch Handlungsrollen genannt) heraus: Initiator, Unterstützer, Herausforderer und Prozessbeobachter. Entsprechend unserer inneren Impulse wechseln wir zwischen diesen Positionen hin und her, bewusst oder auch unbewusst. Die Fähigkeit von Menschen, aus allen vier Positionen heraus agieren zu können, erhöht die Chance, in einen wissensgenerierenden Dialog eintreten zu können. Im „Flow“ erleben wir die Präsenz aller Handlungspositionen und eine Balance zwischen Plädieren und Erkunden¹.

Als Initiatoren und Herausforderer bewegen wir uns auf der Aktionsachse, wir plädieren. Als Unterstützer und Prozessbeobachter befinden wir uns auf der Reflexionsachse, wir erkunden. Dialogorientierte Interaktionsprozesse werden davon getragen, dass die Gesprächspartner in der Lage sind, diese Positionen flexibel wahrzunehmen. Auch wenn jeder von uns bevorzugte Handlungsrollen hat (insbesondere in Stresssituationen), können wir durch die Reflexion des eigenen Kommunikationsverhaltens und durch Feedbackprozesse erkennen, wo unsere Stärken und Schwächen liegen. Daraus ergibt sich, welche Kompetenzen wir weiter ausbauen sollten.

Durch die Uneindeutigkeit von Aussagen entstehen in vielen Gesprächen destruktive Dynamiken, die das kollektive Denken verhindern. Demgegenüber ist die Klarheit über Ziel und Absicht der jeweiligen Aussage hilfreich. Es wird sofort eindeutig, aus welcher Handlungsposition der jeweilige Gesprächspartner agiert. Der gemeinsame Denkprozess wird nicht durch interaktive Irritationen zerstört. Der Initiator sagt, in welche Richtung er oder die Gruppe sich bewegen sollten, er greift Themen auf, macht Vorschläge etc. Der Unterstützer fördert die Idee des Initiators. Er stellt vertiefende Fragen und fordert den Initiator auf, seine Aussagen umfassender zu beschreiben. Der Herausforderer stellt sich dem Initiator entgegen, prüft die Aussagen des Initiators auf Stimmigkeit und nimmt andere, eventuell abweichende Standpunkte ein. Der Prozessbeobachter betrachtet die inhaltliche Entwicklung und zwischenmenschliche Dynamik des Gespräches, er äußert seine Wahrnehmungen über vorhandene Handlungsmuster sowie fehlende bzw. ungenügend berücksichtigte Aspekte in dem geführten Dialog.

Im Dialog wird der Beobachtung der eigenen Gedankengänge eine wesentliche Bedeutung beigemessen. Die Dialogpartner sind jeweils in der Lage, eine distanzierte Haltung zu ihrem eigenen Denken einzunehmen und sich selbst reflektierende Fragen zu stellen, bevor sie agieren. [...]

Den Handlungsrollen/ -positionen sind Kompetenzen zugeordnet, die maßgeblich die Qualität der Interaktion prägen². Kollektive Denkprozesse werden gefördert, indem Gesprächspartner das

¹ siehe Dokumentation der Dialogkonferenz, Seite 12

² siehe Dokumentation der Dialogkonferenz, Seite 13

ausdrücken, was sie wirklich bewegt und von dem sie annehmen, dass es für den kollektiven Prozess relevant ist. Man muss in der Lage sein, mit einer reflexiven und distanzierten Haltung den eigenen Gedanken zu begegnen und diese auf ihre Bedeutsamkeit für die Gemeinschaft hin zu überprüfen. [...]

Die vier Handlungskompetenzen sind der Schlüssel zu kollektiven Denkprozessen. Kollektive Denkprozesse benötigen einen dialogischen Raum, ein Setting, das allen Gesprächspartnern ein Gefühl der Sicherheit gibt, Einschätzungen und Meinungen beisteuern zu können und gehört zu werden. W. Isaacs bezeichnet diesen Raum als „Container“. Als Gesprächsteilnehmer oder Beobachter kann man jedes Setting mit der Frage überprüfen, ob hier Energie und Sicherheit für die Interaktionspartner spürbar ist. Wenn nicht, kann man davon ausgehen – noch bevor das erste Wort gesprochen ist – dass die Resultate limitiert sein werden. Ein dialogischer Raum entsteht durch die innere Haltung und das authentische Verhalten der Mitwirkenden. Die Stabilität dieses Denkraumes hängt davon ab, ob die Beteiligten in der Lage sind, auftretende Krisen zu meistern.

In vielen Gesprächen erleben wir, dass wir mit den Gesprächspartnern nicht in Verbindung stehen und wir weit davon entfernt sind, in einen kollektiven Austausch zu treten. Insbesondere für handlungsorientierte Personen ist dies sehr frustrierend. In der Phase der Höflichkeit erleben wir eine Aneinanderreihung von Monologen, die sich nicht wirklich aufeinander beziehen. Unsere Erwartungen an die Qualität des Austausches werden nicht erfüllt und es gelingt uns nicht, das Ergebnis hervorzubringen, das wir angestrebt haben. [...] bezeichnet diesen Punkt als die „Krise der Leere“. Vielfach steigen Personen an diesem Punkt aus dem Interaktionsprozess aus. Krisen fordern ein Innehalten und sie fordern Mut. Was darf in dem laufenden Interaktionsprozess bislang nicht gesagt werden, was ist das Verbotene? Um die Qualität eines Gespräches zu erhöhen, müssen die Beteiligten an diesem Punkt den Sprung wagen und ihre Positionen und Einschätzungen vertreten. Meinungen werden deutlich, bislang Undiskutierbares kommt an die Oberfläche. Das Gespräch wird an dieser Stelle konfrontativ und die Gefahr besteht, dass es zusammenbricht, wenn die Beteiligten rechthaberisch, besserwisserisch und manipulativ agieren und die „Krise der Suspension“ vermeiden. Indem die Mitwirkenden in die Krise der Suspension hineingehen, legen sie ihre Waffen und Schutzschilde nieder. Die Gesprächspartner beginnen zu erkennen, dass kein Standpunkt alle Wahrheiten enthält. Damit verlässt man die Reproduktion bereits festgefahrener Meinungen. Etwas Neues, etwas Gemeinsames kann entstehen. Im Flow ist eine extreme Energie vorhanden und die Qualität der Aufmerksamkeit und Präsenz aller Mitwirkenden ist außerordentlich hoch. Menschen, die diese Erfahrungen haben streben den Flow immer wieder an und tun sich schwer damit, wieder in die Alltagswelt einzutauchen. Es entsteht eine Krise des (Wieder-)Eintritts in die normale Welt mit all seinen Widrigkeiten. Für das Umfeld zeigt sich keine Notwendigkeit, sich zu ändern und wir können den Wandel nicht erzwingen. Doch wir können unsere Haltung zum Umfeld ändern. Wir können unser eigenes Verhalten reflektieren und steuern und damit beginnen, unterschiedliche Perspektiven zu erkunden anstatt sie zu ändern. Dadurch können wir die Dynamiken in Interaktionsprozessen maßgeblich mitgestalten und kollektive Denkprozesse leichter entstehen lassen. [...]

Quelle: Artikel „Kollektives Denken“, erschienen im Trojaner Nr. 12, Seite 4 ff, erschienen 4/2004, Herausgeber: Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft e. V., Frankfurt am Main.

Teilnehmerin/Teilnehmer		Interessengruppe
Frau Paula	Brand	Seniorenbeirat
Frau Lisel	Michel	Seniorenbeirat
Herr Elmar	Varnhagen	Seniorenbeirat
Herr Heinz	Buchholz	Seniorenbeirat
Frau Irene	Essenwanger	Sozialbezirksvorsteherin
Herr Fritz	Kromschröder	Sozialbezirksvorsteher
Herr Franz	Schirmer	Sozialbezirksvorsteher
Herr Herbert	Töpfer	Sozialbezirksvorsteher
Frau Ingrid	Iwanowsky	Sozialbezirksvorsteherin
Frau Ilka	Werner	Sozialbezirksvorsteherin
Herr Bernd	Fahle	Sozialdienst BG Unfall-Klinik
S.	von Döhren	Beratungs- und Vermittlungsstelle
Herr Armin	Ortwein	Beratungs- und Vermittlungsstelle Eschersheim
Frau Rita	Pflug	Beratungs- und Vermittlungsstelle Eschersheim
Frau Isolde	Rüth	Beratungs- und Vermittlungsstelle Gallus
Frau Simone	Schönbein	Beratungs- und Vermittlungsstelle Gallus
Herr Hans Albert	Link	Beratungs- und Vermittlungsstelle Sachsenhausen
Frau Angelika	Gritschke	Beratungs- und Vermittlungsstelle Höchst
Frau Christine	Langenbeck	Beratungs- und Vermittlungsstelle Goldstein
Frau Eva	Veigl	Sozialdienst für ältere Bürger
Frau Gisela	Feiling	Sozialdienst für ältere Bürger
Frau Margret	Metternich-Menke	Team Alten- u. Behindertenhilfe
Frau Angelika	Müller, Prof. Dr.	Fachhochschule Frankfurt am Main
Herr Bernd	Knodel	Fachhochschule Frankfurt am Main
Frau Judith	Veith	Fachhochschule Frankfurt am Main
Frau Angelika	Schnieder, Prof. Dr.	Uni Gießen Institut für Wirtschaftslehre
Frau Doris	Mußler	Heimleitung
Frau Waltraud	Bönig	Heimleitung
Herr Horst	Pogantke	Heimleitung
Herr Lothar	Schmidt	Heimleitung
Herr Uwe	Ebert	Heimleitung
	Türkis	Heimleitung
	Scharf	Heimleitung
		Frankfurter Verband für Alten- u. Behindertenhilfe e.V.
		Frankfurter Verband für Alten- u. Behindertenhilfe e.V.
		Evangelischer Regionalverband
		Sozialrathaus Bockenheim
		Sozialrathaus Bergen-Enkheim
		Sozialrathaus Höchst
		Fachbereich 4
		Fachbereich 4
		Fachbereich 4
		des Haushalts und Verbrauchsforschung
		Oberin-Martha-Keller-Haus, Frankfurter Diakonie-
		Kliniken gGmbH
		Wohnstift Lärchenstraße
		Bürgermeister-Menzer-Haus, Johanna-Kirchner-
		Stiftung der AWO
		Alten- und Pflegeheim Anlagenring GmbH
		Altenheim St. Konrad, Almosenkasse der
		Franziskanischen Gemeinschaft
		GDA Wohnstift Frankfurt am Zoo, Gemeinschaft
		Deutsche Altenhilfe GmbH
		Haus Aja Tector-Goethe, Sozial-Pädagogisches
		Zentrum e.V.

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Teilnehmerin/Teilnehmer		Interessengruppe	
Frau Ute	Bychowski	Heimleitung	Victor-Gollancz-Haus
Frau Brigitte	Hoppe	Pflegedienstleitung	Alloheim Seniorenresidenz Mainpark
Herr Carsten	Pfeiffer	Sozialdienst	AWO
Frau Christine	Lenz-Hofmann	Pflegedienstleitung	GDA Wohnstift Frankfurt am Zoo, Gemeinschaft Deutsche Altenhilfe GmbH
Frau Elisabeth	Rörig	Pflegedienstleitung	Pflegeheim Bockenheim, Frankfurter Verband für Alten- u. Behindertenhilfe e. V.
Frau Michaela	du Mesnil	Pflegedienstleitung	Haus Aja Textor-Goethe, Sozial-Pädagogisches Zentrum e.V.
Frau Heike	Wagner	Diplom-Pflegewirtin	Curanum Seniorenzentrum am Wasserpark
Frau Anke	Just		Curanum Seniorenzentrum am Wasserpark
Frau Rosa	Mazzola	Diplom-Pflegewirtin	Hufeland-Haus
Frau Jasmine	Hervé	Diplom-Pflegewirtin	Phönix Seniorenzentrum Taunusblick GmbH
Herr Niels	Liebau	Sozialdienst Altenpflegeheim	Johanna-Kirchner-Altenzentrum, Johanna-Kirchner-Stiftung der AWO
Frau Anke	Zerrahn	Alten- und Pflegeheim Anlagenring GmbH	Alten- und Pflegeheim Anlagenring GmbH
Frau Marion	Gilberg	Altenpflegerin	Bürgermeister-Gräf-Haus, Frankfurter Verband für Alten- u. Behindertenhilfe e. V.
Frau Angela	Friedrich	Sozialdienst	Henry und Emma Budge-Stiftung/Migranten
Frau Marga	Cuhas	Qualitätsbeauftragte	Frankfurter Verband für Alten- u. Behindertenhilfe e. V.
Frau Anneliese	Wissel	Heimbeirat	
Frau Gerda	Beisinger	Heimbeirat	
Herr Werner	Weimann	Heimbeirat	
Frau Irmgard	Keller	Heimbeirat	
Frau Ursula	Von Krüchten	Heimbeirat	
Herr Hans-Erich	Weitzel	Heimbeirat	
Frau Hannelore	Reuter	amtliche Betreuerin	
Frau Bluma	Bogdanoskaia	amtliche Betreuerin	
Frau Gertrud	Schuster	amtliche Betreuerin	
Herr Heinrich	Trosch	amtlicher Betreuer	
Frau Susanne	Feuerbach, Dr.	Frauenreferat	Stadt Frankfurt am Main
Herr Hans-Joachim	Kirschenbauer, Dr. med.	53.5 Abt. Psychiatrie	Stadt Frankfurt am Main, Stadtgesundheitsamt
Herr Gregor	Schorberger, Dr.	Katholische Klinikseelsorge Uni-Kliniken Ffm	
Frau Beate	Glinski-Krause	Frankfurter Forum für Altenpflege	Pressesprecherin
Frau Renate	Bautsch	Institut für Sozialarbeit e.V.	
Frau Trude	Kammer	Friedrich Schorling Stiftung	
Frau Ute-Gesche	Schönberger	Friedrich Schorling Stiftung	
Frau Christiane	von Keutz	Angehörige einer Alzheimer Patientin	

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Teilnehmerin/Teilnehmer		Interessengruppe
Frau Rosa	Meneses	Vertreter/Vertreterin der Migranteninteressen
Frau Sevil	Öztürk	Internationales Familienzentrum
Frau Monika	Henze	Universität des 3. Lebensalters
Herr Heinz	Mayer	Universität des 3. Lebensalters
Frau Eva	Zerhoch-Jah	AL Hausw. Dienste/Stat. AH
Herr Winfried	Hess	Ev. Altenheimseelsorge
Frau Ilka	Richter	Pflegedienstleitung
Herr Eike	von der Heyden	Heimaufsicht
	Nassim	
		Caritas-Höchst
		Seniortrainerin
		Betreuer
		Sozial- und Reha Zentrum West

Moderation: Dr. Doris Lau-Villinger Strategos - Institut für Organisationsentwicklung
Gabriele Rister Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main

9.3 Balanced Scorecard-Tabelle zur Dialogkonferenz

Balanced - Scorecard

Nr.	Ziel / Vision / Strategie	Erwartungen der Bürger	Handlungs-empfehlungen an die Politik	Handlungs-empfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter	Handlungs-empfehlungen an die Einrichtungsträger	Handlungs-empfehlungen an die Kostenträger	Messgrößen	Sonstiges
1.	Pflegebedürftige Menschen leben selbstbestimmt	Was müssen wir unseren Kunden bieten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche Rahmenbedingungen müssen entwickelt werden, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Wie kann die Sozialbehörde unterstützend tätig werden?	Welchen Beitrag müssen die Einrichtungen leisten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche finanzielle Ziele müssen wir erreichen, um eine erfolgreiche Umsetzung zu ermöglichen?	Wie ist der Zielerreichungsgrad messbar?	Welche sonstigen Faktoren müssen berücksichtigt werden?
	Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Wohnformen	Transparenz des Angebots (z. B. Erstellen einer Datenbank, kontinuierliche Bedarfsanalyse, zugehende Beratung)	Ämter- und behördenübergreifende Kommunikation = Lotsenstelle	Entwickeln von bedarfsorientierten Angeboten	Flexibilisierung der Finanzierungssysteme = Förderung von besonderen Vorhaben			
	Neue Wohnmodelle sollen entwickelt werden	Breite und gut kommunizierte Angebotspalette von unterschiedlichen Wohnformen	Bedarfsorientierte Planungen	Selbstbestimmte und variable Alltagsgestaltung ermöglichen, z. B. durch Veränderung der Pflegekonzepte und der Dienstzeitmodelle	Berücksichtigung der Kosten für erweiterte Betreuungsleistungen im Sinne der Selbstbestimmung			Innovationsbereitschaft
	Kontinuität im bisherigen Lebensstil, barrierefreies Wohnen	Schaffen von Rahmenbedingungen (z. B. Wohnungsbaugesellschaften motivieren <i>hier</i> zu investieren)	Vereinfachen in der Interpretation der externen Vorgaben (z. B. Brandschutz, Hygiene etc.) = Ermessensspielraum ausschöpfen	Entwickeln von bedarfsorientierten Konzepten und schaffen von Modellprojekten; Alltagsabläufe der Bewohner im Tagesablauf berücksichtigen = "Echte Aufgaben haben"	Flexibilisieren der bestehenden Vergütungsregelungen			Gefahr: Indiskrete Handhabung von biographischen Daten
	Teilnahme am kulturellen Leben	"Altersgerechte Stadt" (Verkehrsplanung, Stadtplanung, öffentlicher Nahverkehr, Begleit- und Beförderungsdienste)	"Altersgerechte Stadt" (Verkehrsplanung, Stadtplanung, öffentlicher Nahverkehr, Begleit- und Beförderungsdienste)	Ausweitung von kulturellen Angeboten in den Einrichtungen mit Beteiligung der Bewohner	Den hiermit verbundenen Aufwand finanzieren			
			Stadteilorientierte Kulturangebote auch in den Einrichtungen, Vernetzung	Biographieorientierte Pflege und Betreuungsplanung				
				Kooperation und Vernetzung im Stadtteil = Gemeinwesenarbeit				

Nr.	Ziel / Vision / Strategie	Erwartungen der Bürger	Handlungen an die empfehlungen an die Politik	Handlungen an die empfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter	Handlungen an die empfehlungen an die Einrichtungsträger	Handlungen an die empfehlungen an die Kostenträger	Messgrößen	Sonstiges
		Was müssen wir unseren Kunden bieten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche Rahmenbedingungen müssen entwickelt werden, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Wie kann die Sozialbehörde unterstützend tätig werden?	Welchen Beitrag müssen die Einrichtungen leisten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche finanzielle Ziele müssen wir erreichen, um eine erfolgreiche Umsetzung zu ermöglichen?	Wie ist der Zielerreichungsgrad messbar?	Welche sonstigen Faktoren müssen berücksichtigt werden?
2.	Sicherheit Versorgungssicherheit	Qualifizierte Versorgung von qualifizierten Anbietern	Schaffen von klaren, nachvollziehbaren u. wirksamen Rahmenbedingungen	Entwickeln von Überprüfungskriterien = Messgrößen	Umsetzen der Rahmenbedingungen, die sich aus den Anforderungen ergeben	Refinanzierungsmöglichkeiten zum Aufbau und Erhalt der Angebote sichern	Leistungsangebote prüfen durch unabhängige Dritte	Entwickeln von Expertenstandards
		Umsetzen der Erkenntnisse aus den Berichten der Sachverständigen = Bundesebene	Umsetzen der Erkenntnisse aus den Berichten der Sachverständigen = Bundesebene	Versorgungsverträge auf Grundlage von Qualitäts- und Leistungsvereinbarungen	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess; Aufbau von Qualitäts- Managementsystemen	Finanzielle Förderung von Entwicklungs- bzw. Modellprojekten	Qualifizierungsniveau	Ausbau der geriatrischen Schlüsselqualifikation für Hausärzte; ggf. Schwerpunktbildung fördern
		Schaffen und erhalten von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung	Schaffen und erhalten von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung	Kontinuierliche Personalentwicklung (Fort- und Weiterbildung etc.) = Steigerung der Motivationsrate der Mitarbeiter				

Erwartungen der Bürger	Handlungs-empfehlungen an die Politik	Handlungs-empfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter	Handlungs-empfehlungen an die Einrichtungsträger	Handlungs-empfehlungen an die Kostenträger	Messgrößen	Sonstiges
<p>Nr.</p> <p>Ziel / Vision / Strategie</p> <p>Was müssen wir unseren Kunden bieten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?</p>	<p>Welche Rahmenbedingungen müssen entwickelt werden, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?</p>	<p>Wie kann die Sozialbehörde unterstützend tätig werden?</p>	<p>Welchen Beitrag müssen die Einrichtungen leisten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?</p>	<p>Welche finanzielle Ziele müssen wir erreichen, um eine erfolgreiche Umsetzung zu ermöglichen?</p>	<p>Wie ist der Zielerreichungsgrad messbar?</p>	<p>Welche sonstigen Faktoren müssen berücksichtigt werden?</p>
<p>3.</p> <p>Innovation</p> <p>Flexibilität / Individualisierung</p> <p>Ein innovatives, bedarfsgerechtes Leistungsangebot</p>	<p>Informationsveranstaltungen u. Datenaustausch anregen, Zusammenarbeit fördern, Bürger motivieren, Foren dafür schaffen, ggf. finanzieren</p>	<p>Relevante Daten beim Bürger und bei den Einrichtungen systematisch erheben und zeitnah veröffentlichen, regelmäßiges und zeitnahes Berichtswesen aufbauen u. kommunizieren</p>	<p>Daten ermitteln, (veränderte) Bedarfslagen erkennen, Konzepte entwickeln u. umsetzen, Anpassung durch Organisationsentwicklungsprozesse, Leistungen flexibel und individuell erbringen</p>	<p>Berücksichtigung innovativer Konzepte in den Pflegesätzen</p>	<p>Auslastung, Ergebnis aus dem kontinuierlichen Abgleich der Bedarfe mit den Angeboten</p>	<p>Koordination der Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten</p>
	<p>Innovationsfonds im Haushaltsplan einrichten</p>	<p>Fachberatung und "Lotsenfunktion" als Stabsstelle im Amt (Bürgerbedarfe ermitteln, interne Behördenabläufe koordinieren etc.)</p>	<p>Neue Angebote entwickeln, neue Angebote im Kontakt mit den beteiligten Behörden umsetzen</p>	<p>Federführung des Sozialhilfeträgers bei der Festlegung von Einrichtungsbudgets (Pflegesatzvereinbarung)</p>	<p>Benchmarks</p>	<p>Die Verfolgung gemeinsamer Ziele hat ihre Grenzen bei der Trägerhoheit und dem freien Marktpreis.</p>
	<p>Auftrag zur "Entschlackung" von reglementierenden Vorgaben</p>	<p>Behördliche Zuständigkeiten bündeln, d. h. Atomisierung der Verantwortlichkeiten in der Altenhilfe abbauen, koordinierte "Entbürokratisierung"</p>	<p>Qualifizierungen, innerbetriebliche Fortbildungskonzepte; lernförderliche Informations- u. Kommunikationskultur entwickeln und pflegen</p>	<p>Angemessene Budgets in der Regelfinanzierung sicherstellen</p>	<p>Einführung systematischer Qualitätssicherungs- u. -entwicklungsverfahren; Zertifizierungen</p>	
	<p>Vertiefende Studien zu Einzelfragen veranlassen, regionale Fachtagungen zu Innovationsthemen organisieren, Veranstaltungen wie die Dialogkonferenz regelmäßig durchführen</p>	<p>Konzertrate aus Studien, Veranstaltungen u. Fachtagungen veröffentlichen, diskutieren, Wissenstransfer organisieren, Umsetzungen anregen und begleiten</p>	<p>Externe Fachberatung in die eigene Konzeptentwicklung integrieren</p>	<p>Angemessene Budgets in der Regelfinanzierung sicherstellen</p>	<p>Umfang der Umsetzung der Anregungen aus Studien, Veranstaltungen und Fachtagungen</p>	<p>gute Informations- u. Kommunikationsstrukturen aufbauen und pflegen, institutionsübergreifend und bürgernah</p>

Nr. Ziel / Vision / Strategie	Erwartungen der Bürger	Handlungs-empfehlungen an die Politik	Handlungs-empfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter	Handlungs-empfehlungen an die Einrichtungsträger	Handlungs-empfehlungen an die Kostenträger	Messgrößen	Sonstiges
	Was müssen wir unseren Kunden bieten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche Rahmenbedingungen müssen entwickelt werden, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Wie kann die Sozialbehörde unterstützend tätig werden?	Welchen Beitrag müssen die Einrichtungen leisten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche finanzielle Ziele müssen wir erreichen, um eine erfolgreiche Umsetzung zu ermöglichen?	Wie ist der Zielerreichungsgrad messbar?	Welche sonstigen Faktoren müssen berücksichtigt werden?
Öffentlichkeitsarbeit und Information	Information über die Aufgaben und die Fragestellungen	Anreize fürs Bürgerengagement setzen, Diskussionsforen schaffen, alle Altersgruppen ansprechen, bereits in Schulen etc.	Gezielte Bürgerbefragungen, offene Diskussionen und die Ergebnisse des Engagements auswerten und umsetzen	Stadtteil und Organisationen regelhaft einbeziehen	Institutionsübergreifendes Arbeiten		
"empowerment"	Mitgestaltung und Mitbestimmung	Fachlichkeit von Bürgern stärker einbeziehen (z. B. Initiativen, Selbsthilfegruppen fördern oder zu bürgerschaftlichem Engagement anregen durch "Ehrenamts-Card")	Bestehende ehrenamtliche Strukturen (stadtteilbezogen) stärker vernetzen, Kooperationen unterstützen, Lotsenstelle als Ansprechpartner	Ehrenamtliches Engagement von Bürgern (und Angehörigen!) über "benefits" fördern	Angemessene Budgets fürs Ehrenamt in der Regelfinanzierung sicherstellen	Bedarf, Bereitschaft, Nutzen und Umfang der Mitgestaltung und Mitbestimmung in der Stadtteilarbeit	Beratung u. Hilfestellung für Eigeninitiativen, Informationsaustausch Politik - Bürger
		Abbau der Hindernisse aus der Trennung von Gesundheits- und Sozialwesen	Schaffen von Anreizmöglichkeiten für Projekte			Veränderungen im Gemeinwesen durch Bürgerverantwortlichkeit	Aufbau dieses neuen Gemeinwesens im Kindergarten, in der Schule etc.
	Aufrechterhaltung und Förderung der sozialen Integration	Umsetzen der Erkenntnisse aus den Berichten der Sachverständigen auf Bundesebene und den Ergebnissen aus Bürgerbefragungen im Stadtteil	Anschubfinanzierung = Finanzielle Förderung = Sponsoring	Entwickeln von eigenen Angebote z. B. Kindergartenprojekt		Vielfalt der Angebote, Beteiligung der Bürger und Annahme durch den Bürger	
	Förderung von Toleranz und Akzeptanz im multigenerativen und -kulturellen Kontext	Integrierte Versorgungskonzepte umsetzen	Voraussetzungen schaffen für die Zusammenarbeit im kulturellen Leben der Stadt (z. B. Gemeinsame Veranstaltung von Projekten (Bedarfsanalysen, zielgerichtete Angebote)	Aufbau und Ausbau von Kooperationen		Weiterentwicklung und Intergration der Ergebnisse der Projektarbeit	

Nr.	Ziel / Vision / Strategie	Erwartungen der Bürger	Handlungs-empfehlungen an die Politik	Handlungs-empfehlungen an die beteiligten Behörden und Ämter	Handlungs-empfehlungen an die Einrichtungsträger	Handlungs-empfehlungen an die Kostenträger	Messgrößen	Sonstiges
		Was müssen wir unseren Kunden bieten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche Rahmenbedingungen müssen entwickelt werden, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Wie kann die Sozialbehörde unterstützend tätig werden?	Welchen Beitrag müssen die Einrichtungen leisten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erreichen?	Welche finanzielle Ziele müssen wir erreichen, um eine erfolgreiche Umsetzung zu ermöglichen?	Wie ist der Zielerreichungsgrad messbar?	Welche sonstigen Faktoren müssen berücksichtigt werden?
4.	Vernetzung wechselseitige Öffnung und Begegnung der Generationen im Sozialraum (Stadtteil), institutionell und informell (Bewusstsein)	Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Angeboten von Begegnungsmöglichkeiten	Förderung und Unterstützung von Begegnungsangeboten in den Stadtteilen	Schaffung eines Infopools über Leistungsangebote, Ansprechpartner, Räumlichkeiten etc.	Aktive Öffnung der Einrichtungen zum Gemeinwesen, Bereitstellung von Räumen und sonstigen Ressourcen	Kostendeckende Raummieten	Zahl der Teilnehmer und der Veranstaltungen	Umsetzung erfordert auch die Beteiligung von Vereinen, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen, Kitas, Schulen etc.
		Möglichkeit zur Entfaltung des persönlichen Interesses	Übernahme von Patenschaften/Schirmherrschaften	Lotsendienste für Gründungsphase und spätere Inanspruchnahme	Logistische Unterstützung von Initiativen und Gruppen	Anschubfinanzierung = Finanzielle Förderung = Sponsoring	Vielzahl der Angebote	Beteiligung anderer politischer Ebenen (Landespolitik, Bundespolitik, Europapolitik)
		Aufrechterhaltung und Förderung der sozialen Integration	Umsetzen der Erkenntnisse aus den Berichten der Sachverständigen = Bundesebene	Anschubfinanzierung = Finanzielle Förderung = Sponsoring	Entwickeln von eigenen Angebote z.B. Kindergartenprojekt		Ergebnisse aus Bürgerbefragungen im Stadtteil	
		Förderung von Toleranz und Akzeptanz im multigenerativen und -kulturellen Kontext	Integrierte Versorgungskonzepte umsetzen	Initiierung von Projekten (Bedarfsanalysen, entwickeln von zielgerichteten Angeboten)	Ausbau und Aufbau von Kooperationen			
			Abbau der Hindernisse aus der Trennung von Gesundheits- und Sozialwesen	Schaffen von Anreizmöglichkeiten für Projekte				
			Kooperationen unterstützen	Voraussetzungen schaffen für die Zusammenarbeit im kulturellen Leben der Stadt (z. B. gemeinsame Veranstaltungen und Aktionen)				
				Kooperationen unterstützen				

9.4 Rahmenbedingungen (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien usw.)

>> **Bundesrecht** <<
in der jeweils gültigen Fassung

- **Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V)** vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)
(Regelungen u. a. zu Leistungen, Abrechnung der medizinischen Behandlungspflege, Versicherungspflicht)
- **Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI)** vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014)
entspricht Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014). Dieses Gesetz ist mit Ausnahmen am 1. Januar 1995 in Kraft getreten. Regelungen zur stationären Pflege traten 1996 in Kraft.
(Regelungen u. a. zu Pflegestufen, Leistungen, zur Abrechnung der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich, Grundlage für die Prüfung der Qualität der Pflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - MDK)
- **Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (SGB XII)** vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 2004 S. 3305)
entspricht Artikel 1 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022)
- **Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit** (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014)
- **Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege** (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) vom 9. September 2001
(u. a. Grundlage für die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen)
- **Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf** (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I, S. 3728)
(Dieses Gesetz gilt auch für die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege)
- **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV- Modernisierungsgesetz, Gesundheitsmodernisierungsgesetz - GMG) vom 14. November 2004 (BGBl., I S. 2190)
- **Heimgesetz** (HeimG) vom 5. November 2001 (BGBl. I, S. 2970 ff.) (vgl. Anhang 9.5)
- **Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes** (Heimmitwirkungsverordnung – HeimmwV) vom 25. Juli 2002 (BGBl. I, S. 2896) (vgl. Anhang 9.5)
- **Verordnung über personelle Anforderungen für Heime** (Heimpersonalverordnung - HeimPersV) vom 19. Juli 1993 (BGBl. I S. 1205 ff.), geändert durch Gesetz vom 22.06.1998 (BGBl. I, S. 1506) (vgl. Anhang 9.5)
- **Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige** (Heimmindestbauverordnung – HeimMindBauV) vom 3. Mai 1983 (BGBl. I, S. 550 ff.) (vgl. Anhang 9.5)

**>> Bundesweite Regelungen des Medizinischen Dienstes
der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. - MDS <<¹**
in der jeweils gültigen Fassung

- **Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches**
(Begutachtungs-Richtlinien - BRi) vom 22. August 2001
(Grundlage für die Prüfung der Qualität der Pflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - MDK)
- **Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit**
(Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 07. November 1994
- **MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege**
(125 Seiten)
MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege
(108 Seiten)

"Um die Qualitätsanforderungen messbar zu machen, hat der MDS in Zusammenarbeit mit den Medizinischen Diensten die "MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege" entwickelt. Das Prüfkonzept des MDK ist beratungsorientiert. Das bedeutet, dass Prüfung, Empfehlung und Beratung eine Einheit bilden. Die Qualitätsprüfungen des MDK unterstützen die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegeeinrichtungen und geben Impulse für ggf. erforderliche Qualitätsverbesserungen. Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den MDK mit der Durchführung einer Qualitätsprüfung. In der Regel wird die Pflegeeinrichtung über den Termin der Prüfung informiert. Der MDK hat aber auch die Möglichkeit, unangemeldet zu prüfen. Dies ist zum Beispiel notwendig, wenn schwerwiegende Beschwerden von Angehörigen vorliegen. Bei Stichprobenprüfungen erfährt die Pflegeeinrichtung den Prüftermin in aller Regel einige Tage vor der Prüfung. Die Prüfung führt ein Prüfteam des MDK durch. Dieses Team besteht meist aus zwei Pflegefachkräften bzw. aus einer Pflegefachkraft und einem Arzt oder einer Ärztin. Je nach Größe der Pflegeeinrichtung und je nach Prüfauftrag dauert eine Prüfung zwischen zwei und drei Tagen. Zum Ende der Prüfung wird ein Abschlussgespräch mit Vertretern der Pflegeeinrichtung geführt, in dem erste Eindrücke aus der Qualitätsprüfung vermittelt werden. Über die Qualitätsprüfung erstellt der MDK einen Prüfbericht, der den Gegenstand, die Ergebnisse sowie - falls notwendig - Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten enthält. Der Prüfbericht wird innerhalb von sechs Wochen an die geprüfte Einrichtung weitergeleitet. Werden Qualitätsmängel festgestellt, hat die Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Anhörung eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden dann, ob und ggf. welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Mängel zu beseitigen. Der Träger der Pflegeeinrichtung erhält hierüber von den Landesverbänden der Pflegekassen eine schriftlichen Bescheid mit einer angemessenen Frist zur Mängelbeseitigung. Ob sich die Pflegequalität dann tatsächlich verbessert hat, wird durch so genannte Wiederholungs- oder Evaluationsprüfungen festgestellt. Durch das PQsG haben die Pflegekassen differenzierte Sanktionsmöglichkeiten erhalten. Beispielsweise kann die Pflegekasse die Vergütungen für die Dauer einer Pflichtverletzung angemessen kürzen. Stellt der MDK besonders schwerwiegende Missstände fest, kann die Pflegekasse den Versorgungsvertrag kündigen."

>> Weitere bundesweite Regelungen <<
in der jeweils gültigen Fassung

- **Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI**
in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995 (13 Seiten)
in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) vom 18. August 1995 (13 Seiten)
in der Kurzzeitpflege vom 18. August 1995 (13 Seiten)
in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996 (14 Seiten)

Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Sozialhilfeträger und die Bundesverbände der Pflegeeinrichtungen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) sowie unabhängiger Sachverständiger die "Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität nach § 80 SGB XI" als Grundlage für die Qualitätsprüfungen formuliert. Sie enthalten Anforderungen an die Qualität der Pflegeleistungen.

¹ Quelle: Internetseite des MDS: www.mds-ev.org

>> Hessenrecht <<
in der jeweils gültigen Fassung

- **Hessisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz**
vom 19. Dezember 1994 (GVBl. I S. 794)

>> Weitere gesetzliche Vorgaben <<
in der jeweils gültigen Fassung

Eine Vielzahl weiterer gesetzlicher Vorgaben ordnungsrechtlicher Natur (vgl. auch Kapitel 2.3.3.2) berührt den Bereich der stationären Pflege, da zahlreiche Behörden, jeweils aus unterschiedlicher Perspektive Beratung anbieten und Aufsicht ausüben. Beispiele sind die Gebiete: Baurecht, Gesundheit, Arbeitsrecht, EU-Richtlinien. Darüber hinaus wirken weitere Institutionen auf die stationären Altenpflegeeinrichtungen ein, insbesondere durch Vertragsregelungen oder Vereinbarungen (z. B. Versorgungsvertrag, Vergütungsvereinbarung nach SGB XI). Aufgrund der vielen Gesetze und Verordnungen in verschiedenen Rechtsgebieten haben Pflegeeinrichtungen daher eine Fülle von Vorschriften zu beachten.

Im Jahre 2002 wurden die "Anforderungen staatlicher Behörden an Anbieter von Pflegedienstleistungen" (gesetzlichen Mindestanforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen, Stand 1999) - im Rahmen eines Kooperationsmodells zwischen staatlicher Aufsicht und den Anbietern von Pflegeleistungen im Regierungsbezirk Kassel - in einem 111-seitigen Anforderungskatalog („Kasseler Katalog“) zusammengefasst. Sie reichen von Bestimmungen zum Mutterschutz und Arbeitsschutz, der Lebensmittel-, Raum-, Personal- und Abfallhygiene bis hin zur technischen Sicherheit. Der Heimträger hat damit erstmals ein Kompendium, das ihm ermöglicht, eine Eigenkontrolle hinsichtlich gesetzlicher Anforderungen durchzuführen.

Der Anforderungskatalog ist ein erster wichtiger Schritt zur verbesserten Zusammenarbeit der unterschiedlichen Behörden. Hier wurde erstmals ein gemeinsamer Weg beschritten, der zu einem abgestimmten Ergebnis führte. Für Einrichtungen, die ein Qualitätshandbuch erstellen, sollte dieser Katalog aus Sicht der AG 3 eine Grundlage sein. Soweit eine Zertifizierung nach DIN ISO 9001/2000 angestrebt wird, ist dies zwingende Voraussetzung.

Derzeit wird dieser Katalog nicht mehr aktualisiert.

9.5 Informationen zum Heimgesetz, zur Heimmitwirkungsverordnung und zum Heimbeirat, zur Heimpersonalverordnung und zur Heimmindestbauverordnung

9.5.1 Heimgesetz (HeimG)

Das Heimgesetz (HeimG) in der Neufassung vom 05.11.2001 (BGBl. I, S. 2970 ff.) ist auf Einrichtungen anzuwenden, die älteren oder pflegebedürftigen oder volljährigen behinderten Menschen Wohnraum überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung stellen oder für den Bedarfsfall vorhalten. Dazu gehören auch Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie Hospize. Ausgenommen vom Anwendungsbereich sind eng begrenzte Wohnformen des sog. „Betreuten Wohnens“.

Zweck des Gesetzes ist, Bewohner/-innen von Heimen vor Beeinträchtigungen ihrer Interessen und Bedürfnisse zu schützen, wobei insbesondere deren Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung gewahrt und gefördert werden muss.

Heime dürfen deshalb auch nur dann betrieben werden, wenn der Heimträger und die Leitung die in § 11 HeimG geregelten Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. Der dort normierte Anforderungskatalog beinhaltet Vorgaben zur Qualitätssicherung für alle Bereiche des Heimlebens, insbesondere für den Personenkreis älterer, pflegebedürftiger Bewohner/-innen.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der individuellen Rechtsposition der Bewohner/-innen ist nach den Vorschriften der §§ 5 ff. HeimG ein Heimvertrag abzuschließen. Hierbei handelt es sich um einen Vertragstypus besonderer Art, der sich primär aus dienst- und mietrechtlich geprägte Komponenten zusammensetzt. Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt bei der aus dem Vertrag resultierenden Zahlungspflicht der Bewohner/-innen sind die insoweit zu beachtenden Vorschriften der Pflegeversicherung und des Bundessozialhilfegesetzes. Nicht nur für diesen Bereich besteht ein gesetzlich verankertes (kollektives) Mitwirkungsrecht (§ 10 HeimG), wobei das nähere über Art und Umfang der Mitwirkung in der Heimmitwirkungsverordnung geregelt wird.

Im Rahmen der Betriebsführung werden die Heime gem. § 15 HeimG (Überwachung) von der zuständigen Behörde – in Hessen: Hessische Ämter für Versorgung und Soziales – durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen überwacht, wobei dies grundsätzlich einmal im Jahr erfolgen soll. Dabei müssen der Heimträger und die Leitungskräfte die für die Durchführung des Gesetzes erforderlichen Auskünfte erteilen, sowie Einsicht in die zu führenden betrieblichen Unterlagen gewähren. Weiterhin ist die Aufsichtsbehörde befugt, bei pflegebedürftigen Bewohner/-innen mit deren Zustimmung den Pflegezustand in Augenschein zu nehmen. Werden

bei einer Heimprüfung Mängel festgestellt, so ist die Behörde zunächst verpflichtet, den Träger über die Möglichkeiten zur Abstellung der Mängel zu beraten. Der Beratungsauftrag nach dem Heimgesetz hat insgesamt Vorrang gegenüber ordnungsrechtlichen Maßnahmen. Wenn festgestellte Mängel trotz Beratung nicht beseitigt werden, können konkrete, zielgerichtete Anordnungen zur Beseitigung eines Gefährdungspotentials gegenüber dem Träger erteilt werden. Falls auch die Anordnung zur Beseitigung der Beeinträchtigung oder Gefährdung des Wohls der Bewohner/-innen nicht ausreicht, ist letztendlich der weitere Heimbetrieb zu untersagen. Fehlverhalten in der Betriebsführung kann weiterhin mit Bußgeldern geahndet werden. Ferner besteht die Möglichkeit, dem Träger die weitere Beschäftigung persönlich oder fachlich ungeeigneter Mitarbeiter/-innen zu untersagen.

Eine wesentliche Zielsetzung des Heimgesetzes ist die verpflichtende Zusammenarbeit der Heimaufsichtsbehörde mit der Pflegekasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und den Sozialhilfeträgern, insbesondere im Hinblick auf Maßnahmen zur Qualitätssicherung und der Abstellung von Mängeln (§ 20 HeimG).

9.5.2 Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes (Heimmitwirkungsverordnung - HeimMitVO)

Die Heimmitwirkungsverordnung regelt die Mitwirkung der Bewohner von Einrichtungen die unter den Anwendungsbereich des Heimgesetzes fallen (§ 1 HeimG). Sie ist im Zuge der Novellierung des Heimgesetzes vom 01.01.2002 mit Wirkung zum 1. August 2002 neu gefasst worden.

Der Gesetzgeber hat in § 10 Abs. 1 Heimgesetz den gesetzlichen Rahmen dafür vorgegeben, dass und in welchen Angelegenheiten den Bewohnerinnen und Bewohnern ein Mitwirkungsrecht durch das Organ des Heimbeirates zusteht. Diese Mitwirkungsrechte werden in der Heimmitwirkungsverordnung im Einzelnen geregelt. Sie schreibt vor, wie der Heimbeirat gebildet und zusammengesetzt wird, wie lange er im Amt ist, wie er seine Geschäfte zu führen hat und wie Art, Umfang und Form seiner Mitwirkung ausgestaltet ist.

Ziel der Neufassung war seitens des Gesetzgebers ausdrücklich, den Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime möglichst umfassend Gelegenheit zu geben, an der Gestaltung ihrer persönlichen Lebensverhältnisse aktiv mitzuwirken.

Die neue Heimmitwirkungsverordnung verbessert die Voraussetzungen zur Bildung von Heimbeiräten und sichert und erweitert deren Rechtsstellung.

Erstmalig können nicht nur Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch Personen, die nicht im Heim wohnen, wie z. B. Angehörige, Betreuer, Freunde oder Vertreter von örtlichen Seniorenvertretungen oder Behindertenorganisationen in den Heimbeirat gewählt werden. Durch die Einbeziehung von Dritten in den Heimbeirat hat der Gesetzgeber dem Umstand Recht getragen, das es zwischenzeitlich in vielen Fällen Schwierigkeiten bereitet das Gremium Heimbeirat nur aus Bewohnern zusammenzustellen. Bedingt sind diese Schwierigkeiten durch den häufig eingeschränkten Gesundheitszustand der Bewohner.

Neue Aufgaben des Heimbeirates seit der Novellierung sind z. B. die Mitwirkung bei der Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und die Mitwirkung bei Leistungs- Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen. Der Heimbeirat soll vor Aufnahme der Verhandlungen über Leistungs- Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen eine schriftliche Stellungnahme zu den Unterlagen abgeben, die ihm vom Träger vorgelegt worden sind. Er hat des Weiteren die Möglichkeit die Angaben des Trägers durch Einsicht in die Kalkulationsunterlagen zu prüfen. Darüber hinaus können Vertreter des Heimbeirats oder der Heimfürsprecher an den Verhandlungen mit den Kostenträgern teilnehmen.

9.5.3 Der Heimbeirat

Das Heimgesetz garantiert älteren sowie pflegebedürftigen und/oder behinderten Menschen die in einem Heim leben, dass sie in den Angelegenheiten des Heimes mitwirken dürfen.

Die Mitwirkung geschieht grundsätzlich durch die Bildung von Heimbeiräten, deren Mitglieder dann die Interessen und Belange der Heimbewohner vertreten. Diese Heimbeiräte können nicht nur Bewohnerinnen und Bewohner sein, sondern auch so genannte externe Personen also Angehörige, Freunde, Betreuer und sonstige Vertrauenspersonen sowie Vertreter von örtlichen Senioren- oder Behindertenorganisationen.

Der Heimbeirat wird in freier und geheimer Wahl von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern nach einem fest gelegten Modus gewählt. Er amtiert für 2 Jahre.

Der Heimbeirat besitzt ein Mitwirkungsrecht, aber kein Mitbestimmungsrecht. Mitwirkung bedeutet, dass der Heimbeirat vor einer Entscheidung des Heimträgers über eine den Heimbetrieb betreffende Maßnahme rechtzeitig und umfassend informiert

werden muss. Die vorgesehene Maßnahme muss also vorher mit dem Heimbeirat erörtert werden, eventuelle Bedenken und Anregungen seitens des Heimbeirates müssen vom Träger in dessen Überlegungen und Entscheidungen mit einbezogen werden. Dies gilt für die jeweiligen, in der Heimmitwirkungsverordnung aufgeführten Bereiche.

Die Mitwirkung des Heimbeirats soll von gegenseitigem Vertrauen und Verständnis zwischen der Bewohnerschaft, Heimleitung und Heimträger gekennzeichnet sein.

9.5.4 Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV)

vom 19.07.1993 (BGBl. I, S. 1205 ff.), geändert durch Gesetz vom 22.06.1998 (BGBl. I, S. 1506)

Die Verordnung legt Mindestanforderungen für die in Heimen beschäftigten Personen hinsichtlich der jeweils geforderten persönlichen und fachlichen Eignung fest. Zunächst werden die fachlichen Anforderungen an die Heimleitung geregelt. Voraussetzung für die Wahrnehmung dieser Funktionsstelle ist eine Ausbildung als Fachkraft in einschlägigen Berufsgruppen. Nachgewiesen werden muss ferner, eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung mit dem Erwerb von Leitungserfahrung.

Persönliche Ausschlussgründe sind rechtskräftige Verurteilungen strafrechtlicher Art sowie Verhängung von mehr als zwei rechtskräftigen Bußgeldbescheiden nach dem Heimgesetz. Für die Leitung des Pflegedienstes ist die Ausbildung als Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen Voraussetzung nebst entsprechender Leitungserfahrung. Persönliche Ausschlussgründe (Vorstrafen) dürfen ebenso nicht vorliegen.

Wesentlicher Inhalt der Verordnung ist der Grundsatz, dass betreuende Tätigkeiten in Heimen nur durch Fachkräfte oder unter deren angemessener Beteiligung wahrgenommen werden dürfen. Weiterhin wird eine Fachkraftquote festgelegt, d. h. 50% Betreuungskräfte müssen Fachkräfte sein.

Die Verordnung selbst regelt nicht die infragekommenden Berufsfelder der Fachkräfte, schließt aber explizit Helfer oder Helferinnen in der Alten- und Krankenpflege extra aus. In Heimen für volljährige Menschen mit Behinderungen ist bei der Ausstattung mit Fachpersonal auch die dort wahrzunehmende Aufgabe der Betreuung, Förderung und Eingliederung dieses Personenkreises zu berücksichtigen.

Die Verordnung beinhaltet auch die Verpflichtung des Heimträgers, der Leitung und den Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung zu geben.

9.5.5 Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (HeimMindBauV) (in der Fassung vom 03.05.1983 (BGBl. I S. 550 ff.)

Die Verordnung regelt für den baulichen Bereich von Heimen, die in der Regel mindestens 6 Personen aufnehmen, Mindestanforderungen. Das Vorschriftenwerk ist untergliedert in einen allgemeinen Teil und jeweils besonders für die im Einzelnen genannten Einrichtungsarten.

Für alle Heime ist Voraussetzung, dass alle Wohn- und Pflegeplätze von einem allgemein zugänglichen Flur erreichbar sind. Die Flure dürfen keine Stufen haben, müssen so breit sein, dass auf ihnen bettlägerige Bewohner/-innen transportiert werden können und sind an beiden Seiten mit Handläufen zu versehen.

In Einrichtungen mit mehr als einer Geschosshöhe muss ein entsprechender Aufzug vorhanden sein.

Im Bereich der sanitären Anlagen wird geregelt, dass z. B. bei Badewannen ein sicheres Ein- und Aussteigen möglich sein muss, Haltegriffe sowie für Rollstuhlbenutzer geeignete Sanitärvorrichtungen vorhanden sind. Wesentliches Kriterium der Verordnung ist die Festlegung der Mindestquadratmeter für die Wohnplätze. Für Einzelzimmer betragen diese 12 qm und für Doppelzimmer 18 qm.

In Pflegeheimen sind sogar noch 3- und 4-Bettzimmer (24 bzw. 30 qm) zulässig; aber heute kaum noch vorhanden.

Weitere Vorgaben bestehen jeweils für vorzuhaltende Gemeinschaftsräume, Funktions- und Zubehörräume sowie Therapieräume. Für Einrichtungen mit Mehrbettzimmern muss ein Raum zur vorübergehenden Nutzung vorgehalten werden.

Bei Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung sind außerdem hinsichtlich der baulichen Anforderungen deren jeweils besondere Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Insgesamt regelt die Heimmindestbauverordnung eben nur Mindestanforderungen und ist heute in vielen Bereichen größtenteils durch die tatsächliche Entwicklung überholt.

9.6 Ausgewählte Daten der Jahre 1999, 2001 und 2003 aus den SGB XI-Pflegestatistiken für Frankfurt am Main

- **Ambulante Pflegedienste**
- **Stationäre Pflegeheime (einschließlich teilstationäre Pflege)**
- **Leistungsempfänger/-innen**

Vorbemerkungen¹

Zum 15.12.1999 wurde die Pflegestatistik erstmals als Bundesstatistik mit Auskunftspflicht durchgeführt. Rechtsgrundlage für die zweijährliche Erhebung dieser Daten ist die Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung —PflegeStatV) vom 24.11.1999 (BGBl. I S. 2282) in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) — Soziale Pflegeversicherung — (Artikel 1 des Gesetzes vom 26.5.1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23.12.2002 (BGBl. I S. 4637), in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22.1.1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21.8.2002 (BGBl. I S. 3322).

Es handelt sich um eine zweijährliche Bestandserhebung (Vollerhebung) der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach SGB XI (zugelassene Pflegeeinrichtungen) besteht, sowie der Pflegegeldleistungen.

Erfragt werden bei den Pflegeeinrichtungen deren organisatorische Einheiten, die personelle Ausstattung, Zahl und Art der Pflegeplätze, Angaben über die betreuten Pflegebedürftigen, deren Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit sowie bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen. Daneben werden Angaben über die an die Pflegeeinrichtungen, nach Art und Höhe der Pflegeleistung, zu zahlenden Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Pflegeklassen sowie für Unterkunft und Verpflegung erhoben.

Zum Stichtag 31.12. wird vom Statistischen Bundesamt die Bundesstatistik über die Empfänger/-innen von Pflegegeldleistungen durchgeführt. Die Meldungen der Spitzenverbände der Pflegekassen stellt das Statistische Bundesamt den Ländern zur Verfügung. Erfragt werden Angaben über Pflegegeldempfänger/-innen, deren Geschlecht, das Alter, den Grad der Pflegebedürftigkeit und die Art der Pflegeleistung.

Der vorliegende Statistische Bericht enthält ausgewählte Daten für ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), Teil A, Angaben über stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Hessen, Teil B und Daten zur Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Teil C. Von den insgesamt 816 ambulanten Pflegediensten haben 787 oder 96,4 % der Einrichtungen und von insgesamt 653 stationären Pflegeheimen haben 639 oder 98 % der Einrichtungen Daten zum Stichtag 15.12.2003 dem Hessischen Statistischen Landesamt gemeldet. Von diesen Einrichtungen werden neben Ergebnissen auf Landesebene auch Daten für die hessischen Verwaltungsbezirke nachgewiesen.

Erhebungsbereich

Die Erhebung erstreckt sich auf alle ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie auf alle teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach SGB XI, zugelassene Pflegeeinrichtungen, besteht. Für die Pflegestatistik ist ausschließlich der Leistungsbereich des SGB XI relevant, generell also nur das Personal, das diese Leistungen erbringt, und nur die Pflegebedürftigen, die Leistungen auf Grund des SGB XI erhalten.

Ausgenommen sind Dienste ohne Versorgungsvertrag, die etwa nur für das Essen sorgen oder nur die Reinigungsarbeiten vornehmen sowie Krankenhäuser oder stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen; sie sind nach § 71 Abs. 4 SGB XI keine Pflegeeinrichtungen. Weiterhin ausgenommen sind Pflegekräfte, die auf Grund eines Vertrages mit einer Pflegekasse oder als angestellte Mitarbeiter/-innen Pflegebedürftige versorgen.

¹ Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2004

Definitionen ausgewählter Begriffe

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieser Erhebung sind Einrichtungen

- die selbstständig wirtschaften,
selbstständig wirtschaftend ist ein Pflegedienst, wenn er Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI entweder ausschließlich oder betriebswirtschaftlich und organisatorisch getrennt von den übrigen Leistungsangeboten pflegerisch versorgt,
- die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen,
Wohnung in diesem Sinne kann auch ein fremder Haushalt, ein Altersheim oder ein Altenwohnheim nach § 1 Abs. 1 Heimgesetz sein, in dem ambulant Pflegebedürftige nicht nur vorübergehend leben. Es ist dabei unerheblich, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht. Ebenso zählen dazu Heime für Behinderte oder gleichwertige Einrichtungen. Pflegeheime nach dem SGB XI können eine solche Wohnung jedoch nicht darstellen, da hier Pflegebedürftige nicht ambulant, sondern stationär behandelt werden,
- die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)

Hierunter fallen alle Einrichtungen

- die selbstständig wirtschaften,
selbstständig wirtschaftend ist ein Pflegeheim, wenn es Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI entweder ausschließlich oder betriebswirtschaftlich und organisatorisch getrennt von den übrigen Leistungsangeboten pflegerisch versorgt,
- in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können,
- die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur voll-, teilstationären Pflege und/oder Kurzzeitpflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

Eingliedrige Pflegeeinrichtungen

Eingliedrige Pflegeeinrichtungen leisten ausschließlich ambulante **oder** ausschließlich stationäre Pflege nach dem SGB XI.

Mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen

Mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen leisten **sowohl** ambulante **als auch** teil- und/oder vollstationäre Pflege nach dem SGB XI.

Nicht-gemischte Einrichtungen

Nicht-gemischte Einrichtungen werden ausschließlich auf Grund des SGB XI tätig.

Mischeinrichtungen

Mischeinrichtungen bieten neben Leistungen nach dem SGB XI auch Leistungen auf Grund anderer Rechtsgrundlagen an, beispielsweise sonstige ambulante Hilfeleistungen nach SGB V oder betreutes Wohnen.

Art des Pflegedienstes

- Pflegedienste ohne andere Sozialleistungen: Pflegedienste, die nur Leistungen nach SGB XI erbringen.
- Pflegedienste mit anderen Sozialleistungen: Einrichtungen, die neben den Leistungen nach SGB XI auch Leistungen auf Grund anderer Rechtsgrundlagen anbieten, z. B. häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach dem SGB V, Hilfe zur Pflege nach dem BSHG oder sonstige ambulante Hilfeleistungen wie einen Mobilen Sozialen Dienst oder einen Mahlzeitendienst.

Mehrgliedrige Pflegedienste sind, im Gegensatz zu eingliedrigen Pflegediensten, als eigenständiger Dienst an einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) angeschlossen.

Art des Pflegeheimes

- Art des Pflegeheimes nach der überwiegenden Personengruppe: Hier wird angegeben, welche Gruppe von Pflegebedürftigen überwiegend in den Einrichtungen versorgt werden.
 - ◆ *Pflegeheime für ältere Menschen*: Hier bilden Männer und Frauen über 65 Jahre die größte Personengruppe der Pflegebedürftigen.
 - ◆ *Pflegeheime für Behinderte*: Diese Einrichtungen betreuen behinderte Menschen unabhängig von ihrem Alter.
 - ◆ *Pflegeheime für psychisch Kranke*: Bei den Pflegeheimen für psychisch Kranke sind auch die gerontopsychiatrischen Einrichtungen berücksichtigt. Auch hier werden die Pflegebedürftigen unabhängig von Ihrem Alter betreut.
- Art des Pflegeheimes nach organisatorischen Einheiten: Je nach Versorgungsvertrag kann ein Pflegeheim mehrere Pflegearten anbieten.
 - ◆ *Vollstationäre Dauerpflege nach SGB XI*
 - ◆ *Kurzzeitpflege*: Kurzzeitpflege wird als organisatorische Einheit nur gezählt, wenn sie ausschließlich oder als Teil einer ein- bzw. mehrgliedrigen Einrichtung zum Zweck der Kurzzeitpflege dient.
 - ◆ *Tagespflege nach SGB XI*
 - ◆ *Nachtpflege nach SGB XI*

Mehrgliedrige Pflegeheime sind, im Gegensatz zu den eingliedrigen Pflegeheimen, Einrichtungen mit einem ambulanten Pflegedienst mit Leistungen nach SGB XI.

Zahl der verfügbaren Plätze

Als verfügbare Plätze zählen die am Stichtag zugelassenen und tatsächlich verfügbaren Pflegeplätze, die von dem Pflegeheim gemäß Versorgungsvertrag nach SGB XI vorgehalten werden, unabhängig von den derzeit belegten Plätzen. Dabei sind die Pflegeplätze den verschiedenen Pflegearten wie Dauerpflege, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege zugeordnet.

Unter Kurzzeitpflege werden nur die dauerhaft ausschließlich für Zwecke der Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze angegeben. Zusätzlich wird noch die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze erfasst, die kurzfristig flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können, so genannte eingestreute Betten. Diese Plätze sind in der Zahl der verfügbaren Dauerpflegeplätze enthalten.

Vergütung

Die Angaben der zum Stichtag 15.12. gültigen Entgelte für

- Pflegeleistungen sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung (Pflegesätze gemäß § 84 Abs. 1 SGB XI) und
- Unterkunft und Verpflegung

entsprechen den Pflegesatzvereinbarungen ohne den Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) und ohne die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen (§ 82 Abs. 3 SGB XI).

Bei der Tages- und Nachtpflege wird der Pflegesatz für die Pflege eines ganzen Tages bzw. einer ganzen Nacht angegeben.

Art des Trägers

- Öffentliche Träger:
 - ♦ *Kommunaler Träger:* Einrichtungen, die von kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden. Hierzu gehören kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z. B. GmbH, Stiftung), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung.
 - ♦ *Sonstige öffentliche Träger:* Hierzu zählen z. B. der Bund, ein Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts.
- Freigemeinnützige Träger:
 - ♦ *Träger der freien Wohlfahrtspflege:* Hierzu gehören Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland sowie Organisationen, die den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind, z. B. Landesverbände oder örtliche Verbände.
 - ♦ *Sonstiger gemeinnütziger Träger:* Hierzu gehören die gemeinnützigen Träger, die keinem der sechs Spitzenverbände angeschlossen sind, auch die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts, die nicht den o. g. Verbänden zugeordnet wurden. Gemeinnützige Träger (zumeist in der Rechtsform des eingetragenen Vereins, der Stiftung oder gemeinnützigen GmbH) sind steuerbegünstigt und daher nach §§ 51 ff. Abgabenordnung durch das Finanzamt anerkannt.
- Private Träger: Einrichtungen, die von privat-gewerblichen Trägern unterhalten werden.

Bei Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist.

Personalbestand am 15.12.

Zum Personalbestand einer Pflegeeinrichtung gehören alle, die dort beschäftigt sind, die also in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen.

Beschäftigungsverhältnis

- Vollzeitbeschäftigte: Als Vollzeitbeschäftigte werden Personen gezählt, deren Arbeitszeit in der Regel der betriebsüblichen Arbeitszeit entspricht.
- Teilzeitbeschäftigte: Teilzeitbeschäftigte sind Personen, in deren Arbeitsvertrag nur eine kürzere als die betriebsübliche Wochenarbeitszeit vorgesehen ist. Dabei wird erfragt, ob die Person
 - ♦ über 50 % der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit beschäftigt, aber nicht geringfügig beschäftigt (400-Euro-Job) ist,
 - ♦ 50 % oder weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (400-Euro-Job) ist,

- ◆ geringfügig beschäftigt ist (400-Euro-Job). Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt.
- Praktikanten/-innen, Schüler/-innen und Auszubildende: Hierzu zählen
 - ◆ Vorpraktikantinnen und Vorpraktikanten, die bei der Einrichtung im Bereich der Pflege vertraglich beschäftigt sind.
 - ◆ Schülerinnen und Schüler, die im Rahmen ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger in der Einrichtung ein Praktikum absolvieren oder Personen, die sich im Anerkennungsjahr befinden.
 - ◆ Auszubildende, die mit der Einrichtung ein durch Berufsausbildungsvertrag begründetes Berufsausbildungsverhältnis im Bereich der Hauswirtschaft geschlossen haben.
- Zivildienstleistende: Sie werden wie die übrigen Beschäftigten erfasst.

Arbeitsanteil für die Einrichtung nach SGB XI

Der Arbeitsanteil gibt an, in welchem Maß die Beschäftigten der Einrichtungen, gerechnet auf ihre Gesamtarbeitszeit, dafür eingesetzt werden, Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) zu erbringen. Bei 100 % Beschäftigungsumfang werden also ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbracht. Bei allen anderen Anteilen werden von diesen Beschäftigten auch andere Arbeitsbereiche, z. B. häusliche Krankenpflege nach dem SGB V oder Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, betreut.

Überwiegender Tätigkeitsbereich

Für jede für die Einrichtung arbeitende Person nach SGB XI wurde eine Zuordnung des überwiegenden Tätigkeitsbereichs in der Pflegeeinrichtung getroffen. Der Begriff „überwiegender Tätigkeitsbereich“ meint dabei den Arbeitsbereich, für den der/die Beschäftigte die meiste Stundenzahl ihrer Arbeitszeit leistet.

Ambulante Pflegedienste

Zu den einzelnen Arbeitsbereichen der ambulanten Pflegedienste gehören:

- Pflegedienstleitung: Die Pflegedienstleitung umfasst die Wahrnehmung von Aufgaben, die mit der Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einer Pflegeeinrichtung zwingend verbunden sind.
- Grundpflege: Die Grundpflege wird angegeben, wenn überwiegend Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens geleistet wird. Dazu gehören:
 - ◆ die Ernährung (z. B. mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung),
 - ◆ die Körperpflege (z. B. Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung) und
 - ◆ die Mobilität (z. B. selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung).
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Dieser Arbeitsbereich besteht aus dem Einkaufen, Kochen und Spülen, dem Reinigen und Beheizen der Wohnungen der Pflegebedürftigen sowie dem Wechseln und Waschen ihrer Wäsche und Kleidung.
- Verwaltung, Geschäftsführung: Hier sind die Personen ausgewiesen, die — mit Ausnahme der Verantwortung für den Pflegebereich — überwiegend die kaufmännischen, planerischen und organisatorischen Aufgaben der Pflegeeinrichtung wahrnehmen.
- Sonstiger Bereich: Hierzu zählen alle diejenigen Tätigkeiten, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können (z. B. Personen, die überwiegend haustechnische Arbeiten ausüben).

Stationäre Pflegeheime

Für die einzelnen Arbeitsbereiche der teil- und vollstationären Pflegeheime gelten folgende Definitionen:

- **Pflege und Betreuung:** Pflege und Betreuung besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Hierzu gehört auch die Wahrnehmung von Aufgaben, die mit der Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einer Pflegeeinrichtung zwingend verbunden sind. Die medizinische Behandlungspflege ist mit einbezogen.
- **Soziale Betreuung:** Soziale Betreuung wird geleistet durch persönliche Gespräche mit dem Pflegebedürftigen sowie durch Beratung und Hilfe bei den persönlichen und seelischen Problemen des Pflegebedürftigen.
- **Hauswirtschaft:** Zur Hauswirtschaft zählen z. B. Reinigungsarbeiten oder die Vorbereitung von Mahlzeiten.
- **Haustechnischer Bereich:** Der haustechnische Bereich umfasst Hausmeistertätigkeiten oder Garten- bzw. Reparaturarbeiten.
- **Verwaltung, Geschäftsführung:** Hier sind die Personen ausgewiesen, die — mit Ausnahme der Verantwortung für den Pflegebereich — überwiegend die kaufmännischen, planerischen und organisatorischen Aufgaben der Pflegeeinrichtung wahrnehmen.
- **Sonstiger Bereich:** Hierzu zählen alle diejenigen Tätigkeiten, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können (z. B. Pfortnerdienst).

Berufsabschluss

Für jede beschäftigte Person wird ein Berufsabschluss ausgewiesen. Wenn Beschäftigte über mehrere Berufsabschlüsse verfügen, wird die höchste (im Zweifelsfall: die letzte) pflegerelevante Qualifikation angegeben.

Pflegebedürftige am 15.12.

Ambulante Pflegedienste

In die Erhebung einbezogen werden nur Personen, die Pflegesachleistungen oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach dem SGB XI erhalten und mit denen am 15.12. ein Pflegevertrag (§ 120 SGB XI) hierüber besteht. Generelle Voraussetzung ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschl. Härtefälle).

Stationäre Pflegeheime

In die Erhebung einbezogen sind nur die stationär versorgten Personen, die eine Pflegeleistung nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. Hierzu gehört die vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) sowie die teilstationäre Pflege (Tages-/Nachtpflege). Generelle Voraussetzung ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschl. Härtefällen). Abweichend hiervon werden auch die Pflegebedürftigen erfasst, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in die Pflegeeinrichtung aufgenommen wurden und Leistungen nach dem SGB XI erhalten, für die jedoch noch keine Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorliegt. Da in diesen Fällen die Zuordnung der Pflegestufe oftmals erst rückwirkend mit einem Zeitverzug von bis zu sechs Monaten erfolgt, wird dieser Personenkreis bereits zum Erhebungsstichtag berücksichtigt.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Ambulante Pflegedienste

Die Pflegebedürftigen sind einer Pflegestufe zugeordnet, es zählt die am Stichtag bewilligte Pflegestufe.

Stationäre Pflegeheime

Es zählt die am Stichtag bewilligte Pflegestufe. Soweit für Pflegebedürftige noch keine Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe erfolgt ist, sie jedoch Leistungen nach dem SGB XI erhalten, werden diese Personen in der Gruppe „bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet“ ausgewiesen.

Leistungsempfänger/-innen

Bei der Zahl der Leistungsempfänger/-innen insgesamt können Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger/-innen von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten.

Eckdaten zur stationären Pflege aus den SGB XI-Pflegestatistiken für Frankfurt am Main¹

Die Pflegestatistik wurde erstmals zum 15.12.1999 als Bundesstatistik durchgeführt. Rechtsgrundlage für die zweijährige Bestandserhebung sind die Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung, PflegeStaV) sowie § 109 Abs. 1 SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und das Bundesstatistikgesetz (BStG). Erhoben werden Daten der durch Versorgungsvertrag nach SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sowie der Pflegegeldleistungen. Zum Bereich der Pflegeeinrichtungen werden diese mit Stichtag 15.12. direkt befragt. Zum Bereich der Pflegegeldleistungen lieferten die Spitzenverbände der Pflegekassen ihre Daten mit dem Stichtag 31.12.. Die Bundesstatistik wird den Ländern zur Verfügung gestellt.

Zum Stichtag **15.12.2003** haben in Frankfurt am Main **35 Heime für ältere Menschen und 3 Heime für Menschen mit Behinderung** Daten gemeldet. Diese gaben an, dass sie über **4018 vollstationäre und 127 teilstationäre Pflegeplätze** verfügen (insgesamt 4145 Plätze), d. h. rd. 97 % der Pflegeplätze waren vollstationär, rd. 3 % teilstationär. Insgesamt **2994 Beschäftigte** betreuten insgesamt **3653 Pflegebedürftige**. Das entspricht rein rechnerisch durchschnittlich 1,2 Pflegebedürftigen je Beschäftigtem, 96 Pflegebedürftigen pro Heim, 6 Pflegebedürftigen je 1000 Einwohner bzw. 32 Pflegebedürftigen ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren. Die Beschäftigtenquote der Vollzeitbeschäftigten lag bei rd. 56 %, der Teilzeitbeschäftigten bei rd. 37,5 % und der Sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei rd. 6,5 %. Die Pflegebedürftigen waren zu **rd. 42 % der Pflegestufe II zugeordnet**, zu rd. 35 % der Stufe I, zu rd. 23 % der Stufe III.

Leistungen für stationäre Pflege erhielten 3653 Leistungsempfänger/-innen, davon 3511 für vollstationäre Dauerpflege, 45 für Kurzzeitpflege und 97 für Tagespflege (zum Vergleich: Leistungen für ambulante Pflege erhielten 3542, Pflegegeld 7060 Personen). Rein rechnerisch erhielten 22 Leistungsempfänger/-innen je 1000 Einwohner SGB XI-Leistungen für ambulante oder stationäre Pflege oder Pflegegeld.

¹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung Ausgewählte Daten der Jahre 1999, 2001 und 2003 aus den SGB XI-Pflegestatistiken für Frankfurt am Main, Ambulante Pflegedienste, Stationäre Pflegeheime (einschließlich teilstationäre Pflege), Leistungsempfänger/-innen, Frankfurt am Main 2004, siehe Anhang Nr. 10.6; Hinweis auf Anhang Nr. 10.7: Statistisches Bundesamt, Bericht: SGB XI-Pflegestatistik 2003, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Bonn 2005

Ausgewählte Daten für Leistungsempfänger/-innen in Frankfurt am Main 1999, 2001, 2003

(SGB XI-Pflegestatistik)

Merkmale	am 15.12.1999				am 15.12.2001				Veränderungen '99 / '01			
	Frankfurt a. M.		Hessen		Frankfurt a. M.		Hessen		Frankfurt a. M.		Hessen	
	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl
Leistungsempfänger/innen	13872	100,00	145445	100,00	13782	100,00	148805	100,00	-90	-0,65	3360	2,31
davon												
Leistungen für ambulante Pflege	3244	23,39	29506	20,29	3215	23,33	30086	20,22	-29	-0,89	580	1,97
Leistungen für stationäre Pflege zusammen	3457	24,92	37425	25,73	3712	26,93	39053	26,24	255	7,38	1628	4,35
und zwar												
vollstationäre Dauerpflege	3348		36153		3593		37709		245		1556	
Kurzzeitpflege	30		636		17		703		-13		67	
Tagespflege	79		625		102		641		23		16	
Nachtpflege	-		11				-		0		-11	
Pflegegeld (Stichtag jeweils 31.12.	7171	51,69	78514	53,98	6855	49,74	79666	53,54	-316	-4,41	1152	1,47
Ohne Empfänger/-innen von Kombileistungen, die schon bei der ambulanten oder stationären Pflege enthalten sind)												
und zwar												
Pflegestufe I	3942		41325		3958		44609		16		3284	
Pflegestufe II	2467		28547		2164		27123		-303		-1424	
Pflegestufe III	762		8642		733		7934		-29		-708	
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet			1007				751				-256	
Leistungsempfänger/-innen je 1000 Einwohner	22		24		21		24		-1		0	
Leistungsempfänger/-innen ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren			121				119				-2	

(Jugend- und Sozialamt, 51.F11/Rei, Jugendhilfe- und Sozialplanung, eigene Berechnungen, Tab.: Leistungsempfänger (2) Frankfurt a. M. 20.12.2004
Quelle: Hess. Statistisches Landesamt, Wiesbaden, Die Pflegeeinrichtungen in Hessen, Ergebnisse der SGB XI-Pflegestatistiken für 1999, 2001, 2003)

Ausgewählte Daten für Leistungsempfänger/-innen in Frankfurt am Main 1999, 2001, 2003
(SGB XI-Pflegestatistik)

Merkmale	am 15.12.2003				Veränderungen '01 / '03			
	Frankfurt a. M.		Hessen		Frankfurt a. M.		Hessen	
	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl	Anzahl	%-Anteil an Anzahl
Leistungsempfänger/innen	14255	100,00	155002	100,00	473	0,03	6197	0,04
davon Leistungen für ambulante Pflege	3542	24,85	30712	19,81	327	0,10	626	0,02
Leistungen für stationäre Pflege zusammen und zwar	3653	25,63	40117	25,88	-59	-0,02	1064	0,03
vollstationäre Dauerpflege	3511		38432		-82		723	
Kurzzeitpflege	45		752		28		49	
Tagespflege	97		931		-5		290	
Nachpflege	-		2		0		2	
Pflegegeld (Stichtag jeweils 31.12. Ohne Empfänger/-innen von Kombileistungen, die schon bei der ambulanten oder stationären Pflege enthalten sind)	7060	49,53	84173	54,30	205	0,03	4507	0,06
und zwar								
Pflegestufe I	4037		47896		79		3287	
Pflegestufe II	2230		28007		66		884	
Pflegestufe III	793		8270		60		336	
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet			-				-751	
Leistungsempfänger/-innen je 1000 Einwohner	22		25		1		1	
Leistungsempfänger/-innen ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren			117				-2	

**9.7 Bericht: SGB XI-Pflegestatistik
Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung
Deutschlandergebnisse**

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn



BERICHT: PFLEGESTATISTIK 2003
- PFLEGE IM RAHMEN DER PFLEGEVERSICHERUNG -

- DEUTSCHLANDERGEBNISSE -

Bonn, im April 2005

Inhalt	Seite
• Zum Hintergrund der Statistik	3
• Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse	3
• Graphik: „Eckdaten“ der Pflegestatistik 2003	8
• Ergebnistabellen:	9
1. Pflegebedürftige zum Jahresende 2003	
1.1 Art der Versorgung	9
1.2 Alter und Pflegequote	10
2. Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2003	
2.1 Art (Angebot der Einrichtungen) und Träger	11
2.2 Größe der Dienste nach Träger – Pflegebedürftige je Pflegedienst	12
2.3 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für den Pflegedienst	13
2.4 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich	14
2.5 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich	15
3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003	
3.1 Organisation (Angebot der Einrichtung) und Träger	16
3.2 Größe der Heime nach Träger – Pflegebedürftige je Pflegeheim	17
3.3 Heime nach dem Pflegeangebot sowie Art und Auslastung der verfügbaren Plätze	18
3.4 Pflegebedürftige und Vergütung	19
3.5 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für das Pflegeheim	20
3.6 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich	21
3.7 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich	22
4. Zeitreihe – Ausgewählte Merkmale (1999 – 2003)	23
• Zahl der Pflegebedürftigen – Abweichungen zu den Ergebnissen der sozialen und privaten Pflegeversicherung	24

Zeichenerklärung: - = nichts vorhanden

 X = Nachweis ist nicht sinnvoll

Ansprechpartner: Reiner Rottländer, Tel: 01888/ 644 – 8143 ♦ Heiko Pfaff , Durchwahl: – 8106

 ♦ Fax: – 8994 ♦ E-Mail: pflege@destatis.de

© Statistisches Bundesamt, Bonn 2005

Für nichtgewerbliche Zwecke sind Vervielfältigung und unentgeltliche Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet. Die Verbreitung, auch auszugsweise, über elektronische Systeme/Datenträger bedarf der vorherigen Zustimmung. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

Zum Hintergrund der Statistik

- Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit dem Dezember 1999 **2-jährlich** durchgeführt.
- Ziel der Statistik ist es, Daten zum **Angebot** von und der **Nachfrage** nach **pflegerischer Versorgung** zu gewinnen. Es werden daher Daten über die Pflegebedürftigen sowie über die Pflegeheime und ambulanten Dienste einschließlich des Personals erhoben.
- Die Statistik setzt sich aus **zwei Erhebungen** zusammen: Zum einen werden die ambulanten und stationären **Pflegeeinrichtungen** befragt, zum anderen liefern die **Spitzenverbände** der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung Informationen über die Empfänger von **Pflegegeldleistungen** – also die meist von Angehörigen gepflegten Leistungsempfänger.
- Der **Erhebungsstichtag** für die Erhebung bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12; der für die Pflegegeldempfänger – organisatorisch bedingt davon abweichend - der 31.12.
- Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem **Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)**. Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegestatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBl. I S. 2282).
- Seit dem 01.04.1995 gibt es Leistungen aus der Pflegeversicherung für ambulant versorgte Pflegebedürftige; für stationär Versorgte seit dem 01.07.1996.
- **Berichte** über die **Pflegestatistik 1999, 2001** und über die **Lebenslagen Pflegebedürftiger** anhand des **Mikrozensus 1999, 2003** sowie die **Erhebungsbögen** und **Erläuterungen** der Statistik können Sie kostenlos per E-Mail bei uns anfordern (pflege@destatis.de). Ergebnisse in tiefer **regionaler Gliederung** (z. B. Kreise und Regierungsbezirke) bietet das jeweils zuständige Statistische Landesamt.

Über 2 Millionen Pflegebedürftige – Zunahme um 2 %; mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt

Im Dezember 2003 waren 2,08 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (68%) waren Frauen. 81% der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 32% 85 Jahre und älter.

Mehr als zwei Drittel (69% bzw. 1,44 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. 987.000 Pflegebedürftige erhielten ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch **Angehörige** gepflegt. Weitere 450.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante **Pflegedienste**. 31% (640.000) wurden in **Pflegeheimen** betreut.

Gegenüber 2001 hat die Zahl der Pflegebedürftigen um insgesamt 1,8% bzw. 37.000 zugenommen. Die Zunahme zeigt sich jedoch nur bei den Pflegebedürftigen der **Pflegestufe I** (+ 4,9% bzw. 48.000) hingegen ist bei den Pflegestufen II und III ein leichter Rückgang um rund 1,1% (8.000) bzw. 0,1% (300) zu verzeichnen.

Außerdem weisen die Daten einen Trend hin zur **„professionellen“ Pflege** in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste aus: So ist die Anzahl der durch ambulante Dienste Betreuten um 3,6% (15.000) und die in Heimen Versorgten um 5,9% (36.000) gestiegen, während die „reinen“ Pflegegeldempfänger um 1,4% (14.000) abnahmen. Somit sank auch der Anteil der zu Hause Versorgten von 70,4% auf 69,2%.

Von den zu Hause Versorgten waren im Dezember 2003 64% Frauen. Der **Frauenanteil** im Heim war mit 78% deutlich höher. Die Heimbewohner waren zudem **älter** als die zu Hause Gepflegten: Bei den Heimbewohnern waren ungefähr die Hälfte (45%) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause versorgten ca. ein Viertel (26%). **Schwerstpflegebedürftige** wurden zudem eher im Heim versorgt: Der Anteil der Pflegebedürftigen der Stufe III (höchste Pflegestufe) betrug im Heim 21% – bei den zu Hause Versorgten 10%.

Mit zunehmendem **Alter** sind Menschen i. d. R. eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder zwanzigste (5%) pflegebedürftig war, wurde für die 90- bis unter 95-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug dabei 60%. Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z. B. bei den 90- bis unter 95-jährigen Frauen die Pflegequote 65%, bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 44% (*siehe Tabelle 1.1 und 1.2 sowie Tabelle 4*).

450.000 Pflegebedürftige durch ambulante Dienste versorgt – Zunahme um 4%

Von den insgesamt 10.600 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in **privater Trägerschaft** (5.800 bzw. 55%); der Anteil der freigemeinnützigen Träger (z. B. DIAKONIE oder CARITAS) betrug 43%. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich 2%.

Fast alle ambulanten Pflegedienste (97%) boten neben den Leistungen nach SGB XI auch **häusliche Krankenpflege** nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) an. 9% der Pflegedienste waren organisatorisch an Wohneinrichtungen angeschlossen; 6% an ein Pflegeheim. Diese Verbindungen versprechen Synergie-Effekte (*siehe Tabelle 2.1*).

Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 42 **Pflegebedürftige**. Die privaten Dienste waren kleiner – hier wurden 32 Pflegebedürftige je ambulanten Dienst betreut. Die Pflegedienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft versorgten dagegen im Durchschnitt ungefähr doppelt so viele Pflegebedürftige (56 je ambulanten Dienst) (*siehe Tabelle 2.2*).

Insgesamt arbeiteten in den ambulanten Pflegediensten 201.000 Personen im Rahmen des SGB XI. (Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 135.000 Vollzeit-äquivalenten, *siehe Tabelle 2.5*). Die Mehrzahl der beschäftigten Personen (87%) war **weiblich**.

Die Mehrheit des Personals (68%) war **teilzeitbeschäftigt**. Fast jeder dritte (29%) Beschäftigte arbeitete Vollzeit; 4.200 junge Männer leisteten in den ambulanten Pflegediensten ihren Zivildienst (2%). Die restlichen Arbeitskräfte (2%) waren Auszubildende, Praktikanten/-innen oder Helfer/-innen im freiwilligen sozialen Jahr.

Der Haupteinsatzbereich des Personals war die **Grundpflege**: Hier hatten zwei Drittel (67%) der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt. Als Pflegedienstleitung fungierten 6% des Personals; ein

Sechstel (16%) des Personals erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung; jeder zwanzigste (5%) Mitarbeiter war für die Verwaltung oder Geschäftsführung des Dienstes tätig.

Ausschließlich für den Pflegedienst im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (**SGB XI**) arbeiteten lediglich 18% des Personals. Die anderen waren zu einem gewissen Anteil auch für **andere Bereiche**, d. h. außerhalb der Leistungen nach dem Pflegegesetz – z. B. der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V – tätig (*siehe Tabelle 2.3*).

Die Pflegestatistik bietet außerdem Informationen über die **Berufsabschlüsse**, insbesondere in den Pflege- und Heilberufen. Die meisten in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten hatten dabei eine Ausbildung als Krankenschwester/Krankenpfleger oder Altenpfleger/in. So hatte die Mehrzahl (60%) von den in der Grundpflege Tätigen entweder einen Abschluss als Krankenschwester/Krankenpfleger (36%), Altenpfleger/-in (21%) oder Kinderkrankenschwester bzw. -pfleger (3%). Bezieht man die Pflegedienstleitung ein, dann hatten 63% der in diesen beiden Bereichen Tätigen einen entsprechenden Abschluss (*siehe Tabelle 2.4*).

Gegenüber 2001 hat die Bedeutung der Versorgung durch die ambulanten Dienste zugenommen. Die Zahl der ambulanten Dienste stieg zwar nur leicht um 0,2%; die Zahl der ambulant Versorgten nahm hingegen um 3,6% bzw. 15.000 zu. Auch hier fällt insbesondere der starke Anstieg (15.000 bzw. 7,2%) bei den Pflegebedürftigen der **Pflegestufe I** auf (*siehe Tabelle 1.1 und 2.1 sowie Tabelle 4*).

Die Personalzahl stieg im gleichen Zeitraum um 6,0% bzw. 11.000 Beschäftigte. Der Anstieg (5.000 bzw. 14,0%) fällt vor allem bei den **geringfügig Beschäftigten** sowie bei den - mit **über 50%** der regulären Arbeitszeit – **Teilzeitbeschäftigten** (6.000 bzw. 10,5%) auf. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten stagniert hingegen. Für die Versorgung der Pflegebedürftigen ist insbesondere das Personal in der Grundpflege wichtig: Hier ist insgesamt eine Zunahme von 8,8% bzw. 11.000 Beschäftigten feststellbar; bei den Teilzeitbeschäftigten in der Grundpflege von 13,0% bzw. 11.000 Beschäftigten (*siehe Tabelle 2.3 und 2.4*).

612.000 Pflegebedürftige erhalten vollstationäre Dauerpflege - Zunahme um 5%

Bundesweit gab es im Dezember 2003 rund 9.700 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (55% bzw. 5.400) befand sich in freigemeinnütziger **Trägerschaft** (z. B. DIAKONIE oder CARITAS); der Anteil der privaten betrug 37% - er liegt somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich, den geringsten Anteil (7%).

Bei jedem fünften (21%) Heim war neben dem Pflegebereich auch ein **Altenheim** oder **betreutes Wohnen** organisatorisch angeschlossen. Dort werden hauptsächlich alte Menschen betreut, die keine Leistungen nach dem Pflegegesetz erhalten (*siehe Tabelle 3.1*).

In der deutlichen Mehrheit (94%) der Heime wurden **überwiegend ältere Menschen** versorgt; in 2% der Heime vor allem behinderte Menschen. Bei 4% der Heime stand die geronto-psychiatrische bzw. die Versorgung psychisch Kranker im Mittelpunkt.

Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 66 **Pflegebedürftige**; auch hier im stationären Bereich betreiben die privaten Träger eher kleine Einrichtungen: Im Mittel wurden in den privaten Heimen 52 Pflegebedürftige betreut; hingegen bei den freigemeinnützigen 73 Pflegebedürftige und den öffentlichen Heimen 81 (*siehe Tabelle 3.2*).

Die meisten Heime (8.775) boten **vollstationäre Dauerpflege** an. Das Angebot der anderen Heime setzt sich entweder aus Kurzzeitpflege und/oder Tages- sowie Nachtpflege zusammen. Auch hinsichtlich der Zahl der Plätze dominiert die Dauerpflege – von den insgesamt 713.000 Plätzen entfallen 684.000 (96%) auf die vollstationäre Dauerpflege. Die meisten Plätze bei der Dauerpflege (344.000) befanden sich dabei in **1-Bett-Zimmern**; 323.000 Plätze waren in 2-Bettzimmern. Das Platzangebot im Dauerpflegebereich war dabei zu 90% mit Pflegebedürftigen **ausgelastet**. Vollstationäre Dauerpflege erhielten folglich zum 15.12.2003 insgesamt 612.000 Pflegebedürftige. Nicht einbezogen in die Erhebung sind dabei Bewohner der so genannten Pflegestufe „0“. Bewohner der Pflegestufe 0 weisen i. d. R. einen Hilfebedarf unterhalb der Leistungsvoraussetzung der Pflegeversicherung auf. Kurzzeitpflege erhielten 11.000 Pflegebedürftige; Tagespflege 17.000; Nachtpflege lediglich 29 Pflegebedürftige.

Der Pflegesatz für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegestufe III betrug im Durchschnitt 69 Euro pro Tag; der für Unterkunft und Verpflegung 19 Euro pro Tag. Monatlich sind somit für Pflege und Unterbringung in der höchsten Pflegestufe an das Heim ca. 2.640 Euro als **Vergütung** zu entrichten. Hinzukommen können Ausgaben für Zusatzleistungen und gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen (*siehe Tabelle 3.3 und 3.4*).

In den Heimen waren insgesamt 511.000 Personen beschäftigt. (Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 389.000 Vollzeitäquivalenten, *siehe Tabelle 3.7*). Die Mehrzahl (85%) der beschäftigten Personen war **weiblich**.

42% der Beschäftigten arbeitete **Vollzeit** – also ein deutlich höherer Anteil als im ambulanten Bereich. Teilzeitkräfte machten die Hälfte (51%) der Beschäftigten aus. Auszubildende, Praktikanten/-innen und Schüler/-innen hatten im stationären Bereich eine stärkere Bedeutung als im ambulanten Bereich: Sie stellten 22.000 bzw. 4% der Beschäftigten; den Zivildienst leisteten 8.000 junge Männer (2 %).

Die meisten Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich **Pflege und Betreuung**: 68% der Beschäftigten wurden hier eingesetzt. Jeder Fünfte (19%) arbeitete in der Hauswirtschaft; auf Verwaltung, Haustechnik und sonstige Bereiche entfielen zusammen 10% der Beschäftigten; zur sozialen Betreuung war 3% des Personals vorgesehen.

Ausschließlich für das Pflegeheim im Rahmen des **SGB XI** arbeiteten 346.000 Beschäftigte (68%) – ein bedeutend höherer Anteil als im ambulanten Bereich. Die übrigen Beschäftigten waren zum gewissen Anteil auch für andere Bereiche der Einrichtung (z. B. den Altenheimbereich) tätig.

Auch in den Heimen waren Krankenschwester/Krankenpfleger oder Altenpfleger/in die wichtigsten **Ausbildungsabschlüsse**. Zusammen hatte von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen fast jeder Zweite (47%) entweder einen Abschluss als Altenpfleger/in (31%), Krankenschwes-

ter/Krankenpfleger (15%) oder Kinderkrankenschwester bzw. -pfleger (1%) (siehe Tabellen 3.5 und 3.6). Sofern man den Fachkraftbegriff weit fasst und neben den Fachkräften für die Pflege auch die für Betreuung einbezieht, sind von den im Bereich Pflege und Betreuung (einschließlich soziale Betreuung) eingesetzten Personen insgesamt ca. 50% Fachkräfte, bei einer Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten 53%. Als Fachkraft wurden dabei Beschäftigte gezählt, die in der Regel eine mehrjährige spezifische Ausbildung aufweisen; so werden Altenpfleger/-innen als Fachkraft gezählt, Altenpflegehelfer/-innen hingegen nicht (siehe Tabellen 3.5 und 3.6).

Gegenüber 2001 hat die Bedeutung der stationären Versorgung zugenommen. Die Zahl der Heime stieg um 6,3% bzw. rund 600; die Zahl der Heime mit vollstationärer Dauerpflege um 5,3% bzw. 440 Heime. Die Zahl der zugelassenen Plätze nahm insgesamt um 5,8% (39.000 Plätze) zu; die Plätze für vollstationäre Dauerpflege um 5,5% (35.000 Plätze). Zunehmend Bedeutung gewinnen dabei die Plätze in **1-Bett Zimmern** (+ 11,0% bzw. 34.000 Plätze) (siehe Tabellen 3.1 und 3.3 sowie Tabelle 4).

Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen ist insgesamt ein Anstieg um 5,9% (36.000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen. Die Zahl der vollstationär Dauerversorgten nahm dabei um 5,1% bzw. 30.000 zu. Am stärksten ist hier der Anstieg im Bereich der **Pflegestufe I** (16.000 bzw. 8,6%) (siehe Tabellen 3.4).

Das Personal stieg im gleichen Zeitraum um 7,5% bzw. 35.000 Personen. Der stärkste Anstieg fand bei den Teilzeitkräften, die **mehr als „halbtags“** tätig sind, um 20.000 Beschäftigte bzw. 17% statt. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten hat hingegen leicht um 1% bzw. 2.000 Personen abgenommen. Für die Versorgung der Pflegebedürftigen ist insbesondere das Personal des Bereichs **Pflege und Betreuung** wichtig. Hier sind gegenüber 2001 insgesamt 9,5% bzw. 30.000 mehr Personen tätig. Ein gut Teil der Zunahme findet auch in diesem Bereich bei den Teilzeitbeschäftigten mit 25.000 bzw. 18,2% statt (siehe Tabellen 3.5 und 3.6).

„ECKDATEN“ PFLEGESTATISTIK 2003

2,08 Millionen Pflegebedürftige insgesamt

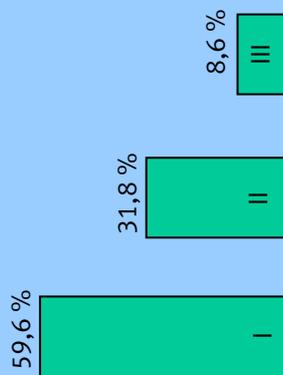
zu Hause versorgt:
1,44 Mill. (69%) durch ...

in Heimen versorgt:
640.000 (31%)

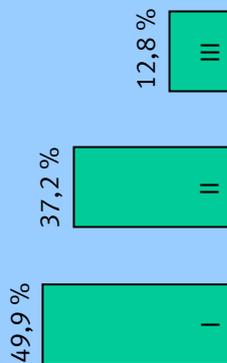
ausschließlich Angehörige:
987.000 Pflegebedürftige

Pflegedienste:
450.000 Pflegebedürftige

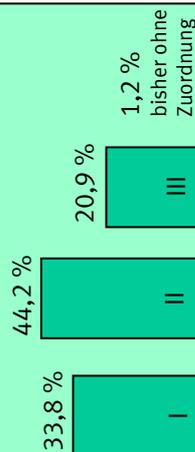
- nach Pflegestufen -



- nach Pflegestufen -



- nach Pflegestufen -



durch
10.600 Pflegedienste
mit
201.000
Beschäftigten

in
9.700 Pflegeheimen
mit
511.000
Beschäftigten

1. Pflegebedürftige zum Jahresende 2003
1.1 Art der Versorgung

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung	Pflegebedürftige			Pflegestufe			Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt	jeweiliger Anteil der Pflegestufe III
	Insgesamt	Veränderungen zu 2001	darunter: weiblich	I	II	III 1)			
	Anzahl	%	%	Anzahl			%		
Pflegebedürftige zu Hause versorgt.....	1 436 646	0,1	63,7	812 771	481 378	142 497	-	69,2	9,9
davon:									
allein durch Angehörige 2)	986 520	-1,4	60,5	588 039	313 820	84 661	-	47,5	8,6
durch ambulante Pflegedienste	450 126	3,6	70,7	224 732	167 558	57 836	-	21,7	12,8
Pflegebedürftige in Heimen	640 289	5,9	78,0	216 307	282 699	133 629	7 654	30,8	20,9
Insgesamt	2 076 935	1,8	68,1	1 029 078	764 077	276 126	7 654	100,0	13,3
Veränderungen zu 2001 in %.....				4,9	- 1,1	- 0,1	- 26,0		

1) Einschl. Härtefälle.

2) Entspricht den Empfängern / -innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger / -innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

1. Pflegebedürftige zum Jahresende 2003
1.2 Alter und "Pflegequote"

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige					Anteil an jeweiliger Bevölkerungsgruppe				Bevölkerung		
	Insgesamt	Veränderungen zu 2001	davon		darunter: weiblich	Pflegequote			insgesamt	männlich	weiblich	
			zu Hause versorgt	in Heimen		insgesamt	männlich	weiblich				
	Anzahl	%	Anzahl		%							
unter 15	64 715	- 2,9	64 447	268	27 247	0,5	0,6	0,5	12 162 110	6 238 381	5 923 729	
15 – 60	236 545	0,3	207 673	28 872	109 751	0,5	0,5	0,4	50 033 112	25 439 425	24 593 687	
60 – 65	85 988	- 6,0	66 124	19 864	39 812	1,6	1,7	1,4	5 476 454	2 690 628	2 785 826	
65 – 70	132 517	9,4	100 888	31 629	64 630	2,7	2,9	2,5	4 962 354	2 360 756	2 601 598	
70 – 75	177 959	- 2,0	134 956	43 003	98 322	5,1	5,1	5,1	3 511 483	1 570 172	1 941 311	
75 – 80	287 339	0,9	206 039	81 300	192 927	9,8	8,5	10,6	2 937 795	1 109 999	1 827 796	
80 – 85	426 873	26,1	281 312	145 561	327 736	20,6	16,1	22,5	2 073 472	615 494	1 457 978	
85 – 90	309 601	- 20,9	185 321	124 280	252 185	39,9	29,4	43,4	776 664	195 084	581 580	
90 – 95	276 486	6,6	151 850	124 636	233 077	60,4	44,0	65,0	457 474	98 763	358 711	
95 und mehr.....	78 912	13,8	38 036	40 876	68 355	56,1	28,3	66,1	140 753	37 312	103 441	
Insgesamt.....	2 076 935	1,8	1 436 646	640 289	1 414 042	2,5	1,6	3,4	82 531 671	40 356 014	42 175 657	

2. Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2003
2.1 Art (Angebot der Einrichtung) und Träger

Art der Pflegedienste	Pflegedienste insgesamt	Davon nach dem Träger der Dienste						
		freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger			
		private Träger	zusammen	Träger d. freien Wohlfahrtspflege	sonstige gemeinnützige Träger	zusammen	sonstige öffentliche Träger	
Pflegedienste insgesamt	10 619	5 849	4 587	4 171	416	183	159	24
Veränderungen zu 2001 in %	0,2	6,5	- 6,3	- 6,4	- 5,5	- 10,3	- 15,0	41,2
und zwar:.....								
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	10 501	5 751	4 570	4 160	410	180	157	23
und zwar:								
- häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	10 284	5 638	4 472	4 087	385	174	154	20
- Hilfe zur Pflege nach dem BSHG	7 487	3 948	3 433	3 155	278	106	96	10
- sonstige ambulante Hilfeleistungen	5 219	2 064	3 080	2 846	234	75	66	9
- als eigenständiger Dienst an einer Wohnrichtung (Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen)	984	388	571	498	73	25	20	5
- als eigenständiger Dienst an einer sonstigen Einrichtung (z.B. einem Krankenhaus).....	202	38	136	115	21	28	25	3
eigenständige Dienste an einem Pflegeheim (mehrgliedrige Einrichtungen).....	624	236	365	318	47	23	20	3

2. Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2003
 2.2 Größe der Dienste nach Träger - Pflegebedürftige je Pflegedienst

Pflegedienste mit ... bis ... Pflegebedürftigen ----- Pflegebedürftige je Pflegedienst	Pflegedienste															
	insgesamt		jeweiliger Anteil an insgesamt		Private Träger		jeweiliger Anteil an privaten		Freigemeinnützige Träger		jeweiliger Anteil an freigemeinnützigen		Öffentliche Träger		jeweiliger Anteil an öffentlichen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegedienste nach Größenklassen																
1 - 10.....	900	8,5	673	11,5	214	4,7	13	7,1								
11 - 15.....	880	8,3	670	11,5	195	4,3	15	8,2								
16 - 20.....	1 002	9,4	756	12,9	232	5,1	14	7,7								
21 - 25.....	1 111	10,5	764	13,1	332	7,2	15	8,2								
26 - 35.....	1 802	17,0	1 146	19,6	623	13,6	33	18,0								
36 - 50.....	1 906	17,9	974	16,7	894	19,5	38	20,8								
51 - 70.....	1 397	13,2	507	8,7	862	18,8	28	15,3								
71 - 100.....	1 014	9,5	256	4,4	738	16,1	20	10,9								
101 - 150.....	433	4,1	80	1,4	347	7,6	6	3,3								
151 und mehr.....	174	1,6	23	0,4	150	3,3	1	0,5								
Insgesamt.....	10 619	100,0	5 849	100,0	4 587	100,0	183	100,0								
Pflegebedürftige je Pflegedienst	42		32		56		43									

2. Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2003
 2.3 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für den Pflegedienst

Beschäftigungsverhältnis / Tätigkeitsbereich	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2001	Anteil an Personal insgesamt %	Davon nach dem Arbeitsanteil für den Pflegedienst nach SGB XI				
				100%	75% bis unter 100%	50% bis unter 75%	25% bis unter 50%	unter 25%
Personal insgesamt.....	200 897	6,0	100,0	35 974 17,9	54 451 27,1	60 823 30,3	23 191 11,5	26 458 13,2
Anteil an Gesamtpersonal in %								
Beschäftigungsverhältnis								
Vollzeitbeschäftigt.....	57 510	0,0	28,6	11 080	14 617	17 834	6 572	7 407
Teilzeitbeschäftigt	60 762	10,5	30,2	10 162	20 364	19 616	6 154	4 466
- über 50 %.....								
- 50 % und weniger, aber								
nicht geringfügig beschäftigt.....	32 797	6,4	16,3	5 333	8 379	11 170	4 528	3 387
- geringfügig beschäftigt.....	42 565	14,0	21,2	8 017	9 867	10 715	4 933	9 033
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r.....	2 460	36,0	1,2	613	640	600	214	393
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr.....	642	36,3	0,3	143	103	147	90	159
Zivildienstleistender.....	4 161	- 37,0	2,1	626	481	741	700	1 613
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegedienst								
Pflegedienstleitung.....	12 786	5,5	6,4	1 638	2 137	3 623	2 155	3 233
Grundpflege.....	135 540	8,8	67,5	24 432	43 924	46 975	13 204	7 005
hauswirtschaftliche Versorgung.....	32 449	- 3,8	16,2	8 241	6 458	6 366	4 189	7 195
Verwaltung, Geschäftsführung.....	10 447	7,8	5,2	803	1 117	2 463	1 548	4 516
sonstiger Bereich.....	9 675	2,8	4,8	860	815	1 396	2 095	4 509

2. Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2003
2.4 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2001	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegedienst						Anteil an Personal	darunter		
			Pflegedienstleitung	Grundpflege	jeweiliger Anteil an Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich		weiblich	Vollzeit *)	aus-schließ-lich nach SGB XI tätig
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	31 757	12,7	2 112	28 084	20,7	265	542	754	15,8	87,5	40,9	10,4
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in.....	4 816	9,0	92	4 233	3,1	381	37	73	2,4	91,6	28,8	23,4
Krankenschwester, Krankenpfleger.....	63 233	10,1	9 323	49 218	36,3	549	1 714	2 429	31,5	88,8	36,0	7,8
Krankenpflegehelfer/in.....	9 678	1,2	42	8 432	6,2	990	85	129	4,8	91,4	27,2	22,4
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger.....	5 360	17,2	752	4 114	3,0	80	136	278	2,7	98,0	34,5	7,6
Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in.....	653	17,4	16	514	0,4	54	16	53	0,3	82,8	29,9	23,1
Heilerziehungspflegerhelfer/in.....	200	-21,6	6	109	0,1	40	4	41	0,1	58,0	42,5	27,5
Heilpädagogin, Heilpädagoge.....	93	-18,4	8	46	0,0	11	11	17	0,0	79,6	32,3	25,8
Ergotherapeut/in.....	265	38,0	7	154	0,1	52	11	41	0,1	90,2	29,4	22,3
sonstiger Abschluß im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe.....	2 945	4,0	7	2 074	1,5	434	305	125	1,5	92,8	22,8	23,5
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss.....	1 311	-9,6	39	423	0,3	125	350	374	0,7	78,0	38,1	16,2
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluß.....	2 136	-2,7	5	1 499	1,1	535	14	83	1,1	97,3	34,0	28,2
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluß.....	138	-8,6	2	44	0,0	80	6	6	0,1	98,6	24,6	23,2
Abschluß einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität.....	557	8,6	258	105	0,1	13	152	29	0,3	60,7	66,6	13,8
sonstiger pflegerischer Beruf.....	19 420	3,5	21	14 551	10,7	4 491	155	202	9,7	93,2	18,1	35,1
Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen.....	1 051	-15,0	3	336	0,2	680	9	23	0,5	98,3	19,7	26,4
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss.....	4 014	-2,6	7	843	0,6	3 020	44	100	2,0	97,7	18,2	27,5
sonstiger Berufsabschluss.....	35 895	5,4	83	12 708	9,4	13 792	6 484	2 828	17,9	83,9	18,0	25,8
ohne Berufsabschluss/nach in Ausbildung.....	17 375	-8,2	3	8 053	5,9	6 857	372	2 090	8,6	67,4	13,1	26,9
Insgesamt.....	200 897	6,0	12 786	135 540	100,0	32 449	10 447	9 675	100,0	86,9	28,6	17,9

*) Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, Helfer/innen im freiwilligen sozialen Jahr und Zivildienstleistende

2. Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2003
 2.5 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich

Berufsabschluss	Personal insgesamt		Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegedienst						Anteil an Personal		darunter weiblich
	Pflegerdienstleitung	Grundpflege	jeweiliger Anteil an Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich	Anteil an Personal	%			
									Personen	Anteil an Personal	
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	1 995	21 232	23,6	177	491	562	18,2	85,9			
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in.....	70	2 975	3,3	253	32	45	2,5	90,6			
Krankenschwester, Krankenpfleger.....	8 889	31 069	34,6	297	1 509	1 532	32,2	87,2			
Krankenpflegehelfer/in.....	34	5 741	6,4	592	70	84	4,8	90,2			
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger.....	716	2 654	3,0	45	111	175	2,8	97,9			
Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in.....	14	357	0,4	34	13	30	0,3	81,9			
Heilerziehungspflegehelfer/in.....	5	78	0,1	29	4	39	0,1	50,0			
Heilpädagogin, Heilpädagoge.....	8	31	0,0	6	9	10	0,0	79,4			
Ergotherapeut/in.....	5	104	0,1	33	9	31	0,1	89,6			
sonstiger Abschluß im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe.....	5	1 290	1,4	251	220	76	1,4	91,9			
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluß.....	35	263	0,3	76	291	267	0,7	76,4			
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluß.....	4	1 160	1,3	376	11	61	1,2	96,9			
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluß.....	2	27	0,0	50	5	4	0,1	98,9			
Abschluß einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität.....	242	66	0,1	6	133	19	0,3	59,7			
sonstiger pflegerischer Beruf.....	17	9 291	10,3	2 811	114	106	9,2	92,8			
Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen.....	2	232	0,3	429	6	13	0,5	98,1			
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluß.....	5	569	0,6	1 800	30	59	1,8	97,2			
sonstiger Berufsabschluß.....	69	7 887	8,8	7 111	4 422	1 675	15,7	79,9			
ohne Berufsabschluß/noch in Ausbildung.....	2	4 772	5,3	4 181	234	1 541	8,0	58,8			
Insgesamt.....	12 120	89 798	100,0	18 556	7 714	6 327	100,0	84,8			

3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003
 3.1 Organisation (Angebot der Einrichtung) und Träger

Organisationsform der Pflegeheime	Pflegeheime insgesamt	Davon nach dem Träger der Einrichtung					
		private Träger		freigemeinnützige Träger		öffentliche Träger	
		zusammen	Träger d. freien Wohlfahrtspflege	sonstige gemeinnützige Träger	zusammen	kommunale Träger	sonstige öffentliche Träger
Pflegeheime insgesamt.....	9 743	3 610	4 714	691	728	570	158
Veränderungen zu 2001 in %.....	6,3	9,9	4,8	9,2	- 2,8	- 8,8	27,4
und zwar:							
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen).....	2 770	752	1 513	242	263	200	63
und zwar:							
sonstige ambulante Hilfeleistungen in Anbindung an eine Wohneinrichtung (Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen).....	660	242	339	45	34	31	3
in Anbindung an sonstige Einrichtungen (z. B. ein Krankenhaus).....	2 061	511	1 200	186	164	132	32
Pflegeheime mit angeschlossenen ambulanten Pflegedienst (mehrgliedrige Einrichtung).....	462	90	216	47	109	71	38
Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege.....	8 775	3 309	4 165	622	679	524	155

3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003
 3.2 Größe der Heime nach Träger - Pflegebedürftige je Pflegeheim

Pflegeheime mit ... bis ... Pflegebedürftigen Pflegebedürftige je Pflegeheim	Pflegeheime						Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	insgesamt	jeweiliger Anteil	Private Träger	jeweiliger Anteil an privaten	Freigemeinnützige Träger	jeweiliger Anteil an freigemeinnützigen						
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeheime nach Größenklassen												
1 - 10	545	5,6	284	7,9	231	4,3	30	4,1				
11 - 20	1 060	10,9	525	14,5	488	9,0	47	6,5				
21 - 30	973	10,0	553	15,3	371	6,9	49	6,7				
31 - 40	890	9,1	456	12,6	383	7,1	51	7,0				
41 - 50	813	8,3	364	10,1	387	7,2	62	8,5				
51 - 60	826	8,5	291	8,1	474	8,8	61	8,4				
61 - 80	1 556	16,0	443	12,3	983	18,2	130	17,9				
81 - 100	1 174	12,0	265	7,3	815	15,1	94	12,9				
101 - 150	1 431	14,7	309	8,6	995	18,4	127	17,4				
151 - 200	330	3,4	86	2,4	194	3,6	50	6,9				
201 - 300	127	1,3	32	0,9	73	1,4	22	3,0				
301 und mehr	18	0,2	2	0,1	11	0,2	5	0,7				
Insgesamt.....	9 743	100,0	3 610	100,0	5 405	100,0	728	100,0				
Pflegebedürftige je Pflegeheim												
insgesamt.....	66		52		73		81					
Heime mit ausschl. Dauerpflege.....	68		55		77		81					

3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003

3.3 Heime nach dem Pflegeangebot sowie Art und Auslastung der verfügbaren Plätze

Zahl der Heime / Art der verfügbaren Plätze / Auslastung	insgesamt	Anteil an insgesamt in %	Davon nach dem Angebot der Einrichtung				
			Dauer- u. Kurzzeit- pflege u. Tages- u./ o. Nacht- pflege	nur Dauer- und Kurz- zeit- pflege	nur Dauer- pflege u. Tages- und/oder Nacht- pflege	nur Dauer- pflege	Angebot aus entweder Kurzzeit- pflege und / oder Tages- und / oder Nachtpflege
Anzahl der Heime							
Anzahl Pflegeheime.....	9 743		389	852	496	7 038	968
verfügbare Plätze							
Verfügbare Plätze insgesamt.....	713 195	100,0	41 525	74 354	47 149	536 038	14 129
vollstationäre Pflege							
zusammen.....	694 939	97,4	37 622	74 354	42 393	536 038	4 532
in 1-Bett-Zimmern.....	350 397	49,1	20 234	39 483	23 186	265 495	1 999
in 2-Bett-Zimmern.....	327 690	45,9	16 735	33 757	18 292	256 532	2 374
in 3-Bett-Zimmern.....	14 771	2,1	601	1 034	624	12 371	141
in 4 und mehr-Bett-Zimmern.....	2 081	0,3	52	80	291	1 640	18
Dauerpflege zusammen.....	683 941	95,9	35 207	70 303	42 393	536 038	-
in 1-Bett-Zimmern.....	344 406	48,3	18 666	37 059	23 186	265 495	-
in 2-Bett-Zimmern.....	322 881	45,3	15 892	32 165	18 292	256 532	-
in 3-Bett-Zimmern.....	14 591	2,0	597	999	624	12 371	-
in 4 und mehr-Bett-Zimmern.....	2 063	0,3	52	80	291	1 640	-
dar.: Plätze, die flexibel für die Kurzzeitpflege ge- nutzt werden können.....	14 986	2,1	174	503	1 535	12 774	-
Kurzzeitpflege zusammen.....	10 998	1,5	2 415	4 051	-	-	4 532
in 1-Bett-Zimmern.....	5 991	0,8	1 568	2 424	-	-	1 999
in 2-Bett-Zimmern.....	4 809	0,7	843	1 592	-	-	2 374
in 3-Bett-Zimmern.....	180	-	4	35	-	-	141
in 4 und mehr-Bett-Zimmern.....	18	-	-	-	-	-	18
Tagespflege	17 831	2,5	3 708	-	4 658	-	9 465
Nachtpflege.....	425	0,1	195	-	98	-	132
Auslastung der verfügbaren Plätze in Prozent							
Vollstationäre Dauerpflege.....	89,5		92,7	90,1	92,1	89,0	-
Vollstationäre Kurzzeitpflege *).....	X		X	X	X	X	**
Tagespflege.....	95,8		71,2	-	75,2	-	**
Nachtpflege.....	6,8		4,1	-	5,1	-	**

*) Da die Zahl der Plätze insgesamt abhängig ist von den flexibel genutzten Betten ("eingestreute Kurzzeitpflege"), erscheint Berechnung nicht sinnvoll.

** Nicht separat berechnet, aber in insgesamt enthalten.

3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003
3.4 Pflegebedürftige und Vergütung

Pflegebedürftige nach Pflegestufen ----- Durchschnittliche Vergütung	insgesamt	Davon nach der Art der Pflegeleistung					
		vollstationäre Pflege			teilstationäre Pflege		
		zusammen	Dauerpflege	Kurzzeitpflege	zusammen	Tages- pflege	Nacht- pflege
		Pflegebedürftige nach Pflegestufe					
Pflegebedürftige insgesamt.....	640 289	623 182	612 183	10 999	17 107	17 078	29
Veränderungen zu 2001 in %.....	5,9	5,3	5,1	14,1	37,3	37,6	- 47,3
Pflegestufe I.....	216 307	208 950	203 783	5 167	7 357	7 348	9
Pflegestufe II.....	282 699	275 215	271 088	4 127	7 484	7 470	14
Pflegestufe III.....	133 629	131 736	130 553	1 183	1 893	1 888	5
dar.: Pflegestufe III (Härfälle).....	3 379	3 353	3 332	21	26	25	1
Bisher noch keiner							
Pflegestufe zugeordnet.....	7 654	7 281	6 759	522	373	372	1
		Durchschnittliche Vergütungen insgesamt (EUR pro Person und Tag)					
Pflegesatz							
Pflegeklasse 1.....	-	-	41	49	-	35	26
Pflegeklasse 2.....	-	-	55	60	-	41	35
Pflegeklasse 3.....	-	-	69	73	-	47	44
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.....	-	-	19	20	-	11	13

3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003
 3.5 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für das Pflegeheim

Beschäftigungsverhältnis / Tätigkeitsbereich	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2001		Anteil an Personal insgesamt %	Davon nach dem Arbeitsanteil für das Pflegeheim nach SGB XI				
		%	%		100%	75% bis unter 100%	50% bis unter 75%	25% bis unter 50%	unter 25%
Personal insgesamt.....	510 857	7,5	100,0	345 987 67,7	106 217 20,8	23 805 4,7	11 783 2,3	23 065 4,5	
Beschäftigungsverhältnis									
Vollzeitbeschäftigt.....	216 510	- 1,1	42,4	163 841	38 444	5 222	2 687	6 316	
Teilzeitbeschäftigt	140 488	16,9	27,5	88 282	37 033	9 013	1 765	4 395	
- über 50 %.....									
- 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt.....	71 066	14,9	13,9	41 324	14 521	7 578	3 998	3 645	
- geringfügig beschäftigt.....	49 179	10,8	9,6	28 398	10 559	877	2 379	6 966	
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r.....	22 031	33,4	4,3	16 246	3 344	743	623	1 075	
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr.....	3 373	48,4	0,7	2 649	503	65	72	84	
Zivildienstleistender.....	8 210	- 27,0	1,6	5 247	1 813	307	259	584	
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegeheim									
Pflege und Betreuung.....	345 255	9,5	67,6	254 944	68 433	12 303	4 755	4 820	
soziale Betreuung.....	17 833	6,5	3,5	10 644	4 018	1 128	816	1 227	
Hauswirtschaftsbereich.....	98 627	1,8	19,3	54 266	23 261	6 770	3 897	10 433	
haustechnischer Bereich.....	13 929	1,0	2,7	7 671	2 952	810	570	1 926	
Verwaltung, Geschäftsführung.....	28 021	7,3	5,5	14 902	6 030	2 201	1 379	3 509	
sonstiger Bereich.....	7 192	8,4	1,4	3 560	1 523	593	366	1 150	

3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003
3.6 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich

Berufsabschluss	Personal insgesamt		Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim							darunter			
	Veränderungen zu 2001		Pflege und Betreuung	jeweiliger Anteil an Pflege und Betreuung	soziale Betreuung	hauswirtschaftlicher Bereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich	Anteil an Personal	weiblich	Vollzeit *)	ausgeschlossen nach SGB XI tätig
	%	%											
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	110 208	14,0	106 959	31,0	1 295	155	17	1 607	175	21,6	85,6	61,7	74,5
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in.....	14 662	0,1	14 364	4,2	148	103	2	35	10	2,9	91,6	44,9	73,0
Krankenschwester, Krankenpfleger.....	55 348	12,2	52 254	15,1	614	147	15	2 127	191	10,8	89,9	52,5	75,2
Krankenpflegehelfer/in.....	18 994	-6,9	18 603	5,4	195	142	5	35	14	3,7	90,5	44,9	73,2
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger.....	3 587	14,6	3 309	1,0	73	41	2	139	23	0,7	97,3	47,1	73,1
Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in.....	2 080	11,3	1 610	0,5	379	27	5	43	16	0,4	79,9	53,5	71,4
Heilerziehungspfleger/in.....	538	0,0	402	0,1	85	20	13	7	11	0,1	70,8	55,2	71,7
Heilpädagogin, Heilpädagoge.....	375	-20,6	138	0,0	151	29	9	39	9	0,1	79,5	42,9	66,7
Ergotherapeut/in.....	4 202	18,2	1 113	0,3	2 864	27	3	23	172	0,8	88,1	41,6	66,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe.....	3 480	-0,8	2 187	0,6	524	226	66	323	154	0,7	87,2	39,5	68,5
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss.....	6 144	7,5	955	0,3	3 862	70	10	1 160	87	1,2	77,1	45,6	57,3
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss.....	1 567	5,7	1 305	0,4	76	132	11	32	11	0,3	95,2	40,1	73,8
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss.....	158	22,5	110	0,0	14	27	1	5	1	0,0	89,9	32,9	74,1
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität.....	1 397	25,0	494	0,1	165	36	3	650	49	0,3	65,7	68,9	63,8
sonstiger pflegerischer Beruf.....	33 681	5,1	32 567	9,4	438	567	13	67	29	6,6	92,6	40,8	71,5
Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen.....	1 575	-1,3	201	0,1	24	1 300	21	25	4	0,3	92,0	52,8	60,2
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss.....	21 631	3,6	1 467	0,4	122	19 537	222	157	126	4,2	87,3	47,0	57,9
sonstiger Berufsabschluss.....	121 835	6,1	44 154	12,8	4 235	38 309	11 026	19 938	4 173	23,8	79,3	34,5	60,6
ohne Berufsabschluss/nach in Ausbildung.....	109 395	5,7	63 063	18,3	2 569	37 732	2 485	1 609	1 937	21,4	83,3	24,4	64,6
Insgesamt.....	510 857	7,5	345 255	100,0	17 833	98 627	13 929	28 021	7 192	100,0	84,9	42,4	67,7

*) Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, Helfer/innen im freiwilligen sozialen Jahr und Zivildienstleistende

3. Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2003
 3.7 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim						Anteil an Personal		darunter weiblich
		Pflege und Betreuung	jeweiliger Anteil an Pflege und Betreuung	soziale Betreuung	hauswirtschaftlicher Bereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich	%	
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	95 219	92 468	34,3	1 000	113	14	1 487	137	24,5	84,6
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in.....	11 520	11 311	4,2	101	71	2	30	5	3,0	90,6
Krankenschwester, Krankenpfleger.....	44 509	41 895	15,5	415	98	10	1 953	137	11,4	88,9
Krankenpflegehelfer/in.....	14 956	14 693	5,4	127	94	3	30	10	3,8	89,5
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger.....	2 822	2 605	1,0	48	27	1	128	13	0,7	97,2
Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in.....	1 725	1 352	0,5	298	17	4	40	12	0,4	77,9
Heilerziehungspflegerhelfer/in.....	451	334	0,1	71	17	13	6	10	0,1	67,4
Heilpädagogin, Heilpädagoge.....	286	104	0,0	117	17	6	34	7	0,1	78,7
Ergotherapeut/in.....	3 261	882	0,3	2 211	19	3	19	128	0,8	87,0
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe.....	2 605	1 663	0,6	369	162	45	259	104	0,7	85,8
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss.....	4 758	741	0,3	2 878	50	8	1 022	59	1,2	74,2
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss.....	1 227	1 040	0,4	55	90	9	24	8	0,3	95,0
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss.....	111	78	0,0	10	18	1	4	0	0,0	88,3
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität.....	1 204	416	0,2	132	25	2	591	37	0,3	64,0
sonstiger pflegerischer Beruf.....	25 453	24 718	9,2	274	385	8	49	20	6,5	91,9
Fachauswirtschafter/in für ältere Menschen.....	1 281	156	0,1	16	1 067	17	21	3	0,3	91,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss.....	17 060	1 067	0,4	85	15 514	165	124	100	4,4	85,0
sonstiger Berufsabschluss.....	87 353	31 781	11,8	2 714	25 927	8 151	15 140	2 620	22,5	76,0
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung.....	72 948	42 334	15,7	1 917	24 536	901	892	1 211	18,8	81,3
Insgesamt.....	388 749	269 638	100,0	12 838	68 249	9 362	21 855	4 619	100,0	83,3

4. Zeitreihe - ausgewählte Merkmale (1999 - 2003)

Merkmal	15.12.1999	2001 zu 1999 Veränderungen in %	15.12.2001	2003 zu 2001 Veränderungen in %	15.12.2003
Pflegebedürftige insgesamt.....	2 016 091	1,2	2 039 780	1,8	2 076 935
Pflegebedürftige zu Hause versorgt.....	1 442 880	- 0,5	1 435 415	0,1	1 436 646
- allein durch Angehörige *)	1 027 591	- 2,6	1 000 736	- 1,4	986 520
- durch ambulante Pflegedienste	415 289	4,7	434 679	3,6	450 126
Pflegebedürftige in Heimen	573 211	5,4	604 365	5,9	640 289
- darunter vollstationäre Dauerpflege.....	554 217	5,1	582 258	5,1	612 183
Pflegestufe I.....	926 476	5,8	980 621	4,9	1 029 078
Pflegestufe II.....	784 824	- 1,6	772 397	- 1,1	764 077
Pflegestufe III.....	285 264	- 3,1	276 420	- 0,1	276 126
ohne Zuordnung.....	19 527	- 47,0	10 342	- 26,0	7 654
ambulante Pflegedienste insgesamt.....	10 820	- 2,1	10 594	0,2	10 619
Personal insgesamt.....	183 782	3,1	189 567	6,0	200 897
davon:					
Vollzeitbeschäftigt.....	56 914	1,1	57 524	0,0	57 510
Teilzeitbeschäftigt					
- über 50 %.....	49 149	11,9	55 008	10,5	60 762
- 50 % und weniger, aber					
nicht geringfügig beschäftigt.....	28 794	7,1	30 824	6,4	32 797
- geringfügig beschäftigt.....	39 126	- 4,6	37 326	14,0	42 565
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r.....	1 816	- 0,4	1 809	36,0	2 460
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr.....	562	- 16,2	471	36,3	642
Zivildienstleistender.....	7 421	- 11,0	6 605	- 37,0	4 161
darunter:					
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	25 456	10,7	28 179	12,7	31 757
Krankenschwester, Krankenpfleger.....	58 144	- 1,2	57 457	10,1	63 233
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger.....	4 384	4,3	4 572	17,2	5 360
darunter:					
überwiegender Tätigkeitsbereich Grundpflege.....	119 388	4,4	124 602	8,8	135 540
Pflegeheime insgesamt.....	8 859	3,5	9 165	6,3	9 743
darunter: mit vollstationärer Dauerpflege.....	8 073	3,2	8 331	5,3	8 775
verfügbare Plätze.....	645 456	4,5	674 292	5,8	713 195
darunter: vollstationäre Dauerpflege.....	621 502	4,4	648 543	5,5	683 941
Personal insgesamt.....	440 940	7,8	475 368	7,5	510 857
davon:					
Vollzeitbeschäftigt.....	211 544	3,5	218 898	- 1,1	216 510
Teilzeitbeschäftigt					
- über 50 %.....	100 897	19,1	120 218	16,9	140 488
- 50 % und weniger, aber					
nicht geringfügig beschäftigt.....	54 749	13,0	61 843	14,9	71 066
- geringfügig beschäftigt.....	42 795	3,7	44 371	10,8	49 179
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r.....	16 782	- 1,6	16 511	33,4	22 031
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr.....	2 389	- 4,9	2 273	48,4	3 373
Zivildienstleistender.....	11 784	- 4,5	11 254	- 27,0	8 210
darunter:					
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	83 705	15,5	96 700	14,0	110 208
Krankenschwester, Krankenpfleger.....	47 300	4,3	49 330	12,2	55 348
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger.....	2 881	8,6	3 129	14,6	3 587
darunter: überwiegender Tätigkeitsbereich					
Pflege und Betreuung.....	287 267	9,7	315 200	9,5	345 255

*) Entspricht den Empfängern /-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger /-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

Zahl der Pflegebedürftigen – Abweichung zu den Ergebnissen der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Über die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI liegen neben den Daten der amtlichen **Pflegestatistik** auch Daten der **sozialen Pflegeversicherung (SPV)** sowie der **privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)** vor. Diese Daten weichen zum Teil von den Ergebnissen der Pflegestatistik ab. Nimmt man die Stichtagsdaten zum Jahresende 2003 der SPV und der PPV, so weisen sie zusammen rund 2,01 Millionen Pflegebedürftige auf - die Pflegestatistik weist also rund **70.000** (rund 3%) Pflegebedürftige mehr aus. Folgende **methodische Unterschiede** sind bei einem Vergleich der Statistiken zunächst zu berücksichtigen:

- Bei der Pflegestatistik werden **8.000** Pflegebedürftige in Pflegeheimen erfasst, bei denen noch **keine Pflegestufe** vorliegt. Diese können nicht in den Daten der PPV und der SPV enthalten sein.
- Außerdem werden in der Pflegestatistik für den ambulanten und teilstationären Bereich Daten aus zwei verschiedenen Quellen zusammengeführt. Zum einen die Meldungen der Pflegekassen über die Pflegegeldempfänger und zum anderen die Daten der ambulanten Dienste und teilstationären Einrichtungen. Hier ist in der Pflegestatistik eine Doppelerfassung der Empfänger von **teilstationärer Pflege**, sofern diese zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten, möglich. Dies betrifft - grob geschätzt - rund 10.000 Pflegebedürftige.
- Generell ist zudem davon auszugehen, dass in den Stichtagsdaten der Sozialen Pflegeversicherung – methodisch bedingt - **Nacherfassungen** auftreten. Dieser Effekt ist momentan nicht quantifizierbar.
- **Behinderte Menschen** die Leistungen nach § 43 a SGB XI in „Behindertenheimen“ erhalten sind in der Statistik der SPV als Pflegebedürftige erfasst, in der Pflegestatistik - sofern sie nicht auch als Pflegegeldempfänger von den Kassen erfasst werden - jedoch nicht. Auch dieser Effekt ist für das Statistische Bundesamt anhand der vorliegenden Daten nur grob quantifizierbar.

Für den Bereich der **vollstationären Dauerpflege** weisen standardisierte Vergleiche, - d. h., soweit möglich, um die Unterschiede bei der Abgrenzung und Methodik bereinigt - auf eine Differenz zwischen den Statistiken von ca. **20.000** Personen bzw. rund **3 %** hin. Für den Bereich der **ambulanten und teilstationären Pflege** sind standardisierte Vergleiche aufgrund der Anzahl der unterschiedlichen Leistungen und der nicht quantifizierbaren Effekte (s. o.) schwieriger. Die durchgeführten Vergleiche zeigen allerdings auch hier höhere Angaben der Pflegestatistik. Die relative Differenz scheint dabei im Bereich der ambulanten Dienste höher zu sein.

Erklärungen für die **verbleibenden Unterschiede** zu geben ist schwierig. Abweichungen sind z. B. denkbar, sofern Pflegeeinrichtungen irrtümlich Pflegebedürftige melden, die im Sinne ihres Hilfebedarfs durchaus pflegebedürftig sind, die aber vollständig aus anderen Quellen (z. B. Sozialhilfe, gesetzliche Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung oder privat) finanziert werden und somit keine Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Außerdem können Differenzen entstehen, wenn Pflegebedürftige ambulante Sachleistungen erhalten, sie aber als „reine“ Pflegegeldempfänger bei den Pflegekassen geführt werden. Momentan gibt es allerdings keine Hinweise, dass einer dieser möglichen Effekte allein zur Erklärung der verbliebenen Differenzen herangezogen werden kann. Generell ist zur Aussagekraft der Statistiken folgendes zu sagen:

- Die Statistiken sind mit **unterschiedlichen Zielsetzungen** und auch mit **unterschiedlichen Berichtswegen** konzipiert. Die Pflegestatistik der Statistischen Ämter dient vor allem dazu, die Situation in den Heimen und Diensten - auch auf regionaler Ebene - zu beschreiben. Die unterschiedlichen Ziele und Berichte führen zu unterschiedlichen Niveauangaben in den Statistiken. Bei Analysen empfiehlt es sich natürlich, die Statistiken jeweils getrennt zu betrachten.
- Hinsichtlich der **Entwicklungstrends** zwischen einzelnen Leistungsarten (ambulant, stationär) gibt es bei einem Vergleich zwischen 1999, 2001 und 2003 hohe Übereinstimmungen zwischen den Statistiken – allerdings, wie gesagt, auf unterschiedlichem Niveau.
- Die amtliche Statistik ist natürlich weiterhin bestrebt, **Unterschiede zu erklären**, die Erhebungen entsprechend weiterzuentwickeln und so die Aussagekraft der Statistiken weiter zu erhöhen.
- Insgesamt bleibt festzustellen, dass die vorliegende amtliche Pflegestatistik eine sehr gute Datenbasis über das Angebot und die Nachfrage im Pflegebereich bietet und inhaltlich von hoher Aussagekraft ist.

9.8 Behandlungspflege

9.8.1 Erläuterungen zum Stand der Einbeziehung in die Leistungen der Altenpflegeeinrichtungen

Zum 01. Juli 1996 trat das SGB XI für die stationäre Pflege in Kraft (Artikel 69 Pflege-Versicherungsgesetz).

In der einleitenden Begründung der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP zum Gesetzentwurf des Ersten Kapitels des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) wird u. a. folgendes festgehalten: „Zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird eine soziale Pflegeversicherung als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Die Aufgaben, die Ziele, die Inhalte, die Organisation sowie die Grundprinzipien dieses Versicherungszweiges werden normiert; das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Pflegeleistungen anderer Rechtsbereiche wird bestimmt. Die Vorschriften dieses Kapitels geben zum einen den Rahmen für die Durchführung und Ausgestaltung der Pflege-Sozialversicherung vor und zeigen zum anderen auf, wie durch die Pflegeversicherung die Situation der Pflegebedürftigen verbessert wird.“- In der Begründung zu § 4 SGB XI (Art und Umfang der Leistungen) steht: „Die Leistungen der Pflegeversicherung werden als Dienst-, Sach- und Geldleistungen sowie in Form der Kostenerstattung, soweit eine solche in diesem Buch vorgesehen ist, erbracht. Die Leistungen sollen dazu beitragen, den Bedarf der Pflegebedürftigen an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu decken. Zur Grundpflege gehören pflegerische nicht-medizinische Leistungen, z.B. Hilfen bei der Körperpflege und der Hygiene, beim Betten und Lagern sowie der Nahrungsaufnahme. Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst diejenigen Tätigkeiten, die der allgemeinen Wirtschafts- und Lebensführung dienen, insbesondere das Reinigen der Wohnung und die Versorgung mit Wäsche. (...) **Die Behandlungspflege hat insbesondere medizinische Hilfeleistungen wie Injektionen, Verbandwechsel oder Verabreichung von Medikamenten zum Gegenstand und ist keine Leistung der Pflegeversicherung; sie wird weiterhin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht.** (...) Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wird eine Vollversorgung der Pflegebedürftigen weder angestrebt noch erreicht. Die Pflegeversicherung stellt **eine soziale Grundsicherung** in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen.“

Der Gesetzesinhalt des SGB V über die Leistungen der Krankenversicherung bezüglich der Behandlungspflege wurde seinerzeit durch folgende zeitlich befristete Rege-

lung des SGB XI novelliert: „Die Pflegekasse übernimmt (...) und in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1999 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (...)“. Ein entsprechender Berechnungsanteil bei den Pflegesätzen der Pflegeeinrichtungen wurde den Leistungen der Pflegeversicherung dafür nicht zugeordnet.- Inzwischen wurde diese Regelung mehrfach verlängert. Die gesetzliche Regelung ist nun in § 43b SGB XI (SGB XI, Fünfter Titel, Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege, Finanzierungszuständigkeit) gefasst und lautet bis zum 30.06.2007: „Vom 1. Januar 2005 an übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3 und 5 genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.“ Die Regelung wurde inzwischen mit Wirkung ab 1. Juli 2007 verlängert.¹ - Es muss nun abgewartet werden, welche Regelung künftig der Gesetzgeber zu diesem Sachverhalt verabschieden wird. Diese originären Leistungen der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung (SGB V) werden demnach nur im häuslichen Bereich (häusliche Krankenpflege) gewährt. Dies stellt derzeit eine Ungleichbehandlung der Versicherten dar.

9.8.2 Beschreibung der Leistungen

9.8.2.1 Behandlungspflege

Die Leistungen der Behandlungspflege sind im Wesentlichen wie folgt zu definieren²:

- Verbandswechsel/Wundpflege
- Injektionen
- Katheterpflege/-wechsel
- Dekubitusbehandlung
- Einlauf/Darmentleerung
- Spezielle Krankenbeobachtung/-überwachung
- Einreibungen, Wickel
- Medikamentenüberwachung/-verabreichung
- Bronchialtoilette/Tracheal-Kanülenpflege inkl. Wechsel
- Künstliche Ernährung.

Sie wird von den fachlich dazu qualifizierten Pflegekräften durchgeführt.

¹ Uwe Kaspers, SOLEX - Die Datenbank zum Sozialleistungsrecht; Walhalla Fachverlag, Regensburg 2004

² Hans Böhm, Rechtshandbuch für Pflegeeinrichtungen von A-Z, Kissing Mai 2003

9.8.2.2 Therapie

Die psychosoziale Betreuung durch Ergotherapeuten gewährt Hilfe bei der Tagesstrukturierung, bietet Unterstützung in der selbstbestimmten Lebensführung an. Hierzu werden eingesetzt:

- Gruppen für Gedächtnistraining
- Gesprächsgruppen
- Spielgruppen, Koch- und Backgruppen
- Übungen zur orientierenden Wahrnehmung
- Werkgruppen mit Arbeit in verschiedenen Materialien wie Holz, Peddigrohr, Stoff, Ton etc.
- Arbeiten in der Holzwerkstatt
- Selbsthilfeübungen zum Wiedererlernen verlorener Fähigkeiten
- Freizeitgestaltung
- Gesellschaftsveranstaltungen.

Für einen mobileren und orientierteren Teil von Altenpflegeheimbewohner/-innen eignet sich auch ein Gymnastikangebot außerhalb des originären Wohnbereichs. Dieses Angebot geht mehr auf die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse der Bewohner ein und bietet die Möglichkeit, den gewohnten Wohnbereich zu verlassen. Gymnastiklehrerinnen wirken durch spielerische Übungen auf Bewegungsabläufe des sitzenden oder sich bewegenden alten Menschen ein. Die Behandlung erfolgt zwar auch einzeln, aber vorwiegend in Gruppen.

9.8.2.3 Rehabilitation

Der Gesetzgeber hat der Prävention und der medizinischen Rehabilitation Vorrang vor der Pflege gegeben. § 5 des SGB XI (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation) lautet demzufolge:

„(1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, daß frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“

9.8.2.4 Ärztliche Behandlung in Altenpflegeeinrichtungen

Die ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Altenpflegeheimbewohner/-innen erfolgt bis auf einzelne Modellversuche oder spezielle Konsiliarleistungen durch die von den Bewohnern oder ihren Angehörigen gewünschten Hausärzte. In Verbindung mit der Verordnung bzw. Durchführung von Behandlungspflege und der Verordnung weiterer medizinischer Maßnahmen (Krankenhausaufenthalte, Facharztüberweisungen etc.) sind sie mit der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen beauftragt.

9.9 Betreuungsbedarf

9.9.1 Psychosoziale Betreuung allgemein

Der jeweilige Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf ergibt sich aus der aktuellen psychosozialen Situation der Altenpflegeheimbewohner/-innen und deren individueller Lebensgeschichte. Ein bedürfnisorientierter und sozial-integrativer, ganzheitlicher Betreuungsansatz sollte zur Anwendung kommen und der Bewohnerin/dem Bewohner gerecht werden.

Der psychosoziale Betreuungsdienst soll multiprofessionell besetzt werden (Sozialarbeiter/-innen, Ergotherapeut/-innen und Gymnastiklehrer/-innen). Er verbindet auf diese Weise therapeutische und sozialpädagogische Leistungen und unterstützt fördernde Pflege. Er soll sich an den gemeinsamen Pflege- und Betreuungszielen orientieren und sie auf die Bedürfnisse der Bewohner/-innen abstimmen. Dies geschieht in einem partizipativen Rahmen (Bewohner/Personal), in dem Eigeninitiative, Selbstorganisation und Professionalität oberste Maxime sind.

Der psychosoziale Betreuungsdienst unterstützt die Bewohner/-innen in ihrem Lebensalltag und dem persönlichen Lebensumfeld. Dabei sollen die noch vorhandenen Ressourcen genutzt und gestärkt werden. Abhängig vom einzelnen Bewohner/-in, können u. a. folgende Angebote zu unterbreiten sein:

- Beratung und Unterstützung bei der Heimaufnahme
- Angehörigenarbeit
- Gemeinwesenarbeit
- Einzelfallhilfe
- Arbeit mit Heimbeirat
- lebenspraktische Aktivitäten (gemeinsame Mahlzeiten, Kochen, Backen, Tischdecken)
- Gestaltung des Wohnbereichs
- Gruppenaktivitäten (Gedächtnisübungen, gemeinsame Feiern, Spiele, kreatives Gestalten, Musik und Gespräche)
- Orientierungshilfen
- Einzelbetreuung.

Nachfolgend werden verschiedene Aspekte psychosozialer Betreuung dargestellt.

9.9.1.1 Ergotherapie¹

Die psychosoziale Betreuung durch Ergotherapeut/-innen umfasst z. B. Hilfe bei der Tagesstrukturierung, bietet Unterstützung in der selbstbestimmten Lebensführung an.

Konkrete Aufgabenstellungen ergeben sich aus der Analyse der Funktions- und Fähigkeitseinbußen sowie aus dem lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Therapeutisches Handeln soll zielgerichtet einen Therapieablauf entwickeln und sowohl die eingesetzten Maßnahmen als auch die erzielten Ergebnisse kritisch überprüfen. Alle therapeutischen Leistungen sind zu dokumentieren und sollen nachvollziehbar sein. Überwiegend hochbetagte Dauerbewohner verbringen ihren Lebensabend in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Sie sind zumeist von Pflege abhängig und mit zunehmender Tendenz schwerst pflegebedürftig. Charakteristisch für ihren Gesundheitszustand ist eine Multimorbidität mit den Profilmmerkmalen „Mobilitätseinschränkung“ und „dementielles/depressives Syndrom“. Dem wird begegnet durch:

- Gruppen für Gedächtnistraining
- Gesprächsgruppen
- Spielgruppen, Koch- und Backgruppen
- Übungen zur orientierenden Wahrnehmung
- Werkgruppen mit Arbeit in verschiedenen Materialien wie Holz, Peddicrohr, Stoff, Ton
- Arbeiten in der Holzwerkstatt
- Selbsthilfeübungen zur Wiedererlernung verlorener Fähigkeiten
- Freizeitgestaltung
- Gesellschaftsveranstaltungen.

9.9.1.2 Sozialdienst

Der Sozialdienst bedient sich bei seiner Tätigkeit der drei klassischen Methoden der Sozialarbeit: der Einzelfallhilfe, der sozialen Gruppenarbeit und der Gemeinwesenarbeit. Jede einzelne Methode beinhaltet sowohl sozialadministrative als auch sozialpädagogische Aufgaben. Die Einzelfallhilfe ist grundsätzlich individuell auf die einzelne Bewohnerin und den einzelnen Bewohner bezogen und sollte dabei bedürfnis- und zielorientiert sein. Sie beinhaltet folgende Leistungen:

- Beteiligung an Beratung und Information bezüglich der Heimaufnahme (Haus- und Krankenhausbesuche, Kontakt zu Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern)

¹ Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., DVE, Mai 2003, Internet: www.ergotherapie-dve.de: Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt **Menschen**, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Diesen Menschen soll es ermöglicht werden für sie **bedeutungsvolle Betätigungen** in den Bereichen **Selbstversorgung, Produktivität** und **Freizeit** in ihrer **Umwelt** durchführen zu können. Ziel der Ergotherapie ist es, Betätigung zu erreichen. Gleichzeitig wird Betätigung als therapeutisches Medium eingesetzt.

- Biographiearbeit
- Integrationsarbeit und Milieugestaltung (psychosoziale Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner nach Einzug, Hilfestellung bei Knüpfen von sozialen Kontakten, Information und Unterstützung hinsichtlich der sozialadministrativen Belange, Beratung und Unterstützung bei der Gestaltung des persönlichen Lebensbereichs)
- Konflikt- und Krisenintervention (psychosoziale Beratung und Begleitung, ggf. Hilfeplanerstellung).

Die Gruppenarbeit schließt im Alten- und Pflegeheim das sozialarbeiterische Handeln mit ein. Für die Bewohnerinnen und Bewohner eröffnen sich durch die Gruppenarbeit verschiedenen Möglichkeiten. Gruppenarbeit beinhaltet folgende Leistungen:

- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Kulturelle Angebote innerhalb der Einrichtung
- Kulturelle Angebote außerhalb der Einrichtung
- Gesprächsgruppen
- Heimbeiratsarbeit.

Gemeinwesenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit ergänzen sich und bauen aufeinander auf. Sie haben einen hohen Stellenwert. Sie stellen Transparenz her und die Einrichtung nach außen dar. Die Integration der Einrichtung in den Stadtteil ist eine wichtige Voraussetzung.

9.9.1.3 Fallgespräche

Nach der Heimaufnahme sollten unter Beteiligung aller involvierten Berufsgruppen Fallgespräche stattfinden. Aus den hieraus gewonnenen Erkenntnissen werden die auf den einzelnen Bewohner/-in ausgerichteten Maßnahmen, Ziele und Angebote formuliert und umgesetzt. Bei Bedarf sollte ein externer Supervisor, Facharzt, Seelsorger, Logopäde, etc. hinzugezogen werden.

9.9.1.4 Biographiearbeit

Biographieorientierte Arbeit äußert sich in einer kontinuierlichen Aufmerksamkeit gegenüber der Geschichte und der Fülle von Erinnerungen und Lebenserfahrungen, die alte Menschen auszeichnet. Sie bestimmt und verändert den Umgang miteinander, die Art der Begegnungen und die Gestaltung der Angebote.

9.9.1.5 Biographiebogen

Bei der Heimaufnahme werden lebensgeschichtliche Gewohnheiten und Besonderheiten des neuen Heimbewohners anhand eines Biographiebogens durch den Sozialdienst abgeklärt.

9.9.2 Gymnastik

Für einen mobileren und orientierteren Teil von Altenpflegeheimbewohner/-innen eignet sich auch ein Gymnastikangebot außerhalb des originären Wohnbereichs. Dieses Angebot geht mehr auf die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse der Bewohner ein und bietet die Möglichkeit, den gewohnten Wohnbereich zu verlassen. Gymnastiklehrerinnen wirken durch spielerische Übungen auf Bewegungsabläufe des sitzenden oder sich bewegenden alten Menschen ein. Die Behandlung erfolgt zwar auch einzeln, aber vorwiegend in Gruppen.

9.9.3 Rehabilitation

Mit Beginn der Pflegeversicherung und ihrer klaren Beschränkung auf die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Verrichtungen (Leistungen nach SGB XI) sowie der neuen Zuständigkeit der Krankenversicherung für die rehabilitativen Leistungen im Rahmen eines Pflegeheimaufenthaltes (Leistungen nach SGB V), wurden im Verlauf der Jahre in aller Regel die ursprünglich gerade in Frankfurt am Main ausgebauten und von den Kostenträgern akzeptierten therapeutisch rehabilitativen Leistungen in den Pflegeheimen durch Stellenstreichungen bei den Pflegesatzverhandlungen reduziert.

Die Einbeziehung eines entsprechenden und systematischen geriatrisch rehabilitativen Versorgungssystems für Bewohner/-innen von Pflegeeinrichtungen und für Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung, wie es der Gesetzgeber vorsieht, ist bis heute von Seiten der Leistungsträger noch immer unzureichend umgesetzt.

Siehe dazu auch Punkt 7 des Dritten und Vierten Berichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland.²

² BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin Januar 2001

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

9.10 Instrumente zur Messung der inhaltlichen Qualität der Leistung

Neben den Zertifikaten und Gütesiegeln (Standards), die sich auf die organisatorischen Abläufe in Altenpflegeeinrichtungen beziehen, gibt es verschiedenen Instrumente, die die Qualität inhaltlich, d. h. bewohner- und mitarbeiterbezogen, verbessern.

9.10.1 Was ist PLAISIR®?

Die Methode PLAISIR® (**PLA**nifikation **I**nformatisée des **S**oins **I**nfirmiers **R**equis = informationsgestützte Planung der erforderlichen Dauer-Pflege) ist in Kanada entwickelt worden und wird dort seit 1983 eingesetzt, seit einigen Jahren auch in den französischsprachigen Schweizer Kantonen. PLAISIR® selbst ist ein Instrument zur kontinuierlichen Evaluation der Quantität und Qualität der Pflege von Bewohnern in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und auf Pflegestationen mit mittlerer und langer Verweildauer. Das Verfahren gilt als das derzeit ausgereifteste international verfügbare Assessment-Verfahren in der Pflege und wurde daher seit 2000 vom KDA zur Versachlichung der Diskussion um eine angemessene Personalausstattung der Altenpflegeheime im Rahmen eines Bundes-Modellprojekts auch in Deutschland eingeführt und erprobt.

PLAISIR® geht auf der Basis der Pflege von den Bedürfnissen der Bewohner aus und nicht von den jeweils in einer Einrichtung zur Verfügung gestellten Ressourcen. Auf der Grundlage einer umfangreichen biographischen und Pflege-Anamnese, umfangreicher Leistungskataloge und definierter Standards¹ (mit entsprechenden Durchschnittszeiten je Leistungseinheit) werden von geschulten Evaluatoren die erforderlichen Leistungen für jeden Bewohner individuell ermittelt, mehrfach verprobt und schließlich ausgewertet.

Das Verfahren PLAISIR® wurde zunächst von den Pflegekassen befürwortet, ist allerdings inzwischen als flächendeckendes Einsatzinstrument in den Altenpflegeeinrichtungen verworfen worden.

¹ Die evaluierende Pflegefachkraft greift auf folgende Unterlagen zurück: Bewohnerakte, Pflegeplan des Bewohners der zurückliegenden 7 Tage, den / die Behandlungs- oder Untersuchungsordner, den / die Ordner mit den Pflegestandards der Institution; die Pflegestandards des Systems PLAISIR® sowie sonstige zur Verfügung stehende Unterlagen.

9.10.2 Was ist RAI®?

Das **Resident-Assessment-Instrument (RAI®)** wurde für den Bereich der stationären Altenpflege in den USA entwickelt und bietet die Möglichkeit, standardisiert Daten zu erheben und auszuwerten. Diese Datengrundlage sichert eine fundierte Pflegeplanung und Verlaufskontrolle. Die gewonnenen Daten sind Grundlage für Qualitätskontrolle und -entwicklung, für die Entwicklung von standardisierten Versorgungspfaden, und für die Darstellung des Pflegebedarfs über die Ermittlung von Pflegefallgruppen. RAI® ermöglicht eine zuverlässige Erfassung der für die Pflege wichtigen Ressourcen, eine gemeinsame Sprache für alle am Pflegeprozess Beteiligten, intensive Mitarbeiterschulung (Training on the job) und die Verbesserung der Mitarbeitermotivation sowie ein koordiniertes Vorgehen des Pflorgeteams, ferner die Individualisierung, Beschleunigung und Transparenz des Pflegeplanungsprozesses, genauere Pflegeergebnisse (bessere Profilierung am Markt), das frühzeitige Erkennen der Risiken (dadurch rechtzeitiger Einsatz der Prophylaxen) und die Aktualisierung pflegerischer und medizinischer Diagnosen (Einstufungen). Durch die regelmäßig stattfindenden Erhebungen wird die Aktualisierung der Pflegeplanung sichergestellt. Diese regelmäßigen Kontrollerhebungen ersetzen die Pflegevisite. Vorteil ist, dass keine parallelen Kontrollsysteme bestehen. Alle Informationen fließen zur Nutzung durch die Pflegefachkräfte, das Qualitätsmanagement und das Personal- / Finanzmanagement in einen Datenpool.

Die Verlinkung von RAI® mit der Pflegeklassifikation NANDA – Pflegediagnosen ist derzeit in der Entwicklung und steht kurz vor Abschluss. Damit ist die Grundlage für eine datentechnische Nutzung von RAI® und NANDA möglich und der Zeitaufwand für die Pflegediagnostik reduziert sich erheblich.

Das RAI®-Instrument wird von einer internationalen Wissenschaftlergruppe ständig beforscht und aktualisiert. In Deutschland wird das Instrument RAI® durch die deutsche inter-RAI-group-Vertreterin Prof. Dr. Garms-Homolová verbreitet. Die Nutzung des Instrumentes ist für Pflegeeinrichtungen kostenlos. RAI® wird in den USA regelmäßig in allen stationären Einrichtungen eingesetzt. In der Schweiz wird RAI® inzwischen flächendeckend in mehreren Kantonen sowohl von stationären als auch ambulanten Pflegeeinrichtungen für die Feststellung des Pflegebedarfs genutzt.

9.10.3 Was ist DCM®?

Das **Dementia Care Mapping** (DCM®) ist ein Instrument zur Abbildung des Verhaltens und des Wohlbefindens von demenziell veränderten Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. Das Verfahren hat zum Ziel, den Pflege- und Betreuungsprozess bei Menschen mit Demenz detailliert aufzeigen, um positive Merkmale der Pflege und Betreuung zu erfassen, bewusst zu machen und zu erhalten bzw. auszubauen und um Schwächen und Defizite in der Pflege und Betreuung zu erfassen, bewusst zu machen und abzubauen. Betreuungs- und Pflegekräfte brauchen die bewusste Reflexion dessen, was Menschen mit demenziellen Veränderungen im Laufe eines Tages tun und wie sie sich dabei fühlen. Die ganz alltäglichen Bedürfnisse der Bewohner gilt es zu erkennen und zu verstehen um sie schließlich sinnvoll zu unterstützen.

Anders als RAI® ist DCM® nicht hinreichend, um den Pflegebedarf des demenziell veränderten Menschen grundlegend und im Sinne des SGB XI - Qualitätssicherungsgesetz zu erfassen. DCM® berücksichtigt „nur“ das psychosoziale Wohlbefinden (Emotionen, Stimmungen, Interaktion und Kommunikation, Freizeitbeschäftigung) und leitet aus dem beobachteten Verhalten der Person Rückschlüsse auf das Wohlbefinden ab. Die Interpretationen und Beurteilungen der Beobachtungen sind Grundlage für die Entwicklung von sog. „Handlungsplanungen“; diese fließen in die bestehende Pflegeplanung ein.

Das DCM®-Verfahren wurde von Tom Kitwood (Dozent der Psychologie an der Universität Bradford) auf der Grundlage seiner Studien zur Demenz erstellt. Er entwickelte mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein standardisiertes Beobachtungsinstrument und auch einen Ansatz im Umgang mit demenziell veränderten Menschen. Dieser **personenzentrierte Ansatz** geht davon aus, dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen durch eine konstruktive und positive Beziehung (z. B. zur Betreuungsperson, zu Mitarbeitern, zu Angehörigem) in ihrer Person gestärkt werden. Die Stärkung des Person-Seins bietet Halt, Trost, Geborgenheit und Wohlbefinden. Idealerweise erfährt der betroffene Mensch im Rahmen dieser konstruktiv-positiven Beziehung abwechselnd Phasen der Anregung / Aktivität und Phasen der Entspannung / Ruhe. Die soziale Integration und die Möglichkeit, die vorhandenen Fähigkeiten zu nutzen, hat einen hohen Stellenwert.

9.11 Teilstationäre Einrichtungen in Frankfurt am Main für ältere Menschen

Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) sieht teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege vor, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang gesichert ist (§ 41 SGB XI).

In Frankfurt am Main gibt es insgesamt fünf teilstationäre Einrichtungen für ältere Menschen, und zwar ausschließlich Einrichtungen der Tagespflege:

Name der Tagespflegeeinrichtung	Straße / Hausnummer	Platzzahl
Johanna-Kirchner-Altenhilfezentrum	Gutleutstr. 319	12
Tagespflege im Heinrich-Schleich-Haus	Fachfeldstr. 42	11
Sozialzentrum Marbachweg	Dörpfeldstr. 6	28
Hufeland-Haus	Wilhelmshöher Str. 34	35
Sozial- und Rehabilitationszentrum West	Alexanderstr. 94-96	28

Quelle: Angebotsliste der Verbände der Pflegekassen in Hessen (AOK Eschborn), Stand Juni 2005

Für Seniorinnen und Senioren werden insgesamt 114 Plätze in der Tagespflege angeboten.

Obwohl die Tagespflege, insbesondere für Menschen mit Demenz, als vorstationäres Angebot sinnvoll ist, ist die Nachfrage zurückhaltend. Der Grund dafür ist, dass sich nach dem SGB XI Tagespflege und ambulante Pflege noch immer ein gemeinsames Budget teilen müssen, d. h. es werden nicht beide Leistungen nebeneinander gewährt.

Die Entgelte für die Tagespflege in Altenpflegeheimen (Stand Juni 2005) sind auf der nachfolgenden Seite aufgeführt.

Name der Tagespflegeeinrichtung	Gesamtheimtagessatz			Pfleigestufen Tagessatz			Unterkunft und Verpflegung Tagessatz	Investitionskosten SGB XII Tagessatz	Fahrtkosten Tagessatz		
	0	I	II	III	0	I				II	III
Johanna-Kirchner-Altenhilfezentrum *									9,20		
Tagespflege im Heinrich-Schleich-Haus					32,35	35,94	39,53	43,13	10,69	ja **	
Sozialzentrum Marbachweg	66,21	70,52	74,85	79,17	38,88	43,19	47,52	51,84	13,33	ja	
Hufeland-Haus	59,42	63,86	68,30	72,74	39,96	44,40	48,84	53,28	13,09	ja	
Sozial- und Rehabilitationszentrum West	85,07	91,13	97,19	103,25	54,53	60,59	66,65	72,71	21,52	9,02	ja

Quelle: Anbieterliste der Pflegekassen in Hessen (AOK Eschborn), Stand Juni 2005

* Die Kostenerstattung erfolgt gemäß § 91 SGB XI, d. h. aufgrund des Bestandsschutzes werden keine Pflegesätze mit den Pflegekassen verhandelt und daher sind auch die Entgelte nicht in der Anbieterliste aufgeführt. Zur vollständigen Information wurden sie hier von der Arbeitsgruppe erfragt.

Im Johanna-Kirchner-Altenhilfezentrum gibt es einen Tagessatz von 66,40 € plus Fahrtkosten. Für die Aufnahme ist die Pflegestufe weniger relevant als die Tatsache, dass die Person in die Gruppe und in das Hauskonzept passt.

** Die Fahrtkosten sind hier in den Tagessätzen enthalten.

9.12 Angebotsliste stationärer Altenpflegeheime in Frankfurt am Main

Die Broschüre „Alten- und Pflegeheime – Leben im Alter mit Heimvorteil“ gibt einen Überblick über die Angebote der einzelnen Altenpflegeheime in Frankfurt am Main und Umgebung. Diese Informationsquelle wurde im August 2002 neu aufgelegt und ist im Internet abrufbar unter www.ffa-frankfurt.de.

Die stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen und die Höhe des Heimentgelts (Entgelt für die Pflege, Unterkunft und Verpflegung, für Investitionsaufwendungen und ggf. der Ausbildungszuschlag) in diesen Einrichtungen wird von den Verbänden der Pflegekassen in Hessen monatlich aktualisiert und in einer Anbieterliste dargestellt. Für den Monat Juni 2005 ist daraus ein Auszug für die 34 Altenpflegeheime in Frankfurt am Main erstellt worden.

Adresse	Plätze	Vergüt. ab	Vergüt. bis	Gesamtheimertgelt *						Pflegebedingte Aufwendungen						U + V	Investitionskosten §92(4) SGB XI	Ausbildung § 82 (2) SGB XI
				Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III			
Franziska-Schenier-Altenpflegeheim	145	01.06.2003	31.03.2004	67,26	76,20	86,12	100,05	35,51	44,45	56,37	68,30	19,48	12,27	0,88	01.01.2005	31.12.2005		
Alten- und Pflegeheim Anlagengrün	107	01.02.1999	31.12.1999	54,24	64,18	77,43	90,69	23,20	33,14	46,39	59,65	14,58	16,46	0,38	01.01.2005	31.12.2005		
August- Stunz- Altenheim	226	01.06.2005	31.05.2007	69,24	83,86	103,34	122,83	34,44	48,88	68,57	88,57	14,27	1,27	01.06.2005	31.05.2007			
Wohnsift am Zoo	31	01.08.2003	31.10.2004	68,76	82,37	100,77	118,78	31,89	45,50	63,90	81,91	19,70	17,17	0,00				
Versorgungshaus und Wiesenhüttenstift	200	01.06.2002	31.12.2003	73,26	86,93	105,14	123,37	31,88	45,55	63,76	81,99	20,58	20,80	2,17	01.01.2005	31.12.2005		
Alten- und Pflegeheim St. Konradheim	30	01.11.2002	31.05.2004	68,47	81,95	101,21	118,47	32,17	45,66	64,92	82,18	21,54	14,75	0,00				
"Grünhof im Park"	125	01.12.2003	30.09.2004					30,44	43,47	60,86	78,26	17,39	s. (1)	0,00				
"Sonnenhof am Park"	134	01.06.2000	31.05.2001	74,51	87,18	104,08	120,97	29,56	42,23	59,13	76,02	16,83	28,12	0,00				
Alten- und Pflegeheim Nellinistift	65	01.06.2005	31.05.2007	59,56	47,11	66,03	84,92	33,08	47,26	66,18	85,07	22,47	4,01	0,15	01.06.2005	31.05.2007		
Justina- von- Cronstetten- Stift	47	01.04.2005	31.03.2007	81,42	95,29	113,74	132,21	32,32	46,19	64,64	83,11	18,61	30,49	2,12	01.04.2005	31.03.2007		
Johanna- Kirchner- Altenzentrum	231	01.06.2003	31.03.2004	70,7	84,9	103,84	122,77	33,13	47,33	66,27	85,2	22,38	15,19	1,35	01.01.2005	31.12.2005		
Jüdisches Altenzentrum	175	01.08.2003	31.05.2004	68,42	82,06	100,28	118,44	31,83	45,47	63,69	81,85	22,59	14,00	0,00				
Alten- und Pflegeheim St. Josefs Haus	43	01.10.2004	30.06.2005	65,98	79,75	98,14	116,51	32,14	45,91	64,30	82,67	20,40	13,44	0,00				
Heinrich- Schleich- Haus	185	01.10.2004	30.09.2005	67,39	80,60	98,18	115,77	30,78	43,98	61,57	79,18	18,18	18,43	1,35	01.10.2004	30.09.2005		
Seniorenpflegezentrum "Am Wasserpark"	173	01.01.2005	31.12.2005	79,01	92,59	110,68	129,18	32,29	45,87	63,96	82,46	21,19	25,53	0,90	01.01.2005	31.12.2005		
Pflegeheim Henry und Emma Budge Stiftung	160	01.07.2003	30.04.2004	115,11	125,56	139,52	153,47	42,68	53,13	67,09	81,04	23,60	48,83	0,00				
Hufeland- Haus	122	01.12.2000	30.11.2001	81,87	97,25	117,75	138,27	35,89	51,28	71,79	92,30	23,63	23,18	1,66	01.01.2005	31.12.2005		
Haus Aja Textor- Goethe	117	01.10.2004	30.09.2005					34,42	49,17	68,84	88,50	18,79	s. (2)	4,57	01.10.2004	30.09.2005		
Julie-Roger-Altenheim	117	01.06.2003	31.03.2004	74,54	88,98	108,23	127,46	33,68	48,12	67,37	86,60	28,58	12,28	0,51	01.01.2005	31.12.2005		
Pflegeheim Bockenheim	120	01.06.2003	31.03.2004	83,38	97,36	115,99	134,62	32,61	46,59	65,22	83,85	22,52	28,25	0,88	01.01.2005	31.12.2005		
Pflegeheim Praunheim	132	01.06.2003	31.03.2004	80,01	93,78	112,16	130,54	32,16	45,93	64,31	82,69	23,23	24,62	0,34	01.01.2005	31.12.2005		
Cardias- Altenzentrum St. Teresa	98	01.01.2004	31.10.2004	63,36	76,72	94,54	112,37	31,20	44,56	62,38	80,21	19,39	12,77	0,61	01.06.2005	31.12.2005		
Sozial- und Rehakzentrum West	144	01.06.2003	31.03.2004	75,84	91,14	111,52	131,90	35,66	50,96	71,34	91,72	22,67	17,51	1,25	01.01.2005	31.12.2005		
Alten- und Pflegeheim Haus Margarethe	41	01.05.2004	30.04.2005	58,65	70,80	87,01	103,22	28,37	40,52	56,73	72,94	16,64	13,64	0,00				
Altenhilfezentr. Bürgermeister Menzer Haus	119	01.02.2005	30.11.2005	66,30	80,36	99,10	117,85	32,80	46,86	65,60	84,35	21,47	12,03	1,50	01.02.2005	30.11.2005		
Altenheim St. Josef	31	01.12.2003	30.09.2004	68,53	82,50	101,11	119,73	32,58	46,55	65,16	83,78	23,98	11,97	0,00				
Alloheim Seniorenresidenz Mainpark	98	01.12.2003	30.11.2004	76,70	89,94	107,60	125,27	30,91	44,15	61,81	79,48	19,68	26,11	0,00				
Altenheim "Martha Haus"	81	01.06.1999*		71,42	84,13	101,07	118,01	29,64	42,35	59,29	76,23	20,28	21,50	0,57	01.01.2005	31.12.2005		
Phönix Seniorenzentrum Tausenblick GmbH	180	01.01.2005	31.03.2005	75,37	88,17	106,02	123,87	31,84	44,61	62,46	80,31	19,26	24,30	0,00				
Oberin-Martha-Keller-Haus	62	01.04.2005	31.03.2006					33,65	47,81	67,1	86,04	21,03	s. (3)					
Weiß- Fr.+ DeutschOrdens AltenpflegeGmbH	38	01.06.2003	31.03.2004	78,62	94,48	115,62	136,79	36,99	52,85	73,99	96,16	23,46	18,17	0,91	01.07.2005	31.12.2006		
Bürgermeister Gräf Haus	177	01.06.2003	31.03.2004	89,15	102,92	121,27	139,63	32,12	45,89	64,24	82,60	22,81	34,22	0,39	01.01.2005	31.12.2005		
Wohnsift Lärchenstraße	67	01.09.2003	31.08.2004	67,12	79,86	96,99	114,20	30,19	42,92	60,05	77,25	17,19	19,75	1,03	01.01.2005	31.12.2005		
Viktor- Golancz- Haus	123	01.06.2003	31.03.2004	66,52	80,04	98,07	116,1	31,55	45,07	63,1	81,13	22,54	12,43	1,09	01.01.2005	31.12.2005		
		Frankfurt	Mittelwert	72,93	85,45	103,37	121,23	32,46	45,90	63,90	81,87	20,82	19,56					
		Frankfurt	Median	70,70	84,13	103,34	120,97	32,17	45,88	64,27	82,32	21,06	17,51					
		Hessen	Mittelwert	57,29	69,51	85,52	103,54	27,57	40,09	56,37	73,7	17,03	12,89					
		Hessen	Median	57,23	68,87	84,94	101,34	27,93	39,97	55,97	72,19	16,9	12,62					

* Das Gesamtheimertgelt setzt sich zusammen aus dem Entgelt für die Pflege, für Unterkunft und Verpflegung (U+V) und für Investitionsaufwendungen.
Bei den Beträgen handelt es sich stets um Tagessätze.

Quelle: Anbieterliste der Verbände der Pflegekassen in Hessen (AOK Eschborn), Stand Juni 2005

9.13 Empfehlende Leitaussagen aus den Berichten der Bundesregierung

9.13.1 Auszug aus dem Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Betreuung / Pflege¹

Generelle Leitaussagen

Forderung einer am aktuellen Wissensstand orientierten „Erweiterung und Modernisierung des gesetzlich festgeschriebenen, traditionellen Pflegeverständnisses, dass Pflege auf manuelle körperorientierte Maßnahmen reduziert“ (...)

„Eng damit verbunden ist die Forderung nach einer Revision der Einstufungskriterien gemäß SGB XI, wobei insbesondere der aus psychischer Krankheit (Demenz, Depression etc.) resultierende Pflegebedarf künftig stärkere Berücksichtigung finden muss. Der hohe Bedarf an Betreuung für psychisch kranke Menschen wird gegenwärtig bei der Einstufung nach den Maßnahmen des SGB XI nicht ausreichend berücksichtigt.“²

„Die Kommission empfiehlt den Akteuren, der Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen in der Pflege hohe Priorität einzuräumen. Vorliegende Studien über die Arbeitsbedingungen in der Pflege und Zahlen über die Abwanderungsraten aus der Pflege belegen die hohen Belastungen, die in vielen Bereichen mit dieser Tätigkeit verbunden sind (...).“³

„Die Einführung des Bezugspflegekonzepts in stationären Pflegeeinrichtungen ist zu fördern und spätestens ab 2004 generell einzuführen. (...)

„Angemessene Grundlagen für die Personalbemessung“ sind zu erarbeiten, „... bereits erprobte Verfahren kritisch im Hinblick auf eine mögliche Anwendung in der Bundesrepublik zu überprüfen und deren Implementation sorgfältig zu begleiten.“⁴

„Beim Neubau und der Modernisierung von stationären Pflegeeinrichtungen sollte künftig der Wohncharakter im Vordergrund stehen. (...) Eine Änderung der Heimmindestbau-Verordnung ist dringend erforderlich....“⁵

¹ BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, BT-Drucksache 14/5130 vom 19.01.2001, Berlin Januar 2001

² BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin Januar 2001, Kapitel 9: Empfehlungen, Empfehlungen zum Kapitel "Gesundheit und Versorgungssystem als Ressource", Betreuung älterer Menschen mit geistiger Behinderung, Ziffer 16

³ ebenda, Ziffer 23

⁴ ebenda, Ziffer 26

⁵ ebenda, Ziffer 28

„... Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen müssen verstärkt gefördert und zur professionellen Pflicht erhoben werden....“⁶

„Verbesserung des Wissens über die Möglichkeiten von Wohnraumanpassung und der Finanzierung von Wohnberatungsstellen....“⁷

„... Betreute Wohngruppen und Hausgemeinschaften für Pflegebedürftige erscheinen in zunehmendem Maße als Alternative zum herkömmlichen Pflegeheim bedeutsam....“⁸

9.13.2 Auszug aus dem Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Betreuung / Pflege⁹

Generelle Leitaussagen

„Für den Bereich der Qualität in der Pflege existieren nahezu keine bundesweit verbindlichen Standards. Es empfiehlt sich deshalb die Einrichtung einer nationalen unabhängigen Instanz, die als Forum zur Entwicklung und Formulierung dieser Standards dienen kann....“¹⁰

„Um den Ansprüchen an die Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit der Bewohner umfassender gerecht werden zu können, muss auch in den Altenpflegeheimen ein multiprofessionelles Team, vor allem unter Einbezug der Physio- und Ergotherapie, vorhanden sein. Eine vertragliche Einbindung von Ärzten in Altenpflegeheime ist so zu gestalten, dass die ärztlichen Leistungen ebenso wie die Leistungen anderer Gesundheitsberufe in die Pflege und Versorgung integriert sind.“¹¹

„Der erforderliche Anteil der Pflegefachkräfte in stationären Altenpflegeeinrichtungen sollte sich jeweils nach Art und Umfang der zu leistenden Pflege richten. Zu deren Bestimmung bedarf es eines analytischen Konzepts. Unabhängig davon darf die Fachkraftquote den Mindestwert von 50% nicht unterschreiten.“¹²

⁶ ebenda, Generelle Leitaussagen zur Integration der Versorgung, Ziffer 39

⁷ ebenda, Empfehlungen zu Kapitel 7 "Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten als Ressource", Ziffer 69

⁸ ebenda, Ziffer 72

⁹ BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, BT-Drucksache 14/8822 vom 18.04.2002, Berlin 2002

¹⁰ BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2002, Kapitel 7: Empfehlungen, Empfehlungen zum Kapitel 4 "Interventionen - Strukturen und Strategien", Pflegerische Versorgung, Ziffer 45

¹¹ ebenda, Ziffer 47

¹² ebenda, Ziffer 48

„... Das zuständige Bundesministerium wird aufgefordert, die Entwicklung besserer Personalbemessungssysteme zu fördern.“¹³

„Der Wechsel zwischen häuslicher und stationärer Pflege muss flexibler gestaltet werden können. Die Trennung zwischen Altenpflegeheim als ständigem Wohnort bis zum Lebensende und der Kurzzeitpflege als vorübergehender stationärer Versorgung von meist maximal vier Wochen bei der Verhinderung pflegender Angehöriger muss durch zeitlich flexible Modelle ersetzt werden. Es sollte leichter möglich sein, Pflegebedürftige vorübergehend auch länger als vier Wochen stationär auszunehmen.“¹⁴

„Die mangelnde Koordination von Sozialleistungen und der Leistungserbringung stellt auch für hochaltrige Menschen ein besonderes Problem dar....“¹⁵

„...Um insbesondere auch Demenzkranken Leistungen der Pflegeversicherung für ihren Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf zu gewährleisten, ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit in § 14 SGB XI entsprechend zu erweitern....“¹⁶

9.13.3 Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (Teil F: Gesundheit, Pflege und soziale Dienste, Kapitel 2: Pflege)¹⁷

9.13.3.1 Pflege

Generelle Leitaussagen

„... Im Unterschied zum akuten Krankheitsfall ist Pflegebedürftigkeit nur schwer rückgängig zu machen und erfordert in aller Regel einen dauerhaften Hilfebedarf. Es wäre jedoch verfehlt, die Funktionseinschränkungen bei Pflegebedürftigkeit als therapie-resistent und irreversibel zu bezeichnen. Vielmehr sieht man heute angesichts der Fortschritte der Rehabilitation und insbesondere der geriatrischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit nicht mehr als einen tendenziell unbeeinflussbaren Zustand an,

¹³ ebenda, Ziffer 49

¹⁴ ebenda, Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote, Ziffer 54

¹⁵ ebenda, Zum Sozialrecht, Ziffer 66

¹⁶ ebenda, Ziffer 70

¹⁷ Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 14/8800, 14. Wahlperiode, Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Teil F: Gesundheit, Pflege und soziale Dienste, Kapitel 2: Pflege, Berlin 28.03.2002

der den Pflegebedürftigen notwendigerweise zu einem dauerhaften Versorgungsfall macht....¹⁸

„Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des deutschen Sozialrechts folgt nicht dem im gerontologisch-pflegewissenschaftlichen Diskurs vertretenen problem- oder bedürfnisorientierten Ansatz, sondern geht von einem verrichtungsbezogenen Kriterium aus....“¹⁹

„... In jedem Jahr ziehen bis zu einem Viertel der zuvor in Privathaushalten lebenden Demenzkranken in Pflegeheime ein, wodurch die Demenz zur wichtigsten einzelnen Ursache für die Institutionalisierung von Pflegebedürftigen geworden ist....“²⁰

„... Ein erheblicher Teil der demenziellen Erkrankungen wird auf Grund ihrer unspezifischen Symptomatik und ihres schleichenden Verlaufs von den Hausärzten auf Grund ihrer oftmals ungenügenden Kenntnisse nicht erkannt bzw. nicht zutreffend diagnostiziert....“²¹

Die Ebene der Leistungserbringung

„... Häusliche und professionelle Pflege können sich sowohl komplementär als auch substitutiv zueinander verhalten. Die Inanspruchnahme bestimmter professioneller Leistungen setzt nämlich gerade eine funktionierendes informelles Unterstützungsnetzwerk voraus....“²²

„... Zur Entlastung von pflegenden Angehörigen sind vor allem Einrichtungen der Tages-, Nacht-, Kurzzeit-, Wochenend- und Urlaubsbetreuung erforderlich. Um eine effektive Nutzung dieser Einrichtungen zu ermöglichen, müssen auch geeignete Versorgungskonzepte entwickelt werden. Insbesondere besteht ein Bedarf an gerontopsychiatrischen Zentren sowie an alternativen Wohnformen für demenziell Erkrankte. Da derzeit bereits ein hoher Anteil der Demenzkranken, insbesondere der schwer Demenzkranken, in Heimen lebt, ist auch eine Aufstockung und bessere Qualifizierung des Personals dringend erforderlich. Insgesamt setzt eine fachgerechte Versorgung der Demenzkranken die Vernetzung, Koordination und Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppe voraus....“²³

¹⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8800, 14. Wahlperiode, Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Teil F: Gesundheit, Pflege und soziale Dienste, Kapitel 2: Pflege, 2.2: Definition und Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit: z. B. behinderte Menschen; Demenzkranke; Schwelle, bei der Pflegebedürftigkeit Leistungen auslöst, Berlin 28.03.2002

¹⁹ ebenda

²⁰ ebenda, 2.3: Bedarfsentwicklung, 2.3.1: Auswirkungen der erhöhten Lebenserwartung; Abschnitt: Demenzen

²¹ ebenda

²² ebenda, 2.3.3: Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege

²³ ebenda, 2.3.4: Differenzierung der pflegerischen Anforderungen, Abschnitt: Demenzkranke

„In dem Maße, in dem auch behinderte Menschen vom Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung profitieren, gewinnen die älteren behinderten Menschen als Betroffenengruppe mit spezifischem Versorgungsbedarf für den Pflegesektor an Bedeutung....“²⁴

Bedarfsgerechte Leistungsgestaltung

„...Es sind Experimentierklauseln notwendig....“²⁵

Qualitätssicherung

„In der Pflege sind evidenzbasierte Leitlinien [*eigene Einfügung = in Verbindung mit Expertenstandards*] zur Qualitätssicherung zu entwickeln. Der Formulierung dieser Leitlinien sollte stets der letzte Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnis zu Grunde gelegt werden.

Die Instrumente der Qualitätssicherung müssen empirisch auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, um eine zielgerichtete Verbesserung der Pflegesituation zu ermöglichen und überflüssige Aktivitäten bzw. Anforderungen zu vermeiden.“²⁶

Kooperation von Leistungsbereichen

„Für die Qualitätssicherung ist eine geregelte und zur Verpflichtung gemachte Kooperation zwischen Pflegeheimen und den niedergelassenen Ärzten erforderlich. Neben einer geregelten Kooperation sollten die Möglichkeiten geprüft werden, ob Pflegeheime eigene Heimärzte mit geriatrischer Spezialisierung einstellen könnten. Chronisch Kranke dürfen nicht benachteiligt werden. Ihnen stehen ebenfalls Leistungen der Rehabilitation zu.

Die Empfehlungen des MDK zur Rehabilitation müssen den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie den Hausärzten, Pflegediensten und -einrichtungen zugestellt werden....“²⁷

²⁴ ebenda, Abschnitt: Ältere Menschen mit Behinderung

²⁵ ebenda, Kapitel 4: Handlungsempfehlungen zu „Pflege“ und „Mögliche Integration von SGB V und SGB XI“, 4.2: Bedarfsgerechte Leistungsgestaltung

²⁶ ebenda, 4.3: Qualitätssicherung

²⁷ ebenda, 4.5: Kooperation von Leistungsbereichen

Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär

„... Für Pflegehaushalte sind neben trägerunabhängigen Beratungsstellen, die für Markttransparenz sorgen sollen, beratende, Hilfe abstimmende, organisierende und sozial-anwaltschaftlich wirkende Strukturen (Case Management) zu entwickeln. Es wird empfohlen, qualitative Anforderungen an das Case Management zu definieren....“

(...) „Im Wege von Modellversuchen sollten personengebundene Budgets, die neben die klassischen Geld- und Sachleistungsoptionen als neues und haushaltsbezogene flexibleres Element treten können, getestet werden. Die Case Manager sollen die Eigenverantwortung von Pflegehaushalten durch Beratung und Bedarfsfeststellung stärken.“²⁸

9.13.3.2 Soziale Dienste

Generelle Leitaussagen

„... Zunehmend werden bei psychischen und geronto-psychiatrischen Erkrankungen, in der Behindertenhilfe wie bei älteren Menschen neben rein pflegerischen Leistungen auch ergänzende Dienste wie hauswirtschaftliche Unterstützung oder Wohnen mit Betreuung notwendig....“²⁹

„Sozialen Diensten für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf fällt im Prozess des demographischen Wandels eine wachsende Bedeutung zu. Dies resultiert zum einen aus dem Zusammenhang von Mortalitätsentwicklung und Morbidität und zum anderen von Mortalitätsentwicklung und Familienstrukturwandel. Hilfen sind zudem nicht allein zu reduzieren auf Bedarfslagen, die aus chronischer Krankheit oder Behinderung resultieren, sondern schließen zudem solche Bedarfe ein, die aus dem veränderten Kräftehaushalt im Zuge des natürlichen Alterungsprozesses erwachsen...“³⁰

[Anmerkung: Auch Veränderungen bei der Beschaffungsmöglichkeit des täglichen Bedarfs]

²⁸ ebenda, 4.7 Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär

²⁹ ebenda, Kapitel 7: Soziale Dienste, 7.1: Zusammenfassung der Ergebnisse des Zweiten Zwischenberichts

³⁰ ebenda, 7.3: Weiterentwicklung der sozialen Dienste

Die Ebene der Leistungserbringung

„... Für die Weiterentwicklung der sozialen Dienste ergeben sich daraus folgende konkrete Ziele:

- Koordination der verschiedenen Arten von Leistungserbringern,
- Vernetzung sozialer Dienste,
- Erleichterung des Zugangs zu sozialen Diensten,
- Qualitätssicherung und -kontrolle,
- Transparenzregelungen sowie
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Nachfragern und Anbietern...“³¹

Koordination der Trägerstrukturen im Wohlfahrtsmix

„... Innerhalb der Trägerpluralität kommt den Kommunen die Gesamt- und Letztverantwortung für die Bereitstellung und politischen Gestaltung der sozialen Dienste zu. Dies ergibt sich unstrittig aus ihrem Verfassungsauftrag zur Daseinsvorsorge (Artikel 28 Absatz 2 GG)...“³²

„...Im Bereich der sozialen Dienstleistungsproduktion auf örtlicher Ebene sollte die vorherrschende Aufgaben- und Verantwortungszuweisung an die freigemeinnützigen Träger gemäß dem Subsidiaritätsprinzip beibehalten werden.

Auch künftig sollten diese in jenen Bereichen eine bedingte Vorrangstellung innehaben, in denen sie sozialanwaltschaftliche Funktionen wahr- und nicht marktfähige soziale Aufgaben im Interesse der Allgemeinheit übernehmen“³³

„Vernetzung sozialer Dienste....“³⁴

Resumée

- a) Koordinationsaufgaben bei den verschiedenen Arten von Leistungserbringern
- b) Vernetzung der Dienste
- c) Erleichterung des Zugangs zu den Diensten
- d) Transparenzregelungen
- e) Verbesserung der Kommunikation zwischen Leistungsträgern und Anbietern
- f) Verbesserung der Kommunikation zwischen Nachfragern und Anbietern
- g) Veränderungen bei der Finanzierung

³¹ ebenda

³² ebenda, 7.3.1 Koordination der Trägerstrukturen im Wohlfahrtsmix

³³ ebenda

³⁴ ebenda, 7.3.2 Vernetzung sozialer Dienste

9.13.3.3 Kurzdefinitionen

Koordination/Kooperation

- **Koordination** – bezogen auf die stationäre Versorgung - bedeutet die Minimierung von Abstimmungs- und Abwicklungsproblemen zwischen den Kostenträgern, Leistungserbringern und Berufsgruppen (*Eigendefinition der Arbeitsgruppe*). [Lt. Duden bedeutet „Koordination“: Abstimmung aufeinander, in ein Gefüge einbauen, nebeneinander stellen (nicht = Vernetzung)].³⁵
- **Kooperation** bedeutet eine Vernetzung der möglichst wohnortnahen Hilfeangebote unter Einschluss von konzeptionellen Entwicklungen (*Eigendefinition der Arbeitsgruppe*). [Lt. Duden bedeutet „Kooperation“: Zusammenarbeit und „Vernetzung“: miteinander verbinden, verknüpfen].³⁶

Case Management (CM)

„... Case Management bietet dem Einzelnen und seinem sozialen Umfeld Hilfe bei der Erstellung eines auf die spezifischen Bedürfnisse abgestimmten Pflegearrangements. Dabei geht es sowohl um die Befähigung der Betroffenen, sich in dem Gewirr von Zuständigkeiten und Angeboten zurechtzufinden, als auch um die konkrete Erstellung eines für den spezifischen Bedarf optimalen Leistungsangebotes im Rahmen einer Hilfeplanung....“³⁷

In Bezug auf Case Management (CM) ist dessen Arbeitserfolg von der Optimierung von Koordination und Kooperation weitgehend abhängig. Eine Verbesserung in diesen Bereichen optimiert demzufolge die Ergebnisse eines Case Managements.

³⁵ Duden, Rechtschreibung der deutschen Sprache, 20. Auflage, Mannheim 1991

³⁶ Duden, Rechtschreibung der deutschen Sprache, 20. Auflage, Mannheim 1991

³⁷ ebenda, Kapitel 2: Pflege, 2.6: Leistungserbringung und Impulse zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur, 2.6.1: Kooperation von Leistungsbereichen

9.14 Ausgewählte Ergebnisse der repräsentativen Telefonbefragung und der explorativen schriftlichen Fragebogenaktion im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main¹

Die repräsentative Telefonbefragung "Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main" führte das Dezernat Soziales und Jugend (Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung) in Zusammenarbeit mit der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, und der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, im Herbst 2003 durch.

Die explorative Fragebogenaktion "Frankfurt 50+, Explorative schriftliche Fragebogenaktion 2004, Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main" führte das Dezernat Soziales und Jugend (Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung) in Zusammenarbeit mit der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, und Firma EDV- und andere Dienstleistungen, Joachim Ritter, Frankfurt am Main, im Frühjahr 2004 durch. Im Gegensatz zur Repräsentativbefragung war die explorative - untersuchende - Fragebogenaktion nicht repräsentativ, aber zur Ergänzung, Abrundung, "Unterfütterung" der Repräsentativbefragung konzipiert und als aktivierender Impuls gedacht.

Die Repräsentativbefragung lieferte 1011 auswertbare Interviews, die Explorativbefragung insgesamt 1453 auswertbare Fragebogen.

¹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt a. M. 2005
© Team 51.F11, Jugendhilfe- und Sozialplanung des Jugend- und Sozialamtes Frankfurt am Main
Nachdruck und Verwendung der Daten nur mit vollständiger Quellenangabe, Frankfurt am Main, 2005/2006

Auswertungsergebnisse

Offene Frage P.1 (Repräsentativbefragung):

Wenn Sie das Wort "Altenpflegeheim" hören, welche Begriffe fallen Ihnen dazu als erstes ein?
Bitte nennen Sie uns drei Begriffe!

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 2042 Antworten (mögliche Antworten: 3033)
n = 2042 Antworten = 100 %

Kategorien	Anzahl der Antworten	Prozent der Antworten
positive Assoziationen	211	10,3%
negative Assoziationen	1301	63,7%
neutrale Assoziationen	477	23,4%
unter bestimmten Bedingungen positiv zu werten	53	2,6%
Summe	2042	100,0%

Geschlossene Frage P.2 (Repräsentativbefragung):

Es ist ja nicht auszuschließen, dass Sie später einmal pflegebedürftig werden. Wie ist das bei Ihnen. Rechnen Sie damit, dass Sie von Ihren Angehörigen gepflegt werden würden? Würden Sie sagen, dass Sie wahrscheinlich von Angehörigen gepflegt werden würden oder dass Sie wahrscheinlich nicht von Angehörigen gepflegt werden würden?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
ich würde wahrscheinlich gepflegt werden	35,0%
ich würde wahrscheinlich nicht gepflegt werden	49,5%
ich habe keine Angehörigen (mehr)	7,7%
ich weiss es nicht	7,8%
Summe	100,0%

Geschlossene Frage W.15 (Repräsentativbefragung):

Denken Sie an einen Umzug? Nein / ja?

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten	Anzahl der Antworten
nein	86,6%	876
ja	13,4%	135
Summe	100,0%	1011

Geschlossene Frage W.17 (Repräsentativbefragung):

Was sind die Gründe dafür, dass Sie an einen Umzug denken. Ich lese Ihnen jetzt einige Aussagen vor. Bitte sagen Sie mir zu jeder Aussage, ob diese auf Sie persönlich zutrifft oder nicht!

Mehrfachnennungen möglich

Meine jetzige Wohnung gefällt mir nicht / meine jetzige Wohnung ist für das Alter nicht geeignet / die Umgebung meiner jetzigen Wohnung gefällt mir nicht / die Nachbarschaft gefällt mir nicht / ich möchte zu meinen Kindern bzw. in die Nähe meiner Kinder ziehen / ich möchte in die Nähe von anderen Verwandten oder Freunden ziehen / ich möchte zurück in meine Heimat ziehen / ich möchte ins Ausland ziehen / ich möchte aus der Großstadt wegziehen / ich hätte gerne eine größere Wohnung / ich hätte gern eine kleinere Wohnung / ich möchte von den Leuten, mit denen ich zusammenwohne, wegziehen / meine jetzige Wohnung ist mir zu teuer / ich fürchte, dass mir meine jetzige Wohnung irgendwann gekündigt wird / ich möchte eine Wohnung / ein Haus kaufen / ich möchte in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen

Ergebnis: Von 1011 Befragten, denken 135 an einen Umzug
(n = 135 = 100 %)

Hinweis: Die u. g. Summe beträgt mehr als 100 %, da Mehrfachnennungen möglich waren.

Kategorien	Prozent der Antworten
meine jetzige Wohnung gefällt mir nicht	11,9%
meine jetzige Wohnung ist für das Alter nicht geeignet	30,3%
die Umgebung meiner jetzigen Wohnung gefällt mir nicht	20,7%
die Nachbarschaft gefällt mir nicht	18,0%
ich möchte zu meinen Kindern bzw. in die Nähe meiner Kinder ziehen	13,3%
ich möchte in die Nähe von anderen Verwandten oder Freunden ziehen	25,9%
ich möchte zurück in meine Heimat ziehen	12,0%
ich möchte ins Ausland ziehen	12,4%
ich möchte aus der Großstadt wegziehen	16,7%
ich hätte gerne eine größere Wohnung	25,9%
ich hätte gern eine kleinere Wohnung	47,0%
ich möchte von den Leuten, mit denen ich zusammenwohne, wegziehen	9,6%
meine jetzige Wohnung ist mir zu teuer	29,6%
ich fürchte, dass mir meine jetzige Wohnung irgendwann gekündigt wird	9,1%
ich möchte eine Wohnung / ein Haus kaufen	21,4%
ich möchte in ein Haus mit Betreuungsangeboten ziehen	34,6%
Summe	338,40 %

Geschlossene Frage W.19 (Repräsentativbefragung):

In den letzten Jahren haben sich in Frankfurt eine Reihe von Gruppen und Initiativen gebildet, die gemeinschaftliche Wohnformen für ältere Menschen entwickeln, also z.B. Hausgemeinschaften, in denen jede Partei eine kleine Wohnung hat, in denen es aber auch gemeinschaftliche Einrichtungen gibt. Wie ist das bei Ihnen. Käme eine solche gemeinschaftliche Wohnform für Sie persönlich in Frage?

Nein, das kommt für mich nicht in Frage / das kommt für mich unter Umständen in Frage, hängt von den Bedingungen ab / ja, das kommt für mich auf jeden Fall in Frage

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
nein, das kommt für mich nicht in Frage	35,5%
das kommt für mich unter Umständen in Frage, hängt von den Bedingungen ab	49,7%
ja, das kommt für mich auf jeden Fall in Frage	14,8%
Summe	100,0%

Offene Frage 99 (Repräsentativbefragung):

Wenn Sie noch einmal an alle die Bereiche denken, über die wir gesprochen haben oder wenn es ein Thema gibt, das Ihnen besonders am Herzen liegt: Was müsste die Stadt Frankfurt vordringlich tun, um die Stadt für ältere Menschen attraktiver und lebenswerter zu gestalten?

Ergebnis: 1011 Befragten gaben insgesamt 811 frei formulierte Antworten
Von den 811 Antworten waren 115 aus dem Bereich 'Wohnen und Pflege'

Geschlossene Frage W.14 (Repräsentativbefragung):

Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer jetzigen Wohnung? Seit ___ Jahren

Ergebnis: 1011 Befragte gaben insgesamt 1011 Antworten
(n = 1011 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
seit bis zu 5 Jahren	12,3%
seit 6 bis 10 Jahren	10,1%
seit 11 bis 20 Jahren	21,9%
seit mehr als 20 Jahren	55,7%
Summe	100,0%

Geschlossene Frage 37 (Explorativbefragung):

**Wenn Sie allein stehend sind und in ein Heim einziehen müssten, wie möchten Sie wohnen?
Im Einzelzimmer/im Doppelzimmer?**

Ergebnis: In 1453 Fragebögen waren 1321 gültige Antworten zu dieser Frage enthalten
(n = 1321 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
Einzelzimmer	93,3 %
Doppelzimmer	6,7 %
Summe	100,0%

Geschlossene Frage 38 (Explorativbefragung):

Nach welchen Gesichtspunkten würden Sie ein Heim auswählen?

Nähe zur bisherigen Wohnung: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Die Nähe zu Verwandten / Bekannten / Freunden: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Wohnkomfort: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Der Ruf des Hauses: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Freizeit- und Hobby-Angebote: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Therapeutische Angebote: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Angebot von Fahr- und Begleitdiensten: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Gute Küche: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Bewegliche Mahlzeitentermine: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Der Preis: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Freundlicher Umgangston: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Qualitäts-Siegel: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Ergebnis der geschlossenen Frage 38:

Hinweis: Bei der vorliegenden Frage war der Anteil der auswertbaren Fragebögen (= gültigen Antworten) jeweils verschieden groß, so dass die Bezugsgrösse (n) für die Prozentuierung variiert.

Kategorien	Prozent der Antworten					Anzahl der gültigen Antworten (= n)
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig	Summe	
Nähe zur bisherigen Wohnung	31,9 %	27,7 %	26,9 %	13,5 %	100,0%	1165
Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr	75,0 %	21,1 %	2,0 %	1,9 %	100,0%	1277
Die Nähe zu Verwandten / Bekannten / Freunden	44,5 %	36,1 %	15,3 %	4,2 %	100,0%	1198
Wohnkomfort	45,2 %	47,8 %	6,3 %	0,6 %	100,0%	1247
Der Ruf des Hauses	56,6 %	35,2 %	6,6 %	1,6 %	100,0%	1242
Freizeit- und Hobby-Angebote	36,3 %	44,4 %	16,6 %	2,7 %	100,0%	1218
Therapeutische Angebote	48,5 %	43,6 %	6,6 %	1,3 %	100,0%	1230
Angebot von Fahr- und Begleitdiensten	42,9 %	45,0 %	10,3 %	1,7 %	100,0%	1219
Gute Küche	44,3 %	48,2 %	6,8 %	0,6 %	100,0%	1246
Bewegliche Mahlzeitentermine	31,5 %	39,4 %	25,0 %	4,1 %	100,0%	1186
Der Preis	69,1 %	27,5 %	3,3 %	0,2 %	100,0%	1290
Freundlicher Umgangston	79,2 %	20,4 %	0,2 %	0,2 %	100,0%	1277
Qualitäts-Siegel	53,1 %	34,0 %	10,2 %	2,8 %	100,0%	1122

Geschlossene Frage 39 (Explorativbefragung):

Was wäre Ihnen wichtig bei der Gestaltung des Alltags / Tagesablaufs im Heim?

Gesprächskreise / Hobbygruppen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Handwerkliches Arbeiten / Werken: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Arbeiten im Garten / mit Pflanzen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Kontakt mit Haustieren: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Hauswirtschaftliche Arbeiten: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Lesen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Musik hören / musizieren: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Besuch von Konzerten / Theater: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Künstlerisches Arbeiten: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Fernsehen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Im Internet surfen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Gymnastik, Bewegungsübungen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Fitness-Training: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Ergebnis der geschlossenen Frage 39:

Hinweis: Bei der vorliegenden Frage war der Anteil der auswertbaren Fragebögen (= gültigen Antworten) jeweils verschieden groß, so dass die Bezugsgrösse (n) für die Prozentuierung variiert.

Kategorien	Prozent der Antworten					Anzahl der gültigen Antworten (= n)
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig	Summe	
Gesprächskreise / Hobbygruppen	44,5 %	43,7 %	9,8 %	2,1 %	100,0%	1253
Handwerkliches Arbeiten / Werken	18,7 %	34,8 %	33,3 %	13,2 %	100,0%	1112
Arbeiten im Garten / mit Pflanzen	19,5 %	31,2 %	32,4 %	16,9 %	100,0%	1110
Kontakt mit Haustieren	19,7 %	18,9 %	27,9 %	33,5 %	100,0%	1112
Hauswirtschaftliche Arbeiten	7,9 %	31,4 %	44,2 %	16,5 %	100,0%	1025
Lesen	51,6 %	40,3 %	6,4 %	1,7 %	100,0%	1178
Musik hören / musizieren	38,3 %	44,6 %	14,0 %	3,1 %	100,0%	1122
Besuch von Konzerten / Theater	34,9 %	43,2 %	17,7 %	4,2 %	100,0%	1179
Künstlerisches Arbeiten	17,1 %	28,4 %	40,1 %	14,4 %	100,0%	1077
Fernsehen	30,3 %	44,6 %	18,3 %	6,8 %	100,0%	1205
Im Internet surfen	14,4 %	23,4 %	24,9 %	37,2 %	100,0%	1075
Gymnastik, Bewegungsübungen	48,3 %	41,1 %	8,0 %	2,6 %	100,0%	1204
Fitness-Training	31,8 %	35,4 %	21,4 %	11,4 %	100,0%	1054

Geschlossene Frage 40 (Explorativbefragung):

Was müsste ein Heim anbieten, damit Sie dort einmal „hineinschnuppern“ würden?

Tag der Offenen Tür: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Cafeteria: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Restaurant: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Gesprächskreis für Altersfragen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Internet-Café: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Angebote zur (ehrenamtlichen) Mitarbeit: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Ergebnis der geschlossenen Frage 40:

Hinweis: Bei der vorliegenden Frage war der Anteil der auswertbaren Fragebögen (= gültigen Antworten) jeweils verschieden groß, so dass die Bezugsgrösse (n) für die Prozentuierung variiert.

Kategorien	Prozent der Antworten					Anzahl der gültigen Antworten (= n)
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig	Summe	
Tag der Offenen Tür	61,6 %	32,8 %	4,1 %	1,4 %	100,0%	1176
Cafeteria	31,4 %	48,5 %	16,1 %	4,0 %	100,0%	1069
Restaurant	24,6 %	44,1 %	25,6 %	5,7 %	100,0%	1032
Gesprächskreis für Altersfragen	34,7 %	45,7 %	15,0 %	4,7 %	100,0%	1049
Internet-Café	11,8 %	21,6 %	32,5 %	34,1 %	100,0%	952
Angebote zur (ehrenamtlichen) Mitarbeit	17,3 %	43,1 %	26,2 %	13,3 %	100,0%	946

Geschlossene Frage 41 (Explorativbefragung):

Sind Sie bereit, einen in seiner Selbstständigkeit recht eingeschränkten Heimbewohner regelmäßig ehrenamtlich zu betreuen? Ja / Nein

Ergebnis: In 1453 Fragebögen waren 1201 gültige Antworten zu dieser Frage enthalten
(n = 1201 = 100 %)

Kategorien	Prozent der Antworten
ja	40,8 %
nein	59,2 %
Summe	100,0%

Geschlossene Frage 42 (Explorativbefragung):

Was müsste ein Heim anbieten, damit Sie dort regelmäßig mithelfen würden?

Fahrkostenerstattung: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

RMV-Monatskarte: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Kostenloses Mittagessen: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Eine Zeit-Gutschrift, die ich später einlösen kann, wenn ich selbst auf Hilfe angewiesen bin:

Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Regelmäßige Beratung, wenn ich an Grenzen stoße: Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / unwichtig?

Ergebnis der geschlossenen Frage 42:

Hinweis: Bei der vorliegenden Frage war der Anteil der auswertbaren Fragebögen (= gültigen Antworten) jeweils verschieden groß, so dass die Bezugsgrösse (n) für die Prozentuierung variiert.

Kategorien	Prozent der Antworten					Anzahl der gültigen Antworten (= n)
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig	Summe	
Fahrkostenerstattung	41,8 %	33,4 %	16,6 %	8,2 %	100,0%	718
RMV-Monatskarte	34,9 %	25,2 %	24,9 %	15,1 %	100,0%	651
Kostenloses Mittagessen	19,3 %	30,8 %	34,5 %	15,3 %	100,0%	704
Eine Zeit-Gutschrift, die ich später einlösen kann, wenn ich selbst auf Hilfe angewiesen bin	40,9 %	34,9 %	15,2 %	9,0 %	100,0%	765
Regelmäßige Beratung, wenn ich an Grenzen stoße	53,7 %	39,1 %	4,6 %	2,7 %	100,0%	790

REIHE SOZIALES UND JUGEND STADT FRANKFURT AM MAIN

- | | | |
|----|--|------|
| 20 | Frankfurter Sozialbericht. Risiken und Chancen des Frankfurter Arbeitsmarktes | 2000 |
| 21 | Frankfurter Sozialbericht Teil II: Sozialhilfeempfänger | 2000 |
| 22 | Frankfurter Sozialbericht Teil III: Wohnungsversorgung | 2001 |
| 23 | Frankfurter Netzwerk. Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik in Frankfurt am Main | 2001 |
| 24 | Frankfurter Sozialbericht Teil IV: Medizinische Versorgung, Prävention und ausgewählte gesundheitliche Gefährdungen | 2001 |
| 25 | Frankfurter Sozialbericht Teil V: Segregation und Wohngebiete mit verdichteten sozialen Problemlagen | 2002 |
| 26 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt am Main Teilplan III: Erziehungsberatung für Kinder, Jugendliche und deren Familien in Erziehungsberatungsstellen in Frankfurt am Main | 2002 |
| 27 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt am Main Teilplan II: Betreuungsangebote für Kinder unter 3 Jahren in Kinderkrippen, Krabbelstuben und Tagespflegestellen | 2002 |
| 28 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt am Main Teilplan IV: Stationäre Erziehungshilfen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in verschiedenen Einrichtungsformen der Hilfe zur Erziehung | 2003 |
| 29 | Frankfurter Sozialbericht Teil VI. Chancen und Risiken einer alternde Stadt | 2003 |
| 30 | Mädchen und junge Frauen im Berufsfindungsprozess | 2004 |
| 31 | Jugendhilfeplanung in Frankfurt/Main Teilplan I: Freizeitpädagogische Angebote für Kinder und Jugendliche in offenen Freizeitstätten und auf Abenteuerspielplätzen | 2004 |
| 32 | Frankfurter Sozialbericht Teil VII. Aufwachsen in Frankfurt am Main – Kinder, Jugendliche und ihre Familien: Situation und Entwicklungschancen | 2006 |
| 33 | Partizipative Altersplanung. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen. Teil I: Lebenslagen und gesellschaftliche Teilhabe – Beiträge zur Partizipativen Altersplanung | 2006 |
| 34 | Partizipative Altersplanung. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen. Teil II: Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu Hause | 2006 |
| 35 | Partizipative Altersplanung. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen. Teil III: Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen | 2006 |

