

## **Gesundheitliche Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft**

*Norbert Lübke* widmet sich in seinem Beitrag der Frage „Brauchen alte Menschen eine andere Medizin?“. *Ulrich Binner, Karlheinz Ortman, Jenny Zirnstein und Ralf-Bruno Zimmermann* behandeln „Sektorenübergreifende Fallkonferenzen. Ein Beitrag zur Ver-

besserung und Unterstützung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt.“ *Christian Zippel* berichtet „Zur aktuellen Situation der geriatrischen Rehabilitation“. *Jochen Philipp Ziegelmann* stellt „Das Nationale Gesundheitsziel Gesund älter werden – Gesundheitsförderung und Prävention in einer älter werdenden Gesellschaft“ vor.

# informationsdienst altersfragen

ISSN 1614-3566  
A 20690E

Heft 06, November / Dezember 2012  
39. Jahrgang

Herausgeber:  
Deutsches Zentrum  
für Altersfragen

06

## Inhalt

### Aus der Altersforschung

- 3 Brauchen alte Menschen eine andere Medizin?  
*Norbert Lübke*
- 12 Sektorenübergreifende Fallkonferenzen: Ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt  
*Ulrich Binner, Karlheinz Ortmann, Jenny Zirnstein und Ralf-Bruno Zimmermann*
- 18 Kurzinformationen aus der Altersforschung

### Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 19 Zur aktuellen Situation der geriatrischen Rehabilitation  
*Christian Zippel*
- 25 Das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“: Gesundheitsförderung und Prävention in einer älter werdenden Gesellschaft  
*Jochen Philipp Ziegelmann*
- 30 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe
- 31 **Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen**

### Impressum

#### *Herausgeber:*

Deutsches Zentrum für Altersfragen  
Manfred-von-Richthofen-Straße 2  
12101 Berlin

Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

#### *DZA im Internet:*

[www.dza.de](http://www.dza.de)

#### *Presserechtlich verantwortlich:*

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

#### *Redaktion:*

Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka  
[ida@dza.de](mailto:ida@dza.de)

#### *Gestaltung und Satz:*

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)  
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

#### *Druck:*

Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich. Bestellungen sind nur im Jahresabonnement möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 1614-3566

## Brauchen alte Menschen eine andere Medizin?

Norbert Lübke

*Alte Menschen zeichnen sich durch reduzierte Reservekapazitäten aus. Sie unterliegen daher in höherem Maß als jüngere dem Risiko, bereits im Rahmen scheinbar geringfügiger Gesundheitsprobleme Einbußen ihrer bisherigen Funktionsfähigkeit zu erleiden. Diese Risiken gilt es frühzeitig zu erkennen und durch ein bedarfsgerechtes Behandlungsmanagement in ihren negativen Auswirkungen möglichst zu begrenzen. Dies erfordert in der medizinischen Versorgung die Aufwertung generalistischer Qualifikationen, eine Fokussierung auf diejenigen Erkrankungen, deren Behandlung zum Erhalt von Autonomie und Lebensqualität beiträgt sowie stärkere Berücksichtigung präventiver und rehabilitativer Behandlungsanteile. Ferner ist eine effizientere Einbettung der medizinischen Versorgung in ergänzend kooperierende, multiprofessionelle Versorgungsstrukturen erforderlich. Vor der deutlichen Zunahme alter und hochaltriger und damit multimorbider und in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe beeinträchtigter Menschen führt der Beitrag Versorgungsimplikationen dieses Wandels aus<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Es handelt sich um eine gekürzte und aktualisierte Fassung des gleichnamigen Beitrags im Wido-Versorgungsreport 2012 (Lübke 2012)

### Reduzierte Reserven und erhöhte Risiken

Alte – auch hochaltrige – Menschen sind nicht alle krank und in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt. Dennoch gibt es mit zunehmendem Alter typische Veränderungen. Für die Leistung vieler Organsysteme (bspw. Muskelkraft, Pumpleistung des Herzens, Atemkapazität, Nierenfunktion, Nervenleitgeschwindigkeit u.a.m.) gibt es ein Maximum zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr. Danach sinkt dieses ab – bei der einen Funktion etwas langsamer, bei der anderen etwas schneller. In begrenztem Umfang sind einzelne Kurven durch Prävention (z.B. Training) im Sinne eines langsameren Abfalls beeinflussbar, prinzipiell sind sie jedoch „alters-

physiologisch“ und nach derzeitigem Stand der Wissenschaft unvermeidlich. Angesichts relativ hoher Reserven in den meisten Organfunktionen ist es aber trotz dieser Einbußen auch im Alter noch lange möglich, ohne erkennbare äußere Beeinträchtigungen den Anforderungen des täglichen Lebens gewachsen zu sein.

Relevant wird dieser Reserveverlust oft erst bei akuten Krankheitsereignissen. Während ein jüngerer Mensch bspw. immobilisationsbedingten Muskelabbau, medikamentöse Nierenmehrbelastung oder stressassoziierten Umgebungswechsel lange kompensiert, kann es unter den gleichen Voraussetzungen beim älteren Menschen zu Mobilitätsverlust, Nierenversagen oder deliranten Verwirrheitszuständen kommen. Er bedarf zusätzlicher Behandlungsinterventionen, soll hieraus keine dauerhafte Einbuße seiner Selbständigkeit resultieren. Dabei kann ein derart gefährdeter Patient in seinem bisherigen Lebensalltag durchaus noch komplett selbständig gewesen sein, weswegen die Geriatrie in diesem Kontext auch von *Vulnerabilität* spricht.

Ein weiterer, die Reserven im Alter einschränkender Faktor sind oft mit Multimorbidität einhergehende Behinderungen. So schränken bspw. auch eine beginnende Demenz oder Schmerzen bei Kniegelenksarthrosen die Reserven für den Wiedergewinn der Gehfähigkeit nach einem zusätzlichen Schlaganfall deutlich ein.

Folge dieser verminderten Reserven sind erhöhte Risiken. Bereits banale Alltagsaktivitäten wie das Putzen eines Hängeschrankes oder der Spurt auf einen Bus gehen mit einem erhöhten Unfallrisiko einher. Vor allem können aber bereits banal erscheinende Krankheitsereignisse wie bspw. ein fieberhafter Harnwegsinfekt, eine oft nur subklinisch verlaufende Lungenentzündung oder eine einfache Fraktur zu bedrohlichen Komplikationen und scheinbar völlig überraschenden Einbrüchen der bisherigen Selbständig-

keit führen. Nicht zuletzt machen reduzierte Reserven alte Menschen auch anfälliger gegenüber Kontextfaktoren bspw. dem Verlust eines emotional oder lebenspraktisch stützenden Ehepartners oder Defiziten einer Verkehrsinfrastruktur, die irgendwann bspw. durch alternative Nutzung eines Fahrrads nicht mehr kompensiert werden können. Das Konzept der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) (DIMDI 2005) als ein interaktives Modell der vielfältigen Komponenten und Wechselwirkungen von funktionaler Gesundheit gewinnt daher im Alter eine noch herausragendere Bedeutung – sowohl für das Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung als auch für mögliche Versorgungsansätze.

Zusammengefasst ist die Situation alter und hochaltriger Menschen durch ein erhöhtes Risiko aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten, bedingt durch altersphysiologische Veränderungen und ggf. schon manifeste Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, charakterisiert. Aufgrund dieses Risikos können bereits geringfügige zusätzliche Gesundheitsprobleme oder Einflüsse von umwelt- / personbezogenen Kontextfaktoren dauerhaft zu wesentlichen Beeinträchtigungen ihrer bisherigen Aktivitäten oder Teilhabe (ggf. bis hin zur Pflegebedürftigkeit) führen.

### **Das geriatrische Behandlungskonzept als Antwort auf diese besonderen Risiken**

Unter den medizinischen Fachdisziplinen ist die Geriatrie besonders auf die Versorgung alter und hochaltriger Menschen ausgerichtet. Ihr Behandlungskonzept erhebt den Anspruch, den speziellen Behandlungserfordernissen dieser Patienten Rechnung zu tragen und deren Risiken weitest möglich zu begrenzen. Seine Kernelemente lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Ressourcen- und Risikenerfassung durch umfassendes geriatrisches Assessment
- Behandlungspriorisierung unter dem Behandlungsfokus eines weitest möglichen Erhalts von Selbständigkeit und Lebensqualität

- Generalistischer Behandlungsansatz unter Nutzung spezieller geriatrischer Wissens- und Erfahrungskompetenzen und bedarfsweisem Einbezug ergänzender Kompetenz spezialisierter Fachdisziplinen
- Interdisziplinärer und multiprofessioneller Interventionsansatz als Teamleistung mit kontinuierlicher Zielreflexion und weitest möglicher Behandlungskontinuität
- Zeitgleiche Berücksichtigung präventiver, akutmedizinischer und rehabilitativer Interventionsanteile in patientenbezogen individueller Gewichtung
- Sektoren- und bereichsübergreifende Behandlungskonzeption unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren (persönliche Präferenzen, soziales Umfeld, Vor- und Nachbehandler, Wohnumfeld) und damit Prinzip der wohnortnahen Behandlung.

In Abgrenzung zu den klassischen, ihre Behandlungszuständigkeit aus fachspezifischen Diagnosen ableitenden medizinischen Disziplinen kommt in der Geriatrie – ähnlich wie in der Allgemeinmedizin – ein generalistisch-fachübergreifender Behandlungsansatz zum Tragen. Dieser geht aus von der breiten Erhebung potenzieller gesundheitlicher Probleme und Ressourcen im initialen Assessment und einer bereits bei der Kuration einsetzenden Behandlungspriorisierung auf Erkrankungen, deren Behandlung etwas zum Erhalt von Autonomie beitragen. Darüber hinaus ist der Behandlungsansatz durch eine von Anfang an stärkere, multiprofessionell erbrachte präventive und rehabilitative Orientierung bis hin zu einer die sektorenübergreifende Versorgungsvor- und -nachgeschichte ihrer Patienten berücksichtigenden Behandlung gekennzeichnet. Zugleich trägt dieser generalistische Ansatz der oft fachgebietsübergreifenden Multimorbidität alter Menschen Rechnung.

Faktisch hat sich die Geriatrie als Fachdisziplin bisher allerdings nur marginal und fast nur stationär etabliert. 2010 wurden in einem Anteil von 2,4 % geriatrischer Betten an allen Krankenhausbetten 1,4 % aller stationären Krankenhausfälle geriatricspezifisch behandelt. In einem Anteil von 4,3 % geriatrischer Betten an allen Rehabilitationsbetten wurden 5,2 % aller Rehabilitanden geriatrisch rehabilitiert (Statistisches Bundesamt 2012). 2010 gab es an den insgesamt 36 medizinischen

Fakultäten in Deutschland 7 geriatrische Lehrstühle. Hieran wird sich voraussichtlich trotz steigender Anteile alter Menschen in absehbarer Zeit auch nichts Wesentliches ändern. Die Spezialisierung innerhalb der Medizin ist weit vorangeschritten, die Skepsis der Ärzteschaft gegen eine konkurrierende *Supraspezialität Geriatrie*<sup>2</sup> entsprechend groß. Die Ressourcen an weitergebildeten Geriatern sind knapp (Lübke u.a. 2008). Nicht zuletzt haftet der Altersmedizin ein Imageproblem an: Alt werden will jeder, alt sein keiner. Die zentrale Frage geriatrischer Versorgung ist daher nicht, ob für jeden geriatrischen Patienten ein geriatrisches Bett zur Verfügung steht, sondern die nach dem Umfang zusätzlicher Behandlungserfordernisse und in welchen Kooperationen zwischen den Fachdisziplinen diesen angemessen Rechnung getragen werden kann (Kompetenz-Centrum Geriatrie 2011). Es wird hierbei um ein generelles Umdenken in der Versorgung alter Patienten gehen, das sowohl die Aufgaben der Geriatrie mit ihren spezifischen Kompetenzen als auch der etablierten medizinischen Fachdisziplinen einbezieht. Unter diesem Blickwinkel seien einige Aspekte des geriatrischen Behandlungskonzeptes herausgegriffen.

### **Implikationen für die gesundheitliche Versorgung alter Menschen**

#### *Ressourcenrelevante Implikationen*

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen sind Diskussionen im Gesundheitswesen seit längerem durch Begriffe wie *Behandlungspriorisierung* oder *Rationierung-Allokation – Triage*<sup>3</sup> geprägt, wobei diese teilweise auch auf das Alter als Ein-/Ausschlusskriterium fokussieren. Das geriatrische Behandlungskonzept weist aber vorrangig auf eine andere Art notwendiger Behandlungspriorisierung hin. Zum einen haben nicht alle Diagnosen, die sich bei umfassender Untersuchung alter Menschen finden lassen, für diese Krankheitswert im Sinne von Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Zum anderen grenzen die reduzierten Reserven älterer Menschen deren objektive Belastbarkeit für kumulative Behandlungen ein. Eindrucksvoll hat Boyd die Grenzen einer noch so leitlinien- und evidenz-

basierten unpriorisierten Therapie multipler Erkrankungen älterer Menschen durch verschiedene Fachspezialisten aufgezeigt. Im günstigsten Fall erweist sich dieses Vorgehen „nur“ als teuer, oft genug stellt es durch unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen eher eine riskante als nützliche, teilweise die Patienten explizit schädigende Versorgung dar (Boyd u.a. 2005). Der alte Mensch verträgt nicht, braucht aber auch nicht alles, was medizinisch möglich ist.

Hier setzt der *geriatrische Behandlungsfokus* an, der sich primär an der Frage orientiert, die *Behandlung welcher Erkrankungen, Schädigungen und Beeinträchtigungen der Patienten in welchem Umfang und mit welchen Mitteln (kurativ, rehabilitativ) zum / zur weitest möglichen Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie, zur Verminderung von Pflegeabhängigkeit* und somit zur *Lebensqualität* beiträgt, und dem es damit nicht um alle einzelnen Diagnosen der Patienten und deren jeweils optimale (durchaus EbM-/Leitlinien-orientierte) Behandlung geht.

Diese Art der Behandlungsfokussierung stellt keine Rationierung durch Einschränkung von Leistungen, die im Sinne dieser Ziele wirksam wären, dar. Sie stellt vielmehr eine höchst rationale und viel Erfahrung erfordernde Abwägung dessen dar, was der alte Mensch an Therapie verträgt, und priorisiert diese danach, was von dem, was therapeutisch möglich ist, am meisten zum Erhalt seiner Aktivitäten und Teilhabe und damit letztlich Selbstständigkeit und Lebensqualität beiträgt. Dies ist der zentrale Zielparameter medizinischer Versorgung im Alter!

#### *Aufgabenverteilung zwischen Generalisten und Spezialisten*

Dieser Behandlungsansatz bedeutet nicht das generelle Vorenthalten spezialisierter oder hochentwickelter medizinisch-technischer Leistungserbringung für ältere Menschen. Auch ein hochaltriger Patient, der aufgrund einer Verengung eines Herzkranzgefäßes bei geringster Belastung unter Brustschmerzen leidet, wird ggf. von einem Stent hinsichtlich seiner Funktionsfähigkeit und Lebensqualität profitieren und sollte einer entsprechend spezialisierten Behandlung zugeführt werden. Dennoch setzt eine

<sup>2</sup> Der Begriff *Supraspezialität* für die Geriatrie soll zum Ausdruck bringen, dass es sich aus internistischer Sicht nicht um eine Teilspezialität eines Fachgebietes, sondern um eine Spezialisierung handelt, die Zusatzfaktoren aus verschiedenen Fachbereichen in die Innere Medizin integriert (Hazard 2000).

<sup>3</sup> Patienteneinteilung nach der Schwere und Prognose ihrer Erkrankung

angemessene Behandlungspriorisierung stets eine generalistische Perspektive und Erfahrung voraus.

Dies unterscheidet die *Geriatrisierung der Fachdisziplinen von spezifisch geriatrischer Versorgungskompetenz*. Die Geriatrisierung der etablierten Fachdisziplinen ist wichtig und findet zunehmend statt. Sie fokussiert allerdings immer noch auf die besonderen Probleme alter Menschen im jeweiligen Fachgebiet. Je mehr Erkrankungen aus verschiedenen Fachgebieten und je mehr sogenannte *geriatrische Syndrome* (Sturzneigung, Schwindel, kognitive Beeinträchtigungen, Inkontinenz etc.) und bereits manifeste Behinderungen ein älterer Mensch aufweist, desto dringlicher ist jedoch eine geriatrisch-generalistische Perspektive und Behandlungspriorisierung erforderlich, um entsprechenden Risiken zu begegnen und dem Patienten weitest mögliche Selbständigkeit zu erhalten.

Im Kern geht es um eine ausgewogene Ergänzung generalistischer und spezialisierter Versorgungskompetenzen. Während es im ambulanten Versorgungsbereich hierfür mit den hausärztlich und fachärztlich tätigen Vertragsärzten zumindest prinzipiell eigenständige Strukturen gibt, sind generalistische Kompetenzen im stationären Versorgungsbereich im Zuge zunehmender Spezialisierung immer mehr verschwunden, werden aber auch dort inklusive geriatrischer Wissens-, Erfahrungs- und Behandlungskompetenz für diese wachsende Patientengruppe benötigt. Den spezialisierten Fachdisziplinen kommt bei diesen Patienten eher die Aufgabe einer bedarfsweise ergänzenden, externen Leistungserbringung bei Wahrung der Gesamtbehandlungskontinuität durch einen Generalisten zu.

Der Erwerb generalistischer Kompetenzen in einem hochentwickelten medizinischen Versorgungssystem steht hierbei Anforderungen an eine spezialisierte Leistungserbringung keineswegs nach, erfährt im Zuge jahrelang fortschreitender Spezialisierung und Subspezialisierung unseres Gesundheitssystems aber kaum Wertschätzung. Während Spezialisten in der Regel mit jedem weiteren Spezialisierungsschritt ein zusätzliches Weiterbildungszertifikat nachweisen können, sind die Möglichkeiten für Generalisten, ihre besondere Expertise nachzuweisen, sehr

beschränkt. Es bedarf einer generellen Aufwertung dieser vernachlässigten generalistischen Qualifikation in der medizinischen Versorgung, in der Aus-, Weiter- und Fortbildung, in Wissenschaft und Forschung (einschließlich Versorgungsforschung), in der gesellschaftlichen Anerkennung und letztlich auch der monetären Wertschätzung. Denn generalistische Versorgung, ob hausärztlich im ambulanten Bereich oder eher geriatrisch ausgerichtet in der stationären Versorgung, muss auch hohen Qualifikationsstandards genügen, wenn sie Akzeptanz finden will. Sie muss in der Basisversorgung erstklassig sein und wissen, wo der Patient wirklich von welchen besonderen Qualifikationen der Spezialisten profitieren kann.

Bei guter Qualität der generalistischen Leistungserbringung trägt diese wesentlich zu einer besseren und ökonomischeren Versorgung bei, als diese ausschließlich durch Spezialisten gewährleistet werden kann.

### *Zusammenwirken präventiver, kurativer und rehabilitativer Behandlungsanteile*

Mit dem Fokus auf weitest möglichem Erhalt von Autonomie und eine hieran orientierte Behandlungspriorisierung trägt das geriatrische Behandlungskonzept die Teilhabeorientierung der ICF bereits in die kurative Medizin hinein. Insofern kommen bei älteren Menschen präventiven und rehabilitativen Behandlungsanteilen bereits parallel zur kurativen Behandlung wesentliche Bedeutung zu.

So stellt schon das geriatrische Screening resp. Assessment zu Ressourcen und Beeinträchtigungen eine präventive Maßnahme i.S. einer strukturierten Risikoabschätzung für ein entsprechendes Riskmanagement (z.B. Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen, Dekubitalgeschwüren, Deliren etc.) dar. Die rehabilitativen Behandlungsanteile können je nach Erfordernis von Maßnahmen der klassischen Frühmobilisation über Bedarfe einer Frührehabilitation bis zu weiterführender ambulanter Heilmittelerbringung oder medizinischer Rehabilitation gemäß § 40 SGB V nach der Akutbehandlung reichen.

Entscheidend ist der frühzeitige Einsatz dieser ergänzenden Behandlungsanteile. Nur so lässt sich den besonderen Risiken des alten Patienten potentiell wirksam begegnen. Gerade für diese Risikopatienten gilt daher auch die Kritik an einer noch immer weitgehend sequentiell ausgerichteten Versorgungsstrukturierung, die bereits im Krankenhausreport 1999 treffend formuliert wurde (Schwartz u. Helou 2000) und sich seither wie ein roter Faden durch die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zieht. Angesichts eines nicht nur in der Versorgungspraxis, sondern auch in den politischen Zuständigkeiten und der Administration der Selbstverwaltungsorgane sektoral gegliederten Gesundheitssystems, muss eine bessere sektorale Vernetzung der bestehenden Versorgungsangebote aber eindeutiger als Umsetzungsverantwortung der Selbstverwaltungsorgane verankert werden.

### *Teamansatz und Koordination*

Das geriatrische Behandlungskonzept ist interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichtet. Dies trägt den in der Regel breiteren Behandlungserfordernissen älterer Menschen Rechnung, die selten nur durch eine Disziplin oder Profession abzudecken sind.

Zum einen bedarf es oft eines mehrdimensionalen medizinischen Behandlungsansatzes. Dieser umfasst neben kurativen, präventiven und rehabilitativen oft auch erhebliche pflegerische Anteile. Bereits dies erfordert ein gut auf die gemeinsamen Behandlungsziele abgestimmtes und erfahrenes Behandlungsteam. In der engeren ärztlich-medizinischen Versorgung sind ggf. mehrere medizinische Fachdisziplinen mit ihren Spezialkompetenzen einzubinden. Da nicht alle Krankheitsfolgen im eigentlichen Sinn *medizinisch* zu behandeln sind, sondern oft den *Kontextfaktoren* im Sinne der ICF eine große Bedeutung zukommt (auf der personbezogenen Ebene bspw. Problemen der Krankheitsverarbeitung, des Lebensmutes, den persönlichen Behandlungszielen, auf der umweltbezogenen Ebene bspw. Fragen der sozialen Einbindung, der Unterstützungskapazitäten im persönlichen Umfeld, der Wohnverhältnisse, sozialleistungs-, ggf. betreuungsrechtlichen Fragen, versorgungstechnischen

Fragen u.v.m.), ist darüber hinaus vielfach ein erweitertes Team erforderlich, das psychologische oder seelsorgliche Aufgaben, Ernährungsberatung, soziale Beratung und Entlassungs- (besser Weiterversorgungs-)management und ähnliche Aufgaben wahrnimmt. Nicht alle älteren Patienten benötigen jede dieser Ressourcen, aber das Übersehen oder Vernachlässigen einzelner dieser Bedarfe kann das gesamte – auch medizinische – Behandlungsergebnis in Frage stellen.

Wie kann hierfür die Koordination gesichert werden? In der stationären geriatrischen Versorgung erfolgt diese (bisher) komplett unter Leitung des Geriaters. In der übrigen Versorgungspraxis (stationär wie ambulant) liegt eine Trennung von Koordinationsfunktionen näher: Die *medizinische Koordination* komplexer Behandlungskonstellationen sollte ambulant idealtypisch der Hausarzt als guter Generalist übernehmen. Im Krankenhausbereich wird der Patient vielfach samt Abgabe der Behandlungsverantwortlichkeit von einer Abteilung auf die nächste verlegt. Die außerhalb der engeren medizinischen Versorgung im Bereich der „*kontextlichen*“ Versorgung notwendige Koordination wäre personell auch als separate Aufgabe denkbar, sofern eine Abstimmung mit der medizinischen Behandlungsplanung gewährleistet bleibt.

Eine weitere Koordinationsbaustelle liegt an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung. Gerade für den geriatrischen Patienten ist eine nachhaltige Versorgung nur bei einer sektoren- und bereichsübergreifenden Behandlungskonzeption möglich, da er bei einer stationären Aufnahme in der Regel bereits eine mehr oder minder umfangreiche Versorgungsvorgeschichte (vorbestehende Krankheiten und Beeinträchtigungen, bereits erfolgte kurative und rehabilitative Behandlungsansätze, Erfahrungen mit familiärer oder professioneller Pflege etc.) mitbringt und auch im Anschluss zumeist auf weitere ambulante Betreuung (ärztlich, pflegerisch, sozial) angewiesen ist. Diese Vorerfahrungen müssen daher schon in der Behandlungskonzeption berücksichtigt und die Ziele der Behandlung auch mit denen abgestimmt werden, die diese in der Nachversorgung weiter tragen und umsetzen sollen.

## Altengerechte gesundheitliche Versorgung der Zukunft

### *Koordinierte Versorgung im Verbund*

Die sinnvolle Koordination gesundheitsbezogener Versorgungsleistungen ist die Herausforderung der Zukunft. Sie muss auf der medizinischen Ebene erfolgen, auf der mit dem Alter immer wichtigeren Ebene kontextlicher Versorgung sowie auf diesen beiden Versorgungsebenen untereinander.

Dennoch spricht vieles dafür, auch klar zwischen diesen Aufgaben zu trennen und zu fragen, was innerhalb der Gesamtversorgung von welchen Professionen am qualifiziertesten und effizientesten geleistet werden kann. Die Inanspruchnahme von deutschen Vertragsärzten im internationalen Vergleich lässt bspw. durchaus vermuten, dass dort manches an kontextlicher Versorgung erbracht werden muss, was effizienter aus anderen Ressourcen zu leisten wäre. Hierfür können verschiedene Professionen (Pflegerkräfte, Sozialarbeiter, medizinische Fachangestellte) diskutiert und verschiedene Ansätze (im Krankenhaus bspw. das Entlassungsmanagement), Modellprojekte („AGNES und Co“ Hoffmann u.a. 2010) und regionale Strukturen (Servicestellen, Pflegestützpunkte) perspektivisch ausgebaut werden (Gerlach u.a. 2010). Im Rahmen regionaler Versorgungsverbünde wäre zu überlegen, ob solche kontextlichen Versorgungsleistungen nicht gemeinsam für den ambulanten und stationären Bereich organisiert werden könnten. In den Aufbau entsprechender Verbund- und Koordinationsstrukturen wird allerdings noch erheblich konzeptionell und in gewissem Rahmen auch finanziell zu investieren sein. Hierbei sollte die Chance genutzt werden, auf bereits bestehende regionale Strukturen aufzubauen, deren Anbieter kooperieren und damit, statt gegenseitig zu konkurrieren, eher in einen konstruktiven Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte zwischen den Regionen eintreten zu lassen.

### *Ambulante Versorgung*

Der weitaus größte Teil der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen wird im ambulanten Bereich geleistet. Dort muss daher auch der Schwerpunkt einer den besonderen Behandlungserfordernissen älterer Menschen anzupassenden Versorgung liegen.

Dies reicht von einer stärkeren Implementierung präventiver Ansätze (Sturzprophylaxe, Vermeidung von Ernährungsdefiziten, Impfungen, Erhalt sozialer Einbindung etc.) und einer konsequenteren Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale (adäquate Heilmittelverordnung, Ausbau ambulanter und mobiler Rehabilitationsangebote), über ein effizienteres Versorgungsmanagements zwischen Haus- und Fachärzten, Unterstützungs- und Entlastungsangebote in der Pflege alter Menschen (u.a. auch mit einem Fokus auf Erhalt der Ressourcen pflegender Angehöriger) bis hin zu strukturellen Rahmenbedingungen für ein würdiges Sterben im eigenen Lebensumfeld (ohne und mit spezieller palliativmedizinischer Unterstützung).

Präventive Angebote finden über den Hausarzt eine stärkere Akzeptanz als andere Zugangsofferten (Dapp u.a. 2007), was nicht bedeutet, dass er diese Beratung immer selbst erbringen müsste. Ein regelhaftes geriatrisches Screening bspw. als „Gesundheitscheck 70+“, könnte ihn in der systematischen Früherkennung von Beratungs-, Hilfs- oder Rehabilitationsbedarf unterstützen (Stuck u.a. 1993; Dapp u.a. 2011). Dieses hausärztliche Aufgabenspektrum setzt eine qualifizierte generalistische Weiterbildung unter Einschluss geriatrischer Basiskompetenzen (bspw. Management der wesentlichen geriatrischen Syndrome, Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter, rehabilitative Grundkenntnisse etc.) voraus. Nur so ist gewährleistet, dass der Hausarzt aus den Erkenntnissen entsprechender Vorsorgechecks auch die adäquaten Konsequenzen ableiten und seine medizinische Koordinationsfunktion gegenüber seinen fachärztlichen Kollegen qualifiziert wahrnehmen kann.



Geriatrische Versorgungsherausforderungen kumulieren naturgemäß in Pflegeheimen (z.B. Stürze, Inkontinenz, Depressionen und andere gerontopsychiatrische Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Defizite, Dekubitalgeschwüre, Flüssigkeitsdefizite etc.). Die Versorgung von Heimbewohnern könnte daher – wie bei anderen Formen vertragsärztlicher Leistungserbringung – an den Nachweis spezifischer, hier geriatrischer Kompetenzen gebunden werden. Unter Wahrung entsprechender Übergangsfristen und in Verbindung mit einer angepassten Vergütung würde dies mittelfristig zu einer Fokussierung der medizinischen Versorgung in Heimen auf hierfür besonders qualifizierte Ärzte führen (van den Bussche u.a. 2009). Oft könnten mit etwas mehr „Medizin im Pflegeheim“ (mobiles Sonografiegerät, kurzzeitige Infusionstherapien, begrenzte parenterale Antibiotikagabe) auch unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden oder in anderen Fällen das Sterben unter der vertrauten Betreuung im Heim ermöglicht werden. Nicht zuletzt könnte das Pflegeheim auch in der Rehabilitation geringer belastbarer Patienten mit längerem Rehabilitationsbedarf eine größere Rolle spielen wie bspw. in den Niederlanden, wo 36 % der Patienten nach 2–3 Monaten rehabilitativ ausgerichteter Betreuung wieder in ihre Häuslichkeit entlassen werden (Hoek u.a. 2003).

### *Krankenhaus*

Krankenhäuser stellen für ältere Menschen Orte kumulierender Risiken dar. Der Aufenthalt dort sollte möglichst vermieden werden, ansonsten so kurz und in so weitgehender Koordination mit den an der Vor- und Nachbehandlung Beteiligten wie möglich erfolgen.

Besondere Risiken und Behandlungserfordernisse älterer Patienten sollten schon bei der Aufnahme erkannt werden. Diesem Ziel könnte ein routinemäßiges Aufnahmescreening, bspw. bei Patienten ab 70 Jahren dienen, das bei Auffälligkeiten durch ein umfassendes Assessment mit einer geriatrisch qualifizierten Bewertung ergänzt wird. Auch hierfür gibt es Beispiele aus anderen Ländern (Vandewoude u.a. 2008, Centre for Applied Gerontology u.a. 2004). So würde deutlich, in welchem Umfang die Routineversorgung übersteigende Behandlungserfordernisse

vorliegen und inwieweit diese durch spezifisch geriatrische Kompetenzen abzudecken sind. Hier kann das Spektrum reichen von einer initialen Risikoeinschätzung über einzelne Maßnahmen eines speziellen Riskmanagements (bspw. gezielte Maßnahmen zur Delirprophylaxe), die Beteiligung an einer fachübergreifenden Behandlungspriorisierung und -planung, die Erbringung notwendiger frührehabitativer Zusatzleistungen oder die Mitbehandlung spezieller Probleme, mit denen die Geriatrie besondere Erfahrung hat (bspw. die Versorgung demenziell erkrankter Menschen, von Patienten mit Schluckstörungen und anderen Ernährungsproblemen, mit Wundproblemen, Intermediate-Care, palliativmedizinische Betreuung etc.) bis zur Übernahme der kontinuierlichen medizinischen Behandlungsleitung auf geriatrischen Fachabteilungen.

So braucht nicht jeder geriatrische Patient ein geriatrisches Bett. Es geht vielmehr um die frühe Klärung, welche Fachdisziplin in welchem Umfang zu einer bestmöglichen Versorgung des älteren Menschen beitragen kann (Ergebnisqualität) und wie dies im jeweiligen Krankenhaus sichergestellt werden kann (Prozessqualität). Neben einer Geriatriisierung der einzelnen Fachdisziplinen werden hierzu in den Krankenhäusern künftig auch mehr generalistisch ausgerichtete Geriater mit den genannten speziellen Wissens- und Erfahrungskompetenzen gebraucht (Strukturqualität). Um diesen Bedarf zu decken, sind flächendeckend eine hinreichende Zahl geriatrischer Referenzzentren notwendig, in denen diese Kompetenzen und Erfahrungen erworben werden können. Diese können zugleich Orte versorgungsnaher geriatrischer Forschung sein und – eingebunden in regionale Versorgungsverbände, bspw. als Institutsambulanzen – niedergelassene Ärzte in der Versorgung komplexerer geriatrischer Behandlungsfälle unterstützen.

### *Rehabilitation*

Rehabilitative Maßnahmen haben bei älteren Menschen für den Erhalt von Autonomie und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hohe Bedeutung. Ihr höheres Risiko, im Rahmen solcher Maßnahmen akutmedizinische Komplikationen zu entwickeln, spricht für eine krankenhaushnahe Verortung geriatrischer

Rehabilitation, der unabdingbare Einbezug vorbestehender und anschließender Versorgungskontexte in die Rehabilitationsplanung und die oft eingeschränkte Mobilität verbliebener Bezugspersonen spricht für eine wohnortnahe Leistungserbringung.

Die hohe Kontextabhängigkeit der Funktionsfähigkeit älterer Menschen legt eine höhere Flexibilität medizinischer Rehabilitation nahe. Neben mobiler Rehabilitation im gewohnten Lebensumfeld für spezielle Zielgruppen, die hierauf besonders angewiesen sind wie bspw. kognitiv beeinträchtigte Menschen, könnte auch die Erbringung abschließender Teile einer stationären oder ambulanten Rehabilitation in der Häuslichkeit der Rehabilitanden zu einer höheren Nachhaltigkeit entsprechender Maßnahmen führen. Möglicherweise brauchen wir für ältere Menschen aufgrund ihrer geringeren Belastbarkeit auch flexiblere Rehabilitationsangebote mit niedrigerer Behandlungsintensitäten und dafür einer zeitlichen Streckung der Maßnahmen – u.a. ein wichtiges Feld geriatrischer Versorgungsforschung.

## Fazit

Die beispielhaften Überlegungen einer altersgerechteren gesundheitlichen Versorgung zeigen, dass es hierfür viele konkrete Ansätze gibt, ohne dass wir ein zusätzliches Versorgungssystem für ältere Menschen brauchen. Weite Teile der Versorgung alter und hochaltriger Menschen werden auch künftig von der „normalen“ Medizin geleistet werden müssen. Hierzu bedarf es allerdings einer stärkeren geriatrischen Qualifizierung aller Fachdisziplinen und insbesondere der hausärztlichen Versorgung. Der Aufbau dieser Qualifikationen setzt eine stärkere universitäre Verankerung der Geriatrie und geriatrische Referenzzentren voraus, an denen Geriater als Generalisten und Multiplikatoren für andere Fachdisziplinen ausgebildet werden können.

Eine effiziente Ergänzung generalistischer und spezialisierter Leistungserbringung stellt an die Generalisten aber auch hohe fachliche Qualifikationsanforderungen. Entlastung können sie durch eine klarere Trennung ihrer Kernaufgabe der medizinischen Versorgung von kontextlichen Versorgungsaufgaben erwarten, die qualifiziert auch von anderen Gesundheitsprofessionen übernommen werden können.

Ein häufigerer generalistischer Blick auf den Patienten und eine stärkere Orientierung an der funktionalen Gesundheit erfordern ein Umdenken i.S. von mehr Patienten- statt Anbieter- und Sektorenorientierung. Ein solches Neudenken käme aber nicht nur den besonderen Behandlungserfordernissen älterer Menschen, sondern uns allen zugute.

*Dr. med. Norbert Lübke ist Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung*

*Kontakt:*

*norbert.luebke@kcgeriatrie.de*

### Literaturverzeichnis:

- Boyd, C.M.; Darer, J.; Boulton, C.; Fried, L.P.; Boulton, L. u. Wu, A.W. (2005): Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance. In: JAMA, 294(6), S. 716-724.
- Centre for Applied Gerontology u. Bundoora Extended Care Centre, Northern Health (2004): A Guide for Assessing Older People in Hospitals. Im Auftrag der Australian Health Ministers Advisory Group (AHMAC) durch die AHMAC Care of Older Australian Working Group 2004. www.health.vic.gov.au/acute-agedcare, Download: 28.04.2011.
- Dapp, U.; Anders, J.; Meier-Baumgartner, HP. u. Renteln-Kruse W. (2007): Geriatrie Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. In: Z GerontolGeriatr, 40(4), S.226-240.
- Dapp, U.; Anders, J.; von Renteln-Kruse, W.; Minder, C.E.; Meier-Baumgartner, HP.; Swift, C.G.; Gillmann, G.; Egger, M.; Beck, J.C. u. Stuck, A.E. (2011): A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults. In: J Gerontol A BiolSci Med Sc, 66(5), S.591-598. Epub 2011 Feb 24.
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. www.dimdi.de. Download: 28.04.2011.
- Gerlach, F.M.; Beyer, M. u. Erler, A (2010): Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats. In: In: Günster, C.; Klose, J. u. Schmacke N: Versorgungsreport 2011 (Kap. 2, S. 29-40). Stuttgart: Schattauer.
- Hazzard, W.R (2000): The department of internal medicine: hub of the academic health center response to the aging imperative. In: Ann Intern Med, 133(4), S.293-296.
- Hoek, J.F.; Ribbe, M.W.; Hertogh, C.M. u. van der Vleuten, C.P. (2003): The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. In: Int.J.Geriatr.Psychiatry, 18(3), S.244-249.
- Hoffmann, W.; Dreier, A. u. van den Berg, N (2010): Arztlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co. In: Günster, C.; Klose, J. u. Schmacke N: Versorgungsreport 2011 (Kap.12, S. 227-237). Stuttgart: Schattauer.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) beim MDK Nord (Hrsg.) (2011): KCG-Expertenforum 2010 – Ergebnisdokumentation „Weißbuch Geriatrie“ – was nun ? Planungsperspektiven 2020. Hamburg.
- Lübke, N. (2012): Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? – Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Günster, C., Klose, J. u. Schmacke, N. (Hrsg.). Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter (Kap. 4, S. 51-66). Stuttgart: Schattauer.
- Lübke, N.; Ziegert, S. u. Meinck, M. (2008): Geriatrie: Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. In: DtschArztebl, 105(21) A S.1120-22.
- Schwartz, F.W. u. Helou, A. (2000): Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar? In: Arnold, M.; Litsch, M. u. Schwartz, F.W. (Hrsg.). Krankenhausreport 1999 – Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. (Kap. 9, S. 133-147). Stuttgart: Schattauer.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012): Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 und Gesundheit – Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2010, Fachserie 12 Reihe 6.1.2 Wiesbaden.
- Stuck, A.E.; Siu, A.L.; Wieland, G.D.; Adams J. u. Rubenstein L.Z. (1993): Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. In: Lancet, 342, S.1032-36.
- van den Bussche, H.; Schröfel, S-C.; Löschnann, C. u. Lübke, N (2009): Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. In: Z Allg Med, 85(7), S. 26-31.
- Vandewoude, M.F.J.; Geerts, C.A.M.; Paridaens, K.M.J. u. D'Hooghe, A.H.M. (2008): A screening tool for activating liaison geriatrics in general hospitals: the „Variable Indicative of Placement risk“ (VIP). In: Euro J Ger, 10(3), S.120-126.

## Sektorenübergreifende Fallkonferenzen Ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt

Ulrich Binner, Karlheinz Ortmann, Jenny Zirnstein und Ralf-Bruno Zimmermann

<sup>1)</sup> Ausführliche Informationen zum Projekt finden sich auf der Homepage:

[www.severam.de](http://www.severam.de)

<sup>2)</sup> Unter dem Begriff Versorgung werden alle informellen und professionellen Hilfeleistungen verstanden, die dazu beitragen, ein Höchstmaß an körperlichem, psychischem und/oder sozialem Wohlbefinden von Menschen mit vorübergehenden oder dauerhaften Beeinträchtigungen zu erreichen.

<sup>3)</sup> Im Text wird aus Gründen der Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber immer männliche und weibliche Personen.

<sup>4)</sup> *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* [www.potsdam.de/cms/ziel/925220/DE](http://www.potsdam.de/cms/ziel/925220/DE)

<sup>5)</sup> Uexküll, Th. v.; Wesiack, W. (1996): *Wissenschaftstheorie: ein biopsychosoziales Modell*. In: Uexküll, Th. v. (Hg.): *Psychosomatische Medizin*, 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage, S. 13 – 52, München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg

Im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojekts SEVERAM<sup>1</sup> (Entwicklung und Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung<sup>2</sup> älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Potsdam) wurde die Versorgungssituation älterer Menschen in der Stadt Potsdam und der umgebenden Region evaluiert und auf Probleme an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren hin untersucht. In der ersten Projektphase konnten Daten durch Experteninterviews<sup>3</sup>, teilnehmende Beobachtung sowie aus einer Krankenhausedokumentation erhoben und analysiert werden. In der zweiten Phase wurden ausgewählte Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt im Rahmen von sog. Fallstudien forschend begleitet. Dabei wurden sowohl aus dem Krankenhaus entlassene ältere Menschen als auch die am jeweiligen Fall beteiligten Professionellen und Angehörigen interviewt und die Daten ausgewertet. Die Finanzierung des dreijährigen Projekts (2009 bis 2012) erfolgte durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie SILQUA-FH (Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter). Die Durchführung des Projekts oblag dem Institut für Soziale Gesundheit (ISG) der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB). Als Kooperationspartner beteiligte sich das St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci (SJKP) an dem Forschungsvorhaben. In Potsdam hatte sich bereits vor Beginn des Projekts das Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam gegründet, in dem sich „... mittlerweile mehr als 30 Mitglieder aus den Bereichen Bildung, Seniorenvertretung, ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen, Krankenhäuser, Beratungsstellen, Wohnungsbauunternehmen und Verbände zu einer Zusammenarbeit verpflichtet haben“<sup>4</sup> und in verschiedenen Arbeitsgruppen zusammenarbeiteten. Das Projekt SEVERAM wurde in enger Zusammenarbeit mit diesem Netz-

werk durchgeführt. In diesem Beitrag werden zunächst die im Rahmen des Projekts identifizierten Probleme in der Versorgung und Unterstützung älterer Menschen nach Entlassung aus einem Krankenhaus mit Blick auf die Herausforderungen für ein sektorenübergreifendes Entlassungsmanagement beschrieben. Im Anschluss daran werden Vorschläge skizziert, wie zur Lösung dieser Probleme beigetragen werden kann. Einer dieser Vorschläge, die sektorenübergreifenden Fallkonferenzen, konnte bereits im Rahmen des Projekts realisiert werden und steht im Mittelpunkt unserer Ausführungen.

### Probleme

Wenn beabsichtigt ist, die Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt zu evaluieren, stellt sich die Frage, woran sich die Forschung orientieren soll. Soll sie sich auf körperliche Erkrankungen und Beeinträchtigungen und die damit einhergehenden pflegerischen und/oder ärztlichen Dienstleistungen konzentrieren, weil diese vielleicht im Vordergrund stehen und vielfach überlebenswichtig sind? Oder muss – gerade wenn es um sektorenübergreifende Versorgung gehen soll – nicht vielmehr versucht werden, auch die häufig vernachlässigten psychosozialen Aspekte von gesundheitlichen Problemlagen und die dazugehörigen Dienstleistungen mit in den Blick zu nehmen?

Im Forschungsprojekt SEVERAM wurde das Biopsychosoziale Modell (Uexküll und Wesiack 1996)<sup>5</sup> als Referenztheorie bzw. -modell genutzt, um sektorenübergreifende Defizite und Ressourcen in der Versorgung älterer Menschen einschätzen und sichtbar machen zu können. In diesem Modell werden Menschen als biopsychosoziale Einheiten aufgefasst, gesundheitliche Problemlagen lassen sich danach physiologischen,

psychischen und sozialen Systemebenen zu ordnen, die miteinander kommunizieren und untrennbar verwoben sind. D.h. jede somatische Gesundheitsstörung hat auch psychische und soziale Anteile und umgekehrt, sei es in ätiologischer Hinsicht oder als Folge der Erkrankung. Den somatischen, psychischen und sozialen Aspekten von Krankheit werden in diesem Modell potenziell gleichrangige Bedeutungen zugemessen. Vor diesem theoretischen Hintergrund wurden in unserer Untersuchung aus dem Datenmaterial verschiedene Problemkategorien identifiziert, die mehr oder minder stark miteinander korrespondieren und die gefundenen Überleitungs- und Versorgungsprobleme nach der Krankenhausentlassung verursachen.

### *Wahrnehmungsprobleme*

Wahrnehmungsprobleme zeigen sich insbesondere darin, dass psychosoziale Problemanteile (im Krankenhaus, in der stationären und ambulanten Pflege etc.) durch Ärzte und Pflegepersonal nicht systematisch erkannt werden. Dies wird besonders deutlich bei der Aufnahme in ein und bei der Entlassung aus einem Krankenhaus. Wenn Ärzte und Pflegekräfte psychosoziale Problemanteile nicht erkennen, passiert es, dass der Sozialdienst nicht rechtzeitig oder gar nicht eingeschaltet wird und dadurch auch nicht an der Versorgungsplanung und -organisation nach Krankenhausaufenthalt beteiligt wird. Psychische und soziale Problemanteile geraten aufgrund mangelnder Wahrnehmung oft gar nicht in den Blick, so dass die Versorgung reduziert wird auf die somatischen Problemanteile. Psychische Anteile des Problemgefüges<sup>6</sup> oder soziale Anteile<sup>7</sup> bleiben somit oft unbearbeitet. Die Daten zeigen, dass diese unbearbeiteten Problemanteile aber in erheblichem Umfang zu Krisen in der häuslichen medizinisch-pflegerischen Versorgung beitragen und Wiederaufnahmen in stationäre Behandlung erforderlich machen können.

### *Dokumentationsprobleme*

Dokumentationsprobleme sind oft an Wahrnehmungsprobleme gekoppelt und zeigen sich beispielsweise bereits bei der Aufnahme im Krankenhaus oder auch im Erstkontakt mit Versorgungsanbietern von ambulanter Pflege. Zwar findet sich in den Einrichtungen eine oftmals beklagte Fülle von Dokumenta-

tionsinstrumenten, es fehlen aber Verfahren für ein systematisches und aussagekräftiges biopsychosoziales Assessment, das für eine sektorenübergreifende ambulante und stationäre Versorgung unabdingbare Voraussetzung ist. Eine andere Form von Dokumentationsproblemen zeigt sich in der häuslichen Versorgung älterer Menschen. Hier dokumentieren beispielsweise Betroffene und/oder Angehörige die erbrachten Versorgungsleistungen bzw. den Versorgungsbedarf – etwa in Form der sogenannten Pflegetagebücher – nicht ausreichend, so dass Leistungsträger Bedarfe nicht erkennen und anerkennen. Auch dies kann ein Grund für das Entstehen von Versorgungs- und Unterstützungsproblemen sein.

### *Kommunikationsprobleme*

Bei der Organisation und Einrichtung von Versorgung wird über komplexe Problemlagen oftmals nicht angemessen kommuniziert. Es fehlt insbesondere bei Fällen mit gravierenden und unübersichtlichen Problemlagen vielfach die Zeit und die Bereitschaft der Akteure zu einer fachlich eigentlich gebotenen interdisziplinären und -professionellen Kommunikation. Das gilt vor allem für die an der Versorgung beteiligten niedergelassenen Ärzte, die sich an koordinierende Absprachen nahezu nicht beteiligen.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zeigen sich Kommunikationsprobleme beispielsweise in mangelhaften Absprachen von Terminen (v.a. Entlassungsterminen) und bereits unternommenen Schritten zur ambulanten Weiterversorgung bzw. zu noch ausstehenden Entscheidungen.

### *Aushandlungsprobleme*

Um eine adäquate Versorgung einrichten und etablieren zu können, müssen Bedarfe der zu Versorgenden mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen des Gesundheits- und Sozialsystems abgeglichen und ausgehandelt werden. Hier kommt es beispielsweise zu Problemen, wenn die Einschätzung von Pflegebedarfen durch die begutachtenden Stellen (Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger) nicht den tatsächlich bestehenden Bedarf abbildet, wenn die Vorgaben der Pflegeversicherung nicht im Einklang mit dem Bedarf Pflegebedürftiger stehen (und somit keine hinreichenden Leistungen bewilligt werden, obwohl ein

<sup>6</sup>) wie z.B. die depressive Stimmung eines Patienten

<sup>7</sup>) wie z. B. nicht vorhandenen Angehörige, die sich kümmern könnten

entsprechender Bedarf besteht), wenn die Auslegung des SGB XII nicht im Sinne des tatsächlichen Bedarfs erfolgt (und Leistungen, die benötigt werden, nicht bewilligt werden), wenn psychosoziale Probleme nicht systematisch Teil der Bedarfsanalyse sind, wenn Angehörige die Einschätzung des Pflegebedarfs nicht teilen und von daher nicht die vom Betroffenen erwarteten Unterstützungen leisten. Für die Aushandlung solcher Problemstellungen sind die professionellen Akteure in der Regel nicht ausreichend qualifiziert. Die institutionellen Rahmenbedingungen lassen zeitaufwendige Aushandlungsprozesse zudem auch nur begrenzt zu.

### *Koordinations- und Prozessprobleme*

Bei der Einrichtung und Etablierung von Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt können Koordinations- und Prozessprobleme auftreten. Vor allem bei Fällen, die durch gravierende und unübersichtliche Problemfelder gekennzeichnet sind, zeigt sich, dass es häufig zu Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit für die im Versorgungsprozess auftretenden Schwierigkeiten kommt. Für solche Fälle fehlt in der beforschten Region eine Institution, die den jeweiligen Bedarf an Fallmanagement zumindest bis zur Etablierung einer adäquaten Versorgung und Unterstützung deckt.

### *Moralische Problemlagen*

Dem Projekt lag die Annahme zugrunde, dass strukturelle Mängel in der Finanzierung, Organisation und Vernetzung von Hilfen für ältere und hochbetagte Menschen zu moralischen Problemlagen führen können, die zum Teil unausgesprochen bleiben, jedoch weitreichende Folgen für die Versorgungs- und Lebensqualität haben können. Sie sind dazu geeignet, die Geltung fundamentaler Menschen- bzw. Grundrechte von alten und kranken Menschen einzuschränken, etwa wenn normative Ziele wie Selbstbestimmung, körperlich-seelische Unversehrtheit sowie Möglichkeiten zu gesellschaftlicher Teilhabe und zur Information, Aufklärung und Kommunikation nur unzureichend eingeholt werden. Durch die Expertise des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik (ICEP)<sup>8</sup> wurden solche moralischen Problemlagen exploriert, analysiert und mit den professionellen Akteuren im Versorgungsnetzwerk diskutiert.

Aus den Gesamtdaten und besonders durch die im Rahmen des Ethischen Monitoring erhobenen Befunde lässt sich folgern, dass eine regelmäßige und systematische Einbindung ethischer Reflexion helfen könnte, die beschriebenen moralischen Probleme zu erkennen und zu bearbeiten. Einerseits bieten sich ethische Diskurse in einzelnen Institutionen der Versorgung an, andererseits sind aber gerade die sektorenübergreifenden Fallkonferenzen ein idealer Ort, die ethische Dimension konkreter Fälle regelhaft mit in den Blick zu nehmen und als eine Dimension unter mehreren mit einzubeziehen.

### **Sektorenübergreifende Fallkonferenzen**

Aus den erhobenen Daten und den Überlegungen zur Verbesserung der bestehenden Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt wurden einige konkrete Vorschläge ausgearbeitet, die nach unseren Befunden geeignet sein können, die Reibungsverluste und Versorgungsabbrüche entlang der Sektorengrenzen deutlich zu verringern.

Hier möchten wir das Instrument der Sektorenübergreifenden Fallkonferenz vorstellen, das wir im Rahmen der Projektlaufzeit in Potsdam entwickelt und erprobt haben, so dass erste Erfahrungen damit vorliegen. Mit dem Ende der Projektlaufzeit konnten wir das Instrument an die Beratungsstelle „Pflege in Not“ in Potsdam übergeben, wo es nun weiter praktiziert wird. Wir haben – ganz im Sinne der BMBF-Ausschreibung – das Konzept für diesen Beitrag so aufbereitet und konkretisiert, dass Interessierte in anderen Regionen Deutschlands es übernehmen und damit arbeiten können. Sektorenübergreifende Fallkonferenzen dienen dazu, die an einem Fall beteiligten professionellen und informellen Helfer zusammenzuführen, um fallbezogen über Problemstellungen zu beraten. Ziel ist es, Vorschläge zur Problemlösung zu erarbeiten, konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu eröffnen und den Prozess im Verlauf kritisch zu reflektieren. Die Fallkonferenzen unterscheiden sich von den bekannten Settings „Gruppensupervision“ oder „Balintgruppen“ insbesondere dadurch, dass die Selbstreflexionsanteile eher in den Hintergrund rücken und Fragen nach ange-

<sup>8)</sup> Das ICEP ist ein Institut der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. Im Rahmen des Projekts SEVERAM war das Institut mit einem Ethischen Monitoring beauftragt, über dessen Ergebnisse an anderer Stelle zu berichten sein wird.

messener Fachlichkeit und Kooperation aus der Perspektive unterschiedlicher Disziplinen und Professionen im Mittelpunkt stehen. Dadurch gehören die Fallkonferenzen zum Prozess der Versorgung dazu und bekommen gleichzeitig den Charakter einer fallbezogenen Fortbildung. Damit wird eine nicht zu unterschätzende Schwelle abgesenkt, die in einer befürchteten Bloßstellung und das Eingestehen eigener fachlicher oder personaler Schwächen in einer Gruppe liegen, und die Professionelle an einer Teilnahme hindern kann.

### *Ziele der Fallkonferenzen*

Fallkonferenzen dienen dazu, die an einem Fall beteiligten professionellen und informellen Helfer zusammenzuführen, um fallbezogen über Problemstellungen zu beraten. Ziel ist es, konkrete Vorschläge zur Problemlösung zu erarbeiten und zu begründen, konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu eröffnen und den Prozess im Verlauf kritisch zu reflektieren. Im Detail geht es um

- die fallbezogene Beschreibung und Analyse von Versorgungs- und Unterstützungssituationen
- die fallbezogene Identifizierung und Benennung von Versorgungs- und Unterstützungsproblemen
- die fallbezogene Initiierung von Verbesserungen
- die fallbezogene Reflektion erreichter Veränderungen
- fallübergreifende Anregungen für die Verbesserung von Versorgung (in einem Gemeinwesen, einer Region bei Leistungserbringern bzw. Trägern).

### *Initiierung und Organisation von Fallkonferenzen*

Im Forschungsprojekt SEVERAM ergab sich die Möglichkeit, die Methodik der Fallkonferenz durch die Forscher zu entwickeln und in die Praxis einzuführen. Dazu gehörte auch, die Konferenzen vorzubereiten, einzuladen und die Moderation zu übernehmen. Ohne die Mitwirkung einer Hochschule sollte eine Einrichtung / Abteilung / Gruppe / Person der Versorgung die Initiierung und Organisation der Fallkonferenzen übernehmen. Dafür eignen sich insbesondere Einrichtungen mit einem übergeordneten Handlungsauftrag, etwa Pflegestützpunkte, regionale Arbeits-

gruppen und Netzwerke oder auch Hochschulen, da sie nicht direkt als Leistungserbringer tätig sind und nicht in den Verdacht geraten, sich profilieren zu wollen. Natürlich können auch direkte Leistungserbringer Fallkonferenzen durchführen, dann bietet es sich aber an, dass die Organisation im Wechsel mit anderen Anbietern durchgeführt wird.

Folgende Schritte werden zur Initiierung einer Fallkonferenz benötigt:

- a) Alle (sozialen, medizinischen, pflegerischen<sup>9)</sup> Institutionen in einer bestimmten Region werden darüber informiert, dass eine Fallkonferenz installiert werden soll. Sinn und Zweck werden kurz erläutert. Für Rückfragen sollte eine Person benannt werden, die per Telefon und/oder E-Mail erreichbar ist.
- b) Es geht eine Bitte an möglichst alle (sozialen, medizinischen, pflegerischen) Institutionen in einer Region, konkrete Fälle vorzuschlagen. Um anfangs das Interesse zu wecken, kann die einladende Institution auch einen Fall modellhaft vorstellen und beraten lassen.
- c) Es muss ein Raum vorhanden sein, der etwa 20 Personen Platz bietet und über eine Ausstattung verfügt, um einen Fall angemessen vorstellen und beraten zu können (etwa Flip Chart, Tafel, Beamer...).
- d) Ein geeigneter Moderator muss gefunden werden (dazu weiter unten mehr).
- e) Wenn zu einer konkreten Fallkonferenz eingeladen wird, muss allen angeschriebenen Institutionen und Personen kurz mitgeteilt werden, worum es im zu beratenden Fall geht. Damit fühlen sich Institutionen und Personen mehr oder weniger angesprochen und können besser entscheiden, ob sich eine Teilnahme aus ihrer Sicht lohnt. Personen und Institutionen, die am Fall beteiligt sind, können ggf. noch zusätzlich hinzugebeten werden.
- f) Der Datenschutz ist durchgängig zu beachten. Der Klient/Patient muss seine (schriftliche) Einwilligung geben, dass und bezüglich welcher Daten über ihn beraten werden darf.

<sup>9)</sup> Welche Einrichtungen angeschrieben werden, hängt jeweils von der primären Problemstellung ab, die Anlass ist, eine Fallkonferenz zu installieren.

### *Die Fallvorstellung*

Die Vorstellung der Fälle erfolgt mündlich durch eine vorab benannte Person aus der Praxis, die in dem vorzustellenden Fall hinreichend involviert ist und bereit ist, ihn vorzustellen. Folgende Vorgaben sind hilfreich, um einen Fall strukturiert vorzustellen:

- a) Vorstellung der Person um die es geht
  - biographische Angaben
  - somatische und psychische Funktionen und Beeinträchtigungen
  - soziale Situation (z.B. Familie, Finanzen, Soziale Unterstützung, Teilhabe)
- b) Verlauf der bisherigen Versorgung/Behandlung/Beratung und die im Fallverlauf aufgetretenen Veränderungen (Verbesserungen, Verschlechterungen, Abbrüche, Wiederholungen):
  - ambulante ärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte
  - Reha-Maßnahmen
  - Pflege
  - Psychotherapeutische Behandlungen
  - Soziale Sicherung/Unterstützung
- c) Aktuelle Versorgungssituation zum Zeitpunkt der Fallkonferenz
- d) Fallbezogene Probleme und Ressourcen sowie konkrete Fragestellungen.

### *Ablauf der Fallkonferenz*

Eine Fallkonferenz soll zeitlich auf etwa 90 Minuten begrenzt sein. Ein vorgegebener und strukturierter Zeitrahmen trägt dazu bei, dass der Fall ergebnisorientiert beraten wird. Idealerweise sieht der Ablauf wie folgt aus:

- Begrüßung und kurze Vorstellung der Teilnehmer
- Vorstellung eines Falles aus biopsychosozialer Perspektive anhand der o.g. Struktur von einer Person, die in den Fall involviert ist (ca. 15 Minuten)
- Diskussion der benannten Probleme, Entwicklung von Lösungsansätzen, Erarbeitung von konkreten Handlungsstrategien (ca. 45 Minuten)
- Benennung konkreter Ziele, Handlungsschritte, Aufgabenverteilung (ca. 20 Minuten)
- Wenn es sich um eine Fallkonferenz handelt, der bereits eine Fallkonferenz vorausgegangen ist, soll geprüft werden, ob die früher getroffenen Verabredungen eingehalten worden sind und wie der Verlauf zu bewerten ist (ca. 10 Minuten). Wenn es

dabei Probleme gab, kann eine Wiedervorlage des Falles sinnvoll sein.

- Die Ergebnisse der Diskussion und die Vorschläge zur Umsetzung werden protokolliert und Interessenten zugänglich gemacht (Datenschutz muss beachtet werden).

Es ist natürlich möglich, von diesem Schema abzuweichen, wenn es die Situation erfordert. So könnte eine Fallkonferenz auch von Zeit zu Zeit genutzt werden, um fallübergreifend über Möglichkeiten zur Verbesserung der regionalen Versorgung zu beraten.

### *Moderation der Fallkonferenz*

Moderatoren von Fallkonferenzen sollten nicht direkt in den zu beratenden Fall involviert sein. Der Moderator sollte idealerweise Erfahrungen in der Leitung von Gruppen und gruppendynamische/systemische Kenntnisse haben. Er muss vor allem der Lage sein, für eine konstruktive und wertschätzende Kommunikation zwischen den Anwesenden zu sorgen. Er muss ein Gesprächsklima schaffen, in dem sich Personen geschützt fühlen. Dies gilt insbesondere für die Personen, die Fälle vorstellen bzw. in den Fall involviert sind. Hier ist besonders darauf zu achten, dass seitens der Anwesenden keine Schuld- oder Fehlerzuweisungen erfolgen oder die Qualifikationen der Personen angezweifelt oder herabgesetzt werden.

Die Beratung des Falles erfolgt grundsätzlich auf die Zukunft gerichtet und lösungsorientiert. Es soll also nicht allzu viel Energie auf die Frage: „Wie ist es dazu gekommen?“ verwendet werden, sondern eher gefragt werden: „Wie kann das Problem so gelöst werden, dass die Versorgung bzw. Unterstützung einer Person zukünftig besser funktioniert?“

### *Teilnehmerzahl der Fallkonferenz*

Es gibt noch keine Erfahrungen mit einer „idealen“ Teilnehmerzahl. Fallkonferenzen können aber mit einer geringen Anzahl an Teilnehmern (<10) ebenso durchgeführt werden, wie mit vielen Teilnehmern (>20). Wenn viele Teilnehmer erscheinen, muss die Struktur der Fallkonferenz angepasst werden, etwa, in dem die Teilnehmer aufgeteilt werden in die Gruppe der am Fall „direkt Beteiligten“ und die Gruppe der „Interessierten“, wobei die am Fall Beteiligten den Fall primär beraten. Ideal ist es, wenn sich an der



Konferenz Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen (interprofessionell), unterschiedlichen Institutionen (interinstitutionell) und unterschiedlichen Sektoren (intersektoral) beteiligen, weil dann die unterschiedlichen Sicht- und Handlungsweisen deutlich werden und die wünschenswerte sektorenübergreifende Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und verschiedenen Institutionen entstehen kann.

### **Auswahl der Fälle**

Unsere Erfahrungen beziehen sich auf Fälle im Kontext ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung und Pflege und es gab unsererseits keinerlei Vorgaben, die Fälle ausgeschlossen hätten. Eine problemspezifische Vorgehensweise ist aber durchaus denkbar. Es kann ja sinnvoll sein, Fälle zu beraten, in denen die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit einer bestimmten Erkrankung, bestimmter Komorbidität (psychisch und körperlich) oder in bestimmten sozialen Lagen im Mittelpunkt steht. Bei einem solchen Vorgehen werden fallübergreifende Aspekte wahrscheinlich schneller deutlich.

### **Fazit**

Die ersten Erfahrungen mit dieser Form der interprofessionellen und sektorenübergreifenden Beratung zeigen, dass diese ein brauchbares Instrument ist, um Professionelle in einer Region über die benannten Grenzen hinaus miteinander ins Gespräch zu bringen. Dies scheint uns vordringlich zu sein, um die bekannten Probleme beim Sektorenübergang zu erkennen und zu bearbeiten. Vielfach wissen die an der Versorgung und Unterstützung beteiligten Personen zu wenig voneinander und übereinander. Wenn sich nun die handelnden Personen mit ihren unterschiedlichen Qualifikationen, Möglichkeiten und Grenzen begegnen und nach bestmöglicher Versorgung und Unterstützung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt suchen, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich ein Verständnis für die Komplexität von Problemlagen entwickelt und eine Kultur des Miteinanderarbeitens entsteht, in der die Sektoren- und Professionsgrenzen wenn auch nicht besei-

tigt, aber doch durchlässig werden. Der unlängst erschienene Sonderbericht des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschreibt die von uns gefundenen Mängel entlang der Sektorengrenzen ebenfalls, unter anderem mit dem Begriff der „Mauer zwischen den Sektoren“ (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012)<sup>10</sup>. Mit den Vorschlägen aus diesem Gutachten und entlang der Befunde und Lösungsvorschläge aus unserer Untersuchung ist zu fordern, dass gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine bessere transsektorale Versorgung geschaffen werden. Denkbar sind hier sozialrechtlich verankerte strukturelle und finanzielle Anreize zur konkreten Beteiligung der Akteurinnen und Akteure an einer Strategie zur Überwindung der Sektorengrenzen. Dazu könnten die von uns entwickelten sektorenübergreifenden Fallkonferenzen einen wichtigen Beitrag leisten.

*Ulrich Binner, Diplom Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*

*Kontakt: [ulrich.binner@khsb-berlin.de](mailto:ulrich.binner@khsb-berlin.de)*

*Karlheinz Ortman, Dr. phil., Diplom-Sozialpädagoge, ist Professor für gesundheitsorientierte Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*

*Kontakt: [karlheinz.ortmann@khsb-berlin.de](mailto:karlheinz.ortmann@khsb-berlin.de)*

*Ralf-Bruno Zimmermann, Dr. med., Arzt für Psychiatrie, ist Professor für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*

*Kontakt: [ralf-bruno.zimmermann@khsb-berlin.de](mailto:ralf-bruno.zimmermann@khsb-berlin.de)*

*Jenny Zirnst, Diplom Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, war bis 30.4.2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*

<sup>10</sup>Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Berlin: Deutscher Bundestag.

---

## Kurzinformationen aus der Altersforschung

---

### Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)

Das Robert Koch-Institut hat erste Ergebnisse des neuen großen Erwachsenen-Gesundheitssurveys vorgestellt, mit Daten zu Übergewicht, Diabetes, körperlicher Aktivität, psychischer Gesundheit und Funktionseinschränkungen im Alter. Das Erhebungsprogramm bestand aus mehreren Befragungen, körperlichen Untersuchungen und Tests sowie Laboruntersuchungen von Blut- und Urinproben. Insgesamt absolvierten bei DEGS 7.328 Personen das Untersuchungs- und Befragungsprogramm, weitere 914 absolvierten nur das Befragungsprogramm (18 bis 79 Jahre).

Quelle: <http://idw-online.de/de/news483183>

---

### Das Verbundvorhaben „Komborbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ (MultiCare)

*H. van den Bussche · M. Scherer (2011). In: Z Gerontol Geriat 2011,44:73–98*

MultiCare ist ein interdisziplinärer und multi-zentrischer Verbund zur Erforschung von Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung, der vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf koordiniert wird. Multimorbidität ist eines der wichtigsten Versorgungsprobleme des Hausarztes. Wenig ist bekannt über die gegenseitige Beeinflussung mehrerer Krankheiten in Entstehung und Verlauf, auch gibt es bislang keine Leitlinien für die Behandlung. Folgende Ziele werden verfolgt: Identifikation der Multimorbiditätsmuster in der Population der älteren

Hausarztpatienten, Analyse der epidemiologischen Zusammenhänge innerhalb dieser Muster, Untersuchung des Schweregrades und der Folgen von Multimorbidität für ältere Menschen sowie Erprobung von Ansätzen zur Verbesserung der Qualität der hausärztlichen Versorgung für multimorbide Patienten.

---

### Einsatz des STEP-Assessment zur systematischen Krankheits- erfassung und -bewertung älterer Menschen in Hausarztpraxen

*Theile, G.; Junius-Walker, U.; Hummers-Pradier, E. (2012). In: C. Günster; J. Klose; N. Schmacke (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter (Kap. 12, S. 193–205). Stuttgart: Schatthauer GmbH*

Die medizinischen Versorgungsstrukturen im hausärztlichen Bereich sind unzureichend auf die Erfordernisse eingestellt, die aus einer steigenden Zahl an älteren, chronisch kranken und multimorbiden Patienten erwachsen. Zwei vom Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover initiierte und vom BMBF geförderte Projekte zum geriatrischen STEP-Assessment konnten zeigen, dass eine solche umfassende und strukturierte Untersuchung eine relevante Zahl an Gesundheitsproblemen aufdeckt, die dem Hausarzt nicht selten vorher unbekannt waren. Ein sich anschließendes Patient-Arzt-Gespräch führt zu einer Senkung der subjektiven Krankheitslast des Patienten. Allerdings stimmen Patient und Arzt in der Regel nicht darüber ein, welche Gesundheitsprobleme besonders wichtig und prioritär zu behandeln sind. Ein spezieller Gesprächsleitfaden kann die Annäherung der beiden Sichtweisen unterstützen.

## Zur aktuellen Situation der geriatrischen Rehabilitation

Christian Zippel

„Das Fach Geriatrie ist nicht gleich Rehabilitation, aber es gibt keine Geriatrie ohne Rehabilitation. So ist Geriatrie immer sowohl medizinische Diagnostik und Therapie inkl. Assessment wie rehabilitatives Geschehen. Der Schwerpunkt des Handelns orientiert sich an den jeweiligen Bedürfnissen des geriatrischen Patienten.“ Dieser Satz hat nichts von seiner Gültigkeit verloren. Er ist den „Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation“ zu entnehmen, die von der damals gerade gegründeten „Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitations-einrichtungen e.V.“ auf den Weg gebracht wurden (Meier-Baumgartner u.a. 1996, S.9). Diese Gesellschaft, in denen die meisten Träger von geriatrischen Versorgungseinrichtungen Mitglied sind, heißt seit 2008 „Bundesverband Geriatrie e.V.“.

### Geriatrische Rehabilitation: Ziele und Anforderungen

Durch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK) ist im Hinblick auf die geriatrische Rehabilitation eine junge, zusätzliche Verpflichtung entstanden, denn wegen ihrer Ratifizierung durch die Bundesrepublik Deutschland ist sie auch für Deutschland zum unmittelbar geltenden Recht geworden. Sie verpflichtet die staatlichen und kommunalen Stellen, für Menschen mit Behinderungen in allen Bereichen eine gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe zu gewährleisten. Dies umfasst alle Aspekte von körperlicher, psychischer und sozialer Behinderung. Somit ist auch jede pflegebedürftige Person per se als ein behinderter Mensch zu betrachten!

Es gehört zu den demografischen Herausforderungen, mit der zunehmenden Zahl von pflegebedürftigen Personen nicht nur ihre Versorgung und Betreuung zu sichern, sondern diese Zahl durch geeignetes sozial- und gesundheitspolitisches Handeln zu begrenzen. Darum ist das Augenmerk vorrangig auf die Prävention von Pflegebedürftigkeit und vor allem auf die Potenziale der geriatrischen Rehabilitation zu richten.

Es gehört zu den Besonderheiten der Geriatrie, dass sie es aufgrund häufig vorliegender Multimorbidität mit sehr individuellen Behinderungsprofilen zu tun hat. Daraus ergibt sich ein spezieller Bedarf an Diagnostik und Therapie, um möglichst frühzeitig und umfassend die Potenziale des alten Menschen erkennen und nutzen zu können. Es gehört zu den zentralen Behandlungs- und Rehabilitationszielen, dem alten kranken und behinderten Menschen wieder weitgehende Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und somit soziale Teilhabe zu ermöglichen. Insbesondere der Wiedereingliederung in das vertraute Wohnen kommt eine hohe Bedeutung zu.

In der Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten / UEMS vom 6. September 2008 heißt es u.a. dazu: Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die *Optimierung des funktionellen Status* des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Die Behandlung wie auch die davon nicht abzutrennenden Reha-Maßnahmen bedürfen eines umfassenden geriatrischen Assessments, mit deren Hilfe die konkret vorliegenden individuellen Beeinträchtigungen und Teilhabedefizite festgestellt werden können. Deshalb ist für alle geriatrischen Versor-

gungseinrichtungen die Anwendung und der Einsatz der geriatrischen Assessments, mindestens auf der Basis von fünf Bereichen (Mobilität, Kognition, Selbsthilfefähigkeit, Emotion, soziale Versorgung), die Voraussetzung, um gemeinsam mit dem Patienten die individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsziele festzulegen. Dieses geriatrische Assessment sowie die geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation setzt eine fundierte spezifische Ausbildung des multiprofessionellen Teams voraus.

Essentiell ist der frühestmögliche Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen, weil jede Verzögerung gerade bei geriatrischen Patienten zu einer später nicht mehr zu kompensierenden Verschlechterung von Gesundheit, funktionellem Status und effektiver Situation führen kann.

Neben dem Prinzip der Wohnortnähe, dem beim geriatrischen Patient im Hinblick auf die hohe Relevanz von Kontextfaktoren für die Teilhabe besondere Bedeutung zukommt, ist auch eine Vernetzung der verschiedenen Versorgungsangebote wichtig, gerade auch im Hinblick auf die Grenzen unseres sektoral gegliederten und budgetierten Versorgungssystems. Ambulante, teilstationäre und stationäre sowie frührehabilitative und rehabilitative geriatrische Behandlungen müssen enger verbunden und miteinander vernetzt sein. Nur ein engmaschiges, wohnortnahes, flächendeckendes Versorgungsnetzwerk kann den Teilhabeanspruch umsetzen. Auf Versorgungslücken in dieser Hinsicht wird im Folgenden hingewiesen. Dabei ist zu bedenken, dass in der geriatrischen Rehabilitation längere Rehabilitationszeiten erforderlich werden können.

Der spezifisch geriatrische Kompetenzerwerb in Aus-, Fort- und Weiterbildung stellt ein Problem der Geriatrie dar. Denn es ist dringend erforderlich, die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatrie qualitativ und quantitativ deutlich zu verbessern. Die Angebote dazu sind bereits recht umfangreich, aber sie werden noch zu wenig wahrgenommen, und auch zwischen den in der Geriatrie tätigen Berufsgruppen sehr differenziert.

### **Versorgungsstrukturen: Akutgeriatrische Krankenhäuser und Geriatrische Rehakliniken**

Das einführende Zitat spiegelt auch wider, dass Zielstellungen, Behandlungsabläufe und personelle Teamzusammensetzung der stationären und teilstationären geriatrischen Einrichtungen eng mit den rehabilitativen Aufgaben der Geriatrie zusammen hängen. Das trifft sowohl für die (akut)geriatrischen Krankenhäuser nach § 109 SGB V als auch für die geriatrischen Rehabilitationskliniken nach § 111 SGB V (Reha-Kliniken) zu. Die Prozedurenziffern OPS<sup>1</sup> 8 – 550 zur „Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung“, auf deren Basis die geriatrischen Krankenhäuser ihre Leistungen im Rahmen des deutschen DRG (Diagnosis related groups) – Systems mit den Gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, können als weiterer Beleg für das starke Gewicht der Rehabilitation in der Geriatrie gelten. Für die Geriatrischen Tageskliniken steht seit 2007 analog die OPS-Ziffer 8 – 98a zur Verfügung. Für beide OPS-Ziffern gilt mit unwesentlichen Abweichungen, dass folgende Mindestmerkmale vorliegen müssen, damit die „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ Vergütungsrelevanz im Rahmen des deutschen DRG-Systems erhält:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich)
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in 5 Bereichen (Mobilität, Kognition, Selbsthilfefähigkeit, Emotion, soziale Versorgung), am Ende in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität)
- Teambesprechung mit wöchentlich aktualisiertem, schriftlichem Behandlungsplan
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal,
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 Therapiebereichen (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/orofaciale Therapie und/oder Psychologie/Neuropsychologie),

<sup>1)</sup> Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die deutsche Modifikation der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM)

<sup>2)</sup> Schließungen von Kliniken bzw. Kapazitätsreduktionen

- Einsatz bestimmter durchschnittlicher Mindesttherapieintensitäten und Mindesttherapiedauern,
- Vorhalten eines Sozialdienstes.

In den geriatrischen Reha-Kliniken nach § 111 SGB V sind ähnliche Inhalte und Personalstrukturen zu berücksichtigen, wie die bis zum 30.09.2012 weitgehend abgeschlossene Zertifizierung ausgewiesen hat. Das bezieht sich auch auf die Erfassung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Allerdings mangelt es noch an Kriterien, mit deren Hilfe besser die Ergebnisqualität nachgewiesen werden kann. Hier bedarf es stärkerer Unterstützung der Versorgungsforschung.

Die Unterschiede im Leistungsangebot und -verhalten zwischen den geriatrischen Krankenhäusern nach § 109 SGB V und den geriatrischen Rehabilitationskliniken nach § 111 SGB V erscheinen bislang eher gradueller Natur zu sein. Ähnliches kann auch von den teilstationären Angeboten, wie den geriatrischen Tageskliniken und der ambulanten geriatrischen Rehabilitation gesagt werden.

Allein diese Auflistung der bestehenden geriatrischen Rehabilitationsangebote macht deutlich, dass die geriatrische Rehabilitationslandschaft wie kaum ein anderer Versorgungsbereich bis zum heutigen Tage stark zersplittert ist, denn auf Grund des föderalistisch strukturierten deutschen Gesundheitssystems „differieren quantitativ, qualitativ und ebenso vertragsrechtlich die geriatrischen stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen zwischen den Bundesländern beträchtlich“ (Bundesverband Geriatrie 2010). So entwickelten sich in den Bundesländern – in oft voneinander stark abweichenden Anteilen – einerseits vor allem geriatrische Reha-Kliniken mit eindeutigem Rehabilitationsschwerpunkt, andererseits mehr geriatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern. Es liegt auf der Hand, dass diese „Vielfalt“ der geriatrischen Strukturen den Aufbau und die Umsetzung bundesweit einheitlicher Versorgungskonzepte erschwert (Zippel u.a. 2011). Das bedingt nicht nur eine gewisse Unübersichtlichkeit, sondern dies trägt gerade im Hinblick auf die geriatrischen Reha-Kliniken nach § 111 SGB V zu aktuellen

krisehaften Erscheinungen<sup>2)</sup>, die an einer seit längerem bestehenden Unterfinanzierung vieler dieser Einrichtungen festgemacht werden kann, bei.

Aktuell ist es für Träger von Versorgungseinrichtungen finanziell günstiger, geriatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen vorzuhalten oder zu schaffen, so dass einige Reha-Kliniken bemüht sind, sich in geriatrische Krankenhäuser umwandeln zu lassen oder akutgeriatrische Betten zu erhalten. Die Zahl der geriatrischen Krankenhäuser ist in einzelnen Bundesländern sprunghaft gestiegen, so z.B. in Bayern von 8 im Jahr 2007 auf 50 des Jahres 2012 (Huml 2012). In Sachsen hat inzwischen fast jeder Landkreis – mit Ausnahme Osterzgebirge – mindestens je eine akutgeriatrische Abteilung erhalten. Noch 2008 mussten Versorgungsdefizite in der Geriatrie eingeräumt werden (Bundesverband Geriatrie 2010, S. 265). Ein wesentlicher Nachteil der geriatrischen Reha-Kliniken liegt weiterhin im Zuweisungsrecht zur Rehabilitation durch die Gesetzlichen Krankenkassen.

Da mit dem Behindertengesetzbuch, dem Sozialgesetzbuch IX, der behinderte Mensch – unabhängig von seinem Alter – ein gesetzlich fixiertes Recht auf Rehabilitation bei vorliegender Rehabilitationsfähigkeit hat, ist zu überlegen, welche rechtlichen Möglichkeiten bestehen, für ausreichende Rehabilitationsangebote der Geriatrie zu sorgen. Leider nutzt die Geriatrie das SGB IX mit seinen Möglichkeiten noch zu wenig als Entscheidungshilfe, was manche Vollzugsdefizite der Behindertengesetzgebung erklärt.

Es soll aber an dieser Stelle keine Analyse der jeweiligen Situation in den einzelnen Bundesländern vorgenommen werden, sondern es geht um die prinzipielle Feststellung, dass die noch weithin bestehende Unterfinanzierung der geriatrischen Rehabilitationskliniken zu einer Gefährdung der geriatrischen Versorgung in weiten Teilen Deutschlands führen kann, selbst in Gebieten mit recht ausgewogenen geriatrischen Strukturen.

Immerhin besteht ab 01.01.2013 für die Bundesländer der gesetzliche Auftrag, Schiedsstellen unter neutraler Leitung, z.B. von ehemaligen Richtern, einzurichten, um die finanziellen Probleme zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und den Trägern von Rehabilitationskliniken nach § 111 SGB V zu klären bzw. zu einer Lösung zu bringen. Das schließt die geriatrischen Reha-Einrichtungen ein. Obwohl dringender Handlungsbedarf besteht, sind die Bundesländer bislang sehr unterschiedlich vorbereitet hinsichtlich Aufnahme der Schiedsstellenarbeit, Gestaltungsauftrag und ihrer Besetzung. Immerhin stellt die Einrichtung dieser Schiedsstellen eine gewisse Ermutigung für die geriatrische Rehabilitation dar.

Während die Schiedsstellen Erwartungen wecken, kann die nunmehr auch gesetzlich eingeleitete Möglichkeit, Geriatrische Institutsambulanzen an geriatrischen Krankenhäusern aufzubauen, bestimmte Tendenzen und Widersprüche zu Lasten der Rehabilitation verstärken. Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass Geriatrische Institutsambulanzen auf den Weg gebracht werden, weil die medizinische Versorgung geriatrischer Patienten davon profitieren wird. Aber es wird ein derartiges Beratungs- und Behandlungsangebot dort nicht geben können, wo geriatrische Reha-Kliniken dominieren, und es können sich die Unterschiede innerhalb der geriatrischen Versorgung alter, behinderter Menschen verschärfen.

### **Ambulante geriatrische Rehabilitation, Mobile geriatrische Rehabilitation, Geriatrische Tageskliniken**

Um den individuellen rehabilitativen Bedürfnissen geriatrischer Patienten gerecht werden zu können, ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation sowie Verbreitung innovativer Versorgungsangebote dringend erforderlich. Hierzu zählen zum Beispiel regionale geriatrische Netzwerke, die Mobile geriatrische Rehabilitation (MGR), die Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR), – für beide liegen durch die Spitzenverbände gut erarbeitete Rahmenempfehlungen (s.u.) vor –, geriatrische Schwerpunktpraxen, Geriatrischen Institutsambulanzen oder der

gezielte Einsatz präventiver Hausbesuche im Rahmen des § 5 SGB XI. Die Landesregierung von Bayern hat immerhin für die Einrichtung einer MGR Unterstützung zugesagt, sodass in Coburg die erste in Bayern an das Netz gehen konnte. Insgesamt lässt sich aber konstatieren, dass bis zum heutigen Tage die MGR kaum jemand kennt. Und für die AGR ist für die wenigen bestehenden AGR eine nicht akzeptable Unterfinanzierung festzustellen.

### **Geriatrische Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit**

Eine besondere Bedeutung ist der strukturellen Verknüpfung zwischen geriatrischer Rehabilitation und den Leistungsbereichen der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) zuzumessen. Hier gibt es sowohl fachlich-inhaltliche Schnittstellen als auch komplexe wirtschaftliche Zusammenhänge. Spätestens bei der Beantragung einer Pflegestufe stellt sich zwingend die Frage nach der prioritären Ausschöpfung des geriatrischen Rehabilitationspotenzials. Ein entsprechendes individuell ausgerichtetes Angebot darf keinem betroffenen Patienten vorenthalten werden. Ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation besteht bei entsprechendem Bedarf auch bei vorliegender Pflegestufe. Aber nicht immer wird das Rehabilitationspotenzial von geriatrischen Patienten bereits während der regulären Versorgung erkannt. Leider ist es nicht selten in der Praxis zu beobachten, dass bei Vorliegen einer Pflegestufe ein bestehendes Rehabilitationspotenzial in Zweifel gezogen wird. Dies betrifft insbesondere Heimbewohner, denen dadurch der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation nicht selten verwehrt bleibt.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber festgelegt, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung auch Stellung zum noch vorhandenen Rehabilitationspotenzial genommen werden muss.

Auch die aktuell bestehenden Anreizstrukturen der Pflegeversicherung sind wenig geeignet, dem geriatrischen Patienten zur Inanspruchnahme seines individuellen Rehabilitationsanspruchs zu motivieren. Die Verhinderung einer Höhereinstufung innerhalb der Pflegeversicherung oder gar der „Verlust“

einer Pflegestufe bedeutet für die betroffene Personen, ihren Angehörigen, für ambulante Pflegedienste oder Heimbetreiber eine direkte finanzielle Einbuße. Dadurch liegt das Interesse häufig zuerst auf der Erlangung von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung SGB XI.

Ein Bonus- bzw. Ausgleichssystem für den betroffenen Patienten wäre möglicherweise in der Lage, die „Akzeptanz“ von Rehabilitationsangeboten zu erhöhen.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber zwar einen ersten finanziellen Ausgleich zum Beispiel für Heimeinrichtungen bei Absenkung einer Pflegestufe als Ergebnis erfolgreicher Rehabilitationsmaßnahmen kodifiziert, dies hat jedoch in der Praxis bisher kaum erkennbare Wirkungen gezeigt .

### Ausblick

Insgesamt ist aber festzuhalten, dass durch den stattfindenden Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen alte Patienten immer mehr Möglichkeiten haben, geeignete Versorgungsangebote für alle Behandlungsphasen mit entsprechender geriatrischer Fachkompetenz zu finden, landesweit aber noch sehr unterschiedlich. Die Geriatrie hat aber gelernt, ihr geriatrisches Handeln auf die jeweils vorliegenden strukturellen Rahmenbedingungen einzustellen. Trotzdem ist es erforderlich, die Versorgungsstrukturen für alte, kranke Menschen weiterzuentwickeln und vor allem die Rehabilitationsangebote zu stabilisieren. Hierbei kommt einer besseren Vernetzung der Versorgungsstrukturen besondere Bedeutung zu. Darum müssen auch die „kontraproduktiven“ versorgungsrechtlichen Grenzen zwischen akutgeriatrischer (frührehabilitativer) Behandlung und geriatrischer Rehabilitation abgebaut werden.

Die nachfolgenden Forderungen und Empfehlungen des Ausschusses „Geriatrische Rehabilitation“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) stellen eine Zusammenfassung dieser Ausführungen dar. Sie wurden zur Umsetzung der BRK im Feld der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung entwickelt:

- Die Ressourcen der geriatrischen Rehabilitation sind dem steigenden Bedarf anzupassen. Der Bedarf sollte im Rahmen einer gezielten Versorgungsforschung ermittelt werden.
- Erforderlich ist die Entwicklung, Erprobung, Evaluation und Verbreitung innovativer geriatrischer Versorgungsangebote (oben genannt).
- Es muss stärker sichergestellt werden, dass dem geriatrischen Patienten alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote – von ambulant bis stationär – für alle Phasen seiner Erkrankung wohnortnah und gut vernetzt zur Verfügung stehen.
- Die medizinischen Versorgungsstrukturen müssen befähigt werden, geriatrische Patienten in der täglichen Versorgungspraxis schnell und effizient erkennen und deren individuellen Versorgungsbedarf entsprechend der BRK ermitteln zu können.
- Erforderlich ist bei geriatrischen Patienten der zeitnahe, frühestmögliche Beginn notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen, weil Verzögerungen häufig zu fortschreitenden Beeinträchtigungen führen, die später oft nicht mehr kompensiert werden können.
- Die quer durch Deutschland gehende Trennung in akutmedizinische und rehabilitative Leistungen in der Geriatrie wird häufig dem Bedarf geriatrischer multimorbider Patienten nicht gerecht. Verschiedene landesspezifische Regelungen zur Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung (Krankenhaus, Rehabilitation, Pflegeinstitutionen, ambulante Versorgung) führen überdies oft zu mangelhafter Transparenz bei Verantwortlichen wie auch Anspruchsberechtigten. Es ist für eine gleichberechtigte Teilhabe auch älterer Behinderter dringend zu empfehlen, diese Erschwernisse zu beseitigen. Darum sollte überlegt werden, wo es sinnvoll ist, die Trennung in „Geriatrische Rehabilitation“ (§ 109 SGB V) und „Geriatrische Rehabilitation“ (§ 111 SGB V) zu überwinden.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatrie muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden. Dies erfordert einen deutlichen Ausbau der fachspezifischen Qualifizierung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Berufsgruppen auf allen Qualifizie-

rungsebenen. Das betrifft auch die Qualifizierung zur Verordnung und Versorgung mit Hilfsmitteln.

- Der Nutzen der geriatrischen Rehabilitation muss deren Kostenträgern zu Gute kommen. Dies kann auch durch einen finanziellen Ausgleich zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung SGB V und der Sozialen Pflegeversicherung SGB XI erfolgen.
- Pflegebedürftigen Personen einschließlich Heimbewohnern, bei denen bereits eine Pflegestufe vorliegt, muss bei Bedarf der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation bei Bedarf gewährleistet werden. Dem stehen wirtschaftliche Fehlanreize entgegen, die überwunden werden müssen. Zudem muss über Bonus- und Ausgleichssysteme nachgedacht werden.

*Prof. Dr. med. Christian Zippel ist Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie. Er ist Chefarzt der Klinik für Geriatrie des Lutherstiftes Frankfurt/Oder und Vorsitzender des Ausschusses „Geriatrische Rehabilitation“ in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)*

*Kontakt:  
ChZippel@t-online.de*

#### *Literatur:*

- Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. (AFGiB e.V.) 2012
- Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (2010) : Weißbuch Geriatrie. Kohlhammer, Stuttgart
- Huml, M. (2012), Staatssekretärin, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Bayreuth, Jahrestagung Bundesverbandes Geriatrie e.V., 12.11.2012
- Lübke, N. (2009): Der „geriatrische Patient“ – Zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung. Med. Sachverst. 105, 1, S. 11 – 17
- Meier-Baumgartner, H. P.; Hain, G.; Oster, P.; Steinhagen-Thiessen, E. und Vogel, W. (1996): Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation. Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Hrsg.), Gustav Fischer Verlag, Jena
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004, s. [www.ikk.de/generator/ikk/fuer-medizinberufe/vorsorge-und-rehabilitation/3256.pdf](http://www.ikk.de/generator/ikk/fuer-medizinberufe/vorsorge-und-rehabilitation/3256.pdf)
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2007): Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05. 2007
- Strüwer, E.; Lüttje, D.; Wittrich, A.; Hatzopoulos, K. u. Thiel, F. (2012): Kodierhandbuch Geriatrie 2012, Bundesverband Geriatrie, Schöling, Münster, S. 28–35
- Zippel, Ch., Lübke, N. und Hahn, K. (2011): Gerontologie, Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation. In: Zippel, Ch. und Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage, Mabuse, Frankfurt./M., S. 44–66



# Das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ Gesundheitsförderung und Prävention in einer älter werdenden Gesellschaft

Jochen Philipp Ziegelmann

## Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de und die nationalen und internationalen Gesundheitsziele

*gesundheitsziele.de* ist ein Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren des Gesundheitswesens. Im Konsensprinzip werden hierbei auf der Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse Gesundheitsziele entwickelt, welche mit Maßnahmen zur Zielerreichung verbunden werden. Zentral für die Umsetzung ist die Selbstverpflichtung der verantwortlichen Akteure (Gesundheitsziele.de 2010). Der Kooperationsverbund hat seit dem Jahr 2000 sieben nationale Gesundheitsziele entwickelt, zwei davon sind bereits aktualisiert worden und zwei weitere befinden sich derzeit in Überarbeitung. Diese Gesundheitsziele lassen sich vier Zielbereichen und sieben Querschnittanforderungen zuordnen (s. Tab. 1), wobei „Patientensouveränität“ gleichzeitig Gesundheitsziel, Zielbereich und Querschnittanforderung ist. Bis 2006 waren die Gesundheitsziele ein vom Bund gefördertes Modellprojekt, seit 2007 erfolgt die Finanzierung durch die Kooperationspartner von *gesundheitsziele.de*. Der internationale Gesundheitszieleprozess wurde in den 1970er Jahren von der WHO angestoßen (für einen Überblick siehe Thietz u. Hartmann 2012). Der deutsche Gesundheitszieleprozess orientiert sich unter anderem an der WHO-Initiative „Gesundheit für Alle“ für die Europäische Region (Weltgesundheitsorganisation 1998), welche zwei Hauptziele formuliert (1) „die Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu schützen“ sowie (2) „die Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen zu reduzieren und die auf Krankheiten durch Verletzungen zurückzuführenden Leiden zu mindern“.

Gerade vor dem Hintergrund des ersten WHO-Ziels wäre es wünschenswert, mit dem nächsten Gesundheitsziel das mittlere Erwachsenenalter abzudecken (beispielsweise mit einem Gesundheitsziel zur „betrieblichen Gesundheitsförderung“). Zusammen mit den beiden Gesundheitszielen „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ wäre dann die gesamte Lebensspanne hinreichend abgedeckt.<sup>1</sup>

## Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels

Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wurde unter der Leitung von Rudolf Herweck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.) erarbeitet und am 29. März 2012 von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr anlässlich des Weltgesundheitstages 2012 und des Europäischen Jahrs des aktiven und gesunden Alterns vorgestellt. Die Beantwortung der Frage, wie „Aktives Altern“ gefördert werden kann, war eine der Leitfragen während der Entwicklung des Gesundheitsziels. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie eine bessere Gesundheitsförderung sowie eine bessere Versorgung älterer Menschen im Krankheits- oder Pflegefall gewährleistet werden kann. Das nationale Gesundheitsziel greift hierbei auf Überlegungen des sechsten Altenberichts (BMFSFJ 2010a) zurück und tritt entsprechend für die Schaffung eines realistischeren Bildes vom Alter und Altern ein. Bei der Entwicklung des Ziels wurde ein Schwerpunkt auf evidenzbasierte Maßnahmen gelegt und darauf geachtet, dass es zentrale Kriterien entwicklungsorientierter Intervention berücksichtigt (Ziegelmann 2012) und somit Multidimensionalität, Multidirektionalität, sowie inter- und intraindividuelle Variabilität von Altersprozessen mit einschließt und auf besondere Herausforderungen des Alters, wie z. B. Multi-

<sup>1</sup> Eine Fokussierung auf das mittlere Erwachsenenalter wäre auch deshalb sehr wünschenswert, da das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ die über 65-Jährigen als Zielgruppe definiert hat, was dem gegenübersteht, dass wir ja in allen Lebensphasen zum Fundament für ein erfolgreiches Altern beitragen können (Ziegelmann u.a. 2011). Die nächsten Ziele könnten sich dann wieder der Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen widmen, wobei festzuhalten ist, dass die deutschen Gesundheitsziele bisher eher einen Schwerpunkt auf Bevölkerungsgruppen und Erkrankungen hatten (Thietz u. Hartmann 2012) und weniger auf die Vermeidung von Verletzungen (siehe WHO-Ziel), wie z. B. Schädel-Hirn-Traumata.

*Tabelle 1: Die bisherigen sieben nationalen Gesundheitsziele sowie die vier Zielbereiche und sieben Querschnittanforderungen*

<i>Gesundheitsziele</i>
Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (Vorgestellt 2003, Aktualisierung 2010)
Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (Vorgestellt 2003, Aktualisierung 2011)
Tabakkonsum reduzieren (2003, wird derzeit aktualisiert)
Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003, wird derzeit aktualisiert)
Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
Gesund älter werden (Vorgestellt 2012)
<i>Zielbereiche</i>
Krankheitsbezug
Gesundheitsförderung und Prävention
Bevölkerungs- und Altersgruppen
Stärkung der Bürger- und Patientenbeteiligung
<i>Querschnittanforderungen</i>
Stärkung der Selbsthilfe
Bürger- und Patientenorientierung
Prävention auch bei Krankheitsbezug
Evidenzbasierung
Sektorale Verzahnung und Integration
Gesundheitliche Chancengleichheit
Gender Mainstreaming

morbidität, zugeschnitten ist. Ein damit verbundenes Ziel ist es, gerade auch für Hochbetagte, das vorhandene Potenzial an primärer Prävention, Aktivität oder gesellschaftlicher Teilhabe besser als bisher auszuschöpfen (s. a. Motel-Klingebiel u.a. in Druck). Das nationale Gesundheitsziel benennt für die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsförderung und der Versorgung älterer Menschen konkrete Maßnahmen und Akteure. Es kann somit auch als ein wichtiger Baustein zur Umsetzung der Demografiestrategie

der Bundesregierung gesehen werden, welche für ein aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter eintritt und die folgenden drei Zielstellungen hat: (1) Selbstbestimmtes Leben, Aktivität im Alter fördern und das Leitbild der sorgenden Gemeinschaft etablieren; (2) Gesellschaftliche Teilhabe im Alter ermöglichen und das Engagementpotential aller Generationen aktivieren; (3) Gesundes Altern unterstützen, qualitätsvolle und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung sichern (Bundesministerium des Innern 2012). Die Entwicklung der nationalen Gesundheitsziele und insbesondere die Entwicklung des Ziels „Gesund älter werden“ stellt insofern einen wichtigen Beitrag dazu dar, wie wir die gesundheitliche Versorgung angesichts des demografischen Wandels einerseits gestalten und andererseits auch sicherstellen wollen.

### **Handlungsfelder**

Alle sieben Gesundheitsziele sind nach einer einheitlichen Struktur (Oberziel, Handlungsfelder, Ziele, Teilziele, Maßnahmen und Adressaten) aufgebaut: „Gesund älter werden“ stellt das Oberziel dar und dieses ist in drei Handlungsfelder unterteilt (s. Tab. 2 mit den zugehörigen 13 Zielen). Diese Handlungsfelder wiederum sind in Ziele und Teilziele sowie in Empfehlungen für Strategien und Maßnahmen untergliedert. Den Abschluss eines Gesundheitsziels bilden die „Startermaßnahmen“ (s. Tab. 3), welche formuliert werden, um eine rasche Umsetzung erster Maßnahmen zu gewährleisten.

Das Handlungsfeld 1 behandelt die Frage, wie die Autonomie älterer Menschen möglichst lange durch Gesundheitsförderung und Prävention erhalten bleiben kann. Anhand des ersten Ziels dieses Handlungsfelds mit dem Titel „Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt“ wird im Folgenden der Zusammenhang von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen zur Zielerreichung erläutert. Da gesellschaftliche Teilhabe zur Gesunderhaltung und zur Lebensqualität beiträgt, werden unter Ziel 1 Maßnahmen vorgeschlagen, die Menschen dabei unterstützen, gesellschaftliche Teilhabe weiter auszuüben. Zusätzlich werden Maßnahmen vorgestellt, die darauf hinwirken, Barrieren abzubauen (zum Beispiel durch die Erhöhung der Verfügbarkeit

Tabelle 2: Die drei Handlungsfelder

<i>Handlungsfeld 1: Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten</i>	
Ziel 1:	Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert
Ziel 2:	Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert
Ziel 3:	Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten
Ziel 4:	Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen
Ziel 5:	Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert
<i>Handlungsfeld 2: Gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung</i>	
Ziel 6:	Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt
Ziel 7:	Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen
Ziel 8:	Die Interessen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen sind berücksichtigt
<i>Handlungsfeld 3: Besondere Herausforderungen</i>	
Ziel 9:	Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen sind erhalten und gestärkt
Ziel 10:	Die psychische Gesundheit älterer Menschen ist erhalten, gestärkt bzw. wiederhergestellt
Ziel 11:	Demnzerkrankungen sind erkannt und Demnzerkrankte sind angemessen versorgt
Ziel 12:	Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von Multimorbidität sind gemindert
Ziel 13:	Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt

attraktiver und barrierearmer Freiflächen und Aktivitätsräume), um Teilhabe und freiwilliges Engagement zu ermöglichen. Ziel 1 ist hierbei wiederum in 9 Teilziele untergliedert. Zur Illustration wird nun das Teilziel 5 für Ziel 1 wiedergegeben:

*„Das gesellschaftliche Engagement älterer Menschen und die Selbsthilfe älterer Menschen sind gefördert. Für ältere Menschen, die sich gesellschaftlich engagieren wollen, sowie für ältere Menschen, die Zugang zu einer Selbsthilfegruppe suchen oder eine Selbsthilfegruppe gründen wollen, stehen niedrigschwellige und kultursensible Informationen, Beratung und Unterstützung bereit.“*

Zur Umsetzung von Ziel 1 werden insgesamt 21 Maßnahmen (z.B. Sockelfinanzierung von engagementfördernden Strukturen) und 10 Adressaten (z.B. Landkreise und Kommunen), die diese Maßnahmen umsetzen können, genannt. Schließlich ist Ziel 1 auch mit einer Startermaßnahme verbunden, welche beinhaltet, ein kommunales Modell zur bewegungsförderlichen Gestaltung des öffentlichen Raums zu entwickeln, um insbesondere bei benachteiligten Personen gesellschaftlich aktives Altern besser zu ermöglichen. Auch wenn anhand der Daten des Deutschen Freiwilligensurveys (FWS) zwischen 1999 und 2009 ein Anstieg des freiwilligen Engagements bei den älteren Menschen zu verzeichnen war (BMFSFJ 2010b), gilt es weiterhin, das Engagement und die Engagementbereitschaft älterer Menschen weiter zu stärken, beziehungsweise zu aktivieren (Bundesministerium des Innern 2012).

### **Ausblick: Umsetzung und Evaluation**

In einem ersten Schritt hat die Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ einstimmig empfohlen. Das Konzept des Gesundheitsziels dient nun auch als eine Grundlage für die Zielprozesse und politischen Handlungsfelder der Länder („Landesgesundheitsziele“). Seit April 2011 bereits gibt es mit dem Infopool Gesundheitsziele eine aktualisierte offizielle Gesamtdarstellung aller Ländergesundheitsziele (Gesundheitsziele.de 2011). Das Land Berlin verständigte sich beispielsweise be-

reits im Juni 2011 u. a. darauf, die „gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihrer Angehörigen fördern und adäquate Versorgungsstrukturen weiterentwickeln“. Von den Ländern wiederum geht auch die Bitte an Kommunen, das Gesundheitsziel als Handlungsgrundlage zu nutzen.

*Tabelle 3: Die „Startermaßnahmen“*

Start einer Kampagne zur Vermittlung eines realistischen Altersbildes, aufbauend auf dem BMFSFJ-Programm „Alter neu denken – Altersbilder“.

Entwicklung eines kommunalen Modells zur bewegungsförderlichen Gestaltung des öffentlichen Raums mit einem Schwerpunkt gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Personen.

Modell von Wohnraumanpassungen – z. B. durch eine öffentliche Wohnungsbaugesellschaft –, mit denen der Eintritt von Pflegebedarf gemindert wird.

Weiterentwicklung und Ausbau wohnortnaher Strukturen zugehender und aufsuchender Maßnahmen für ältere Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelten sozial oder gesundheitlich benachteiligter Personen.

Entwicklung eines kommunalen Modells zur Erhöhung der Lesefreundlichkeit von Hinweisen, Angaben und Erläuterungen in allen Bereichen des öffentlichen Raums (z. B. in Verwaltungen oder in Museen).

Durchführung von Veranstaltungen zur Mundgesundheit älterer Menschen, z. B. Gesundheitsmessen, Tagen der offenen Tür, Tagen der Zahngesundheit.

Aufbereitung und Verbreitung von Informationen über psychische Störungen im Alter, beispielsweise über Broschüren, Internet, insbesondere für Hausärztinnen und Hausärzte, Betroffene und Angehörige.

Verbreitung – vor allem in Hausarztpraxen – von Arzneimittellisten (zum Beispiel PRISCUS-Liste), die unerwünschte Arzneimittelwirkungen anzeigen.

Entwicklung, Erprobung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien für häufige Krankheitskombinationen und häufige Komorbiditäten bei älteren Menschen.

Anerkennung der Arbeit pflegender Angehöriger, z. B. durch die Umsetzung eines „Tages der pflegenden Angehörigen“.

Verbesserung der wissenschaftlichen Befundlage zur Gesundheit und Lebensweise über 70-Jähriger, dazu verstärkte Befragung der über 70-Jährigen im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS).

Auf dieser Ebene (Landkreise, kreisfreie Städte und Kommunen) werden die Landesgesundheitsziele bspw. durch den öffentlichen Gesundheitsdienst umgesetzt. Thietz und Hartmann (2012) regen in diesem Zusammenhang dazu an zu erforschen, welche Chancen eine stärkere Kommunalisierung der Gesundheitsziele (wie es beispielsweise in Greifswald bereits der Fall ist) mit sich bringen könnte. Besonderheiten, wie eine spezifische demografische Entwicklung, könnten beispielsweise somit besser berücksichtigt werden. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Kommunalisierung der Gesundheitsziele ist jedoch eine entsprechende finanzielle Ausstattung der Kommunen. Insofern trifft es sich gut, dass der Siebte Altenbericht konkrete Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Seniorenpolitik in den Kommunen enthalten wird. Der konkrete Auftrag an die Sachverständigenkommission heißt „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ und soll die verschiedenen Lebenslagen älterer Menschen berücksichtigen, und die Handlungsempfehlungen sollen einen Beitrag zu einem selbstbestimmten Leben im Alter leisten.

Einen wichtigen Impuls zur Umsetzung des Gesundheitsziels bieten zunächst die formulierten Startermaßnahmen (s. Tab. 3). Eine gute Gelegenheit, um die Umsetzung des „Gesundheitsziels: Gesund älter werden“ voranzutreiben, wurde auch auf dem 10. Deutschen Seniorentag im Mai 2012 in Hamburg wahrgenommen: So gab es einen eigenen Workshop sowie Stände zur Vorstellung von beispielhaften Maßnahmen für die Gesunderhaltung älterer Menschen. Insgesamt gilt es aber, nicht nur neue Angebote der Prävention zu schaffen, sondern dafür Sorge zu tragen, dass sowohl bestehende als auch neue Angebote so gestaltet sind und bekannt gemacht werden, dass sie von der Zielgruppe auch wahrgenommen und genutzt werden (Jordan u. von der Lippe 2012).

Um den Gesundheitszieleprozess nachhaltiger zu installieren und verbindlicher für Akteure zu machen, sind verschiedene Wege denkbar: Beispielsweise über eine stärkere Selbstverpflichtung oder aber über die Gesetzgebung. In Anlehnung an §20 SGB V zur

Prävention und Selbsthilfe könnte man formulieren, dass sich die Gesundheitsförderung an den Gesundheitszielen orientieren soll. Dementsprechend gibt es im Vergleich zu den Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie bei den Gesundheitszielen noch keine direkte oder indirekte gesetzliche Grundlage zur Evaluation, obwohl es sich bei allen drei Maßnahmen um große politisch initiierte Präventionsprogramme handelt (Kuhn u.a. 2012) und man Gesundheitsziele als einen Beitrag zur Umsetzung von §20 SGB V sehen kann. Weiterhin würde sowohl die Umsetzung als auch die Evaluation der Gesundheitsziele davon profitieren, wenn es auch auf Länderebene eine einheitliche Kategorisierung der Gesundheitsziele gäbe. So konstatieren Thietz und Hartmann (2012), „dass es trotz gleicher Themenstellung zahlreiche voneinander abweichende Benennungen“ von Gesundheitszielen, Handlungsfeldern und Querschnittsaufgaben gibt. Auch das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wird einem Evaluationsprozess unterworfen und auf dieser Grundlage werden die dort formulierten Ziele zu gegebener Zeit inhaltlich überarbeitet. Hierbei fließen auch aktuelle Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung mit ein, was wiederum Konsequenzen für die Umsetzungsstrategien hat. Ein erster Schritt in Richtung Evaluation dieses Ziels wurde im November mit dem Workshop „Relevanz und Nutzen der nationalen Gesundheitsziele für Bund, Länder, Kommunen, Verbände und Organisationen“ gemacht. Ein Beispiel für eine Evaluation der „komplexen Intervention“ Gesundheitsziele liefert das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (siehe Maschewsky-Schneider u.a. 2012).

*Dr. Jochen P. Ziegelmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Altersfragen und dort Projektkoordinator des „Deutschen Freiwilligensurveys 2014 (FWS) sowie Mitglied der Arbeitsgruppe zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“.*<sup>2</sup>

**Kontakt:**  
*jochen.ziegelmann@dza.de*

#### *Literatur:*

- Bundesministerium des Innern (2012): Jedes Alter zählt: Demografiestrategie der Bundesregierung. Berlin: BMI.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010a): Sechster Altenbericht: Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin, Drucksache 17/3815.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010b): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel: Gesund Älter Werden. Berlin: BMG.
- Gesundheitsziele.de (2010): Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de); 28.11.2012
- Gesundheitsziele.de (2011): Infopool der Länder. [www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?\\_\\_cms\\_page=gz\\_in\\_den\\_bundeslaendern\\_2](http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bundeslaendern_2); 28.11.2012
- Jordan, S.; von der Lippe, E. (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(5).
- Kuhn, J.; Lampert, T.; Ziese, T. (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? in: Robert Koch-Institut. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? (S. 9–14). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Maschewsky-Schneider, U.; Thelen, M. (2012): Evaluation nationaler Gesundheitsziele in Deutschland. in: Robert Koch-Institut. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? (S. 99–106). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Motel-Klingebiel, A.; Ziegelmann, J. P.; Wiest, M. (in Druck): Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens: Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.
- Thietz, J.; Hartmann, T. (2012): Das Spannungsfeld von Gesundheitszielen im Föderalismus in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 7(4), 308–315.
- Weltgesundheitsorganisation (1998): Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO Weltgesundheitsorganisation. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation: Regionalbüro für Europa.
- Ziegelmann, J. P. (2012): Kriterien entwicklungsorientierter Interventionsforschung. in: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J.P. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (S. 623–630). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ziegelmann, J. P.; Scholz, U.; Martin, M. (2011): Entwicklung von Gesundheit und Alltagskompetenz im mittleren und höheren Erwachsenenalter. in: Lang, F.; Pinquart, M.; Martin, M. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie: Erwachsenenalter (S. 201–219). Göttingen: Hogrefe.

<sup>2)</sup> Gesundheitsziele im Internet: Weitere Informationen zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ sind unter [www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsziele.html](http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsziele.html) sowie unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) abrufbar.

---

## Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

---

### Kommission für den Siebten Altenbericht zum Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ berufen

Am 26. November 2012 hat die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder, zehn Sachverständige als Mitglieder der Kommission berufen. Sie hat den Auftrag, einen Bericht zum Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ zu erarbeiten. Die kommunale Infrastruktur und lokale soziale Netzwerke bestimmen die Qualität des Lebens älterer Menschen maßgeblich mit. Die Alterung der Gesellschaft, Binnenmigration sowie die Veränderung von Familienstrukturen stellen die Kommunen bei der Gestaltung der Lebensverhältnisse älterer Menschen vor neue Herausforderungen. Der Bericht soll bis zum Frühjahr 2015 vorliegen und konkrete Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Seniorenpolitik in den Kommunen enthalten. Die Arbeit der Sachverständigenkommission wird begleitet von der Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung, die am Deutschen Zentrum für Altersfragen angesiedelt ist. Die Mitglieder der Kommission sind: Prof. Dr. Monika Alisch, Fulda; Prof. Dr. Rolf G. Heinze, Bochum; Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg; Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg (Vorsitzender); Prof. Dr. Susanne Kümpers, Fulda; Prof. Dipl. Ing. Elke Pahl-Weber, Berlin; Wilhelm Schmidt, Berlin; Dr. Wolfgang Schuster, Stuttgart; Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer, Berlin; Prof. Dr. Kerstin Wessig, Darmstadt.

---

### Dokumentation der Konferenz „Altersbilder im Wandel“ erschienen

Die Dokumentation der internationalen Konferenz „Altersbilder im Wandel – Internationale Perspektiven für eine zukunftsgerichtete Senioren- und Generationenpolitik“, die am 12.12.2011 in Berlin stattfand, steht als pdf- download (deutsch/englisch) zur Verfügung unter:  
[www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=192420.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=192420.html)

---

### Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung (StrateGIN)

Mit Beginn dieses Jahres ist das Projekt StrateGIN gestartet, es handelt sich um ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Europäischen Union und dem Europäischen Sozialfonds für Deutschland gefördertes Verbundprojekt der Sozialforschungsstelle Dortmund, des Instituts für Gerontologie und der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen. Es wird in der Modellegion Südwestfalen durchgeführt. Mit einer Reihe von Kooperationspartnern aus der Region wird bis Ende 2014 ein Konzept zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung unter den Bedingungen einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung erarbeitet.

[www.ffg.tu-dortmund.de](http://www.ffg.tu-dortmund.de)

## Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

---

### Einsamkeit im hohen Alter in Ost- und Westeuropa: Theoretische Perspektiven.

*de Jong Gierveld, J. & Tesch-Römer, C. (2012). Einsamkeit im hohen Alter in Ost- und Westeuropa: Theoretische Perspektiven. European Journal of Ageing, 9, 285–295. DOI: 10.1007/s10433-012-0248-2.*

Anhand von Daten aus mehreren europäischen Ländern, die am ‚Generations and Gender Survey‘ teilgenommen haben, konnte gezeigt werden, dass die mittleren Einsamkeitswerte bei Menschen im hohen Alter aus Osteuropa höher liegen als bei Menschen aus westeuropäischen Ländern. Obwohl das Zusammenleben mit anderen Menschen, das als ein grundlegendes Merkmal sozialer Integration gilt, in Osteuropa weiter verbreitet ist als in Westeuropa, finden sich dort dennoch auch unter älteren Menschen in Partnerschaften sehr hohe Einsamkeitswerte. In diesem Artikel werden die Faktoren untersucht, die den bemerkenswerten Unterschieden zwischen den Ländern bei sozialer Integration und Einsamkeit zugrunde liegen. Zuerst werden die theoretischen Grundlagen ausgehend von einer Individualperspektive, die von Defiziten und kognitiven Diskrepanzen im Alter ausgeht, diskutiert. Dabei werden die sozial nachteiligeren Lebensbedingungen von älteren Menschen berücksichtigt. Anschließend werden die Mechanismen auf der gesellschaftlichen Ebene untersucht: kulturelle Normen, demographische Bedingungen und Unterschiede in gesellschaftlichem Wohlstand und Gemeinwesen. In diesem Beitrag wird ein theoretisches Modell entwickelt, das individuelle und gesellschaftliche Faktoren kombiniert. Ein solches integriertes Modell wird benötigt, um die erstaunlichen Erkenntnisse zur sozialen Integration und

Einsamkeit in der ländervergleichenden Forschung zu verstehen. Es wird dargestellt, wie interagierende individuelle und gesellschaftliche Faktoren das Auftreten von Einsamkeit beeinflussen.

---

### Neue Veröffentlichungen

- de Jong Gierveld, J., & Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: theoretical perspectives. *European Journal of Ageing, 9*, 285–295.
- Engstler, H. (2012). Lebenszufriedenheit der Menschen mittleren und höheren Alters in unterschiedlichen Lebensformen. In: H.-G. Soeffner (Hrsg.) *Transnationale Vergesellschaftungen. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt am Main 2010 (CD-ROM)*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuhlmeier, A., & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). (2012). *Autonomie trotz Multimorbidität: Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter (Organisation und Medizin, Vol. 17)*. Göttingen: Hogrefe.
- Simonson, J. (2012). Die Erwerbsbiografien der Babyboomer – ein Risiko für Altersarmut? In: H.-G. Soeffner (Hrsg.) *Transnationale Vergesellschaftungen. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt am Main 2010 (CD-ROM)*. Wiesbaden: Springer VS.
- Tölke, A., & Motel-Klingebiel, A. (2012). Einleitung zur Sektionsveranstaltung: Alter(n) jenseits der Normalfamilie? In: H.-G. Soeffner (Hrsg.) *Transnationale Vergesellschaftungen. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt am Main 2010 (CD-ROM)*. Wiesbaden: Springer VS.
- Vogel, C., & Motel-Klingebiel, A. (2012). Einleitung zur Sektionsveranstaltung: Altern im sozialen Wandel: Rückkehr der Altersarmut. In: H.-G. Soeffner (Hrsg.) *Transnationale Vergesellschaftungen. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt am Main 2010 (CD-ROM)*. Wiesbaden: Springer VS.

DZA, Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin  
PVST, Deutsche Post AG Entgelt bezahlt

A 20690E

