

Partizipative Altersplanung

Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen

Teil IV: Gesundheitliche Versorgung

Verfasser

Ute Acker-Wild

Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e. V.

Oliver Backhaus

Deutsches Rotes Kreuz, BV Frankfurt am Main

Dr. med. Gerd Roland Bergner

Stadt Frankfurt am Main, Stadtgesundheitsamt, Abteilung Psychiatrie

Martin Berner

Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt
(bis 31.12.2005: Institut für Sozialarbeit e. V.)

Gabriele Förtsch

KOMM - ambulante Dienst e. V.

Wolfgang Guggenberger

Stadt Frankfurt am Main, Stadtgesundheitsamt, Abteilung Psychiatrie

Dr. med. Kristian Hahn

Evangelischer Verein für Innere Mission, Hufeland-Haus, Klinik für Geriatrie

Rita Handwerk-Sieker

Stadt Frankfurt am Main, Stadtgesundheitsamt, Abteilung Gesunde Stadt

Elisabeth Ippers

Caritas-Zentralstation Ost 2

Dr. med. Hans-Joachim Kirschenbauer

Stadt Frankfurt am Main, Stadtgesundheitsamt, Abteilung Psychiatrie

Hans-Albert Link

Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V.

Michael List

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

Monika Müller-Herrmann

Bürgerinstitut – Soziales Engagement in Frankfurt
(bis 31.12.2005: Institut für Sozialarbeit e. V.)

Dr. med. Hildegard Weigand-Tomiuk

Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Koordination, Redaktion sowie Anhang Nr. 7.2

Bettina Reinecke

Renate Depireux

Hartmut Stelter

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 IV: Gesundheitliche Versorgung

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

Ex p e r t e n

E x p e r t e n

Themenspezifische Arbeitsgruppen zu den Teilberichten

Querschnitt-Themen: Menschen mit Behinderungen, Kultursensible Aspekte (Migrantinnen und Migranten, Schwule/Lesben), Ehrenamt, Netzwerk	
<p>1. Lebenslagen und gesellschaftl. Teilhabe</p> <p>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</p>	<p>2. Selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu Hause</p> <p>Caritasverband CeBeeF Ev. Verein für Innere Mission KONTAKT - freie Alten- und Krankenhilfe Stadt Frankfurt: Amt f. Wohnungswesen Jugend- und Sozialamt</p>
<p>3. Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationär. Einrichtungen</p> <p>Ev. Verein für Innere Mission Frankf. Verband für Alten- und Behindertenhilfe Franziska Schervier Altenpflegeheim Haus Aja-T extor-Goethe Stadt Frankfurt: Jugend- und Sozialamt</p>	<p>4. Gesundheitliche Versorgung</p> <p>Caritasverband Deutsches Rotes Kreuz Ev. Verein f. Innere Mission Frankf. Verband für Alten- und Behindertenhilfe Frankf. - Verein Institut für soziale Heimstätten Institut für Sozialarbeit KOMM-ambulante Dienste Stadt Frankfurt: Stadtgesundheitsamt Städt. Kliniken Frankfurt-Höchst Jugend- und Sozialamt</p>

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite	
IV	Gesundheitliche Versorgung	1
1	Altersgerechte Lebensführung	1
1.1	Gesundheitserhaltung und -förderung	1
1.1.1	Einleitung	1
1.1.2	Altern in Gesundheit	3
1.1.3	Gesundheit und Wohlergehen älterer Frauen	4
1.1.4	Alter und Wohnumfeld	5
1.1.5	Gesundheitserhaltung	5
1.2	Ernährung im Alter	6
1.2.1	Ernährungsverhalten - Ursachen/Einflussfaktoren	6
1.2.2	Mahlzeiteinnahme	7
1.2.3	Folgen von Unter- und Mangelernährung	9
1.2.4	Aktuelle Situation in Frankfurt am Main	10
1.2.4.1	Seniorenrestaurants	10
1.2.4.2	Mobile Essenversorgung ("Essen auf Rädern")	11
1.2.4.3	Ergebnisse der Repräsentativen Befragung der Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main ab 50 Jahren im Rahmen der Partizipativen Altersplanung vom November 2003	11
1.2.5	Ergänzende Angaben: Statistische Daten/Umfrageergebnisse (regional, bundesweit)	11
1.3	Bewegung und Mobilität im Alter	12
1.3.1	Ursachen von Mobilitätseinschränkungen	12
1.3.2	Störungen der Gehfähigkeit	12
1.3.3	Stürze und ihre Folgen im Alter	13
1.3.4	Rehabilitation zur Mobilisation	14
1.3.5	Ärztliche Versorgung bei eingeschränkter Mobilität	15

	Seite	
1.3.6	Möglichkeiten der Prävention und Behandlung / Barrierefreiheit	15
1.3.7	Ergänzende Angaben: Statistische Daten/Umfrageergebnisse (Frankfurt am Main)	16
1.4	Bewertung, Ausblick und Handlungsempfehlungen zur altersgerechten Lebensführung	17
2.	Geriatrische Versorgung	18
2.1	Aufgaben und Funktion der Geriatrie	18
2.1.1	Entstehung des neuen Fachgebietes Geriatrie	18
2.1.2	Definition des medizinischen Fachgebietes Geriatrie	19
2.1.3	Aufgaben der Klinischen Geriatrie	20
2.1.4	Häufige Krankheitsbilder in der Geriatrie	21
2.2	Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen	21
2.2.1	Das Geriatrie-Konzept Hessen	21
2.2.2	Krankenhausplanung des Landes Hessen	22
2.2.3	Zulassung von Krankenhäusern (§108 SGB V) und Rehabilitationskliniken (§ 111 SGB V)	23
2.2.3.1	Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V	23
2.2.3.2	Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V	24
2.2.4	Das Fallpauschalensystem (DRG/Diagnosis Related Groups/Diagnosebezogene Fallgruppen)	25
2.3	Historische Entwicklung in Frankfurt am Main	26
2.4	Aktuelle Situation in Frankfurt am Main	27
2.4.1	Geriatrie in Frankfurt	27
2.4.2	Vollstationäre Einrichtungen	28
2.4.3	Teilstationäre Einrichtungen (Tageskliniken)	33

	Seite	
2.4.4	Ambulante geriatrische Versorgung	35
2.4.5	Aus- und Weiterbildung	36
2.4.6	Zuständigkeit für Geriatrieplanung/Bettenbedarfsplanung	36
2.5	Bewertung, Ausblick und Handlungsempfehlungen zur geriatrischen Versorgung	38
3.	Psychiatrische Versorgung	40
3.1	Aufgabe und Funktion der Psychiatrie	40
3.2	Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen	41
3.3	Historische Entwicklung in Frankfurt	42
3.3.1	Klinische Versorgung	42
3.3.2	Außerklinische Versorgung	45
3.3.3	Planung und Steuerung	46
3.3.4	Psychiatrische Versorgung psychisch kranker, alter Menschen	47
3.4	Aktuelle Situation in Frankfurt am Main	48
3.4.1	Klinische und außerklinische Versorgung	48
3.4.2	Planung und Steuerung (kommunaler Bereich)	50
3.4.3	Psychiatrische Versorgung psychisch kranker alter Menschen	51
3.4.4	Psychotherapie im Alter - Alterspsychotherapie	55
3.5	Bewertung, Ausblick und Handlungsempfehlungen zur psychiatrischen Versorgung	57
3.5.1	Klinischer Bereich	57
3.5.2	Außerklinischer / komplementärer Bereich	58
3.5.2.1	Vernetzung, Wohnen, Ambulante Versorgung	58
3.5.1.2	Freizeit/Tagesstruktur/Kontaktmöglichkeiten	60
3.5.1.3	Stationäre komplementäre Versorgung	60

	Seite
4. Palliative Versorgung und Hospizarbeit	62
4.1 Aufgabe und Funktion palliativer Versorgung und Hospizarbeit	62
4.1.1 Stationäre Hospize und Palliativstationen	62
4.1.2 Ehrenamtliche ambulante Hospizdienste/-gruppen	64
4.2 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen	65
4.2.1 Stationäre Einrichtungen der Palliativmedizin	65
4.2.2 Stationäre Hospize	65
4.2.3 Ambulante Palliativdienste	66
4.2.4 Ambulante Hospizdienste/-gruppen	67
4.2.5 Aus- und Weiterbildung in Palliativmedizin	68
4.3 Historische Entwicklung	70
Das Christophorushaus	70
4.4 Aktuelle Situation	71
4.4.1 Palliativstationen	71
Krankenhaus Nordwest	71
Evangelisches Hospital für palliative Medizin	72
4.4.2 Ambulante Palliativdienste	72
Ambulanter Palliativdienst am Evangelischen Hospital für palliative Medizin (APD)	72
4.4.3 Stationäre Hospize	73
Hospiz Sankt Katharina	73
4.4.4 Heimversorgung und ehrenamtlicher Dienst	74
Franziskushaus	74
Die Gruppe „da sein“ im Institut für Sozialarbeit e. V.	74
4.4.5 Onkologische Ambulanzen und Schmerzambulanzen	75
4.4.6 Hospizgruppen	76
Regionalgruppe der Internationalen Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL)	76
4.4.7 Ehrenamtliche ambulante Hospizdienste	76

	Seite
	76
4.4.8	76
	76
	77
4.5	78
4.6	81
5.	84
6.	85
7.	88
7.1	88
7.2	91

IV. Gesundheitliche Versorgung

In der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO / World Health Organization) und ihren Mitgliedstaaten 1998 verabschiedeten Konzeption „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ ist ein Teilziel: Altern in Gesundheit.¹ Bis zum Jahre 2020 soll Menschen im Alter von über 65 die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.

Ziel ist es, allen Menschen Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und physisches, psychisches sowie soziales Wohlbefinden zu erlangen.

"Die Gesundheit ist eines der höchsten Lebensgüter. Es ist das Ziel der Gesundheitspolitik, die Gesundheit der Bürger zu erhalten, zu fördern und im Krankheitsfall wieder herzustellen. Gesünder leben, länger leben und aktiver leben zu können, dies ist für jeden Bürger bestmöglich zu gewährleisten. Das Gesundheitswesen qualitativ auf hohem Stand und gleichzeitig finanzierbar zu halten, ist die Herausforderung, vor der die Gesundheitspolitik heute und auch in Zukunft steht".²

1. Altersgerechte Lebensführung

1.1 Gesundheitserhaltung und -förderung

1.1.1 Einleitung

Exkurs³: Fast alle Einwohner der Bundesrepublik sind krankenversichert. Rund 89 Prozent sind in einer gesetzlichen Versicherung, etwa neun Prozent sind privat versichert.- Anderen Aussagen zufolge sinkt die Zahl Krankenversicherter in Deutschland aufgrund persönlicher finanzieller Schwierigkeiten, steigender Beiträge zu privaten Krankenversicherungen, Insolvenzen selbständiger Unternehmer, Kündigung durch Krankenversicherungen u.ä. Die demografische Entwicklung, grundlegende Veränderungen der Erwerbsbiografien, die Fortschritte in Medizin und Technik sowie die Entwicklung der Einkommensverteilung konfrontieren die gesetzliche Krankenversicherung mit neuen Herausforderungen: Bei einem Fortbestand der heutigen Finanzierungsweise des Gesundheitssystems stehen den steigenden Kosten künftig immer weniger Beitragszahler gegenüber.

¹ www.gesundheit-psychologie.de/GFA21/ges21-zie15.htm

² Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Internet-Homepage, www.bmgs.bund.de, Bonn 2005

³ ebenda

"Gesundheit ist eine Voraussetzung für das individuelle Wohlbefinden sowie für ökonomische und soziale Teilhabe. (...) sie sorgt für einen niedrigen Krankenstand und für die Leistungsfähigkeit der Menschen.

Für die Förderung und den Erhalt der eigenen Gesundheit sind die Bürgerinnen und Bürger in hohem Maße selbst verantwortlich. (...) Ziel der Gesundheitspolitik ist es, nachhaltige Bedingungen zu schaffen, welche die optimale Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger ermöglichen. (...) Die Förderung der Gesundheit und der Schutz vor Krankheiten basiert auf vier Säulen (...)“⁴ :

1. Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung
2. qualitätsorientierte Früherkennung/Diagnose und Therapie von Krankheiten
3. gesicherte Versorgung humaner Pflege
4. Rehabilitation, nicht zuletzt, um die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu ermöglichen.

Die Grundlage der ersten Säule soll lt. BMGS ein Bundes-Präventionsgesetz bilden. Parallel dazu ist die Errichtung einer Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen, die präventive Angebote mit Kampagnen begleitet. Weiterhin sind der Ausbau der Datenlage sowie präventionsbezogene Auswertungen auf Bundesebene geplant. Als wesentliche staatliche Aufgaben bei Prävention, Gesundheitsförderung und -schutz nennt das BMGS

- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Erfordernisse
- Reduzierung suchtbedingter Probleme (insbesondere in Zusammenhang mit Alkohol und Tabak als legalen Suchtmitteln)
- Infektionsschutz
- Stärkung von Selbsthilfepotenzialen
- Festlegung von Grenzwerten für Trinkwasser und Nahrungsmittel
- Zulassung von Arzneimitteln durch entsprechende Behörden (zur Vermeidung unerwünschter Wirkungen)

⁴ ebenda

- Ressortübergreifende Kommunikation zur frühzeitigen Erkennung von umweltbedingten Gesundheitsrisiken
- Ausbau der Krisenreaktionsfähigkeit bei Gefahrenlagen durch bioterroristische Anschläge.⁵

1.1.2 Altern in Gesundheit

Die überwiegende Zahl der Menschen bleibt heute - u. a. aufgrund des medizinischen Fortschritts und einer gesünderen Lebensweise hinsichtlich Ernährung, Arbeitswelt und Hygiene - bis in ein viel höheres Lebensalter geistig, seelisch und körperlich rege und aktiv. In Deutschland ist die Mehrheit der älteren Menschen nicht auf fremde Hilfe angewiesen. Von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität im Alter sind einerseits die persönlichen Fähigkeiten, andererseits die Unterstützung der Gesellschaft im Prozess des Älterwerdens und in Akutsituationen. Die Erhaltung einer selbständigen Lebensweise und Bereitstellung von Unterstützung im Bedarfsfalle muss Ziel und zentrale Aufgabe sein. Hierbei wiederum ist die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit eine Hauptvoraussetzung. Schätzungen der demografischen Entwicklung gehen von einem Anstieg auf rd. 1/3 der über 60Jährigen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands im Jahr 2030 aus. Hierbei ist wichtig, sich bewusst zu machen, dass Ältere eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Lebenslagen, Lebensstilen und Bedürfnissen sind.

Meist erst in hohem Lebensalter steigen die Risiken chronischer körperlicher Erkrankungen, der Multimorbidität (Auftreten mehrerer Krankheiten zur gleichen Zeit) und psychischer Erkrankungen - überwiegend depressive Störungen und Demenzen - und somit des gesellschaftlichen Hilfebedarfs spürbar an.⁶

Auch Osteoporose, das Nachlassen von Körperfunktionen (Anzeichen: Ermüdbarkeit, Muskelschwäche, Inkontinenz...) und Sturzverletzungen können das Leben älterer Menschen beeinträchtigen.

⁵ ebenda

⁶ 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 2001

Auch wenn ältere Menschen den oben genannten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, heißt das nicht unbedingt, dass jeder im Alter davon betroffen sein muss. In der Erwachsenenphase müssen Menschen eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben in Privatleben, Gesellschaft und Wirtschaft wahrnehmen. Vielfach sind sie aber nur wenig darauf vorbereitet, nach dem Ende ihres regulären Arbeitslebens - wenn z. B. die Kinder aus dem Hause sind - ein sozial erfülltes Leben zu führen. Die fehlende Auseinandersetzung mit der eigenen Situation kann diesen Einschnitt in der Lebensgestaltung als äußerst negativ erfahrbar machen. Es kommt auch vor, dass älter werdende Menschen bereits vor dem 65. Lebensjahr kränkeln, weil sie in der falschen Vorstellung leben, dass man im Alter generell nicht mehr aktiv sein kann und dass der Alterungsprozess erst mit dem 65. Lebensjahr beginnt.

Dennoch ist in der Altersgruppe ab 65 Jahren ein steigendes Bildungsinteresse zu verzeichnen. Aktuell gibt es in der Universität Frankfurt 781 Studierende die über 50 Jahre alt sind.⁷

Davon sind:

501 Personen 50 Jahre bis unter 60 Jahre

245 Personen 60 Jahre bis unter 70 Jahre

32 Personen 70 Jahre bis unter 80 Jahre

3 Personen 80 Jahre und älter

Zusätzlich nahmen in der „Universität des 3. Lebensalters“ im Sommersemester 2004, 2.307 Personen über 50 Jahre an Veranstaltungen / Seminaren teil.⁸

1.1.3 Gesundheit und Wohlergehen älterer Frauen

Statistisch gesehen leben Frauen länger als Männer. Diese höhere Lebenserwartung wird - besonders in der Gruppe der hochaltrigen, über 85jährigen Frauen - häufig von chronischen Krankheiten, Behinderungen und mangelnder Unabhängigkeit begleitet. Zur Abhängigkeit gehören physische, wirtschaftliche, psychologische und soziale Dimensionen, die sich auf die Lebensqualität sehr alter Menschen äußerst negativ

⁷ Telefonat mit dem Sekretariat der Johann-Wolfgang-Goethe Universität, Frankfurt a. M.

⁸ www.uni-frankfurt.de/u3IMedieninformation

auswirken - eine Altersgruppe, in der Frauen zurzeit mit einem Anteil von 77% vertreten sind. 2002 waren in Frankfurt 77,2% der Personen über 85 Jahren Frauen. Der Ausländeranteil daran betrug 3,2%.⁹ Frauen haben im Allgemeinen auch geringere Einkünfte und Ersparnisse als Männer. Dieser Sachverhalt wird sich wahrscheinlich in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen, mit entsprechenden Folgen für die Ausgaben der öffentlichen Hand und die Gesundheit und Lebensqualität der Frauen.¹⁰

1.1.4 Alter und Wohnumfeld

Die derzeitigen Wohn- und Verkehrsverhältnisse in Frankfurt am Main sowie die Organisation kommunaler Dienstleistungen hindern viele ältere Menschen daran, ihre Eigenständigkeit und ihr soziales Beziehungsgeflecht aufrecht zu erhalten. Der Zugang zu Bussen und U-Bahnen ist für sie vielfach schwierig und teilweise ist der öffentliche Nahverkehr nur unzureichend ausgebaut.¹¹

1.1.5 Gesundheitserhaltung

Von der Kassenärztlichen Vereinigung sind 3 Zahnärzte zur ambulanten Versorgung (Hausbesuche) in Frankfurt am Main eingesetzt.

Wenn ältere Menschen lieber in ihrem eigenen Zuhause bleiben möchten, wird für die Anpassung des häuslichen Umfeldes und die Bedürfnisse der Einzelnen Unterstützung angeboten. Es existieren Angebote zur Wohnungsanpassung und -beratung, ambulante Dienste usw. In diesem Zusammenhang kann älteren Menschen auch durch Haushaltshilfen geholfen werden, ihre Unabhängigkeit zu erhalten. Die Erhaltung der Unabhängigkeit sollte auch das primäre Ziel sein, wenn ältere Menschen in ein Pflegeheim ziehen werden (§ 3 SGB XI ambulant vor teilstationär und teilstationär vor stationär).

⁹ 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 a. M. 2003

¹⁰ vgl. auch Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 2.2, Frankfurt a. M. 2003, S. 10

¹¹ eigene Erfahrungen der Autoren mit Patienten und Angehörigen

Durch eine effektive und effiziente Koordinierung der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in einer Gemeinde wird die Versorgungskontinuität gewährleistet und dafür gesorgt, dass die Menschen so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause bleiben können und die Versorgungseinrichtungen nur im Bedarfsfall genutzt werden.

Die beste Voraussetzung für ein Altern in Gesundheit wird dadurch erreicht, dass jeder Einzelne dafür Sorge trägt, dass er/sie von Kindheit an ein Bewusstsein für gesundheitsförderliche Maßnahmen und Gesundheitsschutz entwickelt und sich entsprechend verhält. Neben dem persönlichen Verhalten spielen aber auch lebensweltliche Faktoren wie z. B. Lebens-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen eine Rolle.

Die kommunalen Aufgaben des Gesundheitsamtes sind unter anderem im § 59 SGB XII geregelt. Hierzu zählt neben der Beratung zu Heil- und Eingliederungsmaßnahmen insbesondere die Prävention. Diese Schwerpunktarbeit des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main wird insbesondere in den Bereichen Schulzahnärztliche Untersuchungen, Schulärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst und (Sozial-) Psychiatrischer Dienst geleistet. Dazu gehört auch, verstärkte Bildungsangebote in den Kommunen anzubieten (höhere Bildung - vermindertes Krankheitsrisiko), spezielle, fachspezifische Projekte im Grundschulalter (z. B. Klasse 2000), in den Mittelstufen (z. B. be smart-don't start) oder in der Oberstufe und in den Berufsschulen (z. B. Projekt „Rauchfreie Schule“).

1.2 Ernährung im Alter

1.2.1 Ernährungsverhalten - Ursachen/Einflussfaktoren

Altern ist ein natürlicher Prozess, der nicht unbedingt von Krankheiten begleitet sein muss. Eine Reihe von Krankheiten haben nichts mit dem Alter zu tun, sondern ist das Ergebnis von jahrelangen Verstößen gegen eine gesunde und natürliche Lebensweise.

Die Alterung des Organismus führt allerdings zu Veränderungen und zu einer Minderung der Leistungsfähigkeit. Unregelmäßige Nahrungsaufnahme, gepaart mit

einer „Unlust“, verstärkt diesen Prozess und führt zu einer Unterversorgung des Körpers mit notwendigen Nährstoffen.

Richtige und bedarfsgerechte Ernährung ist Voraussetzung für Gesundheit und Krankheitsvorbeugung im Alter. Grundprinzipien sind die richtige Menge und Auswahl der lebensnotwendigen Nährstoffe in der täglichen Ernährung. Die Ernährung sollte vielseitig, abwechslungsreich sein, dem Energiebedarf des Körpers angepasst werden und zum Genießen anregen.

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen für die Veränderungen des Ernährungszustandes. Durch eine Abnahme des Geschmacks- und Geruchssinnes wird das Essen anders wahrgenommen. Bei Abnahme des Durstempfindens sinkt die Flüssigkeitsaufnahme.

Häufige Störungen bei der Ernährung im Alter treten durch Appetitlosigkeit, Verwirrtheit und Depressionen ein. Medikamente können als Nebenwirkung „auf den Magen schlagen“, deren Verordnung dann zu überprüfen ist. Aber auch Vereinsamung und Isolierung können dazu führen, die Freude an gesunder Ernährung verlieren zu lassen.

Weitere Ursachen, wie Kau- und Schluckstörungen, treten nicht nur bei einer Erkrankung wie z. B. Schlaganfall auf, sondern können durch unzureichende Mundhygiene oder ein schlecht sitzendes Gebiss verursacht sein.

Einschneidende Ereignisse lassen die Nahrungsaufnahme komplett in den Hintergrund treten. Armut und Einschränkung in der Mobilität haben eine einseitige Nahrungsaufnahme zur Folge. Ebenso beeinflussen Krankheit, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum den Ernährungszustand.

Treten die geschilderten Gründe regelmäßig und über einen längeren Zeitraum auf, besteht die Gefahr krank zu werden bzw. die Leistungsfähigkeit zu verlieren, da der Körper nicht in ausreichender Menge mit allem Notwendigen versorgt wurde.

1.2.2 Mahlzeiteneinnahme

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) empfiehlt, regelmäßig zu essen und die Nahrungsmenge auf 5 bis 6 kleine Mahlzeiten am Tag zu verteilen.

Die mittlere Mahlzeitenhäufigkeit liegt bei 3,8 Mahlzeiten am Tag, d. h., nur jeder zweite bis vierte der über 50jährigen verzehrt ein zweites Frühstück, gönnt sich einen Nachmittagskaffee oder einen späten Nachtimbiss. Aus der Anzahl der durchschnittlichen Mahlzeiten pro Tag lässt sich die Größe der Portionen ableiten. Große Portionen belasten aber eher den Organismus.

In stationären Einrichtungen liegt die regelmäßige Anzahl bei 4 Mahlzeiten pro Tag.

Der Energiebedarf eines Menschen ist, neben anderen Faktoren, altersabhängig und nimmt mit laufendem Alter stetig ab.

Der Kalorienbedarf verändert sich wie folgt:

bis 33 Jahre 100%

33-55 Jahre 90%

55-75 Jahre 75%

ab 75 Jahre 65%

d. h., ein 75-Jähriger benötigt im Durchschnitt nur noch 65% der Kalorien, die er als 33-Jähriger zu sich genommen hat.

Nach einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. aus dem Jahr 2000 hat eine Frau über 65 Jahren (158 cm, 55 kg) einen durchschnittlichen Energiebedarf von 1.800 kcal und ein Mann (169 cm, 68 kg) von 2.300 kcal.

Auch im Alter sollte ein normales Körpergewicht angestrebt bzw. das Normalgewicht gehalten oder erreicht werden. Dies entlastet den Stoffwechsel und schont die Gelenke. Auch Herz und Kreislauf profitieren davon.

Während bei jüngeren Menschen Überernährung als Risiko für die Gesundheit erkannt wurde, ist Unter- oder Mangelernährung (Malnutrition) eine der häufigsten geriatrischen Symptome mit gesundheitlichen Konsequenzen für alte Menschen.

Zu dem Ernährungszustand alter Menschen liegen wenige - keine in Frankfurt am Main erhobenen - Erkenntnisse vor. Bei den bislang durchgeführten Untersuchungen wurde als Messgröße das Unterschreiten des altersspezifischen Body Mass Index (BMI) angenommen:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Man spricht von Untergewicht bei einem BMI von < 20, von Normalgewicht bei einem BMI von 20 - 25, von leichtem bis mäßigem Übergewicht bei einem BMI von 25 - 30 und von deutlichem Übergewicht bei einem BMI von > 30.

Die Bethanien-Ernährungsstudie erstellt vom Geriatriischen Zentrum Bethanien in Heidelberg, in der 300 geriatrische Patienten über 75 Jahre bei Aufnahme ins Krankenhaus untersucht worden sind, ergab bei 57% der Frauen und 60% der Männer eine Untergewichtigkeit. In einer bundesweiten Erhebung bei zu Hause lebenden Seniorinnen und Senioren der gleichen Altersgruppe sind nur 30% der Frauen und 20% der Männer als untergewichtig eingestuft worden.

1.2.3 Folgen von Unter- und Mangelernährung

Durch Verschlechterung des Ernährungszustandes erhöht sich das Gesundheitsrisiko bei leichten Erkrankungen. So können z. B. ein fieberhafter Infekt oder der Zustand nach einer Operation wegen Schenkelhalsfraktur schnell zu kräftezehrenden Komplikationen führen, die bei einem Mangelernährungszustand nicht nur zur Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes, sondern auch zu schlechter Rehabilitationsfähigkeit und höherer Pflegebedürftigkeit führen können.

Ein besonderes Augenmerk ist auf den Ernährungszustand von Bewohnern der institutionellen Pflege (teilstationäre und stationäre Altenpflegeeinrichtungen, betreutes Wohnen) sowie von Krankenhauspatienten zu richten, da hier am häufigsten Unterernährung festgestellt wurde. Die Datenlage zu diesen Problemkreisen ist noch äußerst gering; so sind weitere Studienergebnisse abzuwarten.¹²

Den Ursachen für die signifikante Mangelernährung in diesen Institutionen ist aber heute schon besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

¹² siehe die Ernährungsstudien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V., DGE, und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V., DGEM, Internet: www.dgem.de

Bei drohender oder manifester Mangelernährung lassen sich Krankenhausverweildauer durch adäquate Zusatznahrung verkürzen, der Ernährungszustand verbessern und die Lebenserwartung erhöhen. Allerdings sind diese Erfolge nur zu erwarten, wenn z. B. frühzeitig nach einer Operation oder einem Schlaganfall mit Ergänzungsnahrung begonnen wird. Gleiches gilt für die vielfach erkrankten Älteren.¹³

Zur Vertiefung der dargestellten Aspekte verweisen wir auf folgende Quellen (Internetadressen):

www.seniorenwohnungen-frankfurt.de

www.dge.de

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

www.dgem.de

Deutsche Gesellschaft
für Ernährungsmedizin e.V.

www.mds-ev.de

Grundsatzstellungnahme des Medizinischen
Dienstes der Spitzenverbände der
Krankenkassen (MDS) „Ernährung und
Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“,
Abschlussbericht der Projektgruppe P 39,
Stand Juli 2003

1.2.4 Aktuelle Situation in Frankfurt am Main

Angaben zu Seniorenrestaurants und "Essen auf Rädern" werden regelmäßig unter dem Stichwort "Mittagstisch für Senioren" in der Senioren-Zeitschrift und ihrer Internetversion publiziert: www.senioren-zeitschrift-frankfurt.de

1.2.4.1 Seniorenrestaurants

Acht dezentrale Angebote in der Stadt sind vorhanden. Während der Öffnungszeiten,

¹³ Es liegen keine Angaben aus den Krankenhäusern vor. Es ist auch fraglich, ob man durch eine Befragung ein repräsentatives Ergebnis erhalten würde. Den Sachverhalt mit den Klinikleitungen und den Aufsichtsgremien zu thematisieren, ist sicherlich sinnvoll.

i. d. R. von 12.00 bis 13.00 Uhr, kann ohne Anmeldung zum Preis von 4,10 Euro gespeist werden.¹⁴

1.2.4.2 Mobile Essenversorgung ("Essen auf Rädern")

Sieben Anbieter liefern nach den Vorgaben der Stadt (festgelegte Qualitätsstandards) warme und tiefgefrorene Kost zum Preis von 4,10 Euro zuzüglich 1 Euro Anlieferungspauschale (insgesamt 5,10 Euro) in die Wohnungen der Menschen.¹⁵

1.2.4.3 Ergebnisse der Repräsentativen Befragung der Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main ab 50 Jahren im Rahmen der Partizipativen Altersplanung vom November 2003

Mehr als die Hälfte der 1.011 Befragten interessiert sich weder aktuell noch in der Zukunft für Seniorenrestaurants. 22,4% der Befragten hält dieses Angebot für interessant. Bei der mobilen Essensversorgung sagt nur ein Viertel, dass es für sie uninteressant ist. Jeder 10te der Befragten kennt die beiden Angebotsformen aus eigener Anschauung.¹⁶

1.2.5 Ergänzende Angaben: Statistische Daten/Umfrageergebnisse (regional, bundesweit)

Nach dem Umfrageergebnis „Frankfurt 50+“ fühlten sich nur 14,5% der Befragten gesundheitlich schlecht.¹⁷ Zum Vergleich: im Jahr 1998 wurde vom Institut für Ernährungswissenschaft der Universität Bonn eine regionale und bundesweite (nationale) Befragung durchgeführt. Die regionale Befragung begrenzte sich auf die Kleinstadt Euskirchen (50.000 Einwohner). Ziel war es, eine Analyse der Ernährungssituation der über 65-Jährigen abzuleiten. Auch bei dieser Befragung fühlten sich regional nur 14% und national 20% der Befragten unwohl.

¹⁴ siehe Dezernat für Soziales und Jugend der Stadt Frankfurt am Main (Hrsg.), Senioren Zeitschrift, Ausgabe 3/2005, Frankfurt a. M. 2005

¹⁵ ebenda

¹⁶ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003 hier: Auswertungsergebnisse zu den Fragen A.5-1 und A.5-2; siehe Anhang Nr. 7.2

¹⁷ ebenda, hier: Auswertungsergebnis zu der Frage G.1, siehe Anhang Nr. 7.2

1.3 Bewegung und Mobilität im Alter

Die im Folgenden aufgeführten Aussagen und Werte beziehen sich auf Deutschland und nicht auf Frankfurt am Main, sofern nicht anderes angegeben ist.

1.3.1 Ursachen von Mobilitätseinschränkungen

Epidemiologische Daten weisen auf eine exponentiale Zunahme der Behinderung im Alter hin.

Zu den wichtigsten Krankheitsfolgen zählen die Einschränkungen von Kognition und Mobilität. Beides wirkt sich wesentlich auf die menschliche Unabhängigkeit aus und ist eng verknüpft mit sozialer und intellektueller Interaktion. Einschränkung von Mobilität ist einer der wesentlichen Gründe für Pflegebedürftigkeit. Ursachen des Mobilitätsverlustes liegen zunächst in dem Alterungsprozess selbst. Die Abnahme der Gehgeschwindigkeit nach dem 65. Lebensjahr beträgt etwa 1% pro Jahr und verstärkt sich nach dem 75. Lebensjahr. Andererseits führen Erkrankungen des Gehirns als Steuerungsorgan als auch Krankheiten des muskulären und des Skelettsapparates zu Immobilität im Alter.

1.3.2 Störungen der Gehfähigkeit

Störungen der Gehfähigkeit im Alter beginnen mit der Einschränkung, sicher Gehen und Stehen zu können. Etwa 10% ältere Menschen über 65 Jahren berichten über Gangstörungen oder benutzen Hilfsmittel beim Gehen. Dieser Anteil erhöht sich auf über 30% bei über 80-Jährigen die noch in ihrem eigenen Haushalt leben. Hingegen benutzen Pflegeheimbewohner zu über 60% Hilfsmittel beim Gehen. Durch Hilfsmittel, wie zum Beispiel einen Rollator oder Rollstuhl, kann die Mobilität jedoch weiter erhalten werden, wenn die Voraussetzungen im direkten und weiteren Umfeld geschaffen sind.

Reduzierte Gehgeschwindigkeit bzw. Gangstörungen sind Vorboten der Einschränkung von Alltagsaktivität und Selbstvertrauen. Die Teilnahme am öffentlichen Verkehr kann zu einem Problem werden, wenn die Gehgeschwindigkeit weniger als 1,4 m/sek. beträgt. Dann ist nicht mehr gewährleistet, während einer Grünphase der Ampel die Straße überqueren zu können. Die Abnahme von Sehkraft,

Gleichgewichtsregulation und Muskelkraft bei gleichzeitig geringer werdenden Möglichkeiten diese Verluste zu kompensieren, sind typische Erscheinungen älterer Menschen.

Gangveränderung im Alter äußert sich durch verkürzte Schrittlänge, flache schlurfende Fußführung, verzögerte Schrittauslösung und verminderte Gehgeschwindigkeit. Es ist schließlich eine multifaktorielle Ursache, die zur Gehstörung im Alter führt und nur im Rahmen einer professionellen Untersuchung genauer beschrieben werden kann. Schmerz, Angst, Depression verbunden mit der Abnahme körperlicher Aktivität führen ebenfalls leicht zu motorischer Passivität.

1.3.3 Stürze und ihre Folgen im Alter

Neben Kraftverlust durch Immobilität und passiver Lebensführung kommt es im höheren Alter zu enormen Knochenmassenverlusten, die wiederum ein hohes Risiko für Knochenbrüche bei Stürzen mit sich bringen. Ca. 85% aller Stürze älterer Menschen sind auf Störung der Bewegung von einer Stelle zur anderen (Lokomotion) zurückzuführen. Mit Stürzen sind im hohen Maße Hüftgelenkfrakturen, Oberarmfrakturen und Frakturen der Wirbelkörper verbunden.

Die häufigste Fraktur älterer Menschen bis zum 7. Lebensjahrzehnt ist der Bruch des Unterarmknochens, der Speiche, (typische Radiusfraktur) mit einem Maximum bei Frauen um das 65. Lebensjahr. Männer, die über eine höhere Schrittgeschwindigkeit verfügen sind seltener von handgelenknahen Unterarmfrakturen betroffen. Der Geschlechtsquotient beträgt 1:10,4. Bei den hüftgelenknahen Frakturen liegt das durchschnittliche Erkrankungsalter bei über 82 Jahren, mehr als 40% der Betroffenen sind älter als 85 Jahre. Frauen sind bis zu fünfmal häufiger betroffen als Männer. In den geriatrischen Fachkliniken befinden sich zwischen 25% und 40% Patienten, die eine hüftnahe Fraktur erlitten haben.

Die Auswirkung von Stürzen im Alter auf die Gesundheitssituation der über 65 jährigen ist erheblich. Mehr als 250.000 Menschen unterziehen sich jährlich aus diesem Grund einer stationären Behandlung. Verkehrsbedingte Verletzungen wurden

1996 bei über 65 Jahre alten Menschen in mehr als 30.000 Unfällen registriert, davon ereigneten sich 21.000 innerhalb und 10.600 außerhalb von Ortschaften. Auffallend ist der höhere Anteil an verletzten älteren Fußgängern und Fahrradfahrern.

Das entspricht für Frankfurt am Main rein rechnerisch rd. 322 stationären Behandlungen nach Stürzen pro Jahr bei Menschen ab 65 und rd. 39 Unfälle von Menschen ab 65 pro Jahr (insgesamt waren 103.013 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter mit Hauptwohnsitz in Frankfurt am Main am 31.12.2003 gemeldet).¹⁸

1.3.4 Rehabilitation zur Mobilisation

Medizinische Rehabilitationsbehandlung multimorbider Patienten erfordert ein Eingehen auf alle diese Ursachen. Neben der möglichst frühzeitigen belastungsstabilen ärztlichen Versorgung dieser Sturz- und Unfallverletzungen ist eine geriatrische rehabilitative Weiterbehandlung dringend geboten, die auf die alterstypischen multifaktoriellen Ursachen von Immobilität fachgerecht eingehen kann. Hier ist die Altersmedizin (Geriatric) im Rahmen einer Abschätzung (Assessment) in der Lage, die Auswirkungen zu objektivieren, zu erkennen und erfolgreich zu behandeln.

Ziel der medizinischen Behandlung nach solch einem Ereignis ist die Wiederherstellung der Mobilität und die Wiedereingliederung oder Einbettung in ein soziales Netz. Dies gelingt zu über 70%, wenn Alterspatienten sich in stationärer geriatrischer Behandlung befinden. Eine der wesentlichen Aufgaben in der Geriatric ist der rehabilitative Aspekt mit dem Ziel der Wiederherstellung von Funktionen und Fähigkeiten für ein möglichst selbständiges Leben zu Hause. Eine breite Palette von therapeutischen Möglichkeiten wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Psychologie unter Berücksichtigung der psychischen, kognitiven und körperlichen Leistungsmerkmale, sowie ärztliche Behandlung und aktivierende Pflege stehen hier zur Verfügung. Bei der Entlassung wird auch das häusliche Umfeld entsprechend

¹⁸ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Bürgeramt, Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 2004 der Stadt Frankfurt am Main, Frankfurt a. M. 2005

vorbereitet (Wohnraumanpassung) und eine soziale Unterstützung vereinbart sowie die ambulante Weiterbehandlung angeregt.

1.3.5 Ärztliche Versorgung bei eingeschränkter Mobilität

Leider gelangen immer noch viele Patienten nach einem Sturz oder Unfall in ein Pflegeheim, ohne dass eine geriatrische Behandlung vorausgegangen ist. Ebenso sind die ambulanten ärztlichen Strukturen ungenügend auf die Behandlung immobiler älterer Menschen eingestellt. Die hausärztliche Versorgung ist aufgerufen, zur Prävention bei Hochbetagten mehr beizutragen, um Behinderungen rechtzeitig zu erkennen und Heimeinweisungen vermeiden zu helfen. Ältere sind durch eingeschränkte Mobilität in ihrer Möglichkeit erheblich eingeschränkt, an dem ambulanten medizinischen Versorgungssystem zu partizipieren. Das Aufsuchen der Fachärzte (Augenarzt, HNO, Zahnarzt etc.) ist sehr erschwert, Hausbesuche werden von diesen Fachärzten kaum durchgeführt. In Frankfurt ist keine mobile geriatrische Rehabilitationsmöglichkeit (Hausbesuch) bekannt und ebenso fehlen ambulante geriatrische Rehabilitationszentren (die von Patienten aufgesucht werden können), obwohl seit dem 1.1.2004 hierfür Rahmenverträge der Krankenkassen vorliegen (zur geriatrischen Versorgung siehe Kapitel 2 dieses Teilberichts).

1.3.6 Möglichkeiten der Prävention und Behandlung / Barrierefreiheit

Für Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit und Mobilität ist die eigene Wohnung zur ungehinderten Fortbewegung anzupassen. Dies ist sowohl zur primären Prävention in Form der Beratung möglich, als auch durch Wohnraumanpassung vor Ort zur sekundären Prävention bei einem Zustand nach einer Schädigung. Bei jeder individuellen Maßnahme soll die Risikobeurteilung der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten und Funktionen des Einzelnen im Vordergrund stehen. Dabei ist auf Hör- und Sehbehinderungen, psychische Verfassung, Wahrnehmungsfähigkeit, Schmerzen, Ernährungszustand und Gehfähigkeit einzugehen. Als Methode empfiehlt sich das „multidimensionale geriatrische Assessment“ (Einstufungsverfahren). Als Modell steht hierfür das Projekt „Ambulante Erstversorgung nach stationärer geriatrischer Behandlung“ (u. a. Wohnraumanpassung), das eine Überleitungsregelung vereinbart zwischen der Klinik

für Geriatrie am Hufeland-Haus und dem Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main.

Aber auch öffentliche Räume und Institutionen können strukturell bei städtebaulichen Maßnahmen die Selbständigkeit alter Menschen beeinflussen. Öffentliche Verkehrsräume sollten erkennbar so gestaltet sein, dass sie die Selbständigkeit älterer Menschen unterstützen. Beispielsweise die Gestaltung des Gesamtverkehrsplans in Frankfurt gibt hierzu Gelegenheit.

Mit Beschluss der Stadtverordnetenversammlung § 8341 vom 16.12.2004 wurde der Magistrat beauftragt, die Voraussetzungen für ein Berichtswesen zur Schaffung der Barrierefreiheit im Sinne eines familien-, mobilitäts- und seniorengerechten Frankfurt am Main zu schaffen, ihr zur Beschlussfassung vorzulegen und im 2-Jahres-Turnus zu berichten.

1.3.7 Ergänzende Angaben Statistische Daten/Umfrageergebnisse (Frankfurt am Main)

Betrachtet man die Zahlen der Repräsentativen Befragung der Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main ab 50 Jahren im Rahmen der Partizipativen Altersplanung vom November 2003 (1.011 Interviews), wird das Ausmaß der Einschränkung von Beweglichkeit und Mobilität besonders deutlich. Nur 27,3% der 368 Befragten, die ohnehin schon in einer Erdgeschosswohnung oder in einer Obergeschosswohnung in einem Haus mit Aufzug wohnen, gelangen ohne Stufen zu steigen in ihre Wohnung.¹⁹

Fast ebenso viele Bürger (23,7%) beklagen, dass es ihnen schwer fällt zu Fuß einkaufen zu gehen oder Treppen zu steigen.²⁰

Auf eine Gehhilfe sind 18,5% aller 238 Befragten mit beeinträchtigter Gehfähigkeit angewiesen und 3,4% von ihnen benötigen zur Fortbewegung einen Rollstuhl.²¹

¹⁹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003 hier: Auswertungsergebnisse zu den Fragen W.10 und W.11, siehe Anhang Nr. 7.2

²⁰ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zu der Frage G.11, siehe Anhang Nr. 7.2

²¹ ebenda, hier: Auswertungsergebnisse zu der Frage G.12, siehe Anhang Nr. 7.2

Hochgerechnet auf 218.428 Einwohnern im Alter von 50 Jahren und mehr sind das rd. 9.500 Menschen in Frankfurt am Main mit einer Gehhilfe und rd. 1.750 Rollstuhlfahrer.²²

Da in der Repräsentativbefragung die Frankfurter Altersbevölkerung über 81 Jahre mit 8,2% gegenüber dem tatsächlichen Anteil von 13,0% unterrepräsentiert ist, lässt sich das wirkliche Ausmaß von Behinderung in der Mobilität und Beweglichkeit nur erahnen.

1.4 Bewertung, Ausblick und Handlungsempfehlungen zur altersgerechten Lebensführung

Gesundheitserhaltung und -förderung

- ◆ Gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Hör- und Sehfähigkeit, der Mobilität sowie der Kaufähigkeit (Zahnprothesen) älterer Menschen, können sich sehr positiv auf deren Wohlergehen, Unabhängigkeit und Aktivitätsbereitschaft auswirken und sollen daher höhere Priorität genießen.
- ◆ Fachärzte sollten ihre Angebote an die Bedürfnisse der älteren Menschen anpassen. Hausbesuche werden bis auf wenige Ausnahmen, nur durch „hausärztlich“ tätige Praxen erbracht. Auch sollten Hausbesuche bzw. die mobile Versorgung durch physiotherapeutische Praxen, Sanitätshäuser, Apotheken, Hörgeräteakustiker und Optiker verbessert werden. Dadurch wird auch die ärztliche und medizinische Versorgung von Heimbewohnern und Menschen mit eingeschränkter Mobilität verbessert.
- ◆ Zusammenführen aller örtlichen Angebote (informell) an **einer** zentralen Stelle. D.h. Zentralisierung der Beratungs- und Informationsstellen für alle Fragen des „Alters“. Dadurch Klarheit für die Nutzer und Anbieter, bessere Vernetzung und Bündelung von Ressourcen. Diese Stelle ersetzt nicht die dezentrale Leistungserbringung sondern bündelt Wissen, gibt Auskunft, berät, vermittelt und kann in Fragen des Clearings behilflich sein.
- ◆ Ausbau der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen als Prävention zu Gesunderhaltung im Alter.
- ◆ Ausbildungsgänge, für die in der primären Gesundheitsversorgung tätigen Fachkräfte (aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit), sollten die Bedürfnisse, Fähigkeiten und das gesundheitliche Potential älterer Menschen viel stärker berücksichtigen. Insgesamt sollte die Ausbildung stärker auf das Hauptziel der Erhaltung der Unabhängigkeit älterer Menschen ausgerichtet werden.

²² Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Bürgeramt, Wahlen und Statistik, Statistisches Jahrbuch 2004 der Stadt Frankfurt am Main, Melderegister, Einwohner mit Hauptwohnsitz in Frankfurt am Main am 31.12.2003, Frankfurt a. M. 2005

- ◆ Das Angebot eines „präventiven Hausbesuchs“, durch besonders ausgebildete Fachkräfte (aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit) sollte eingeführt werden. Durch diesen Besuch kann dazu beigetragen werden, mögliche Risiken für Gesundheit und Selbständigkeit früh zu erkennen um frühzeitig intervenieren zu können. Zu den wichtigsten Elementen des "präventiven Hausbesuchs" gehört dabei nicht nur eine Bewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse der alten Menschen, sondern auch eine Beurteilung der positiven gesundheitlichen Ressourcen.

Ernährung im Alter

Das Ernährungsverhalten der Menschen wird durch ein Zusammenspiel vieler Faktoren beeinflusst. Auf die Stadt Frankfurt am Main bezogen, gibt es zu wenig gesicherte Daten, um eine Aussage über das spezielle Ernährungsverhalten der Frankfurterinnen und Frankfurter zu treffen. Allerdings lässt sich eine Reihe von Punkten formulieren, die für die Planung in der Zukunft notwendig sind.

- ◆ Sicherstellung und Erhaltung von wohnortnahen Einkaufsmöglichkeiten bzw. Angeboten (z. B. Mobile Einkaufsangebote, Lieferservice) für Menschen mit Einschränkungen in ihrer Mobilität.
Weitere Information und Hinweise sind unter dem Kapitel 1.3 „Bewegung und Mobilität im Alter“ aufgeführt.
- ◆ Feststellung des Ernährungszustandes bei Bewohnern von Einrichtungen (teilstationäre und stationäre Altenpflegeeinrichtungen, Krankenhäusern aber auch betreutes Wohnen) ggf. durch eine Studie
- ◆ Sensibilisierung der Betroffenen, Angehörigen, Pflegepersonal und Ärzte für die Symptome der Mangel- und Unterernährung beispielsweise durch Vortragsreihen.
- ◆ Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten, Pflege und institutionellen Beteiligten.
- ◆ Sicherstellen einer bedarfsgerechten Ernährung der älteren in Frankfurt lebenden Menschen durch Überprüfen der vorhandenen Angebotsformen der seniorengeeigneten Speisenangebote und/oder Entwicklung neuer Versorgungsformen, z. B. mit Hilfe des ehrenamtlichen Engagements.

2. Geriatrische Versorgung

2.1 Aufgaben und Funktion der Geriatrie

2.1.1 Entstehung des neuen Fachgebietes Geriatrie

Dr. J.C. Brocklehurst, Professor für Geriatrie an der Universität Manchester, England, war einer der Wegbereiter der geriatrischen Medizin. In seinem 1976 veröffentlichten

Buch „GERIATRIC MEDICINE FOR STUDENTS“ gab er eine Darstellung von dem hohen Stand der geriatrischen Betreuung in England.

Während sich in der Schweiz, Frankreich und der ehemaligen DDR und bald auch in den USA die Geriatrie rasch verbreitete, fasste sie nur zögerlich in der Bundesrepublik Deutschland Fuß. Erst nach 1970 entstanden vereinzelte Kliniken für Geriatrie. Auf Grund landespolitischer Entscheidung gelangte Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland zu einer flächendeckenden Versorgung mit stationären geriatrischen Einrichtungen. Heute verfügt Deutschland über etwa 400 geriatrische Krankenhäuser/ Rehabilitationskliniken. Die Darstellung für Frankfurt am Main erfolgt in Kapitel 2.4.

2.1.2 Definition des medizinischen Fachgebietes Geriatrie

Multimorbidität, atypische Präsentation von Krankheit im Alter, verzögertes Ansprechen auf Therapie und die Notwendigkeit sozialer Unterstützung erfordern spezielle medizinische Fähigkeiten und Fachwissen. Geriatrische Medizin hat zum Ziel, dem kranken und behinderten Menschen zu einem weitgehend unabhängigen und eigenständigen Leben zu verhelfen.²³

Während sich andere medizinische Fachgebiete bei der Behandlung von alten und sehr alten Menschen überwiegend auf die fachspezifische Diagnostik und Therapie beschränken, betrachtet Geriatrie jede akute oder chronische Störung der Gesundheit in Zusammenhang mit normalen, physiologischen Alternsvorgängen, den Begleitkrankheiten, den verbliebenen Ressourcen und Kompetenzen des Patienten sowie mit seiner körperlichen, sozialen und materiellen Situation.²⁴

²³ Hahn, K./Knauf, W./Misselwitz, B./Werner, H.: Strukturqualität geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in Hessen. Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Eschborn 1998

²⁴ Wojnar, Jan: Soziale Theorie und Praxis, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 5. Auflage, Frankfurt a. M. 2002, S. 386 f, "Zu den wichtigsten Instrumenten der Geriatrie gehört das Geriatrische Assessment. Darunter versteht man einen multidimensionalen Diagnoseprozess zur Erfassung von organmedizinischen, kognitiven, psychischen, sozialen, umgebungsbezogenen und funktionalen Dimensionen. Ein besonderes geriatrisches Wissen ist notwendig, um alle so gewonnenen Informationen korrekt zu gewichten, auszuwerten und eine optimale Therapie, Rehabilitation und Betreuung zu planen. Mit zunehmendem Lebensalter ändern sich Struktur und Funktion des menschlichen Organismus. Normwerte sind im Alter verändert und müssen anders interpretiert werden. Erkrankungen im Alter zeigen oft eine uncharakteristische Symptomatik und einen atypischen Verlauf, der durch begleitende aktive oder inaktive Krankheiten (Multimorbidität) zusätzlich kompliziert wird".

2.1.3 Aufgaben der Klinischen Geriatrie

Aufgaben der klinischen Geriatrie sind Diagnostik und Therapie von akuten und chronischen Krankheiten und Krankheitsfolgen im Alter, ausgehend von Krankheitsursache (Ätiologie) und Schädigung (Impairment), jedoch unter der fachspezifisch besonderen Berücksichtigung von Fähigkeitsstörung (Disability) und Beeinträchtigung (Handicap).

Das heißt insbesondere

- Formulierung eines individuellen alltagsrelevanten Behandlungsziels unter Berücksichtigung der Erkrankung, der persönlichen Ressourcen und des sozialen Umfelds
- Erhaltung bzw. Steigerung der Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Wiederherstellung von verloren gegangenen Funktionen
- Unterstützung zur Erhaltung des Wohnumfelds bzw. Organisation der Weiterversorgung in einem vom Patienten gewünschten Umfeld
- Strukturierte Organisation der Entlassung aus der Klinischen Behandlung und Sicherung der Überleitung in die Weiterversorgung
- Erhaltung bzw. Steigerung von Lebensqualität.

Eine für Hessen erstellte Leitlinie²⁵ enthält die Aufnahmekriterien und erklärt das Überleitungsverfahren aus anderer stationärer Behandlung. Damit soll sichergestellt werden, dass der geeignete Patient zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Einrichtung aufgenommen wird. Langfristig sind Kooperationsvereinbarungen zwischen geriatrischen Kliniken und Krankenhäusern ohne geriatrische Klinik bzw. Fachabteilung anzustreben.

²⁵ Deetjen W., Hahn K., Knauf W., Vogel W., Werner H.-J.: Empfehlungen für die Patientenüberleitung zur klinisch-geriatrischen Behandlung in Hessen, Fachausschuss "Qualitätssicherung in der Geriatrie", Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Hessen (GQH), Eschborn 2002

In jedem Fall ist eine fachgeriatrische Einzelbegutachtung erforderlich. Eine bereits erfolgte Einstufung in eine Pflegestufe nach SGB XI ist per se kein Grund, eine geriatrische Behandlung abzulehnen.

2.1.4 Häufige Krankheitsbilder in der Geriatrie

Zu nennen sind insbesondere

a) Patienten mit

- Schlaganfall und Schlaganfallfolgen
- Parkinson Syndrom und Begleiterkrankungen
- akuten und/oder chronischen Knochen -und Gelenkerkrankungen
- chronischer arterieller Durchblutungsstörung und ihre Folgeerkrankungen
- Amputation
- sonstigen Bewegungsstörungen.

b) Patienten nach

- längerer Bettlägerigkeit
- operativ/konservativ versorgten Traumata
- Gelenkersatzoperationen
- neurochirurgischen Operationen
- anderen schweren Operationen.

c) Patienten mit speziellen geriatrischen Krankheitsbildern

- Immobilitätssyndrom
- Sturzkrankheit
- Kommunikationsstörungen
- Failure to thrive Syndrom (nutritive Störung) – Gedeihstörung
- Posturale Hypotension – Kreislaufschwäche bei Lagewechsel
- Fähigkeitsstörung unklarer Ursache mit / ohne soziale Beeinträchtigung

2.2 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

2.2.1 Das Geriatrie-Konzept Hessen

Das vom Hessischen Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1993 vorgelegte „Geriatrie-Konzept Hessen“ macht qualitative Vorgaben. Es fordert den Ausbau vorhandener Strukturen in der stationären, teilstationären und ambulanten Geriatrie sowie die Vernetzung der vorhandenen Angebote. Insbesondere sollen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung wohnortnah die geriatrische Versorgung sicherstellen. Organisatorisch selbständige geriatrische Fachabteilungen sollen Schrittmacherfunktion für eine notwendige Qualifizierung und interdisziplinäre

Zusammenarbeit innerhalb eines Krankenhauses und zwischen Krankenhäusern übernehmen.

Im administrativen und räumlichen Zusammenhang mit einer geriatrischen Fachabteilung sollen Tageskliniken mit 20 bis 30 Plätzen vorgehalten werden. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung und der ambulanten Dienste wird auf die bestehenden Strukturen hingewiesen und eine Zusammenarbeit aller Beteiligten gefordert.

Das nach dem Hessischen Geriatriekonzept in den letzten Jahrzehnten aufgebaute umfassende geriatrische Versorgungsnetz in Hessen ermöglicht eine zeitgemäße, fachlich qualifizierte, wohnortnahe und in der Regel fallabschließende Behandlung geriatrischer Patienten. Sinnvollerweise ist im Konzept die kurative mit der frühzeitig einsetzenden rehabilitativen Behandlung verknüpft und geht vom Grundsatz der fallabschließenden Behandlung aus. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung steht die Geriatrie auch für die Direkteinweisung durch niedergelassene Ärzte zur Verfügung.

In Kapitel 2.4.6 erfolgen Aussagen zur Zuständigkeit für Geriatrieplanung / Bettenbedarfsplanung mit Schwerpunkt Frankfurt am Main.

2.2.2 Krankenhausplanung des Landes Hessen

Das Hessische Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat in seiner 3. Fortschreibung mit Stand Dezember 1993 im Allgemeinen Teil zur Planung der Geriatrie wie folgt Stellung genommen:

„Zur Qualifizierung der Behandlung, Versorgung und Rehabilitation hochbetagter, multimorbider Patienten wird - als einer der Schwerpunkt der 3. Fortschreibung des Krankenhausplanes - mit dem Aufbau eines flächendeckenden Netzes geriatrischer Versorgungsangebote begonnen. Unter Berücksichtigung der schwierigen strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens wird für den Bereich der Akutkrankenhäuser die anzustrebende geriatrische Bettenkapazität auf 1.200 Betten festgelegt.“

Mit der Überprüfung des Krankenhausplans des Landes im Jahr 2000 wurden für das Jahr 2001 neue Versorgungsaufträge für Geriatrie erlassen, die auch heute noch gelten.

Das neue „Hessische Krankenhausgesetz 2002“ trägt der seit 01.01.2004 gültigen Fallpauschalenvergütung in Deutschland Rechnung und hat die Grundlage für einen „Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005“ geschaffen, in dem die Bettenbedarfsplanung fortgesetzt wird. (zur Fallpauschalenvergütung siehe Kapitel 2.2.4). Die weitere Abstimmung zur Bettenaufteilung vor Ort erfolgt dann in der Krankenhauskonferenz Frankfurt-Offenbach, die mit Krankenhausträgern und Kostenträgern paritätisch besetzt ist.

2.2.3 Zulassung von Krankenhäusern (§ 108 SGB V) und Rehabilitationskliniken (§ 111 SGB V)

Stationäre geriatrische Behandlung findet in Deutschland sowohl in Krankenhäusern für die Akutversorgung mit Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V oder in Rehabilitationskliniken mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V statt.

2.2.3.1 Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V

"Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

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

Vertragliche Festlegungen:

- Planung im Bettenbedarfsplan des Landes
- Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Landesregierung
- Recht auf angemessene Vergütung

- Sofort- und Direktaufnahme von Patienten per Einweisung durch den niedergelassenen Arzt oder durch Verlegung aus anderen stationären Einrichtungen
- seit 01.01.2004 Fallpauschalenabrechnung.

2.2.3.2 Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V

Rehabilitationseinrichtungen können nicht wie Krankenhäuser über einen Landesplan eingerichtet werden. Für sie muss jeweils ein eigener Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossen werden. Die Zulassung der Rehabilitationseinrichtungen wird durch die Dauer des Versorgungsvertrages befristet.

Vertragliche Festlegungen:

- Planung nach Bedarf aus Sicht der Kostenträger
- zweiseitiger Vergütungsvertrag zwischen Kostenträger und Einrichtung einschließlich Investitionskosten
- deutlich niedrigere Vergütung als bei dem Vertrag nach § 108 SGB V
- Aufnahme von Patienten über Antragsverfahren nur nach vorheriger Zustimmung des Kostenträgers (Steuerung)
- geplanter Aufnahmetermin
- Abrechnung nach tagesgleichen Sätzen oder individuell vereinbarten Fallpauschalen außerhalb des DRG - Abrechnungssystems.

Während sich einige Länder für die Akutversorgungsform entschieden haben (z. B. Hessen), haben andere ein gemischtes System mit beiden Versorgungsformen (z. B. Nordrhein-Westfalen) und andere Länder wiederum bevorzugen die Versorgung durch Rehabilitationskliniken (z. B. Bayern, Baden-Württemberg).²⁶

²⁶ 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, Tabellen 4 -15, Berlin 2002, S. 238

2.2.4 Das Fallpauschalensystem

(DRG / Diagnosis Related Groups / Diagnosebezogene Fallgruppen)

Alle stationären Behandlungsfälle nach §§ 108/109 SGB V werden nach dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz / FPG) vom 23. April 2002 und dem Änderungsgesetz vom 17. Juli 2003 ab 01.01.2004 nach pauschalieren Preisen vergütet. Die Pauschalen orientieren sich an medizinisch homogenen Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand.

Problematisch ist die Einbeziehung der Geriatrie in das diagnosebezogene Fallpauschalensystem, da bei Hochaltrigen die Multimorbidität mit funktionellen Behinderungen und Rehabilitationsbedarf im Vordergrund stehen. Weil sich Kostenträger und Krankenkassen nicht auf ein DRG-System für geriatrische Patienten einigen konnten, beschloss die Bundesregierung im September 2003 im Rahmen einer Ersatzvornahme die "Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004" (KFPV 2004).

Das DRG-System erhöht den Druck auf Ärzte und Verwaltung, die Verweildauer des einzelnen Patienten im Krankenhaus möglichst kurz zu gestalten. Die Kommission des Dritten Altenberichts²⁷ befürchtet negative Folgen dieses Drucks gerade für geriatrische Patienten:

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

Ob die Anpassung des DRG-Systems eine ausreichende Versorgung im Bereich der Geriatrie sicherstellen wird, ist heute nicht absehbar.

²⁷ BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Alter und Gesellschaft, Stellungnahme der Bundesregierung und Bericht der Sachverständigenkommission, Berlin 2001, S. 111

2.3 Historische Entwicklung in Frankfurt am Main

1972 eröffnete am Krankenhaus Höchst (heute: Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst) mit 31 Betten nach Hofgeismar die zweite geriatrische Klinik in Hessen. Sie gehörte zu den Wegbereitern der Geriatrie in Deutschland. 1978 folgte die Eröffnung der geriatrischen Tagesklinik mit 56 Plätzen, die erste Deutschlands. Mit ihr wurde auch das Therapeutenteam für die stationäre Versorgung deutlich erweitert. Seit 1996 bestand ein Versorgungsvertrag für 62 stationäre Betten ohne bettenführende Abteilung und für 56 Tagesklinikplätze. Seit 2001 existiert ein geänderter Versorgungsvertrag für 60 stationäre Betten und 24 Tagesklinikplätze. Als vordringlich wurde ein weiterer Standort der Akutgeriatrie in Frankfurt in einer Größenordnung von 60 Betten gesehen, vorzugsweise in Zusammenarbeit mit dem Hufeland-Haus (geriatrische Rehabilitation § 111 SGB V). Das Modell sah ursprünglich eine Zusammenarbeit mit dem St. Elisabethen-Krankenhaus und dem Bethanien-Krankenhaus zur Realisierung eines zweistufigen Geriatrie-Konzepts vor, entsprechend dem Geriatrie-Konzept Hessen. Das Hufeland-Haus sollte darin den rehabilitativen Teil übernehmen. Da die geriatrische Akutversorgung in den dafür vorgesehenen Krankenhäusern zu dieser Zeit nicht realisiert wurde, kam es zwangsläufig im Hufeland-Haus zu einer klinisch geriatrischen Arbeit, ähnlich wie in anderen akutgeriatrischen Einrichtungen Hessens. 1997 eröffnete im Hufeland-Haus die Rehabilitationsklinik (Klinik für Geriatrie) als eine Modelleinrichtung nach § 111 SGB V, mit 36 vollstationären Betten und 20 Tagesklinikplätzen. Im Jahr 2001 wurde der Versorgungsvertrag auf 50 stationäre Betten und 6 Tagesklinikplätze geändert. Im August 1999 begann die Geriatrie der Katharina Kaspar Kliniken am Standort St. Elisabethen-Krankenhaus mit zunächst 20 Betten. Ab Oktober 2001 standen 30 weitere Betten zur Verfügung.

1998 begann der Aufbau der Geriatrie am Diakonissen-Krankenhaus. Am 01.12.2001 wurde das Haus mit 102 Betten unter geriatrisch-fachärztlicher Leitung gestellt. Im Oktober 2002 eröffnete im Mühlberg-Krankenhaus eine Tagesklinik mit 12 Plätzen (§ 108 SGB V). Ebenfalls seit Oktober 2002 waren 26 Betten des Diakonissen-Krankenhauses an den Standort Mühlberg-Krankenhaus verlagert worden, die der ärztlichen Leitung des Diakonissen-Krankenhauses unterstanden. Nach dem Bau einer neuen Tagesklinik im Diakonissen-Krankenhaus im

Frühsommer 2004 wurden am 01.07.2004 die Plätze aus dem Mühlberg-Krankenhaus dort integriert. Im Juni 2004 wurde das Mühlberg-Krankenhaus geschlossen. Im August 2004 kam es zu einer Verlegung der 26 stationären Betten an einen neuen Standort, das Markus-Krankenhaus.

Das Stadtgesundheitsamt hat die Entwicklung der Geriatrie in Frankfurt beratend begleitet. Im Jahr 2001 befasste sich der Magistrat der Stadt mit der geriatrischen Versorgung in Frankfurt²⁸ und empfahl, das Stadtgebiet für die geriatrische Versorgung entsprechend der psychiatrischen Versorgungsform in vier regionale Sektoren aufzuteilen.

2.4 Aktuelle Situation in Frankfurt am Main

2.4.1 Geriatrie in Frankfurt

Nach Auskunft der Landesärztekammer Hessen (Stand 7/2003) gibt es in den Krankenhäusern Frankfurts lediglich neun Fachärzte für Innere Medizin mit einer fakultativen Weiterbildung "Klinische Geriatrie" und keinen Arzt aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Nervenheilkunde mit dieser Weiterbildung. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit einer fakultativen Weiterbildung "Klinische Geriatrie" beträgt in den Bereichen Allgemeinmedizin 8, Innere Medizin und Psychiatrie je 1, Nervenheilkunde 0 (Stand 7/2003).

Fakten für Geriatrie in Frankfurt am Main liegen nur für den stationären und teilstationären Bereich vor. Über die ambulante geriatrische Versorgung durch niedergelassene Ärzte sind keine Daten zu ermitteln.

Insgesamt wurden im Jahr 2003 in den Frankfurter geriatrischen Einrichtungen ca. 3.850 Patienten vollstationär und 413 Patienten teilstationär behandelt, wobei die Erfahrung der letzten Jahre gezeigt hat, dass die Belegung überwiegend nicht sektoral erfolgte, sondern sie auf Grund der zentralen Bettendisposition und

²⁸ Bericht des Magistrats der Stadt Frankfurt am Main, B 770, Geriatrische Versorgung in Frankfurt am Main, 21.09.2001

Transportorganisation durch die Einsatzleitstelle der Berufsfeuerwehr Frankfurt am Main nach freier Kapazität zugeordnet wurde.²⁹

2.4.2 Vollstationäre Einrichtungen

Seit Juli 2004 sind alle geplanten stationären Betten für Geriatrie in den vier Einrichtungen umgesetzt und in Betrieb. Bis auf 20 eingestreute Betten in den Städtischen Kliniken Frankfurt-Höchst stehen alle Betten für klinische Geriatrie unter geriatrisch-fachärztlicher Leitung.

Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst (Akut-Krankenhaus)

Zur historischen Entwicklung siehe Kapitel 2.3.

Eine 40 Betten führende Station und die Tagesklinik mit 24 Plätzen (siehe 2.4.3) sind eine eigenständige Fachabteilung Geriatrie mit einer geriatrisch fachärztlichen Leitung. 20 Betten sind weiterhin in die Abteilung Innere Medizin integriert, bilden also keine eigenständige Fachabteilung.

Die geriatrische Abteilung in den Städtischen Kliniken in Höchst ist eine Einrichtung nach § 108 Nr. 2 SGB V.

Geriatrische Klinik Sankt Katharinen-Krankenhaus GmbH Standort Hufeland-Haus

Zur historischen Entwicklung siehe Kapitel 2.3.

Die Klinik verfügt über 50 stationäre Betten und 6 Tagesklinikplätze (siehe 2.4.3) und war Teil eines Diakonischen Zentrums für Geriatrie und Altenhilfe im Hufeland-Haus im nordöstlichen Stadtrandgebiet Frankfurts. Seit 01.01.2005 gehört die Geriatrische Klinik im Hufeland-Haus zur Sankt Katharinen-Krankenhaus GmbH.

Zu den vielfältigen Angeboten des Zentrums im Hufeland-Haus zählen ein Altenpflegeheim, Betreutes Wohnen, Tagespflege, Kurzzeitpflege, ambulante Pflege und Therapie, Fahrdienst, Essen auf Rädern und vieles mehr. Die Klinik für Geriatrie ermöglicht vernetzt mit den anderen Hilfeinrichtungen des Hauses sowohl den abgestuften Übergang zurück in die häusliche Selbstständigkeit als auch in eine wohngerechte Dauerpflege mit therapeutischem Angebot. Der Weg ist in beide

²⁹ Projektbeirat der Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Hufeland-Haus, Frankfurt a. M.

Richtungen geöffnet. Der alte Mensch kann entsprechend seiner Behinderungen und Erkrankungen nach seinen Bedürfnissen versorgt werden.

Die geriatrische Abteilung ist eine Einrichtung nach § 108 Nr. 2 SGB V.

Bis zum Übergang ins Sankt Katharinen-Krankenhaus war es eine Modelleinrichtung.

Das Modellvorhaben wurde bis 2003 von einem Projektbeirat beraten sowie durch die Universität Kassel (Herrn Dr. Ostermann) wissenschaftlich begleitet. Ergebnisse aus mehreren Berichten und eine Veröffentlichung geben einen umfassenden Einblick in die Tätigkeit der geriatrischen Einrichtung. Zudem werden seit 1999 Daten nach dem überregionalen Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS erfasst.³⁰

Die Daten des Hufeland-Hauses aus dem Jahr 2002 geben exemplarisch einen Eindruck von dem Leistungsspektrum einer klinischen Einrichtung für Geriatrie in Frankfurt.

³⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V., Multizentrische Dokumentation-„Geriatrisches Minimum Data Set (Gemidas)“, Berlin, www.bag-geriatrie.de/Frames/Gemidas.html
Erläuterungen: Gemidas spezifiziert einen Minimaldatensatz, der es erlaubt, grundlegende Informationen zu Merkmalen, Verläufen und Behandlungsergebnissen bei geriatrischen Patienten in voll- und teilstationärer Behandlung zu dokumentieren und institutionsübergreifend zu analysieren. Folgende Bereiche werden obligatorisch erfasst:

▶ **Stammdaten**

(Geburtsjahr, Geschlecht, Wohnregion, Lebenssituation - lange alleinlebend/seit kurzem alleinlebend/mit rüstigem Partner/mit hilfsbedürftigem Partner)

▶ **Administrative Rahmendaten**

(Behandlungsform: voll-/teilstationär, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Anzahl Behandlungstage, Vorverweildauer mittels Erstaufnahmedatum, aktueller und ursprünglicher Herkunftsort, Veranlassende Stelle ggf. mit Fachabteilung, Entlassungsort ggf. mit teilstationärer Weiterbehandlung)

▶ **Morbiditätsprofil**

(Hauptdiagnose und Nebendiagnosen nach ICD-10 gemäss Deutschen Kodierrichtlinien 2002, letztes Akutereignis, letztes OP-Datum; ggf. Verlegungsdiagnose nach ICD-10)

▶ **Geriatrische Komplexbehandlung**

(Prozedurenerfassung nach OPS-301 gemäss Deutschen Kodierrichtlinien 2002, optional ergänzend nach OPS-G V3.00)

▶ **Selbsthilfefähigkeit**

(Barthel-Index bei Aufnahme und bei Entlassung, ambulante Hilfen vor Aufnahme und nach Entlassung)

▶ **Pflegebedürftigkeit**

(PPR-Einstufung bei Aufnahme und Entlassung)

▶ **Kognitiver Aufnahmestatus**

(Mini-Mental-State-Examination bei Aufnahme; ggf. ärztliche Einschätzung)

▶ **Mobilität**

(Timed "Up & Go" bei Aufnahme und Entlassung)

Ergänzend können folgende Bereiche optional im Gemidas-Format mit erfasst werden:

▶ **Funktioneller Status**

(Kodierung nach ICIDH)

▶ **Behandlungsergebnis**

(professionelle und patientenseitige Beurteilung)

▶ **Hilfsmittelversorgung**

(im Verlauf neu verordnete Hilfsmittel)

Tabelle 2.4.2.a: Leistungsdaten Klinik für Geriatrie Hufeland-Haus - 2002 -

Stationär behandelte Patienten	711
Altersdurchschnitt	81,95 Jahre
Anteil Frauen	73,04%
Anteil Männer	26,96%
Mittlere Verweildauer	24,41 Tage
Barthelindex bei Aufnahme	50,0
Barthelindex bei Entlassung	75,0
Herkunft	
aus Krankenhaus	94,20%
direkt von zu Hause	5,90%
<i>Pflegeheimbewohner</i>	9,09%
Entlassung	
in bisheriges Wohnumfeld (Wohnung/Pflegeheim)	75%
neu in Pflegeheim	11,69%
verlegt in Akutkrankenhaus	11,29%
verstorben	0,78%

(Quelle: Hufeland-Haus, Frankfurt a. M. 2003)

Der Altersmittelwert aller Patienten lag im Jahr 2002 bei 81,95 Jahren mit einer mittleren Klinikaufenthaltsdauer von 24,41 Tagen. Während der Altersdurchschnitt im Verlauf der Jahre leicht anstieg (1999: 81,3 Jahre / 2000: 81,5 Jahre / 2001: 81,1 Jahre / 2002: 81,95 Jahre / 2003: 82,03 Jahre), ist ein stetiges Absinken der mittleren Krankenhausverweildauer zu beobachten (1999: 27,6 Tage / 2000: 27,6 Tage / 2001: 24,0 Tage / 2002: 24,41 Tage / 2003: 24,13 Tage). Der Anteil der Männer beträgt in diesem Zeitraum mit 26,96% deutlich weniger als in vergleichbaren Einrichtungen Deutschlands. Der überwiegende Teil der Patienten (94,2%) wird aus Akutkrankenhäusern übernommen und nur weniger als 6% kommen durch Direktanmeldung des Hausarztes zur Aufnahme. 9,09% aller aufgenommenen Patienten sind Bewohner eines Pflegeheims, der Anteil der Neueinweisungen in ein Pflegeheim beträgt 11,69%. Während nur 0,78% der Patienten in der geriatrischen Rehabilitationsklinik versterben, müssen 11,29% in Akutkliniken weiter verlegt werden.

Einer der bekanntesten Parameter für den Erfolg geriatrisch-rehabilitativer Behandlung ist der Barthel-Index. Er bemisst die Selbsthilfefähigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Hier konnten Patienten des Hufeland-

Hauses, die im Median mit 50 von 100 erreichbaren Punkten zur Aufnahme kamen, 25 Punkte dazugewinnen, so dass Sie durchschnittlich mit einem Kapitelwert von 75 entlassen wurden.

Im Rahmen des Modellvorhabens hat Dr. Ostermann (Universität Kassel) während eines halben Jahres bei 212 Patienten 659 Visiten protokolliert und dabei 36.540 Aussagen des Visitentteams und der Patienten festgehalten und analysiert. Nur ein interdisziplinäres Team mit gemeinsamen Strukturen, Prozessen und Zielen kann die Aufgabe der Rehabilitation multimorbider Alterspatienten erfolgreich leisten. Anders als vielfach angenommen, können die in der Behandlung erfahrenen Fachärzte den Erfolg ihrer Behandlung, gemessen an dem voraussichtlichen Entlassungsort, nicht voraussagen, was zu einer oft späten Entscheidung und erschwerten Entlassungsplanung führt.

Bei etwa 20% der Patienten kam es als Entscheidungshilfe zu einer Wohnraumanpassung³¹, d. h. Ergotherapeuten besuchten mit dem Patient dessen Haus und führten eine strukturierte Wohnungsbegehung durch. Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges ist dabei ein wichtiges Ziel, wenn die Sicherheit und das Verhalten des Patienten in seinem gewohnten Wohnumfeld überprüft wird. Diese Vorgehensweise führte schließlich am 20.03.2001 zu einer Kooperation mit dem Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main unter dem Konzept der „Ambulanten Erstversorgung nach stationärer geriatrischer Behandlung“. In der Vereinbarung nach § 93 Abs. 2 BSHG ist der nachstationäre Hilfebedarf von der Klinik im vorab zu ermitteln und in Schriftform an die zuständigen Sozialrathäuser zu übergeben.

Frankfurter Diakonie-Kliniken (Akut-Krankenhaus)

Zur historischen Entwicklung siehe Kapitel 2.3.

Die Kliniken verfügen über 102 stationäre Betten (davon 26 im Markus-Krankenhaus, 76 im Diakonissen-Krankenhaus) und 25 Tagesklinikplätze im Diakonissen-Krankenhaus (siehe 2.4.3).

³¹ Hahn, K.: Konzept Wohnraumanpassung, Klinik für Geriatrie im Hufeland-Haus, Frankfurt a. M. 1999

Die Einrichtung hat einen Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 2 SGB V.
Seit 2002 werden Daten nach dem Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS erfasst.³²

St. Elisabethen-Krankenhaus

Zur historischen Entwicklung siehe Kapitel 2.3.

Derzeit sind alle 60 ausgewiesenen Betten in Betrieb. Die geriatrische Abteilung der Katharina Kaspar Kliniken mit Standort St. Elisabethen-Krankenhaus, ist eine Einrichtung nach § 108 Nr. 2 SGB V.

Die Einrichtung steht unter geriatrisch-fachärztlicher Leitung und erfasst ihre Daten auch nach dem Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS.

³² Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., Multizentrische Dokumentation „Geriatrisches Minimum Data Set (Gemidas)“, Berlin, www.bag-geriatrie.de/Frames/Gemidas.html, vgl. Fußnote 30

Tabelle 2.4.a: Verteilung der Geriatrie-Betten unter geriatrisch-fachärztlicher Leitung in stationären Einrichtungen in Frankfurt am Main

Sektor	Klinik	Bettenkapazitäten					
		ausgewiesene Kapazitäten*			vorhandene Kapazitäten		
		1997	bis April 2004	ab Juli 2004	1997	bis April 2004	ab August 2004
West	Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst (§108 SGB V)	62	60	60	62	40 zzgl. 20 eingestreute geriatrische Betten in anderen Abteilungen (Innere Medizin)	40 zzgl. 20 eingestreute geriatrische Betten in anderen Abteilungen (Innere Medizin)
Nord	St. Elisabethen-Krankenhaus (§ 108 SGB V)	30	60	60	0	60	60
Süd	Diakonie-Kliniken (§ 108 SGB V)	0	102	102			
	Standort Diakonissen-Krankenhaus	0			0	76	76
	Standort St. Markus- Krankenhaus	0			0	0	26
	Standort Krankenhaus Bethanien	30			0	0	0
	Standort Mühlberg-Krankenhaus	0			0	26	0
Ost	Geriatrische Klinik Sankt Katharinen-Krankenhaus GmbH Standort Hufeland-Haus (§ 108 SGB V)	36	50	50	36	50	50
	Summe	158	272	272	98	252 + 20 eingestreute	252 + 20 eingestreute

(Erhebung des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a. M. 2005)

* ausgewiesene (maximale) Kapazitäten gem. Hess. Krankenhausrahmenplan i. V. m. Krankenhauskonferenz Frankfurt am Main-Offenbach

Weitere Betten sind derzeit für die stationäre geriatrische Versorgung in der Stadt Frankfurt am Main nicht vorgesehen.

2.4.3 Teilstationäre Einrichtungen (Tageskliniken)

Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst

Zur historischen Entwicklung siehe Kapitel 2.3.

Zum stationären Bereich siehe Kapitel 2.4.2.

Seit 2001 existiert ein geänderter Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V für 24 Tagesklinikplätze.

Geriatrische Klinik Sankt Katharinen-Krankenhaus GmbH Standort Hufeland-Haus

Zur historischen Entwicklung siehe Kapitel 2.3.

Zum stationären Bereich siehe Kapitel 2.4.2.

Wegen unzureichender Belegung musste die Kapazität im Jahr 2001 von 20 auf 6 Plätze reduziert werden. Als Ursache der Minderbelegung wurde der Rehabilitationsstatus nach § 111 SGB V angesehen, durch den Hausärzte veranlasst sind, ein Reha-Antragsverfahren zu betreiben, bevor ein Patient aufgenommen werden kann. Hingegen können Patienten in Tageskliniken der Akuthäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V direkt eingewiesen werden.

Frankfurter Diakonie-Kliniken

Zur historischen Entwicklung siehe Kapitel 2.3.

Zum stationären Bereich siehe Kapitel 2.4.2.

Es existiert ein Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V.

Am Standort Diakonissen-Krankenhaus befinden sich 25 Tagesklinikplätze.

St. Elisabethen-Krankenhaus

Am St. Elisabethen-Krankenhaus befindet sich eine Tagesklinik mit 20 Plätzen im Aufbau, deren Inbetriebnahme 2006 erwartet wird.

Tabelle 2.4.b: Verteilung der Geriatrie-Tagesklinikplätze in Frankfurt am Main

Sektor	Kliniken	Bettenkapazitäten					
		ausgewiesene Kapazitäten*			vorhandene Kapazitäten		
		1997	bis April 2004	ab Juli 2004	1997	bis April 2004	ab August 2004
West	Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst (§108 SGB V)	56	24	24	56	24	24
Nord	St. Elisabethen-Krankenhaus (§ 108 SGB V)	20	20	20	0	0	0 **
Süd	den Diakonie-Kliniken (§ 108 SGB V) zugewiesen	0	25	25			
	Standort Diakonissen-Krankenhaus	0			0	0	25
	Standort St. Markus-Krankenhaus	0			0	0	0
	Standort Krankenhaus Bethanien	0			0	0	0
	Standort Mühlberg-Krankenhaus	0			0	12	0
Ost	Geriatrische Klinik Sankt Katharinen-Krankenhaus GmbH Standort Hufeland-Haus (§ 108 SGB V)	20	6	6	20	6	6
	Summe	96	75	75	76	42	55

(Erhebung des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a. M. 2005)

* ausgewiesene (maximale) Kapazitäten gem. Hess. Krankenhausrahmenplan i. V. m. Krankenhauskonferenz Frankfurt am Main-Offenbach.

** Die ausgewiesenen Tagesklinikplätze im St. Elisabethen-Krankenhaus sollen im Laufe des Jahres 2006 eingerichtet werden.

2.4.4 Ambulante geriatrische Versorgung

Die ambulante geriatrische Versorgung der Frankfurter Bürgerinnen und Bürger liegt einschließlich der Versorgung in den Pflegeheimen bei den niedergelassenen Ärzten. Zu dem Umfang und der Entwicklung der ambulanten Geriatrie liegen derzeit keine Erkenntnisse vor.

Die Namen der geriatrisch qualifizierten niedergelassenen Ärzte werden aus Gründen des Datenschutzes von der Landesärztekammer nicht veröffentlicht. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen kann keine Auskunft über diese Ärzte eben.

Den zehn Ärzten mit einer fakultativen Weiterbildung (Klinische Geriatrie) stehen über 100.000 Frankfurter Bürger gegenüber, die 65 Jahre und älter sind.³³

2.4.5 Aus- und Weiterbildung

Obwohl Geriatrie besonderes Fachwissen und Kompetenz erfordert, ist sie in Deutschland nicht als Fachgebiet anerkannt. Bisher gab es für folgende vier Gebiete eine „Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie“: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Nervenheilkunde und Psychiatrie. Der Begriff der fakultativen Weiterbildung bedeutet, dass der Arzt in bestimmten Gebieten über die obligatorischen Inhalte hinaus für näher bezeichnete gebietsergänzende Tätigkeiten spezielle Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erwerben kann. Der Deutsche Ärztetag hat im Juli 2003 eine neue Musterweiterbildungsordnung beschlossen. Sie ermöglicht für jeden Facharzt die Zusatzbezeichnung „Geriatrie“. Eine entsprechende Anerkennung ist in Hessen noch nicht erfolgt. (Sachstand Anfang 2005)

Die geriatrisch tätigen Ärzte halten diese Qualifizierung im Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung und die erforderliche flächendeckende gesundheitliche Versorgung der Altersbevölkerung für nicht angemessen und fordern eine Facharztqualifizierung.

Seit dem WS 2003/2004 wird Studierenden der Medizin bundesweit erstmals die Ausbildung in Geriatrie ermöglicht. Die Universität Frankfurt hat hierzu leitende Krankenhausärzte der Klinischen Geriatrie mit der Lehre beauftragt.

In Hessen gibt es derzeit keinen Lehrstuhl für Geriatrie. (Sachstand Anfang 2005)

2.4.6 Zuständigkeit für Geriatrieplanung / Bettenbedarfsplanung

Bei der quantitativen Bettenplanung des Landes werden grundsätzlich nur die Krankenhausbetten nach § 108 SGB V ausgewiesen, d. h. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V bleiben unberücksichtigt.

³³ 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

Die dritte Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplans vom Dezember 1993 nennt das Ziel einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung mit einer geriatrischen Fachabteilung in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt. Im Jahr 2000 sollten ca. 1.200 Betten (§ 108 SGB V) für die vollstationäre und 145 Plätze (§ 108 SGB V) für die teilstationäre geriatrische Versorgung in Hessen bereitstehen. 384 Betten entfallen auf das Versorgungsgebiet Frankfurt/Offenbach, davon 200 auf die Stadt Frankfurt am Main.

Die Krankenhauskonferenz Frankfurt am Main-Offenbach definierte in ihrer Sitzung am 20.12.1999 den neuen Bettenbedarf mit einer Quote von 50 geriatrischen Betten pro 100.000 Einwohner. Danach ergab sich ein Bedarf von 325 Betten bzw. teilstationären Plätzen für Frankfurt-Offenbach (Protokoll der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 14.02.2000).

Ein Entwurf des Hessischen Krankenhausrahmenplans 2005 sieht für das Gebiet Frankfurt-Offenbach eine Erweiterung der vollstationären Betten auf 372 und der teilstationären Plätze auf 75 vor. Damit beträgt die aufzubauende Kapazität vornehmlich im Landkreis und der Stadt Offenbach 193. Für die Stadt Frankfurt am Main ist keine Kapazitätsveränderung vorgesehen. Jedoch ist beabsichtigt, die Rehabilitationsbetten des Hufeland-Hauses (§ 111 SGB V) in Akutbetten (§ 108 SGB V) umzuwandeln und dementsprechend die Planbetten in Frankfurt mit 272 stationären und 75 teilstationären Betten auszuweisen (vgl. Tabellen zur Verteilung der stationären und teilstationären Kapazitäten in Frankfurt am Main).

Es sei darauf hingewiesen, dass diese Bedarfsschätzung auf bisherigen Ermittlungen beruhen, ohne Berücksichtigung der DRG- Fallpauschalenabrechnung. Mit einer Verminderung der Gesamtbettenkapazität wird gerechnet. Wie weit geriatrische Betten davon betroffen sein werden lässt sich derzeit nicht absehen.

2.5 Bewertung, Ausblick und Handlungsempfehlungen zur geriatrischen Versorgung

Die geriatrische Versorgung Frankfurts ist auf der Grundlage des Geriatriekonzeptes Hessen von 1993 durch den Hessischen Krankenhausrahmenplan i. V. m. der Krankenhauskonferenz Frankfurt am Main-Offenbach weitgehend realisiert worden. Noch im Jahr 2005 ist mit der Fertigstellung der geplanten Tagesklinikplätze an den Standorten Diakonissen-Krankenhaus und St. Elisabethen-Krankenhaus zu rechnen. Wünschenswert bleibt die fachliche Integration der 20 geriatrischen Betten an den Städtischen Kliniken Frankfurt am Main-Höchst.

Gänzlich unterrepräsentiert sind in Frankfurt ambulante Strukturen der geriatrischen Versorgung und Rehabilitation. Es fehlt sowohl an einer entsprechenden nachweisbaren Qualifikation der niedergelassenen Ärzte als auch an speziellen Einrichtungen, für die ambulante rehabilitative Behandlung hochbetagter Bürger Frankfurts mit geriatrischem Hilfebedarf (siehe dazu auch Teilbericht III, Kapitel 2.1.10).

Die Vielzahl der Pflegeheime Frankfurts dürfte von einem solchen Fachwissen ebenfalls profitieren. Es ist zu überlegen, in wie weit fachärztliche Beratung und Schulung in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung initiiert werden kann. An diesem Brennpunkt problematischer gesundheitlicher Versorgung wäre eine erhöhte Transparenz ärztlicher Behandlungsnormen und Ausschöpfung von aktuellem Fachwissen sehr zu wünschen. Dies besonders bezogen auf die Ernährungssituation, den kognitiven und den Mobilitätszustand der Heimbewohner.

Einen entscheidenden Einfluss sollte die Kommune bei Kostenträgern und niedergelassener Ärzteschaft auf die flächendeckende Versorgung mit ambulanter geriatrischer Rehabilitation nehmen, um so, ebenso wie im Geriatriekonzept des Landes Hessen vorgesehen, eine wohnungsnahе Versorgung der Alters-Patienten sicherzustellen. Diese Strukturen ergänzen die bestehenden und vorgesehenen tagesklinischen Einrichtungen.

Die Auswirkung der Fallpauschalenvergütung bei stationärer Behandlung lässt sich zur Zeit nur ungenügend beurteilen. Obwohl von den geriatrischen Fachgesellschaften geriatrische Fallpauschalen entwickelt worden sind und bei der Fortentwicklung der Fallpauschalen weiterführende Qualitätsmerkmale hinterlegt werden, ist die fallabschließende Versorgung in Frankfurt gefährdet. Von daher sollte die Kommune die aktuelle Entwicklung in kurzen Abständen kritisch begleiten. Mit einem entsprechenden Auftrag versehen, wäre hierzu der Fachausschuss Geriatrie der Stadt Frankfurt am Main das geeignete Gremium.

Der hessische Krankenhausrahmenplan 2005³⁴ geht auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung ein. In Anlehnung daran sind folgende Forderungen zu stellen:

- Sicherstellungen einer wohnortnahen, den spezifischen Bedürfnissen der geriatrischen Patienten angemessenen stationären Versorgung.
- Ausbau der ambulanten geriatrisch-rehabilitativen tagesklinischen Angebote im Rahmen der Landeskrankenhauskonferenz. Hinwirken auf eine personelle räumliche und strukturelle Umsetzung des Krankenhausrahmenplanes nach Vorgaben der Fachgesellschaften und der beratenden Fachorgane.
- Etablierung von vernetzten Strukturen zwischen niedergelassenen Ärzten, stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen (Krankenhäusern, Geriatrie, Rehabilitationseinrichtungen) sowie stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Kostenträgern und Patienten (Stichwort "Netzwerk Altenhilfe/Gesundheitswesen"), mit dem Ziel, einerseits ältere Menschen bei medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie sozialer Betreuung und somit ihre Selbständigkeit zu unterstützen sowie andererseits den Zugang zur geriatrischen Behandlung von zu Hause aus zu erleichtern.³⁵
- Einrichtung eines regionalen, versorgungsgebietorientierten, geriatrischen Konsils.
- Hinwirken auf Einführung des Konsiliarverfahrens³⁶ für alle Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen der Stadt zur Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Behandlung und Rehabilitation vom Akut-Krankenhaus

³⁴ Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005, Allgemeiner Teil, Entwurf Stand: 14. Oktober 2003, Wiesbaden 2003, S. 15 - 16

³⁵ vgl. Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 3.3 und 8.2, Einrichtung/Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes z. B. durch Einbindung der Beratungs- und Vermittlungsstellen für ambulante und stationäre Hilfen, Frankfurt a. M. 2003

³⁶ Hahn, K.: Konzept Wohnraumanpassung, Klinik für Geriatrie im Hufeland-Haus, Frankfurt a. M. 1999

aus.³⁷

- Weiterentwicklung von Überleitungsmodellen aus stationärer Krankenhausbehandlung unter Hinzuziehung geriatrischer Fachkompetenz mit dem Ziel, adäquater stufenloser Versorgung multimorbider alter Menschen.
- Schließlich sollten bei der Überprüfung der gesundheitlichen Versorgung alter Menschen die Erkenntnisse der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie in eine Gesamtwürdigung einbezogen werden. Neben der akutstationären Behandlung ist ein Schwerpunkt zu legen auf die Betrachtung der Demenzentwicklung sowie auf den komplexen ambulanten Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf.
- Einrichtung eines Lehrstuhls für Geriatrie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Anerkennung der Geriatrie als Fachgebiet oder Schwerpunkt mit der Möglichkeit zur Facharztqualifizierung. Entsprechende Forderungen sind an das Sozialministerium und die Landesärztekammer Hessen richten
- Information der Öffentlichkeit über die Existenz geriatrisch qualifiziert niedergelassener Ärzte in Frankfurt am Main durch die Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung Hessen oder die niedergelassenen Ärzte selbst (vgl. 2.4.4).

3. Psychiatrische Versorgung

3.1 Aufgaben und Funktion der Psychiatrie

Die Aufgaben der Psychiatrie und Psychotherapie sind mit Erkennung, Prävention, Diagnostik und Behandlung sowie Rehabilitation psychischer Erkrankungen und Störungen definiert. Unter Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Bedingungsfaktoren sind Diagnostik, Therapie und Rehabilitation mehrdimensional orientiert.

Die Bewältigung dieser Aufgaben ist an ein koordiniertes System ambulanter, stationärer, teilstationärer und komplementärer Versorgungseinrichtungen gebunden. Eine optimale Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen und

³⁷ vgl. zu Hessen Kapitel 4.2.1.3
vgl. zu 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 3.3, Einführung eines regionalen, versorgungsgebietorientierten, geriatrischen Konsils, z. B. als kostenneutrale Kooperationsvereinbarung zwischen Geriatrie und Akut-Krankenhäusern, Frankfurt a. M. 2003

Störungen erfordert die Koordination und Kooperation mit Gebieten wie der Nervenheilkunde, der Neurologie und anderen somatischen Disziplinen, mit der Medizinpsychologie, der psychotherapeutischen Medizin und der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie sowie der klinischen Psychologie.

Ein eigenständiger Bereich für die Behandlung älterer Menschen etabliert sich seit einigen Jahren in der Gerontopsychiatrie.

3.2 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Bezüglich der gesetzlichen Grundlagen gibt es derzeit umfangreiche Änderungen. Die Grundlagen für Leistungen im Krankheitsfall sind im Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt. Die Gewährleistung der Krankenhausversorgung des Landes Hessen und damit der Stadt Frankfurt am Main ist im Hessischen Krankenhausgesetz von 1989 (HKHG) formuliert.

Durchführung und Finanzierung von Hilfen im Bereich der ambulanten und komplementären psychiatrischen Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen sind (ab 2005) im wesentlichen in folgenden Gesetzen geregelt:

- SGB II: für Erwerbsfähige behinderte Menschen unter 65 Jahren
- SGB IX: für Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB XII: für Sozialhilfe (hat das bisherige BSHG abgelöst)

Für die Bereitstellung und Durchführung von Hilfen im Bereich der ambulanten und komplementären psychiatrischen Versorgung in Frankfurt am Main wurde 2001 eine Gemeindepsychiatrische Rahmenvereinbarung zwischen dem Magistrat der Stadt Frankfurt am Main, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und 5 Frankfurter Vereinen der freien Wohlfahrtspflege (Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V., Sozialwerk Main-Taunus e.V., frankfurter werkgemeinschaft e.V., Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V. und Internationales Familienzentrum e.V.) abgeschlossen.

Zusätzlich gibt es eine Reihe von Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen, die den jeweiligen Aufgabenbereich definieren (z. B. Werkstättenverordnung, Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung, Leistungsvereinbarungen etc.).

3.3 Historische Entwicklung in Frankfurt

3.3.1 Klinische Versorgung

Im Mittelalter wurde die Armen- und Krankenfürsorge in der Stadt Frankfurt am Main vorwiegend durch Kirchen und Klöster sichergestellt. Zu diesem Zweck wurden in Frankfurt drei große Stiftungen gegründet: Stiftung des Hospitals zum heiligen Geist (1267), die Stiftung des Sankt Katharinen- und Weißfrauenstifts (Ursprungsorden 1224, Stiftung erst 1877) und der Allgemeine Almosenkasten (1531).

Psychisch Kranke wurden vielfach in städtischen Gefängnissen und in transportablen, hölzernen Behältern, den so genannten Stöcken verwahrt. 1477 wurde im Hospital zum Heiligen Geist ein Gefängnis für diesen Personenkreis eingerichtet.

Aus dem Allgemeinen Almosenkasten wurden Kranke und Arme unterstützt, die durch keine andere Institution Hilfe erhielten. Psychisch Kranke, die man damals die Tollen, Narren oder Unglücklichen nannte, erhielten erstmals aus dieser Stiftung eine Unterstützung.

Eine erste schriftliche Erwähnung eines "Tollhauses", in der Nähe der Meisengasse und des Rahmhofes, stammt aus dem Jahr 1606. Zwei weitere "Narrenhäuser" wurden in der Nähe der Katharinenkirche bzw. der Mainzer Pforte errichtet.

1778 erfolgte etwa dort, wo heute die Frankfurter Börse steht, der Bau eines neuen "Tollhauses" für 40 psychisch Kranke.

1780 wurde das "Tollhaus" in "Kastenhospital" und ebenso die "Tollhausgasse" in "Kastenhospitalgasse" umbenannt. 1785 entstand ein neues, größeres "Kastenhospital".

Im Jahr 1832 etablierte man in einem Seitengebäude des "Kastenhospitals" eine Anstalt für Epileptiker und 2 Jahre später wurden beide Einrichtungen zur "Anstalt für Irre und Epileptische" zusammengefasst. Als eigenständige Verwaltungsbehörde wurde das Pflegeamt eingerichtet.

Das Pflegeamt beschloss 1853 in Zusammenarbeit mit Heinrich HOFFMANN, der seit 1851 Leitender Arzt der "Anstalt für Irre und Epileptische" war, eine neue Anstalt zu errichten.

Erst im Jahre 1894 wurde die neue Klinik als "Anstalt für Irre und Epileptische" auf dem Affensteiner Feld (heutiges Gelände des Campus Westend) eröffnet und das Kastenhospital geschlossen. 1906 wurde hier deutschlandweit die erste Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet.

Bereits 1901 wurde im Köpperner Tal im Taunus eine Außenstelle für mittellose psychiatrische Patienten aus Frankfurt errichtet, die wiederum während des 1. Weltkrieges zum Reservelazarett umfunktioniert und ab 1918 als Frankfurter Nervenheilanstalt Köppern i.T. weitergeführt wurde.

Die Klinik Hohe Mark bei Oberursel eröffnete 1904 als eine so genannte Kaltwasser- und Nervenheilstätte für wohlhabende Patienten ihre Pforten.

Mit der Gründung der Frankfurter Universität wurde die Frankfurter "Anstalt für Irre und Epileptische" im Jahr 1914 in "Städtische und Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenranke" umbenannt.

Nachdem die I.G. Farben AG Ende der 20er Jahre beschlossen hatten, ein neues Verwaltungsgebäude auf dem Areal des Affensteiner Feldes zu bauen, wurde zwischen 1927 und 1930 ein Neubau für die "Städtische Irrenanstalt" in der Heinrich-Hoffmann-Straße, dem heutigen Zentrum der Psychiatrie, geschaffen. Die Klinik bot 200 Betten für etwa 2000 jährliche Aufnahmen.

1933 wurden durch Beschluss des Magistrates der Stadt Frankfurt am Main die Frankfurter Nervenheilanstalten Köppern in ein Alten- und Siechenheim mit der Bezeichnung Frankfurter Pflegeanstalt Köppern/Ts. umbenannt (siehe auch Kapitel 3.3.4). 1934 beauftragte der Magistrat das prosperierende Hospital zum Heiligen Geist mit der Verwaltung, um die Städtischen Kassen zu entlasten.

1943 wurde nach den ersten massiven Bombenangriffen auf Frankfurt aus der vormaligen Pflegeanstalt in Köppern die Krankenhaus-Sonderanlage „Aktion Brandt“ in Köppern im Taunus. Es entstand nach einjähriger Bauzeit ein Vollkrankenhaus mit den Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie, Röntgenologie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO), Gynäkologie und eine Infektionsabteilung.

In den Nachkriegsjahren verblieb dieses Allgemeinkrankenhaus Köppern zunächst bis 1967 in der Trägerschaft des Hospitals zum Heiligen Geist Frankfurt. Nach Übernahme durch den Landeswohlfahrtsverband (LWV) wurde es erneut als Psychiatrisches Krankenhaus genutzt und stand wieder für die Versorgung von psychiatrischen Patienten aus Frankfurt zur Verfügung.

Aus der Universitäts-Nervenklinik, die nach 1945 die einzige psychiatrische Klinik in Frankfurt war, verselbständigte sich 1973 die Abteilung für Neurologie. Gleichzeitig wurde das Zentrum der Psychiatrie gegründet.

Trotz nachdrücklicher Forderungen seitens des Zentrums der Psychiatrie erfolgte in den Folgejahren, auch nach der Psychiatrie-Enquête, die klinische psychiatrische Versorgung der Frankfurter Bürger in weit außerhalb gelegenen Kliniken in Hadamar, Weilmünster, Köppern und Eltville.

Als bundesweit erstes Modellprojekt entstand 1976 mit der Klinik Bamberger Hof die erste städtische Außenstelle des Waldkrankenhauses Köppern mit Tages- und Nachtklinik. Später kamen 40 vollstationäre Betten hinzu.

1979 wurde im Rahmen einer Planungskonferenz die Errichtung einer weiteren Psychiatrischen Klinik am St. Markus-Krankenhaus bekräftigt, jedoch kam es in den Folgejahren aus den unterschiedlichsten Gründen nicht zur Umsetzung.

Im Jahre 1986 beschloss der Frankfurter Magistrat, das Stadtgebiet in 4 Standardversorgungsgebiete zu gliedern, in denen zukünftig sowohl klinische als auch außerklinische Versorgung psychiatrischer Patienten geregelt werden sollte. Im gleichen Jahr übernahm die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main-Höchst nach Bezug eines Neubaus einen Teil der Pflichtversorgung Frankfurter Bürger und eröffnete 1995 eine Tagesklinik. Es folgten das Zentrum der Psychiatrie der Johann Wolfgang Goethe-Universität, die Psychiatrische Klinik am St. Markus-Krankenhaus (in Ginnheim) und die Psychiatrische Klinik Hohe Mark (in Oberursel) entsprechend der festgelegten Versorgungsverpflichtung mit vollstationärer, teilstationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung (Institutsambulanzen).

3.3.2 Außerklinische Versorgung

Die komplementäre, außerklinische Versorgung für psychisch kranke Frankfurter Bürgerinnen und Bürger begann in konkreter Form erst in den späteren Nachkriegsjahren, nachdem die Situation der Psychiatrie mehr und mehr in das öffentliche Bewusstsein rückte.

Der bereits im Jahre 1913 gegründete **Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V.** eröffnete 1960 mit dem Meta-Quark-Haus ein erstes Wohnheim für psychisch kranke Frankfurter Bürgerinnen.

Die **frankfurter werkgemeinschaft (fwg)** wurde 1967 gegründet. Es entstand neben einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen eine Werkstatt für Behinderte (WfB), Hilfsangebote im Betreuten Wohnen und eine Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB).

Das 1975 begründete **Sozialwerk Main-Taunus (smt)** entwickelte ebenfalls komplementäre Einrichtungen, wie Wohnheim, Begegnungsstätte, Betreutes Wohnen und PSKB.

1970 erfolgte die Gründung des Vereines „**Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V.**“ durch Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen aus der damaligen Universitäts-Nervenklinik. 1971 entstand als ein weiteres außerklinisches Versorgungsangebot die bundesweit erste Wohngemeinschaft für psychisch Kranke.

In den nachfolgenden Jahren wurden, nicht zuletzt als Folge der Psychiatrie-Enquête, weitere komplementäre Versorgungs- und Hilfsangebote für psychisch Kranke in Frankfurt in Trägerschaft des Frankfurter Vereins für soziale Heimstätten e. V. etabliert: 1970 das Reha-Zentrum in Oberrad mit Wohn- und Arbeitsstätten, 1974 die Reha-Werkstatt Rödelheim und 1981 die Reha-Werkstatt am Eschenheimer Tor.

Als erste und bisher einzige Wohneinrichtung für ältere psychisch kranke Menschen wurde 1983 vom Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e. V. das **Wohnheim Hacienda** übernommen, wobei ein Teil der 70 Plätze aus dem Main-Kinzig-Kreis belegt wird.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in Frankfurt am Main in den letzten 30-40 Jahren durch die genannten und andere Vereine ein umfangreiches

gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz mit sehr unterschiedlichen Bausteinen aufgebaut wurde. Dies sind:

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Betreutes Wohnen, Tages- und Begegnungsstätten, Wohnheime für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, Werkstätten für Behinderte, Integrationsfachdienste, psychosozialer Krisendienst.

3.3.3 Planung und Steuerung

1952 wurden am Stadtgesundheitsamt in der **Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenranke**, die Eheberatung, die Erziehungsberatung und die ärztlich geleitete Suchtkrankenfürsorge vereint.

Bis etwa 1969 waren die Aufgaben für die kommunale Psychiatrie auf drei Ämter verteilt:

- Sozialamt (Abteilung Sozialpsychiatrie)
- Jugendamt
- Stadtgesundheitsamt (Planung und Steuerung)

In den Folgejahren wurden in z. T. langwierigen und kontaktreichen Abstimmungen zwischen den Ämtern und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege konzeptionelle Absprachen und Planungen für gemeindepsychiatrische Hilfen entwickelt.

Zu Beginn der 70iger Jahre beschäftigte sich die **Fachstelle für Gemüts- und Nervenranke** vorzugsweise mit Begutachtungen von Geisteskranken, Trunk- und Rauschgiftsüchtigen, Psychopathen und Neurotikern, wie es im Jahresgesundheitsbericht des Stadtgesundheitsamtes für das Jahr 1971 heißt.

1976 wurde im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Gefährdeten- und Behindertenhilfe die *Fachgruppe für psychisch Behinderte* gegründet, in der verschiedene Berufsgruppen aus Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie zusammenarbeiten. Dieses Gremium besteht auch heute als **Fachgruppe Psychiatrie** und führt u.a. jährlich die Psychiatriewoche durch.

Entsprechend den Empfehlungen der *Psychiatrie-Enquête*, wurde in Frankfurt eine **Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft** mit einem **Psychosozialen Ausschuss** und verschiedenen *Fachgruppen* etabliert, um außerklinische Hilfs- und

Versorgungsangebote in Wohnheimen, betreuten Wohnformen und Reha-Werkstätten, Beratungsstellen und Tagesstätten zu koordinieren.

1980 fand in der Stadt Frankfurt am Main eine Neuorganisation der **Fachstelle für Gemüts- und Nervenranke** statt. Dabei wurden die beiden Sachgebiete „Ärztlicher Dienst“ und „Sozialdienst für psychisch Kranke“ eingerichtet, die beide zum Sozialamt gehörten. Die ärztlichen Mitarbeiter nahmen gleichzeitig die Pflichtaufgaben des Stadtgesundheitsamtes in dessen Psychiatrischer Abteilung wahr. Dieses so genannte „Frankfurter Modell“ galt lange Jahre als fortschrittlich. 1999 wurde am Stadtgesundheitsamt Frankfurt eine Konzeption zur „Umstrukturierung der kommunalen Psychiatrie in Frankfurt am Main“ erarbeitet und wird seit 2000 umgesetzt (siehe 3.4.2), so dass die Zuständigkeit seitdem wieder dort angesiedelt ist.

3.3.4 Psychiatrische Versorgung psychisch kranker, alter Menschen

Eine spezielle Versorgung psychisch kranker alter Menschen findet sich in der Vergangenheit des letzten Jahrhunderts sowohl für Frankfurt, als auch für andere Städte, kaum. Zumeist wurden alte Menschen mit psychischen Störungen entweder in der Familie betreut und/oder verborgen oder auch in Anstalten eingewiesen. In den Zeiten des nationalsozialistischen Regimes zwischen 1933 und 1945 wurden psychisch kranke Menschen entweder in der Aktion T4 ermordet oder im Rahmen der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 sterilisiert. Während des Nürnberger Kriegsverbrecherprozesses schätzte man, dass etwa 275.000 seelisch oder geistig kranke Menschen der Aktion T4 zum Opfer gefallen waren. Die Zahl der Zwangssterilisationen wird auf ca. 400.000 geschätzt, wobei eine erhebliche Dunkelziffer angenommen wird. (Hadamard: allein 1941 - 10.072 Tötungen in der Aktion T4).

Hierdurch stellt sich die Aufgabe der psychiatrischen Versorgung älterer und alt gewordener psychisch kranker Menschen verstärkt erst wieder für die Geburtsjahrgänge ab etwa 1940. Mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland wurde in Frankfurt am Main die Versorgung von Menschen über 65 Jahre - auch mit psychischer Erkrankung - durch das Sozialamt und hier von der Abteilung Alten- und

Behindertenhilfe geregelt. Seit wenigen Jahren öffnet sich jedoch der Blick von Politik und Entscheidungsträgern für die Gruppe derjenigen alten Menschen in Frankfurt, die aufgrund einer psychischen Erkrankung einen besonderen Versorgungsbedarf haben. Spezielle gerontopsychiatrische Zentren (bestehend aus teilstationären Behandlungsangeboten, ergänzt durch Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Hilfen und Altenberatung), wie sie durch die Expertenkommission im 3. Altenbericht der Bundesregierung als „Kernpunkt und Motor der regionalen Versorgung für psychisch kranke ältere Menschen gesehen“ wird, existieren in Frankfurt am Main nicht.

3.4 Aktuelle Situation in Frankfurt am Main

3.4.1 Klinische und außerklinische Versorgung

Sowohl die klinische als auch die außerklinische psychiatrische Versorgung der Frankfurter Bevölkerung ist durch vier Standardversorgungsgebiete, wie sie mit Magistratsbeschluss vom 14.03.1986 (B 97) festgelegt wurden, gesichert.

Zur Entwicklung einer gleichmäßigen außerklinischen, psychosozialen Versorgung wurden diesen Standardversorgungsgebieten mit Abschluss der ersten Gemeindepsychiatrischen Rahmenvereinbarung 2001 Vereine der freien Wohlfahrtspflege zugeordnet.

Tabelle 3.a: Klinische und Außerklinische Pflichtversorgung in Frankfurt am Main für psychisch kranke Menschen

Sektoren	Kliniken der Pflichtversorgung (Station, Tagesklinik, Ambulanz)		Komplementäre Pflichtversorgung (PSKB*, Tagesstätten, Betreutes Wohnen)
Nord	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie St. Markus-Krankenhaus Frankfurt Wilhelm-Epstein-Straße 2 60431 Frankfurt am Main		Sozialwerk Main Taunus e.V. (smt) Eckenheimer Landstr. 172 60320 Frankfurt am Main
	vollstationär	teilstationär	
	80	20	
Ost	Klinik Hohe Mark Psychiatrie / Psychotherapie Friedländer Straße 2-10 61440 Oberursel		frankfurter werkgemeinschaft e.v. (fwg) Lenastr. 24 60318 Frankfurt am Main
	vollstationär	teilstationär	
	86	15	
Süd	Zentrum der Psychiatrie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main Heinrich-Hoffmann-Straße 10 60528 Frankfurt am Main		Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V. Holbeinstr. 22 - 27 60596 Frankfurt am Main
	vollstationär	teilstationär	
	113	17	
West	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Städtische Kliniken Frankfurt am Main- Höchst Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main		Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V. (FVfSH) Große Seestr. 41 - 43 60486 Frankfurt am Main
	vollstationär	teilstationär	
	106	20	
Summe:	385	72	

(Erhebung des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a. M. 2005)

* PSKB = Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle

Siehe weiterhin Anlage A: *Klinisch Psychiatrische Grundversorgung der Stadt Frankfurt am Main*

Eine tabellarische Übersicht der Klinisch Psychiatrischen Grundversorgung der Stadt Frankfurt am Main, Kliniken, Versorgungsregelung ab 01.01.2000, befindet sich im Anhang dieses Berichts (Nr. 7.1).

Sektorübergreifend im klinischen Bereich arbeitet die **Klinik Bamberger Hof** mit einem teilstationären Behandlungsangebot in der Tagesklinik (23 Plätze) und einer

Institutsambulanz mit dem integrierten Projekt „**Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause**“ (APAH).

An der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main gibt es - ebenfalls sektorübergreifend - eine Stiftungsprofessur für Gerontopsychiatrie mit 18 stationären Betten und einer angeschlossenen Gedächtnissprechstunde für Demenzpatienten in der Klinik des Zentrums der Psychiatrie.

Im außerklinischen komplementären Bereich beteiligt sich das **Internationale Familienzentrum (IFZ)** an der Pflichtversorgung für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten. Zwischen 1985 und 1996 sind hier sektorübergreifend eine Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB), Betreutes Wohnen und eine Tagesstätte entstanden.

Zusätzlich zu den Pflichtversorgungskliniken der Allgemeinpsychiatrie werden am Bürgerhospital vollstationäre Behandlungsplätze speziell für Suchtpatienten vorgehalten.

Die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen wird durch eine entsprechende Abteilung am Heilig Geist Krankenhaus und an der Uni-Klinik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main sicher gestellt.

3.4.2 Planung und Steuerung (kommunaler Bereich)

Im Januar 2000 wechselte die sozialpsychiatrische Versorgung vom Jugend- und Sozialamt zum Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main. Auf der Basis des 1999 erarbeiteten Konzepts zur „Umstrukturierung der kommunalen Psychiatrie in Frankfurt am Main“, erfolgte eine Neuordnung nach den vier Grundprinzipien:

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

Der sozialpsychiatrische Dienst arbeitet in 4 Sektorbüros als Bindeglied zwischen Einrichtungen und Diensten unterschiedlicher Träger, der klinischen und ambulanten nervenärztlichen Behandlung psychisch Kranker und deren komplementären psychosozialen Betreuung.

3.4.3 Psychiatrische Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Nach epidemiologischen Erhebungen leiden ca. 25% der Menschen die 65 Jahre und älter sind, unter einer psychischen Störung oder Erkrankung. 4 - 8% leiden an einer schweren psychischen Störung.³⁸ Das entspricht für Frankfurt am Main rein rechnerisch rd. 25.750 Menschen, die unter einer psychischen Störung oder Erkrankung leiden und rd. 4.100 bis 8.200 Menschen, die an einer schweren psychischen Störung leiden (insgesamt waren 103.013 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter mit Hauptwohnsitz in Frankfurt am Main am 31.12.2003 gemeldet.³⁹ Da die Anzahl der Hochbetagten zunimmt, wird diese Rate steigen. Bei Menschen, die im Alter erstmals psychisch erkranken, wird in Fachveröffentlichungen von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. In keiner Altersgruppe ist die Suizid-Rate so hoch, wie bei psychisch kranken Menschen ab 75 Jahren (bei Männern dreimal höher als bei Frauen).

Neben den altgewordenen psychisch kranken Menschen, die bereits lange Jahre in einer psychiatrischen Versorgungsstruktur eingebunden sind, gibt es keine fundierten Kenntnisse über so genannte Risikogruppen wie z. B. sozial isolierte, psychisch veränderte, sozial benachteiligte und psychosozial auffällige Menschen. Die Befragung im Rahmen der Partizipativen Altersplanung⁴⁰ kann hierüber keine Auskunft geben, da diese Menschen mit diesem Instrument nicht erreicht werden, bzw. nicht selbst Auskunft über ihre Lebenslage geben.

Auch in den klassischen Arbeitsfeldern der Altenhilfe ist der Anteil an Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung oder einer psychiatrischen Auffälligkeit bisher nicht erhoben. Nach Auskunft der Fachkräfte, nach Berichten und Erfahrungen, z. B. in Gesprächen mit Clubleiterinnen und Aussagen bei der Veranstaltung „Ambulante

³⁸ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Forum 30, Gerontopsychiatrie in der Gemeinde, Köln 1996, S. 10, und Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2002, S. 152

³⁹ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Bürgeramt, Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 2004 der Stadt Frankfurt am Main, Frankfurt a. M. 2005

⁴⁰ Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Dezernat Soziales und Jugend, Jugend- und Sozialamt, Jugendhilfe- und Sozialplanung, Frankfurt 50+, Repräsentative Befragung älterer Bürgerinnen und Bürger der Stadt Frankfurt am Main im Rahmen der partizipativen Altersplanung der Stadt Frankfurt am Main, i. V. m. der INBAS-Sozialforschung GmbH, Frankfurt am Main, der SUZ GmbH, Sozialwissenschaftliches UmfrageZentrum, Duisburg, Frankfurt a. M. 2003 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 a. M. 2004

gerontopsychiatrische Versorgung - eine Herausforderung für die Zukunft“⁴¹, hat dieses Phänomen in Altenwohnanlagen, zahlreichen Altenclubs und Begegnungsstätten der Altenhilfe zugenommen.

Nicht zuletzt leben in Alten- und Pflegeheimen psychisch kranke Menschen, die bei einer adäquaten ambulanten Versorgung in der eigenen Wohnung hätten bleiben können.

Ambulante Betreuungsangebote für ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung gibt es in Frankfurt nur wenige (siehe Kapitel 3.3.2). Lediglich für demenziell erkrankte Menschen gibt es Unterstützungsangebote (Gedächtnissprechstunde, Angehörigenarbeit und familienentlastende Dienste, Wohngruppenangebote, Arbeitskreis Demenz etc.). Das Sofortprogramm der Stadt Frankfurt am Main zur Verbesserung der psycho-sozialen Betreuung im Bereich ambulanter Hilfen der Altenpflege bietet erste Ansätze einer Versorgung dieser Patientengruppen.

In der außerklinischen Versorgung in den Bereichen **Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Wohnheime und Werkstätten für psychisch kranke Menschen** ist für die kommenden Jahre eine deutliche Veränderung in der Altersstruktur des zu betreuenden Klientels der alt gewordenen psychisch kranken Menschen zu erwarten.

Für die in Frankfurt am Main vorgehaltenen 403 Plätze im Betreuten Wohnen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen zeigt sich, dass 23,8 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner über 55 Jahre alt sind. Bezieht man die Altersgruppe der über 45-jährigen mit in die Betrachtung ein, werden bereits 54 Prozent erreicht.

⁴¹ Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V. im Rahmen der Psychiatriewoche 2003

Tabelle 3.b: Altersverteilung im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen

Gesamtzahl: 403 Plätze/Bewohnerinnen und Bewohner (01.07.2004)	
Altersgruppe	Anteil (in %)
18 – 24 Jahre	2,23
25 – 34 Jahre	10,42
35 – 44 Jahre	33,25
45 – 54 Jahre	30,27
55 – 64 Jahre	17,37
65 – 74 Jahre	5,96
75 – 84 Jahre	0,25
> 84 Jahre	0,25

(Erhebung des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a. M. 2004)

In den Tagesstätten sind derzeit über 30 Prozent der Besucher über 55 Jahre. Wird die Altersgruppe der über 45-jährigen mit hinzugezogen, werden fast 60 Prozent erreicht.

Tabelle 3.c: Altersverteilung in Tagesstätten für psychisch kranke Menschen

Gesamtzahl: 231 Plätze/Besucherinnen und Besucher (01.07.2004)	
Altersgruppe	Anteil (in %)
18 – 24 Jahre	3,46
25 – 34 Jahre	8,23
35 – 44 Jahre	28,57
45 – 54 Jahre	28,14
55 – 64 Jahre	25,54
65 – 74 Jahre	5,19
75 – 84 Jahre	0,87
> 84 Jahre	0

(Erhebung des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a. M. 2004)

Fast ein Drittel der Bewohner in Wohnheimen für psychisch kranke Menschen ist älter als 55 Jahre. Über 60 Prozent erreicht man, wird die Altergruppe der über 45-jährigen hinzugezählt.

Tabelle 3.d: Altersverteilung in Wohnheimen für psychisch kranke Menschen

Gesamtzahl: 449 Plätze/Bewohnerinnen und Bewohner (01.07.2004)	
Altersgruppe	Anteil (in %)
18 – 24 Jahre	2,90
25 – 34 Jahre	12,92
35 – 44 Jahre	23,61
45 – 54 Jahre	29,18
55 – 64 Jahre	20,49
65 – 74 Jahre	9,35
75 – 84 Jahre	1,56
> 84 Jahre	0

(Erhebung des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a. M. 2004)

Die Besucher der Werkstätten für psychisch kranke Menschen zeigen insofern eine Besonderheit, da der Anteil der Menschen über 55 Jahre lediglich bei ca. 11 Prozent liegt und die Hinzuzählung der Altergruppe über 45 Jahren ein Ergebnis unter 40 Prozent zeigt.

Tabelle 3.e: Altersverteilung in Reha-Werkstätten für psychisch kranke Menschen

Gesamtzahl: 599 Plätze/Beschäftigte (01.07.2004)	
Altersgruppe	Anteil (in %)
18 – 24 Jahre	3,51
25 – 34 Jahre	20,20
35 – 44 Jahre	37,40
45 – 54 Jahre	27,55
55 – 64 Jahre	11,02
65 – 74 Jahre	0,33
75 – 84 Jahre	0
> 84 Jahre	0

(Erhebung des Stadtgesundheitsamtes, Frankfurt a. M. 2004)

Die **regionale Verteilung** der Angebote außerklinischer Versorgung in den Bereichen Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Wohnheime und Werkstätten für psychisch kranke Menschen erstreckt sich auf das gesamte Stadtgebiet.

Die **stationäre psychiatrische Behandlung** älterer und alt gewordener psychisch kranker Menschen erfolgt in den Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der 4 Versorgungskliniken. Hier entwickeln sich spezifische stationäre Behandlungsangebote, wie Alterspsychotherapie, kognitive Trainingsgruppen, Ergotherapie zur Wiedererlangung von Alltagskompetenzen und Kommunikationstraining.

Spezifische teilstationäre gerontopsychiatrische Behandlungsplätze fehlen in Frankfurt am Main, weshalb nur in Ausnahmefällen gerontopsychiatrische Patienten in den Tageskliniken der Allgemeinpsychiatrie behandelt werden.

Auf ambulante psychiatrische Behandlung älterer Menschen, einschließlich ambulanter Psychotherapie spezialisierte Angebote, gibt es in Frankfurt am Main kaum.

3.4.4 Psychotherapie im Alter - Alterspsychotherapie

Die im wachsenden Maße wichtiger werdende Psychotherapie mit älteren Menschen kann auf neu entwickelte Modelle und Konzepte der allgemeinen und der klinischen Gerontopsychiatrie, der Gerontologie und der Gerontopsychologie zurückgreifen. Diese derzeit in der wissenschaftlichen Erprobung befindlichen Verfahren müssen sich in der Praxis noch auf Dauer bewähren und sind entsprechend anzupassen. Wesentlich ist auch, die gemachten Erfahrungen zu ordnen und daraus Leitlinien für den zukünftigen Einsatz in der Praxis abzuleiten. In den gegenwärtigen Klassifikationssystemen gibt es jedoch noch nicht ausreichend gut definierte Ausarbeitungen bzw. Diagnosen für die im Alter spezifisch auftretenden Störungen. Die häufigsten psychischen Störungen bei über 65-Jährigen sind die demenziellen (etwa 5%) und depressiven Syndrome (5-30%). Angststörungen sind bei 5–10% der älteren Menschen in dieser Altergruppe ausgebildet.⁴²

⁴² Maercker, A.: Alterspsychotherapie – Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte, Psychotherapeut 2003 – 48: 132-149

Psychotherapie mit älteren Menschen wird neben der hausärztlichen Versorgung angesichts der steigenden Lebenserwartung und damit verbundenen Herausforderungen an die Lebensgestaltung als zusätzliche Unterstützung im Alterungsprozess angeboten und genutzt. Die Kosten werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bei Privatkassen sind die vertraglichen Vereinbarungen und der abgeschlossene Tarif entscheidend für die Übernahme der Therapie-Kosten.

Aus Umfragestudien aus den 90er-Jahren ist jedoch bekannt, dass ältere Menschen über 65 Jahre in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung einerseits unterrepräsentiert sind. Andererseits gaben 25% der Psychotherapeuten an, dass sie sich Patienten aus den höheren Altersgruppen wünschen.⁴³

Grundsätzlich werden in der Alterspsychotherapie keine neuen oder anderen Psychotherapieverfahren bzw. Behandlungstechniken benötigt, wobei Modifikationen und Erweiterungen bestehender therapeutischer Ansätze unter Berücksichtigung persönlicher Ressourcen und Kompetenzen des älteren Menschen Anwendung finden (s.o.).⁴⁴ So sind unter anderem folgende Konzepte im Einsatz und der Erprobung:

Selektive Optimierung mit Kompensation

Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell

Alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell

Eine besondere Bedeutung kommt dabei den Weiterbildungsangeboten für Hausärzte sowie psychotherapeutisch tätigen psychologischen und (fach-)ärztlichen Psychotherapeuten zu. Hierbei geht es um den Erwerb spezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten in wichtigen gerontologischen, geriatrischen und gerontopsychiatrischen Wissensbereichen. Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit, Krisenintervention, supportiven Unterstützung und Beratung Älterer und deren Angehöriger, des psychotherapeutischen Liason- und Konsiliardienstes in

⁴³ Zank, S.: Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. *Verhaltensther. Verhaltensmed.* 2002 - 23:181–194

⁴⁴ Radebold, H.: Kurzzeitpsychotherapie bei Erwachsenen im höheren und hohen Alter. *Schweiz. Arch.Neur.Psychiat.* 1997 - 148:215–220; Hirsch, R.D.: Psychiatrie und Psychotherapie des Alterns. *Z.ärztl.Fortbild.* 1995 - 89: 803–816

Einrichtungen der Altenhilfe und der regionalen Versorgungsstrukturen werden ebenso betrachtet und vermittelt. Weiterhin sind die Selektion optimierter Therapieziele, Kenntnis der altersspezifischen Problempräsentation und die Berücksichtigung subjektiv wahrgenommener Entwicklungsverluste und –gewinne in einer Therapie zu achten.

Die teilweise immer noch verbreitete Meinung, dass ältere Menschen nicht mehr von einer Psychotherapie profitieren könnten ist längst gut widerlegt worden und die klinische Wirksamkeit gut belegt. Auf die Verbesserung von Stimmungen und Bewältigung abzielende Interventionsprogramme bei Frühstadien von Alzheimer-Erkrankungen zeigen erste viel versprechende Ergebnisse, während auf spezifische Gedächtnisfunktionen fokussierte kognitive Trainings eher keine oder nur geringe Besserung erbringen.

In Frankfurt am Main gibt es derzeit keine konkrete Erhebung über stationäre und ambulante Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie. Die Vernetzungen sind eher zufällig und basieren auf persönlichen Kontakten. Erste Versuche dies zu organisieren sind vorhanden.

3.5 Bewertung, Ausblick und Handlungsempfehlungen zur psychiatrischen Versorgung

3.5.1 Klinischer Bereich

Im Wesentlichen ist man sich einig, dass die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung psychisch kranker *alter* Menschen in Frankfurt unzureichend ausgestattet ist und dringend optimiert werden muss. Hierfür ist es erforderlich, dass Fachleute aus den oben genannten Bereichen und der Stadtverwaltung kurzfristig zusammen kommen und einen Zielvereinbarungsbeschluss zur Entwicklung von konkreten Kooperationen erarbeiten.

In gerontopsychiatrischen Zentren ist die medizinische, psychosoziale und soziale Versorgung durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Bewegungs- und Ergotherapeuten effizient gebündelt und kann so personenspezifischen Anforderungen angepasst werden. Die Zentren sollten beinhalten: ambulante Behandlung, teilstationäre tagesklinische Behandlung,

ambulante sozialpsychiatrische Betreuung und gerontopsychiatrische Fachpflege
Diese Zentren sollten an ein Allgemeinkrankenhaus mit Psychiatrischer - wenn
möglich Geriatischer Abteilung - angegliedert sein, um:

1. durch diese Verbindung stationäre Behandlung zu verkürzen,
2. durch Einbezugsmöglichkeit möglichst vieler medizinischer Fachdisziplinen (interdisziplinäre Behandlung) bei hoher Morbiditätsrate des älteren Menschen soweit möglich teilstationär und/ oder ambulant diagnostizieren und behandeln zu können (Verhinderung stationärer Behandlung)
3. durch Einbezug von ambulanten Diensten wie Betreutes Wohnen und gerontopsychiatrische Pflegedienste die Vernetzung in Bezug auf die häuslichen Versorgungsangebote im Sinne von „case management“ zu optimieren.

Die Einrichtung *spezieller* klinischer Behandlungsangebote, z. B. in gerontopsychiatrischen Zentren, wird derzeit auch unter Fachleuten kontrovers diskutiert.

3.5.2 Außerklinischer / komplementärer Bereich

3.5.2.1 Vernetzung, Wohnen, Ambulante Versorgung

Die Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes sind in Kapitel 3.4.2 beschrieben. Zwischen den Beteiligten der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung sowie der Stadtverwaltung ist eine abgestimmte Planung und Steuerung herbeizuführen. Zuständigkeiten, Fallverantwortlichkeiten, individuelle Hilfeplanung, Hilfeplankonferenzen und personenzentrierte Individualversorgung müssen Eingang in die konzeptionelle Entwicklung auf gesamtstädtischer Ebene finden, mit dem Ziel einer Verbesserung der Strukturen und ambulanter Betreuungsangebote für psychisch kranke alte Menschen.⁴⁵

⁴⁵ siehe Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Kapitel 3.2.6 Gerontopsychiatrie im sozialpsychiatrischen Dienst / Handlungsempfehlungen 8.2 Aufbau eines geriatischen Netzwerkes / Handlungsempfehlungen 8.3.2 Umsetzung des Aufbaus einer umfassenden gerontopsychiatrischen Versorgung in Frankfurt, Frankfurt a. M. 2003

Für die in Altenwohnanlagen, Wohn- und Pflegeheimen lebenden Menschen haben Untersuchungen⁴⁶ ergeben, dass ein Großteil dieser Menschen keine fachpsychiatrische Untersuchung vor Aufnahme erhalten hat.

Ca. 25 - 35% der Pflegeheimbewohner leiden an behandelbaren psychiatrischen Erkrankungen, die hauptsächlich der Diagnosegruppe der depressiven Störungen zuzuordnen sind. Im Alltag wirken diese Menschen wie demenziell Erkrankte und ihnen wird in der Regel auch wie diesen im Alltag der Heimeinrichtung begegnet. Dieser Missstand ist aus fachlich-therapeutischer sowie aus ethischer Sicht nicht vertretbar.

Zu den langjährigen, zum Teil chronischen Verläufen bei psychisch kranken Menschen kommt zwangsläufig der individuelle Alterungsprozess mit körperlichen Abbauerscheinungen hinzu. Nicht selten häufen sich psychiatrische Auffälligkeiten im Alter bedingt durch mit dem Älterwerden einhergehende Verlusterlebnisse. Rückzug und Isolation können die Folge sein. Neben der psychiatrischen und psychosozialen Betreuung entstehen zunehmend Pflege- und andere Versorgungsbedarfe, die durch die Pflegekasse teilfinanziert werden können. Anträge auf Pflegestufe I werden für diesen Personenkreis häufig abgelehnt.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind durch die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft überwiegend an körperlichen Defiziten ausgerichtet und daher schwerpunktmäßig auf körperorientierte Pflege und Versorgung ausgerichtet. Im Sinne einer gerontopsychiatrischen Behandlungspflege, die körperliche Pflege und psychiatrische Pflege und Betreuung miteinander verknüpft und zeitaufwendig ist, sind nur wenige Pflegedienste ausgerüstet (siehe Kapitel 3.4.3).

Die ambulante Versorgung psychisch kranker alter Menschen wird des weiteren dadurch erschwert, dass diese Menschen neu hinzugezogenen Pflegediensten eher mit Vorbehalten begegnen. Durch häufigen Wechsel der Fachkräfte sind sie verunsichert und reagieren nicht selten mit Ablehnung des Pflegedienstpersonals insgesamt.

⁴⁶ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Forum 30, Gerontopsychiatrie in der Gemeinde, Köln 1996, S. 32ff

3.5.2.2 Freizeit/Tagesstruktur/Kontaktmöglichkeiten

Der Anteil an älteren Besucherinnen und Besuchern in Tagesstätten der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist derzeit bereits hoch (siehe Tabelle 3.c). Die Kosten für Besucherinnen und Besucher bis zum 65. Lebensjahr werden vom Landeswohlfahrtsverband Hessen (der Kommunalverband der hessischen Kreise und kreisfreien Städte als überörtlicher Sozialhilfeträger /LWV) getragen und sind durch Platzzahl- und Entgeltvereinbarungen zwischen Einrichtungsträgern und LWV geregelt. Finanzierungsvereinbarungen für Menschen ab dem 65. Lebensjahr zwischen Trägern von Tagesstätten der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit der Stadt Frankfurt am Main (Jugend- und Sozialamt) wurden ebenfalls gemeinsam mit Leistungsvereinbarungen abgeschlossen.

Psychisch behinderte Menschen, die in Reha-Werkstätten arbeiten, können dies nur bis zum 65. Lebensjahr. Danach entfällt die Finanzierung der Tagesstruktur durch den LWV. Auch hier wäre für über 65-Jährige ein Grundsatzbeschluss durch die Stadt Frankfurt am Main als dann zuständigem Leistungsträger erforderlich.

Das umfangreiche Angebot der Altenhilfe mit Clubs, Begegnungsstätten, Hobbybörse, etc. nutzen Menschen mit psychischen Erkrankungen kaum, ebenso wie auch jüngere psychisch kranke Menschen wenig in „nicht-psychiatrischen“ Freizeitkontexten zu finden sind.⁴⁷ Dies ist störungsbedingt veranlasst und muss in den Planungen von Angeboten berücksichtigt werden.

Neben der Weiterentwicklung von Struktur- und Prozessqualität und der Qualifizierung von Fachpersonal ist eine Beziehungskontinuität unbedingt erforderlich. Deshalb müssen Modelle entwickelt werden, die garantieren, dass langjährig vertraute Betreuungsbeziehungen erhalten bleiben.

3.5.2.3 Stationäre komplementäre Versorgung

Auch in den Wohnheimen für psychisch kranke Menschen hat die Anzahl älterer Menschen zugenommen (siehe Tabelle 3.d). Waren Wohnheime ursprünglich Übergangseinrichtungen zur Rehabilitation / Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für Klientinnen und Klienten im berufsfähigen Alter, sind sie inzwischen Lebensorte für Menschen, die dort einen großen Teil ihres Lebens verbracht haben. Wohnheime

⁴⁷ Erfahrungsbericht

sind nicht ausgerichtet darauf, dass diese Menschen mit zunehmendem Alter zusätzliche Versorgungsbedarfe haben. Ziel sollte es sein, älteren Bewohnerinnen und Bewohnern das Verbleiben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen, auch wenn zusätzliche Leistungen hinzukommen. Hierzu müssen die entsprechenden Bedingungen geschaffen werden, wie ambulante Pflege und Betreuung (gerontopsychiatrische Behandlungspflege, siehe 3.5.2.1), entsprechende bauliche Veränderungen (insbesondere hinsichtlich Barrierefreiheit) und die Entwicklung von tagesstrukturierenden Angeboten.

Für im Alter psychisch krank gewordene Menschen sind fachlich und baulich angepasste Wohn- und Pflegemöglichkeiten zu schaffen, das bedeutet Barrierefreiheit, Raumakustik, Altersspezifische Ausstattung, Betten, Sanitär, Handläufe, kleine Wohngruppen innerhalb des Wohnheims etc.

Zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung gehören auch entsprechende Ausbildungsmöglichkeiten. Im ärztlichen Bereich besteht auf Grund der vorgegebenen Klinikstrukturen in Frankfurt am Main bisher keine Möglichkeit, die Teilgebietsbezeichnung „Gerontopsychiatrie“ zu erwerben.

Weiterbildungseinrichtungen in Hessen zum Erwerb der Gebietsbezeichnung „Klinische Geriatrie für Psychiater“ (Gerontopsychiatrie) finden sich an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen (Zentrum für Soziale Psychiatrie Kurhessen), an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herborn und an Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen (Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn).

Im Bereich der Pflege gibt es zwar für Frankfurt am Main einen Zusammenschluss mehrerer Kliniken die Möglichkeit zur Weiterbildung zur Fachpflege Psychiatrie, eine Ausbildung als Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie gibt es derzeit jedoch nur in Darmstadt.

4. Palliative Versorgung und Hospizarbeit

4.1 Aufgabe und Funktion palliativer Versorgung und Hospizarbeit

Nach Umfragen wünschen sich über 90 % der Bevölkerung in Frankfurt a. M., die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen. In Frankfurt a. M. sind 2001 nur 30 % der Verstorbenen in ihrem häuslichen Umfeld verstorben.⁴⁸

Es wird deutlich, den meisten Menschen wird der Wunsch, zu Hause zu sterben, nicht erfüllt.

Ein Bedarf an Hospizdiensten und entsprechenden Einrichtungen, die Menschen ermöglichen, ihre letzte Lebensphase würdig zu begehen, ist aufgrund der Zahlen nahe liegend. Es ist zu beobachten, dass in der allerletzten Lebensphase sterbende Menschen in ein Krankenhaus eingeliefert werden, auch wenn sie bis dahin zu Hause von Angehörigen gepflegt wurden, da sich diese überfordert fühlen und manche Symptome der Sterbenden nicht von Laien behandelbar sind. Die Angehörigen benötigen in dieser Situation die Unterstützung von palliativmedizinisch fortgebildeten Hausärzten sowie von ambulanten Palliativpflegediensten und nicht zuletzt von qualifizierten Hospizhelferinnen oder -helfern.

4.1.1 Stationäre Hospize und Palliativstationen

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Palliativmedizin "die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen und sich verschlechternden Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen und anderer Krankheitsbeschwerden sowie psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt".

Palliativmedizin ist demzufolge eine Fachrichtung, in der verschiedene Berufsgruppen fachübergreifend zusammenarbeiten – Fachärzte sowie Krankenschwestern und –pfleger, Psychologen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger etc..

⁴⁸ Rodenstein, M.: Sterben in der Großstadt am Beispiel Frankfurt am Main, Studie des Instituts für Gesellschafts- und Politikanalyse der Johann-Wolfgang-Goethe Universität, hrsg. von Stadt Frankfurt am Main 2001, S. 6f

Die klinische palliativmedizinische Versorgung erfolgt in der Regel in an Akutkrankenhäusern angegliederten Fachabteilungen bzw. über so genannte „eingestreute“ palliativmedizinische Betten in internistischen (onkologischen) Abteilungen – in einigen wenigen Fällen, wie z. B. in Frankfurt, aber auch in Fachkrankenhäusern. Palliativstationen und/oder -krankenhäuser bedürfen der Aufnahme in den kommunalen resp. regionalen Krankenhausplan, damit ihre Träger die erbrachten Leistungen abrechnen können.

Voraussetzung für eine stationäre palliativmedizinische Versorgung ist Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Aufgrund dessen verbleiben die Patienten nur so lange in klinischer Behandlung, wie dies aus palliativmedizinischer Sicht notwendig ist.

Die Aufgabe der Palliativmedizin besteht in der Behandlung von Schmerzen und einer Symptomlinderung sowie in der psychosozialen Betreuung von Patienten, die in Folge einer unheilbaren Tumorerkrankung o. ä. unter schwer beherrschbaren Schmerzzuständen und anderen Symptomen leiden.

Das Sterben in Würde und die psychosoziale Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen ist auch Ziel der Hospizbewegung. Deshalb gibt es zwischen palliativmedizinischen Einrichtungen und Hospizen eine Vielzahl inhaltlicher Überlappungen. Eine thematische Abgrenzung ist nicht immer möglich und auch nicht sinnvoll. Ein wesentlicher Unterschied liegt im gesundheitspolitischen Auftrag und demzufolge auch in der Finanzierung: Palliativkrankenhäuser und -stationen rechnen ihre Leistungen mit den Krankenkassen über Fallpauschalen ab oder – sofern sie nach der Fallpauschalenverordnung (2005) als „besondere Einrichtung“ anerkannt sind – nach wie vor über tagesgleiche Pflegesätze.

Demgegenüber handelt es sich bei Hospizen um spezialisierte Pflegeeinrichtungen, für die seit 1997 eine besondere Form der Refinanzierung (Krankenkassen, Pflegekassen, Eigenanteil der Träger und Eigenbeteiligung der Patienten) besteht. Im Hospiz, das räumlich und organisatorisch als selbständige Einheit geführt werden muss, ist ein Aufenthalt über mehrere Wochen und Monate (bis zum Tode) möglich.

Kriterium für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist eine Lebenserwartung, die unter einem halben Jahr liegt.

Wenn die häusliche Pflege eines schwer erkrankten Menschen in der eigenen Wohnung oder bei seiner Familie nicht mehr geleistet werden kann und eine Krankenhausbehandlung medizinisch nicht notwendig ist, kann die stationäre Krankenpflege in einem Hospiz erfolgen. Zur Entlastung pflegender Angehöriger ist neben der vollstationären Krankenpflege auch eine teilstationäre Aufnahme – nur tagsüber – oder eine kurzzeitige stationäre Pflege – für wenige Wochen – möglich, bis der Kranke ggf. wieder zuhause gepflegt werden kann. Die ärztliche Versorgung erfolgt durch niedergelassene Mediziner, durch Haus- und/oder Fachärzte.

Folgende Leistungen werden in Hospizen erbracht:

- allgemeine Krankenpflege mit viel Zeit für menschliche Zuwendung
- spezielle Krankenpflege im Rahmen der Symptomkontrolle
- (fach-)ärztliche Behandlung mit gezielter Schmerztherapie
- Beistand und Hilfe auch für Angehörige und Freunde
- Besuchsdienst durch ambulante Hospizhelfer

4.1.2 Ehrenamtliche ambulante Hospizdienste/-gruppen

Ambulante Hospizdienste und -gruppen erbringen qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung im Haushalt oder der Familie des Patienten, wenn keine Krankenhausbehandlung und keine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz erforderlich sind.⁴⁹ "Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen der sterbende Mensch und die ihm Nahestehenden. Sie benötigen gleichermaßen Aufmerksamkeit, Fürsorge und Wahrhaftigkeit. Die Hospizarbeit richtet sich bei ihrer Hilfe und ihrer Organisation nach den Bedürfnissen und Rechten der Sterbenden, ihrer Angehörigen und Freunden".⁵⁰ "Sterben zu Hause" zu ermöglichen, ist die vorrangige Zielperspektive der Hospizarbeit, die durch teilstationäre und stationäre Hospizbereiche ergänzt wird, wenn eine palliative Versorgung zu Hause nicht zu

⁴⁹ Kaspers, Uwe: SOLEX - Die Datenbank zum Sozialleistungsrecht, Regensburg 2004
Stichworte: Hospizpflege / § 39a SGB V, Stationäre und ambulante Hospizleistungen

⁵⁰ Präambel der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin

leisten ist. Zur Hospizarbeit gehört als wesentlicher Bestandteil der Dienst Ehrenamtlicher.⁵¹

4.2 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

4.2.1 Stationäre Einrichtungen der Palliativmedizin

Die Leistungen der Palliativstationen und -krankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz entweder auf der Basis des DRG-Systems oder nach der Bundespflegesatzverordnung mit tagesgleichen Pflegesätzen finanziert. In Fachkreisen ist man überwiegend der Auffassung, dass sich die Leistungen der Palliativmedizin gegenwärtig nicht durch die bisher definierten Fallpauschalen abbilden lassen. Deshalb sind aufgrund der im Mai 2005 in Kraft getretenen „Fallpauschalenverordnung für Besondere Einrichtungen 2005“ beide Vergütungsformen möglich. Seitens der Gesundheitspolitik wird angestrebt, eine so genannte Komplexpauschale einzuführen, um auf diese Weise die Refinanzierung palliativmedizinischer Leistungen langfristig sicherzustellen.

4.2.2 Stationäre Hospize

Seit 1997 (2. GKV-Neuordnungsgesetz) erhalten Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen finanzielle Leistungen bei stationärer oder teilstationärer Versorgung in einem Hospiz. Grundlage ist § 39 a SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung). Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben nun einen Anspruch auf einen Zuschuss zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen, "in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann." In der Satzung der jeweiligen Krankenkasse wird die Höhe des Zuschusses festgelegt. Seine Höhe wird jährlich dynamisiert. Der Gesetzgeber hat die Spitzenverbände der Krankenkassen aufgefordert, "gemeinsam und einheitlich" mit "den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen

⁵¹ Der Dezernent für Soziales und Jugend (Hrsg.), Materialienreihe Jugend und Soziales, H. 1, Sachstandsbericht Ältere Menschen in Frankfurt am Main 2001, Frankfurt a. M. 2003, S. 103

Spitzenorganisationen" (Verbände der freien Wohlfahrtspflege und andere maßgebliche Spitzenorganisationen) das Nähere über Art und Umfang der stationären und teilstationären Versorgung zu vereinbaren, wobei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt ist. Durch die Zuschussregelung wird allerdings keine Vollfinanzierung für die stationären Hospize erreicht. Auch weiterhin werden die Kosten der Unterhaltung von Hospizen durch Eigenmittel des Hospizträgers, durch Stiftungen, Sponsoren oder Spenden finanziert sowie durch Mitgliedsbeiträge der Hospizvereine, durch Pflegekassen, Sozialämter, durch die Patienten selbst und deren Angehörige.⁵² Bei Gründung eines stationären Hospizes muss eine Zusammenarbeit mit einem ambulanten Hospizdienst nachgewiesen werden, um eine Förderung nach § 39 a SGB V zu erhalten und um den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung gewährleisten zu können.

Der Gesetzgeber hat ausschließlich eine Zuordnung nach SGB V vorgenommen. Im SGB XII gibt es hierzu keine weiteren Ausführungen.

4.2.3 Ambulante Palliativdienste

Ambulante Palliativdienste sollen „an der Schnittstelle zwischen stationärer Krankenhausversorgung und ambulanter Versorgung“ durch „individuelle Beratung und Begleitung“ von Hausärzten und Pflegediensten den dort bestehenden Mangel an fachlichem know how ausgleichen, damit „bei hoher Fachkunde Rückverlegungen in das Krankenhaus weitgehend vermieden werden können.“ (Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages, 15. Wahlperiode, „Ethik und Recht der modernen Medizin“ Zwischenbericht der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. BT-Drucksache 15/5858, S.7) Ambulante Palliativdienste können sich als „normale“ Pflegedienste organisieren und einen Versorgungsvertrag nach SGB V und SGB XI anstreben. Soweit ambulante Palliativdienste sich auf die Beratung ihrer Patienten und deren Angehörige beschränken bzw. Pflegekräfte anderer Dienste in die Spezifika der Palliativpflege

⁵² Kaspers, Uwe: SOLEX - Die Datenbank zum Sozialleistungsrecht, Regensburg 2004
Stichworte: Hospizpflege / § 39a SGB V, Stationäre und ambulante Hospizleistungen

einführen bzw. einweisen, ist diese Leistung gegenwärtig noch nicht abrechnungsfähig.

Die Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des 15. Deutschen Bundestages empfiehlt zu prüfen, ob die Finanzierung ambulanter Palliativdienste „über die gesetzlichen Regelungen der Integrierten Versorgung gemäß § 140 b ff SGB V geschehen könnte.“ (ebd.)

4.2.4 Ambulante Hospizdienste/-gruppen

Absatz 2 des § 39 a SGB V gilt seit dem 01.01.2002. Dort sind erstmalig Förderungskriterien für **ambulante Hospizdienste** festgelegt. Sie nehmen Bezug auf das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz. Die Förderung ist an folgende Voraussetzungen geknüpft: Die ehrenamtlichen Hospizdienste müssen mit "palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten" zusammenarbeiten. Sie müssen "unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person" stehen, "die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt..." (§ 39 a Abs. 2 SGB V).

Die **Hospizgruppen** sollen "palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte" erbringen und die "Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung" (z. B. durch Supervisionen) der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer sicherstellen. Es geht maßgeblich um die Stärkung der häuslichen Krankenpflege, die durch einen nichtmedizinischen Aspekt ergänzt wird; die Regelung trägt dem Grundgedanken Rechnung, dass ambulante Leistungen gegenüber stationären Leistungen Vorrang haben. Dadurch soll insbesondere die ambulante Versorgung gefördert werden und es sollen der Einsatz und die Leistungen qualifizierter ehrenamtlich Tätiger auf einer gesicherten finanziellen Grundlage durch den Einsatz fachlich geschulter Kräfte koordiniert werden können. Die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkasse nach § 39 a Abs. 2 SGB V "erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen und der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt." Die

