



# SENIOREN REPORT

Landesseniorenvertretung Thüringen e. V.  
Alter ist Kompetenz

## Weitere Themen:

*Jahresseminar* (S. 13)

*Versorgungsstruktur-  
gesetz* (S. 16)

*Zum neuen Jahr* (S. 18)

Aktuelles

*Salutogenese* (S. 19)

*Ottawa-Charta* (S. 19)

*Versorgungs-Report*  
(S. 20)

Informationen

*Unabhängige  
Patientenberatung  
UPD* (S. 21)

Organisationen

*Aus den Senioren-  
beiräten* (S. 22)

Erfahrungen

*Impressum* (S. 28)

Tipps



## Gesundheits- versorgung und Selbstsorge im Alter

**Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und  
Rationalisierung der Versorgung;  
Gesundheit im System der Versorgung**

Politik



## Politik

# Selbstsorge

## Selbstsorge im Alter

### 1. Vorbemerkung

Um zu verdeutlichen, worum es mir beim Thema Selbstverantwortung des Menschen für seine Gesundheit geht, möchte ich Ihnen eine Geschichte erzählen: Ein Freund von mir, der seit vielen Jahren als Chirurg in einem Klinikum arbeitet, hat bereits Mitte der 80er Jahre auf einer Fachtagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin für seine Arbeit über die Problematik von Blinddarmoperationen einen Preis erhalten. Viel zu häufig, so hatte er herausgefunden, würden - vor allem bei jungen Mädchen Blinddarmoperationen vorgenommen, ohne dass eine tatsächliche medizinische Notwendigkeit besteht. Psychische Probleme in der Pubertät und Auseinandersetzungen in der Familie führten bei den jungen Frauen zu Darmreizungen, die bislang unnötig operativ behandelt worden seien.

Ich möchte mit diesem Beispiel verdeutlichen, dass ich nicht medizinisch fragen will, was da physiologisch und organologisch vor sich geht, sondern Überlegungen anstelle, welche gesellschaftlichen, kulturellen und psychosozialen Bedingungen auch verantwortlich sind, dass somatische Krankheiten auftreten können. Meine These ist, dass dieser soziopsychosomatische Zusammenhang nicht nur für diese pubertierenden jungen Frauen gilt, sondern auch für alte und sehr alte Menschen und dass man diesen Zusammenhang auch auf dementielle Erkrankungen beziehen kann.

### 2. Selbstsorge und Alter

Wenn es um Selbstsorge und Alter geht, muss ich zwei zentrale Überlegungen anstellen. Erstens: Da wir Menschen mehr Verfügungsgewalt über unsere psychosozialen und ge-

sellschaftlich-kulturellen Bedingungen haben als über die Bedingungen unserer inneren und äußeren Natur, heißt Selbstsorge im Alter, dass wir die sozialen und anderen von Menschen gemachten Verhältnisse, die Krankheit hervorrufen, verändern können, um selbst dafür zu sorgen, dass Krankheiten keine dramatischen Verlaufsformen annehmen. Zweitens drängt sich mir die Frage auf, die zwei Aspekte beinhaltet: Ist damit die Selbstsorge im Alter oder die Selbstsorge für das Alter gemeint? Beim zweiten Aspekt rücken präventive Überlegungen in den Mittelpunkt. Beim ersten Aspekt, der Selbstsorge im Alter, kann das Kind schon in den Brunnen gefallen sein und mit der Selbstsorge im Alter wird es schwieriger, weil möglicherweise lebensgeschichtliche Ereignisse bestimmte präventive Maßnahmen verhindert haben.

Das ist die Crux bei Überlegungen zur Selbstsorge im Alter und also auch eine Crux in meinem Beitrag. Ich schildere Ihnen zunächst Überlegungen, die sich auf eine sog. gelungene Lebensgeschichte beziehen und muss davon ausgehen, dass das alles für Sie sehr idealistisch klingt. Aber so ist das Leben: Vieles, was man falsch gemacht hat oder was man erleiden musste, wird erst im Alter deutlich und dann ist es vielleicht zu spät. Aber ich will keinen Pessimismus verbreiten - schließlich sind solche Überlegungen auch für die wichtig, die nach uns kommen und vielleicht daraus lernen können, wenn sie noch jünger sind.

### 3. Zum Problem der Identität

#### 3.1. Konstanz der Objektbeziehungen

Ich will mit dem Problem der Identität beginnen, weil es um den einzelnen Menschen geht, der sie besitzt oder auch nicht. Identität ist das, was wir alle mehr oder weniger haben auf-

grund unserer Lebensgeschichte und ihrer Bedingungen. Identität wird in der neueren Identitätsforschung als das Gefühl bezeichnet, mir selbst gegenüber kein Fremder zu sein, sondern ein Mit-sich-bekannt-Gewordener. In der Psychoanalyse heißt es sinngemäß: Erst die konstanten Objektbeziehungen, die dauerhaften Beziehungen zu Menschen und Dingen, verleihen der Umwelt Konstanz und damit rückläufig auch dem Menschen selbst. Voraussetzung des Selbstwertgefühls ist die Möglichkeit und Fähigkeit, libidinöse Beziehungen aufzunehmen, das heißt, vom Subjekt ausgehend kommunikative Sinnzusammenhänge und reale Beziehungen zu organisieren. Das Selbstwertgefühl, die Identität, ist an die Erfahrung von anderen Subjekten und Objekten geknüpft, an denen man sich selbst erkennt. Hegel hat das einmal sehr schön in seinen Vorlesungen über die Ästhetik über die Liebe gesagt: „Das wahrhafte Wesen der Liebe besteht darin, das Bewußtsein seiner selbst aufzugeben, sich in einem anderen Selbst zu vergessen, doch in diesem Vergehen und Vergessen sich erst selber zu haben und zu besitzen.“ Die innere Struktur des Menschen kann als der Niederschlag der Geschichte dieser Beziehungen gesehen werden. Die Differenziertheit der sich bildenden inneren Welt im Verlaufe einer Biografie entspricht der Differenziertheit der Objektbeziehungen, die diese Biografie in sich aufnimmt, verarbeitet und aneignet. Es muss also möglich sein, die eigene Person als Ursprung von Einfluss und Kompetenz zu erleben und sich selbst als einen Menschen wahrzunehmen, von dem etwas ausgeht: sich eben als „Subjekt“ zu fühlen. Was im Alltag und auch in der politischen Philosophie als Verlangen nach Anerkennung als ein menschliches Grundbedürfnis erscheint, hat in diesem Begriff



von Subjektivität seinen zentralen Stellenwert. Nur so kann sich beim Menschen ein Gefühl herausbilden, das darin besteht, das eigene Selbst als etwas zu erleben, das Kontinuität besitzt, das das „Gleiche“ bleibt und entsprechend handeln zu können.

### 3.2. Lebensbilanzierung

Neben den konstanten Objektbeziehungen, wie es die Psychoanalyse formuliert und wie es im alltäglichen Sprachgebrauch heißt: „Wer Freunde hat, lebt länger“, spielt noch ein anderer Aspekt bei der Selbstsorge im Alter eine zentrale Rolle: Wenn es nämlich in einer Lebensgeschichte nicht oder nur schwer gelingt, die eigene Person als Ursprung von Einfluss und Kompetenz zu erleben und sich in manchen Abschnitten seiner Biografie nicht als Subjekt zu fühlen, dann hilft nur, dass man in der Lebensrückschau, in der Erinnerung daran arbeitet. Darin liegt die Bedeutung des reflexiven Umgangs mit der eigenen Lebensgeschichte, der auf eine Art „Erlösung“ hinarbeitet. Damit man mich nicht falsch versteht, was ich vom christlichen Begriff der Erlösung halte. Der ist nicht gemeint. Für mich gilt die materialistische Perspektive von Bertolt Brecht: „Ihr sterbt mit allen Tieren und es kommt nichts nachher.“ (Vgl. Brechts Gedicht: *Gegen Verführung*). Deshalb ist für mich das Geheimnis der Erlösung die Erinnerung, nämlich dem in der Erinnerung entgegenzuarbeiten, was Friedrich Nietzsche einmal in abgewandelter Form so formuliert hat: „Das habe ich getan“ sagt mein Gedächtnis. „Das kann ich nicht getan haben“ sagt mein Stolz und bleibt unerbittlich. Endlich „gibt das Gedächtnis nach.“ (In: *Jenseits von Gut und Böse*).

### 4. Exemplarische „Projekte“ für das Alter

Beides ist möglich und nötig und gehört zu den Überlegungen der

„Selbstsorge im Alter“. Zum einen die Konstanz der Objektbeziehungen zu erhalten, sich Möglichkeiten zu schaffen, die eigene Person als Ursprung von Einfluss und Kompetenz zu erleben. Zum anderen sensibel in seine Lebensgeschichte zurückzugehen, um an den Knoten und Krisen dieser Geschichte zu arbeiten. An beide Aspekte, die Objektbeziehung und die Lebensrückschau, könnten von den Alten „Projekte“ geknüpft werden. Mit „Projekten“ meine ich das, was mit anderen Menschen wirklich und konkret auf die Beine gestellt werden kann - ganz in dem Sinne, was Bertolt Brecht mit dem „Lob der dritten Sache“ gemeint hat. Wie ist das aber zu verstehen?

Wenn es richtig ist, dass im Alter die Einsicht in die Endlichkeit des Lebens wächst, könnte das eine Haltung ermöglichen, die das Alltägliche relativiert und das Wesentliche in den Blick nimmt und damit einen Charakterzug ausbilden, den die Psychologie die „Generativität“ nennt, das heißt, sich die Frage zu stellen: Wie geht es mit der Welt weiter und was kann ich dazu beitragen, dass es weiter geht? Die Alten können noch immer Politik und Geschichte machen. Meine These ist, dass nur Menschen, die sich von ihrer eigenen „inneren Natur“ getragen fühlen und ein gelassenes Weltvertrauen besitzen, Geschichte in aufklärerischer Absicht machen können, d. h. aber in der Gegenwart, für ein nicht repressives, für ein nicht ausbeuterisches Verhältnis der Gesellschaft zur äußeren Natur zu kämpfen, denn die basalen ökologischen Lebensbedingungen sind der zentrale Rahmen für die Entwicklung psychosozialer Ressourcen, die die Lebenswelt benötigt. Gegenstand von Initiativen und Aktionen der Alten muss die Ausbeutung der natürlichen Lebensgrundlagen sein und die Kultur der Verschwendung. Das würde von ih-

nen nicht nur einen klugen Konsum erfordern, sondern sie müssten sich auch gegen den ganz alltäglichen Wahnsinn der Verschwendungskultur und der Naturausbeutung zur Wehr setzen: der Ikearisierung der Welt, der Verschwendung und Vergeudung von Nahrungsmitteln, Kleidung und elektronischen Geräten, dem Müll und den Emissionen.

Zum anderen könnte die Realität des Todes einen „Blick von oben“ ermöglichen, der seine Reflexivität beinhaltet, die sensibel zurückgeht in die eigene Lebens- und die damit verbundene Gesellschaftsgeschichte und für die jüngeren Generationen Lebenserfahrungen bereitstellt, die bei aktuellen menschlichen und gesellschaftlichen Problemen hilfreich sein könnten - ganz in dem Sinne eines gelungenen Umgangs mit der „inneren Natur“ des Menschen, dass Manches nicht wieder so wird, sondern anders und besser. Hier bieten sich Geschichtswerkstätten, lebensgeschichtliche Arbeitskreise und Erzählcafés in den verschiedensten Formen an, um mit der jüngeren Generation ins Gespräch zu kommen.

Solche Projekte schaffen soziale Netzwerke, emotionale Beziehungen, Diskussionen, Kommunikation und Öffentlichkeit, und sie erweitern den Spielraum für unsere Phantasie. Ich glaube auch, dass solche Initiativen, Aktionen und Unternehmungen unser Leben verlängern.

### 5. Selbstsorge für das Alter

Ich will im Folgenden den zweiten Aspekt in den Mittelpunkt rücken, den präventiven Aspekt. Die Frage nach der Selbstsorge für das Alter. Ich bin bisher von der Voraussetzung einer gelungenen Lebensgeschichte ausgegangen, die für viele ältere Menschen so nicht existiert. Wenn man die neuere Identitätsforschung danach befragt, welche Vorausset-



## Politik Selbstsorge

zungen für eine produktiv-kreative Identitätsarbeit vorhanden sein müsste, nämlich materielle Ressourcen, die Fähigkeit zum Aushandeln, individuelle Gestaltungskompetenzen, die sozialen Ressourcen und ein Urvertrauen zum Leben und seinen ökologischen Voraussetzungen, dann wird sehr schnell deutlich, dass vielen Menschen die Arbeit an der Prävention schwerfällt.

Ich denke, man muss zwei zentrale Lebensrealitäten sehen. Erstens: Auf die Frage: wann soll der Mensch anfangen, sich auf das Alter vorzubereiten? Antworte ich: Mit der Geburt, denn wir altern ein Leben lang, und zwar biologisch, körperlich, psychisch, emotional. Zweitens: Von der französischen Schriftstellerin Simone de Beauvoir stammt der interessante Gedanke, dass das Lebensalter seit jeher davon abhängt, welcher Klasse man angehört. „Heute ist ein Bergarbeiter“, so schreibt sie in ihrem Buch „Das Alter“, „mit 50 Jahren ein erledigter Mann, während man unter den Privilegierten viele muntere und rüstige 80-Jährige trifft.“ Ich möchte das an zwei zentralen Lebensbereichen deutlich machen: Der Art der Berufsarbeit und der Emotionalisierung der Lebensgeschichte.

### 5.1. Die Art der Berufsarbeit

Dafür, was die Quantität und die Qualität des Lebens im Alter bestimmt, ist die Art der Berufsarbeit von entscheidender Bedeutung. Sie prägt lebensgeschichtlich und zeitig bestimmte Charakterzüge. Es gibt wichtige Untersuchungsergebnisse über den Zusammenhang zwischen der Art der Berufsarbeit und der Lebensqualität im Alter. Eine Untersuchung besagt z. B., dass der psychophysische Gesundheitszustand von Männern im höheren Management um ca. 12 % im Vergleich zu den Hilfsarbeitern aus der gleichen Altersgruppe im selben Betrieb dif-

feriert. Die Männer, die einfachere und monotonere Tätigkeiten ausführen, sind bezüglich ihres biologischen Alters um ca. 10 bis 15 Jahre älter als die aus betrieblichen Führungspositionen. Während sich bei den Un- und Angelernten in Bezug auf den Ruhestand so etwas wie eine prekäre Stabilität herausbildet, die darin besteht, dass sich das Ende der Erwerbsarbeit in einer reinen Negation der erfahrenen Arbeit erschöpfen kann, entsteht bei der Gruppe der hochqualifizierten Facharbeiter so etwas wie eine „expansive Struktur“, das heißt, der Ruhestand wird als neues Aktivitäts- und Gestaltungsfeld erfahren, in dem die Chance genutzt wird, Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. So gesehen gibt es bei der Gruppe mit „prekärer Stabilität“ einen mittelbaren Zusammenhang zwischen dem „Betrieb als Gefängnis“, in dem unbefriedigende und stupide Arbeiten an der Tagesordnung sind und stationären Einrichtungen der Pflege für ältere Menschen und es ist zu folgern, dass stationäre Einrichtungen für ältere Menschen auch so etwas sind, wie die Rache für Monotonie und Fremdbestimmung in der Arbeitswelt. Es wird die Einsicht zentral, dass Berufsverlaufsmuster Einfluss haben auf das Alterserleben.

Dieser objektive Gewaltzusammenhang bleibt entscheidend. Aber innerhalb dieses objektiv erfahrenen Zwanges bleiben subjektive Verhaltensspielräume, die sich z. B. in der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen niederschlagen. Sie kennen die statistischen Zahlen: Der „Spiegel“ spricht in einem Heft von 2003 vom „Land der hundertjährigen Frauen“ und er schließt mit der Bemerkung: Wer seinen 100. Geburtstag feiert, dem gratuliert der Bundespräsident persönlich. 1965 waren das 158 Personen, 2002 waren es schon 3830. Er wird

noch mehr zu tun bekommen. Meine These ist, dass die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen, auch ihren Grund darin hat, dass die Männer innerhalb der Berufsarbeit subjektive Verhaltensspielräume zu wenig nutzen; denn auch Frauen sind berufstätig. Was die Männer von Frauen unterscheidet, ist folgendes: Männer definieren sich stärker über ihren Beruf und ihren Status in der Öffentlichkeit. Sie verfügen in der Regel über keine familienfähige oder auf soziale Gruppen bezogene Haltung, die Personen auch innerlich mit einbezieht. Frauen sorgen für Nähe, Männer halten Distanz. Es gibt inzwischen eine Fülle von Untersuchungen, die belegen, dass Frauen gegenüber ihren Mitmenschen aufgeschlossener sind als Männer und viel eher dazu beitragen, auf andere einzugehen und sich für sie engagieren. Das gilt auch für den Intimbereich der Beziehung zwischen Mann und Frau. Zu solchen geschlechtstypischen Unterschieden gehört vor allem, dass Männer mehr die instrumentelle Seite der Liebe und Ehe betonen, die Versorgung im Alltag, dass „alles gut läuft“. Frauen dagegen legen weit mehr Nachdruck auf Gefühle und innere Nähe, eben dass „man einander versteht“.

Deshalb gilt die folgende These für mich: Je tragfähiger unsere sozialen Bindungen und die damit zusammenhängende Emotionalisierung, desto höher ist unsere Lebenserwartung, desto besser ist unser psychophysischer Gesundheitszustand, desto eher erholen wir uns von den Krankheiten und Krisen und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, seelisch zu erkranken. Damit bin ich beim zweiten zentralen Komplex, was die Selbstsorge für das Alter betrifft: die Emotionalisierung unserer Lebensgeschichte, die ich für das zentrale Problem von Männern halte.



## 5.2. Emotionalisierung der Lebensgeschichte

Der Altersforscher Hartmut Radebold hat sich 2002 auf einer Psychologentagung in Kassel mit den psychischen Spätfolgen von Kriegsgräueln und der Macht der verdrängten Erinnerung auseinandergesetzt. Anlass war die Tatsache, dass seit einigen Jahren immer mehr Betroffene der Jahrgänge 1932 bis 1948 die Hilfe von Psychotherapeuten suchen. Sie kommen mit Ängsten, Unruhezuständen, Alpträumen, Schlafstörungen und Depressionen. Ihre „kriegsgeschädigte Kindheit“ beschreibt Radebold so: „Gefühle wie Traurigkeit oder Wut waren ebenso verpönt wie Glück und Vergnügtheit“. Die Botschaft lautete: „Nimm dich nicht so wichtig!“ Zähigkeit, Härte gegen sich selbst, wenig Rücksichtnahme auf emotionale Bedürfnisse war das Überlebensprinzip dieser Generation. Lassen Sie mich dazu einige Vermutungen anstellen: Ich denke, es besteht ein enger Zusammenhang zwischen krankheitsauslösenden Konflikten im Alter und unerledigten Konflikten in der Lebensgeschichte. Meine These ist: Die Wahrheit gegenüber der eigenen Lebensgeschichte ist eine zentrale und präventive Maßnahme bezüglich gerontopsychiatrischer Erkrankung im Alter. Wahrheit gegenüber der eigenen Lebensgeschichte heißt, dass intime Bindung, libidinöse Beziehungen einerseits und die Erfahrung von Trennung und Verlusten andererseits der Angelpunkt im Leben eines Menschen sind. Zweifellos ist die wesentliche Determinante dafür, wie ein Mensch auf einen Verlust reagiert, die Art und Weise, wie sein Bindungsverhalten und die damit verbundenen Gefühle im Verlaufe seines ersten Lebensabschnittes in Kindheit und Adoleszenz von den Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen beantwortet und bewertet

worden ist. Lebensgeschichtlich eingeübte und sozialisierte Verdrängung von Trauer um Verluste wirkt sich langfristig in einer Entemotionalisierung der eigenen Lebensgeschichte aus: Sie führt zur Abwehr aller Innerlichkeit, zur Antiintrazeption (Abwehr des Subjektiven, der Phantasie), wie Adorno das dem „autoritären Charakter“ attestierte. Ich denke, dass aus einer solchen Charakterstruktur sich Menschen rekrutieren, die zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens eine pathologische Reaktion auf Verluste entwickeln. Das „ungelebte Leben“ kommt z. B. in einer gerontopsychiatrischen Erkrankung zum Ausdruck. Die meisten Alterspsychologen und Analytiker sind sich darin einig, dass die Psychopathologie des Alters umso gravierender ausfällt, je weniger es gelungen ist, die früheren Probleme zu bearbeiten und vielleicht zu lösen. Ich betone das deshalb so empathisch, weil Altersdepressionen und Demenz, die häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen, noch immer rein organisch interpretiert werden. Auch beim dementiell Erkrankten muss stets ein psychosozialer Anteil, ein innerseelisches Geschehen im Sinne der eben angesprochenen psychoanalytischen Vorgänge angenommen werden.

## 6. Fazit

Damit bin ich wieder bei den pubertierenden jungen Frauen angekommen und den Blinddarmoperationen. Ich bin davon überzeugt, dass die krankheitsauslösenden psychosozialen Konflikte bei Jung und Alt sich nicht so sehr unterscheiden. Sie sind soziopsychosomatisch bedingt. Der Unterschied besteht allerdings in der Dauer und Langfristigkeit und Durchschlagskraft der Verdrängung. Was ihnen gemeinsam ist, ist die gesellschaftliche Dramatik, die sich dahinter verbirgt. Der deutsch-ame-

rikanische Sozialphilosoph Herbert Marcuse hat dazu in seinem Buch „Der eindimensionale Mensch“ folgendes geäußert: „Unter wirklich menschlichen Daseinsbedingungen könnte der Unterschied zwischen einem Tod durch Krankheit oder Unfall mit zehn, dreißig, fünfzig oder siebzig Jahren oder einem „natürlichen“ Ende nach einem erfüllten Leben wirklich ein Unterscheid sein. Nicht die, die sterben, stellen die große Anklage gegen unsere Kultur dar, aber die, die sterben, ehe sie müssen und wollen, die, die in Todesqual und Schmerzen starben.“

Prof. Rainer Hirt, FH Jena  
(s. Foto unten)





## Politik

# Pflegebedürftigkeit und Versorgung

## Zum Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Rationalisierung der Versorgung

### Nachfrage nach Dienstleistungen in der Pflege

Entscheidend für die zukünftige Nachfrage nach Dienstleistungen in der Pflege sind

- der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität,
- die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen,
- die Wünsche von Pflegebedürftigen und Pflegehaushalten,
- die Weiterentwicklung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Sinne sektoren- und systemübergreifende Diagnostik, Behandlung und Betreuung und die
- Flexibilisierung der Versorgung durch Überwindung der Dichotomie ambulant vs. stationär in neuen Wohnformen mit einem Mix von Wohnen mit Dienstleistungen.

Drei Trends gewinnen mit Blick auf Familienstrukturen perspektivisch an Gewicht:

Trend 1: Der Geburtenrückgang resultiert in erster Linie aus dem steigenden Anteil von Frauen bzw. Paaren, die zeitlebens kinderlos geblieben sind. Deren soziale Ressourcen, die zur Bewältigung von Pflegesituationen zur Verfügung stehen, sind stark limitiert.

Trend 2: Der Abstand zwischen den Generationen vergrößert sich. Menschen werden zukünftig mit Pflege von Angehörigen vermehrt mit Situationen konfrontiert, in denen sie selbst noch erwerbstätig sind. Will man Sorgearbeit von Familien fördern, stellt sich die Frage nach besserer Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege in der Familie.

Trend 3: Dieser vollzieht sich auf der Folie einer sozial differenzierten Entwicklung hin zur „multilokalen

Familie“ in Folge von Mobilitätsanforderungen, denen sich jüngere Generationen zu stellen haben.

In diesen skizzierten Nachfragesegmenten wird Pflege zukünftig seltener im Sinne von „Haushaltsproduktion“ privat hergestellt werden können. Der Rückgang sozialer Ressourcen in der Familie wird steigenden Dienstleistungsbezug erfordern.

Hierbei ist zu beachten, dass – neben den Angeboten im Spektrum „Wohnen und Dienstleistung“ sowie „Begleitung und Pflege“ – zukünftig auch Angebote zum „Erhalt von Lebensgefühl und Aktivität“ sowie von „Gesundheit und Wohlbefinden“ im hohen Alter ausgebildet werden. Pflege ist mehr als das reine Pflegehandwerk, und die Pflegebranche steht vor der Herausforderung, sich weiter auszudifferenzieren.

### Der demographische Wandel und die Ausbreitung des „vierten Alters“

Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit steigt jenseits des 75. Lebensjahres allmählich und nach dem 80. Lebensjahr steil an.

Diejenigen, die eine Abflachung des Sterblichkeitsrückgangs vermuten, begründen ihre gedämpfte Erwartung mit dem Hinweis, dass die Sterblichkeit im mittleren Erwachsenenalter bereits heute deutlich reduziert ist. Zukünftig wird man hieraus keine „lebensverlängernden Effekte“ mehr ableiten können. Andere Demographen wiederum argumentieren, dass eine gesündere Lebensweise (z. B. Reduktion von Fettleibigkeit) größeren Einfluss auf das Entstehen von Krankheiten hat und auch ein „vorzeitiges Sterben“ beeinflussen kann. Gelingt es, solche Gefahren, zu minimieren, steigt das durchschnittliche Lebensalter bei Geburt ebenso wie ab 65 Jahren weiter an (so Vaupel/v. Kistowski vom Max-Planck-Institut für demographische Forschung, MPI).

Beide Modelle markieren gewissermaßen den unteren und oberen Rand anzunehmender Entwicklungen. Zwei Folgen sind allerdings in beiden Szenarien zu konstatieren: Es wird normal, das „vierte Alter“ zu erreichen, und das „vierte Alter“ präsentiert sich als eigenständiger, qualitativ anderer Lebensabschnitt mit einer wachsenden Zahl an gewonnenen Jahren für beide Geschlechter.

### Die Pflege wächst – aber möglicherweise „nur“ moderat

Die entscheidenden Faktoren, die die Prävalenz pflegerelevanter Schädigungen bedingen, sind „Morbidität“ und „Lebensalter“ sowie das Ausmaß des Zusammenhanges zwischen diesen. Pflegebedürftigkeit hängt eher mit der verbleibenden Restlebenserwartung als mit dem kalendarischen Lebensalter zusammen.

Mit Hilfe einer vom (damaligen) Sachverständigenrat verwendeten Typologie von Krankheiten im Alter aus Mitte der 1990er Jahre lässt sich darstellen, welche Veränderungen in den Krankheitsverläufen in Zukunft zu erwarten sind. Die Typologie unterscheidet vier Kategorien:

1. altersphysiologische Veränderungen mit möglichem Krankheitswert (z. B. altersbedingte Veränderung der Sehfähigkeit, veränderte Knochendichte);
2. altersbezogene Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit (z. B. Krebserkrankungen, Gefäßveränderungen, die zu Herzinfarkt, Schlaganfall führen);
3. Erkrankungen mit im Alter veränderten physiologischen Verlauf aufgrund verminderter homöostatischer Regulations- bzw. Reparaturmechanismen (z. B. Infektionskrankheiten, schlechtere Wundheilung);
4. Krankheiten infolge langfristiger und mit der Lebenszeit steigender Exposition (z. B. Umweltfaktoren,

# Pflegebedürftigkeit und Versorgung



Verhaltensweisen wie schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Drogenkonsum, psychosoziale Stressoren, sozio-ökonomische Einflussfaktoren).

Es ist davon auszugehen, dass eine zunehmende Lebenserwartung

- mit einem Anstieg der Erkrankungen in den Kategorien 1 und 4 verbunden sein wird.

- Bei Krankheiten mit langer Latenzzeit (Kategorie 2) sowie bei Erkrankungen mit im Alter veränderten physiologischem Verlauf (Kategorie 3) besteht hingegen in Folge zu erwartender Behandlungsfortschritte die Aussicht auf ein zeitliches Hinausschieben der Prävalenz bei steigender Lebenserwartung.

- Die häufigsten stationär behandelten Krankheiten Älterer sind der Kategorie 2 zuzuordnen. Die Wahrscheinlichkeit aber, zukünftig Krankheiten öfter zu überleben, die bis heute häufig zum frühzeitigen Tod führen, steigt. Allerdings hat das zur Konsequenz, dass Krankheiten in den Kategorien 1 und 4 mit häufig chronischem Verlauf quantitativ zusätzlich an Bedeutung gewinnen.

Allgemein formuliert: Die bekannte Verschiebung des Krankheitspanoramas weg von akuten und hin zu chronischen Erkrankungen schreitet wahrscheinlich fort.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, sinkt – das ist empirisch gesichert – bei höherer Bildung durch einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung sowie in Folge günstigerer Lebens- und Arbeitsbedingungen und höherem Bewusstsein für gesunden Lebensstil. Angesichts der Bildungsexpansion seit den 60er Jahren wird daher ein Impuls im Hinblick auf ein auch weiterhin sinkendes Pflegerisiko vermutet.

## Kompression der Morbidität

Eine Kompression der Morbidität (= mehr Lebensjahre ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen und Konzentration von Phasen der Beeinträchtigung auf kurze Zeitdauer hin zum Lebensende) deutet sich an. Modellrechnungen gelangen zu dem Ergebnis, dass der Anstieg von Pflegebedürftigkeit u. U. um rund 40 Prozent niedriger ausfallen könnte, als dies ohne Kompressionsannahme der Fall sein würde.

Wirkung 1: Dies würde bei weiter steigender Lebenserwartung bedeuten, dass sich altersspezifische Pflegequoten in (noch) höhere Altersgruppen hinausschieben.

Wirkung 2: Unter dieser Voraussetzung würde die Alterung zwar grundsätzlich zu einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen, dieser Anstieg wäre aber weit weniger dramatisch als bei der Annahme eines stabilen Zusammenhangs zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit.

Folgendes Szenario ist für die Zukunft am ehesten zu erwarten:

1. Das vierte Lebensalter streckt sich zusehends in die Länge. Konkret: Die Zahl der 100-jährigen steigt sukzessiv (allmählig) an.
2. Die Menschen werden zu Beginn des 9. Lebensjahrzehnts morgen (nochmals) gesünder und selbstständiger als die heute Lebenden sein.
3. Im „vierten Alter“ steigt die Anzahl an erwartbaren Lebensjahren ohne gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen. Menschen benötigen umfassendere Begleitung oder Pflege erst später und dann in Teilgruppen für kürzere Zeitabschnitte.
4. Die „Verweildauer“ in institutionalisierten Wohnformen könnte sich somit auf ein durchschnittlich weiter steigendes Einzugsalter

und eine kürzere Lebensspanne im Wohnstift vor dem Tod konzentrieren.

5. Und: Das „dritte Lebensalter“ rückt (noch) weiter weg von dem Alterssegment, für das die Pflegebranche Dienstleistungen generiert.

Aber: Es gibt weltweit keinen Hinweis, dass diese Kompression auch für Demenz gelten könnte. Sollte hier kein Durchbruch in der pharmakologischen Behandlungsmöglichkeit erzielt werden, hat das zur Folge, dass bei „ruhender Prävalenz“ die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr weiterhin im Steigen begriffen ist.

## Gesundheitliche Differenz ist das prägende Merkmal des „vierten Alters“

In der Gerontologie setzt sich seit Ende der 70er Jahre die Einsicht durch, dass eine „hohe interindividuelle Schwankungsbreite“ (Hans Thomae) von biologischen und psychologischen Funktionen im höheren Erwachsenenalter besteht. Die differentielle Gerontologie akzentuiert somit die Verschiedenheit des individuellen Alters.

Das „vierte Lebensalter“ wird dabei nicht als bloße Verlängerung oder Fortschreibung des beginnenden dritten Lebensabschnitts verstanden, sondern als Lebensphase, in der qualitative Veränderungen stattfinden. Diese lassen sich holzschnittartig wie folgt verdichten:

- Geriatrie Sicht: Zentral ist die altersbedingte Zunahme von Hilfebedürftigkeit bei basalen und v. a. instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie werden hervorgerufen durch Funktionseinbußen (v. a. im sensorischen, sensomotorischen und kognitiven Bereich).
- Psychiatrische Sicht: Allein die Demenz (vermutlich auch die Altersdepression in ihrer besonderen



## Politik

# Pflegebedürftigkeit und Versorgung

maskierten Form) weist eine altersabhängige Prävalenz und Inzidenz auf. Die Prävalenzrate ist zu Beginn der Altersphase noch niedrig, steigt aber mit fortschreitendem Lebensalter dann steil an.

- Psychologische Sicht: Das hohe Alter stellt eine stressähnliche Anforderungssituation dar, die beträchtliche Anpassungsleistungen in einer Lebensspanne erfordert, in der der Zusammenbruch von „Bewältigungssystemen“ immer wahrscheinlicher wird. Dieses Risiko fällt umso höher aus, je weniger externe Ressourcen zur Kompensation bereit stehen.
- Soziologische Sicht: Es existieren kaum empirische Hinweise darauf, dass soziale Differenzierung mit dem hohen Lebensalter (noch) zunimmt. Krankheit verstärkt vermutlich die Differenz nicht (mehr), sondern wirkt eher nivellierend.

Bereits der Vierte Altenbericht der Bundesregierung (2002) befasste sich mit Risikolagen, die eindeutig alterskorreliert sind. Neben materiell-sozialen Risiken werden v. a. gesundheitliche Risiken herausgestellt:

- Altern birgt das Risiko, die selbstständige Haushaltsführung im hohen Alter nicht mehr bewältigen zu können (= hauswirtschaftlicher Hilfebedarf).
- Chronische Erkrankungen markieren den zentralen Risikobereich. Es handelt sich v. a. um Multimorbidität.
- Bleibende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als Krankheitsfolge steigt mit hohem Alter steil an und ist verbunden mit Folgerisiken.
- Vorhandene Ressourcen und Potentiale zur Risikobewältigung von Krankheitsfolgen geraten insbesondere dann an Grenzen, wenn Einschränkungen kumulieren (z. B. Pflegebedürftigkeit mit Alleinleben, reduzierter sozialer Unterstützung

und mit schwächerer Einkommensposition).

Zentral ist es daher, „normale“ und „optimale“ Altersprozesse zu fördern. Es ist in diesem Kontext zu unterscheiden zwischen

- Morbidität (= Krankheit; impairment),
- Funktionseinbußen (= Fähigkeitsstörungen; disability) und
- Beeinträchtigungen (= Einschränkungen der Alltagskompetenz; handicap).

Interventionen der Pflege fokussieren bis dato vornehmlich vor allem letztere Ebene. Dabei ist fachlich zu präzisieren, ob eine solche Intervention vor dem Hintergrund der jeweiligen Schädigung und Fähigkeitsstörung (1) auf die Person (Therapie) oder (2) auf Umweltbedingungen (Milieustruktur) oder (3) auf Person und Umweltbedingungen (Therapie und Milieu) auszurichten wäre. Dies in den Blick zu nehmen erfordert zukünftig eine bessere Vernetzung von gesundheitsrelevanten Systemen (SGB V und SGB XI) und hier zentralen Disziplinen (v. a. Geriatrie und Pflege).

Im Falle irreversibler Prozesse sollte es das Ziel sein, einen Menschen dahingehend zu unterstützen, dass er trotz gegebener und bleibender Beeinträchtigung ein zwar eingeschränktes, möglichst aber selbstwirksames und seinen subjektiven Präferenzen entsprechendes Leben führen kann.

### **Modifizierung als Chance für eine Rationalisierung der Versorgung**

Alternsprozesse führen zu erhöhter Vulnerabilität (Verletzbarkeit) und zu einem Rückgang an Plastizität (u. a. funktionelle Organreserven). Veränderungen der „funktionellen Gesundheit“ ziehen eine verminderte Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsaufgaben nach sich. Sie resultie-

ren in der Gruppe der 85-Jährigen u. ä. vor allem durch Funktionseinbußen wie

- visuelle Einschränkungen
- auditive Einbußen (insb. Schwerhörigkeit)
- Veränderungen des Bewegungsapparats (durch Abnahme der Muskulatur, Dehnbarkeit der Sehnen und reduzierter Gangbeweglichkeit).

Im hohen Alter und bei einer Vielzahl zusammentreffender und irreversibler Belastungen werden die Grenzen der Resilienz (= Widerstandsfähigkeit) erreicht. Dies wird insbesondere für kumulierende und existentielle Belastungen angenommen.

Geht man von einer Plastizität der bedarfsgenerierenden Beeinträchtigungen aus, so wird deutlich, dass Erfolge im Gesundheitswesen zur Senkung des Pflegebedarfs führen können. Denn: Auftreten und Verläufe von Krankheiten im hohen Alter sind durch diagnostische und therapeutische Verfahren, durch individuelle, gesellschaftliche und professionelle Kontextbedingungen beeinflussbar. Das Krankheitspanorama kann also modifiziert werden.

- (1) Man geht bei physiologischen Alterungsprozessen von einer hohen Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) aus.
- (2) Diese eröffnet die Chance, Degenerationserscheinungen durch entsprechende Verhaltens- und Lebensweisen hinauszuschieben.
- (3) Zudem ist die Möglichkeit gegeben, die von den lebenslang kumulierten Expositionen ausgehenden Krankheitsrisiken im Alter zu vermindern.

Solche Erkenntnisse legen es nahe, zukünftig gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie Interventionen der medizinischen und nichtmedizinischen Prävention einen höheren Stellenwert gegenüber Kuration, Rehabilitation und Pflege einzuräumen.

# Pflegebedürftigkeit und Versorgung



## Zentrale Bedarfsgruppen und Interventionstypen im Heim

Nicht die „durchschnittliche Verweildauer“ in Heimen ist primär von Bedeutung – sie sank gemäß Infra-test zwischen 1994 und 2005 von 56,4 Monaten auf 41,3 Monaten –, sondern die Entwicklung an den „Rändern“. 22 % der Bewohner versterben innerhalb der ersten sechs Monate nach Heimeinzug, weitere 7 % innerhalb des ersten Jahres. Aber: 16 % der Bewohner leben zwischen fünf bis zehn Jahren sowie 7 % sogar mehr als zehn Jahre im Heim. Heime sind somit zugleich „Orte des Sterbens“ und „Langzeitwohnen“ von Menschen mit dann zumeist demenziellem Syndrom und/oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen.

Zentrale Bedarfsgruppen im Heim sind (a) „Menschen mit Demenz“ (bis zu 60 % der Bewohner), (b) „Menschen mit krankheitswertiger depressiver Verstimmung“ (rund 40 % der Bewohner) und (c) „sterbende Menschen“. Weitere hinzukommende Bedarfsgruppen sind u. a.: immobile, bettlägerige Bewohner, in manchen Häusern Wachkoma-Patienten, aber auch (jüngere) Menschen mit Multipler Sklerose und alt gewordene Alkoholranke.

Man kann Interventionstypen an den oben genannten zentralen Bedarfsgruppen in exemplarischer Absicht skizzieren und unterscheiden:

- Menschen mit Demenz benötigen – so lange die Krankheit nicht heilbar und nur in engen Grenzen medizinisch beeinflussbar ist – eine räumliche und soziale Umwelt, die dergestalt organisiert ist, dass erkrankte Bewohner möglichst stressfrei mit und in ihrer Krankheit leben können. Man versucht dann ein Milieu zu realisieren das eine „demenzspezifische Normalität“ mit „Stetigkeit“ verbindet.
- Menschen im hohen Alter und bei chronischer Krankheit bilden häu-

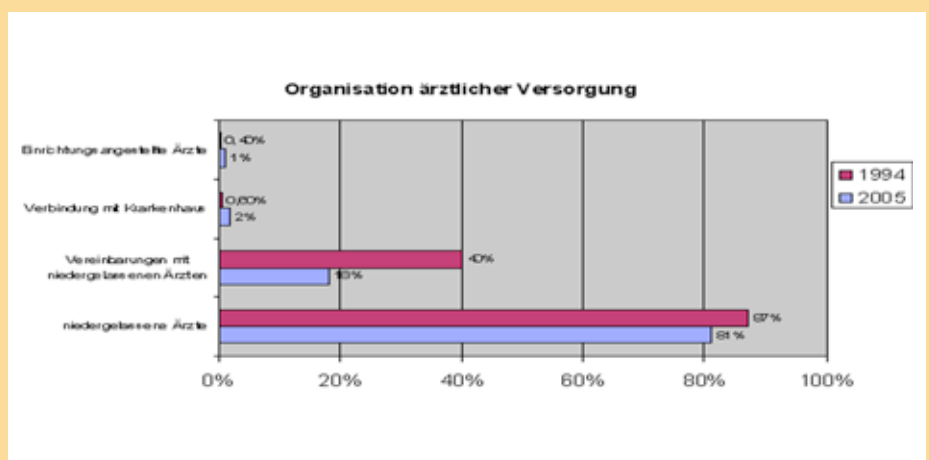
fig eine depressive Verstimmung aus. Diese „maskiert“ sich im Gegensatz zur Depression im jüngeren und mittleren Alter hinter einer gesundheitlichen „Klagefassade“ und ist somit schwerer zu diagnostizieren. Wird sie nicht erkannt und behandelt, droht ein chronifizierender Verlauf.

- Für sterbende Menschen ist Schmerzfreiheit fundamental. Auf dieser Basis beruht Sterbebegleitung durch primäre Bezugspersonen. Eine Begleitung Sterbender impliziert in solchen Fällen, dass entweder ein ehrenamtlicher Besuchsdienst dem Heim zur Verfügung steht oder eine Kooperation mit einem Hospizdienst geschlossen wurde.

Im Sinne der Planung der Versorgung und Pflege besteht das Erfordernis, innerhalb einer Bedarfsgruppe (a) den individuellen Bedarf und (b) die persönlichen Ressourcen mittels geeigneter Assessment-Instrumente zu erheben mit dem Ziel, Entlastungs- und Erschwernisfaktoren zu identifizieren.

## Ärztliche Versorgung im Heim

Das Problem der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern umfasst folgende Themenaspekte: Eher regelmäßig bemängelt wird die ärztliche Präsenz (Hausbesuche, Rufbereitschaft) sowie das Problem des hohen Betreuungsaufwands angesichts von Multimorbidität, der Kosten bei Budgetierung und eine unangemessen niedrige Honorierung ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern. Weiterhin stehen regelmäßig in der Kritik die unzureichende geriatrische Qualifikation der niedergelassenen Ärzte, häufige und unnötige Krankenhauseinweisungen, ungenügende Kooperation und Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen und zwischen ärztlichen Disziplinen sowie die Behandlung durch Fachärzte allgemein und bei besonderem Bedarf speziell. Seltener werden Arztvielfalt, Medikamentenversorgung, Dokumentation und Qualitätssicherung als zentrale Probleme herausgestellt (siehe Abb. unten).



Organisation ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern

Quelle: Schneekloth, U.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005, Schnellbericht, München 2006, S. 27, Schneekloth, U./Müller, U.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, München 1998, S. 59 ff.



## Politik

# Pflegebedürftigkeit und Versorgung

Folgen medizinischer Unterversorgung von Heimbewohnern sind insbesondere das Nichterkennen des Vorliegens einer Demenz und Depression, der zu spät oder gar nicht erfolgende Beginn der Behandlung, inadäquate Therapien und Medikamentenverordnungen, die Unterversorgung mit Antidementiva und Antidepressiva sowie eine verminderte Lebensqualität.

Die genannten Gründe für diese Versorgungsdefizite wurzeln einerseits in der systemischen Trennung von SGB V und SGB XI. Lösungen bietet weniger die unter bestimmten Bedingungen gegebene Option, Heimärzte anstellen zu können, sondern vielmehr Strukturverträge und Integrierte Versorgung.

### Versorgungsstrukturelle Implikationen

Angesichts der heutigen Dominanz (akut-)medizinischer Intervention bei chronisch Kranken wurden durch den Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen u. a. folgende Verbesserungspotentiale benannt:

(a) eine kontinuierliche Begleitung auf Grundlage eines systematischen Assessments, (b) die Berücksichtigung psychosozialer Belastungen, die durch chronische Krankheit hervorgerufen werden, und psychosozialer Ressourcen, die zur Krankheitsbewältigung mobilisierbar sind, (c) die gezielte Aktivierung des Patienten als Partner und Koproduzenten.

Ansatzpunkte zur Erreichung dieser Ziele sind u. a.

1. Anhebung der Qualifikation der Gesundheitsberufe bei Ausrichtung des Handelns und Unterlassens auf der Basis von Leitlinien und ein Treffen von Versorgungsentscheidungen im Spannungsfeld von wissenschaftlicher Evidenz, klinischer Erfahrung und

den Versorgungspräferenzen der Patienten/Bewohner;

2. systematische Schulung Betroffener und ihrer Angehörigen mit dem Ziel, sie aktiv in den Prozess der Behandlung, Pflege und Krankheitsbewältigung einzubeziehen;
3. Überwindung der Zersplitterung der Versorgungsstrukturen durch Koordinierung der Leistungserbringung oder durch Kooperationen zur Deckung komplexer Bedarfssituationen (z. B. vertragliche Einbindung externer Spezialisten, um die vorgehaltenen Kernleistungen bedarfsgemäß zu erbringen).

### Kritische Ereignisse und Bewältigung

Zwei Erkenntnisse aus der Medizinpsychologie sind zu beachten. Bewältigungsstile ändern sich mit dem Übergang ins hohe Alter sowie im Falle chronischer Erkrankung. Bewältigungsformen tendieren im hohen Alter weg von der „aktiven Delegation“ und hin zur Reduktion eigener Ansprüche und Erwartungen.

Hinzu kommen im hohen Alter charakteristische Veränderungen der Lebensumstände wie z. B. der Verlust anderer Personen. Die für Menschen im hohen Alter wichtigsten Aspekte ihrer Lebensverhältnisse sind bekanntermaßen

- körperliche und seelische Gesundheit,
- soziale Kontakte zur Familie und zu Freunden,
- die materielle Lage,
- die Ausstattung der Wohnung,
- Möglichkeiten zur Mobilität (i. S. von Alltagsaktivität) sowie
- medizinische Versorgung und soziale Betreuung.

Wesentliche Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter sind die psychische und physiologische Grundbefindlichkeit. ■

### Literaturempfehlungen:

Bettig, U./Frommelt, M./Lerner, D./Müller, J.F.W./Roes, M./Rosenthal, Th./Schmidt, R./Thiele, G. (Hrsg.) (2011): Management Handbuch Pflege. Heidelberg (31. Aktual.).

Enquete-Kommission (Hrsg.) (2002): Enquete-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Mayer, K. U./Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin.

v. Renteln-Kruse, W. (Hrsg.) (2004): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Darmstadt.

Vaupel, J.W./v. Kistowski, K. (2008): Die neue Demografie und ihre Implikationen für Gesellschaft und Politik. In: Werz, N. (Hrsg.). Demografischer Wandel. Baden-Baden, S. 33- 49.

Wahl, H.-W./Heyl, V. (2004): Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart.

Siegel, A./Stöbel U. (2011): Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. Freiburg (www.ekiv.org).

Statistisches Bundesamt (2009): Die Bevölkerung Deutschlands. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Prof. Roland Schmidt, FH Erfurt





## Gesundheit im System der Versorgung

Von einer Gesundheitspolitik als einem konturierten Politikbereich kann man erst sprechen, wenn Fragen der Gesundheit einer breiten Bevölkerungsschicht Gegenstand der politischen Erörterung werden und sich ein Gesundheitssystem mit entsprechenden Akteuren etabliert, dessen Grundlagen staatlich organisiert, gesteuert und finanziert werden. Die Anfänge dieses Gesundheitssystems und einer Gesundheitspolitik liegen in Deutschland Ende des 19. Jahrhunderts. Ellis Huber spricht mit Blick auf diese Zeit von einer ersten Gesundheitsrevolution. Dieser Begriff scheint berechtigt, weil erstmals vor dem Hintergrund der z. T. katastrophalen Arbeitsbedingungen in den Betrieben die Sicherung der öffentlichen Gesundheit einer breiten Bevölkerungsschicht und insbesondere auch von ärmeren Schichten mit dem 1883 verabschiedeten Krankenversicherungsgesetz Gegenstand der Politik wird. Ihr Schwerpunkt war die Verhältnisprävention. Sie zielte nicht in erster Linie auf das individuelle Verhalten, sondern befasste sich mit den technischen, organisatorischen und sozialen Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes sowie dessen Auswirkung auf die Entstehung von Krankheiten. Diese Verhältnisprävention hat nach wie vor einen wichtigen Stellenwert, etwa im Arbeitsschutzgesetz, das formuliert, dass Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen sind. Diese Prävention setzt zuerst an den Arbeitsbedingungen an und nicht an den einzelnen Mitarbeitern. Das 1884 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz garantierte den Versicherten Krankengeld, ärztliche Behandlung, Arznei und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, Sterbegeld und Mutterschaftsgeld zu.

Die zweite Gesundheitsrevolution sieht Ellis Huber in dem Ausbau des medizinischen Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Ausdifferenzierung und Ausweitung von Leistungen für den Einzelnen. Schwerpunkt dieser Entwicklung war die individuelle Behandlung und Hilfe. Die Erkenntnisse von Wissenschaft und Forschung konnte man im Jahr 2000 darin zusammenfassen:

- dass chronische Erkrankungen nach dem Stand von Wissenschaft und Forschung durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung signifikant reduziert werden können,
- dass die vorhandenen und wissenschaftlich evaluierten Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung wirksam und zugleich kosteneffektiv sind und
- dass eine effiziente und effektive Präventionspolitik die präventive und gesundheitsförderliche Versorgung der Bevölkerung systematisch ausbauen muss.

Inwiefern dieses sich in den 80er und 90er Jahren entwickelnde Gesundheitssystem tatsächlich effizient war, wird kontrovers diskutiert. Kritikpunkte waren und sind die Kostenineffizienz, das Missverhältnis zwischen Kosten und Nutzen für den Patienten, falsche wirtschaftliche Anreize, die Krankheitsbilder und Diagnosen und nicht gesundheitsbewusstes Verhalten befördern, industriemäßige Strukturen der Gesundheitsversorgung, ein Menschenbild, das den Menschen und seine Behandlung auf einzelne Organe reduziert, ein ungenügendes Fehlermanagement sowie die kontextlose Behandlung von Patienten.

Vor diesem Hintergrund fand ein bereits in den 80er Jahren mit der Charta von Ottawa eingeleiteter grundlegender Paradigmenwechsel statt. Er wird von Wissenschaftlern und Publizisten als dritte Gesund-

heitsrevolution bezeichnet. Sie stellt nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit, nicht den Patienten, sondern den mündigen Bürger, nicht die Versorgung, sondern Partizipation in den Mittelpunkt. In der Charta von Ottawa zur Gesundheitsförderung von 1986 wird Gesundheit auf den sozialen Kontext und das soziale Alltagsumfeld von Menschen bezogen. Gesundheit wird nicht in Krankenhäusern oder spezialisierten Arztpraxen hergestellt, sondern dort, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. In einer Demokratie bedeutet das, dass die Mitsprache der BürgerInnen besonders auf der lokalen und kommunalen Ebene, aber auch am Arbeitsplatz gewährleistet sein muss. Partizipation ist besonders in Hinblick auf die sozialen und umweltbezogenen Determinanten von Gesundheit von höchster Bedeutung. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts geht es um die Förderung der Gesundheitsressourcen in den Lebenswelten. Gesundheit wird ökonomisch, sozial, politisch und persönlich zur treibenden Kraft der gesellschaftlichen Entwicklung. Gesundheitspolitik und Gesellschaft betrachten jetzt Gesundheitsförderung als Kerninnovationen und als Produktivfaktor. Damit soll auch die Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen und die Entfernung zwischen Experten und Laien überwunden werden. Den Weg aus der Krise sehen Publizisten wie Ellis Huber und Kurt Langbein in der Stärkung der Fähigkeiten des Patienten zum Selbstmanagement, in der Prozessbegleitung statt einer fragmentierten punktuellen Intervention. Mit diesem Ansatz ist Gesundheit koproduziertes Gut, die nicht verordnet, behandelt oder umsorgt, sondern partizipativ gelebt wird. *Bürgerorientierte Gesundheit* heisst, dass Bürger selbst aktiv werden. Das Heilmittel der Moderne und der postindustriellen Gesellschaft, so Ellis



## Politik

# Gesundheit und Versorgungssystem

Huber in seinem Vortrag, ist Bildung, soziale Teilhabe und Gemeinschaft. Krankheit ist aus diesem System nicht verbannt, aber der Ansatz zur Versorgung ist anders. Der Schlüssel ist integrierte Versorgung und Vernetzung mit multiprofessionellen Teams statt isolierter Spezialistenversorgung. Der Allgemeinmediziner versteht sich in diesem Kontext eher als Prozessmanager statt als Diagnostiker. An die Stelle der isolierten Praxis treten Gesundheitszentren oder kleine dezentrale Netzwerke. Patientenzufriedenheit steht im Mittelpunkt und Patienteninformation ist der Schlüssel für eine prozess- und am sozialen Umfeld orientierte Intervention. Im Unterschied zur traditionellen punktuellen medizinischen Intervention hat die kommunikative Begleitung des Patienten eine Schlüsselstellung. Sie schafft Voraussetzungen für we-

niger Komplikationen und Spätfolgen sowie für mehr Lebensqualität. Erst das Wissen über die Erkrankung emanzipiert den Patienten und kann ihn zum Selbsthandeln veranlassen. Nicht die medikamentöse Intervention, sondern der Lebensstil steht im Vordergrund. ■

*Dr. Jan Steinhilber*

(Der Beitrag bezieht sich in wesentlichen Teilen auf den Vortrag von Ellis Huber, den er auf dem Jahresseminar der Landesseniorenvertretung gehalten hat sowie auf Ausführungen von Kurt Langbein, vgl.: <http://www.assista.org/source/newDownload.php?did=448>; beide haben das Buch „Die Gesundheits-Revolution. Radikale Wege aus der Krise - was Patienten wissen müssen“ herausgegeben.)



Ellis Huber beim Vortrag auf dem Jahresseminar



### Kurzbeschreibung

„Bittere Pillen“ für die Politik. Was Patienten wissen müssen Bestsellerautor Langbein („Kursbuch Gesundheit“ u. a.)

und Krankenkassenvorstand Huber zeigen radikale Wege aus der Krise unseres Gesundheitssystems. Jeder weiß es, jeder bekommt es zu spüren: Das deutsche Gesundheitswesen ist krank, und die Verfehlungen treten mit jeder „Reform“ deutlicher zutage. Noch jede Regierung ist in den letzten Jahrzehnten mit ihren Bemühungen gescheitert, die Kosten einzudämmen und die Effizienz zu erhöhen. Dabei sind die aktuellen Wirren um die Reform des Jahres 2004 erst die Vorboten eines grundlegenden Wandels. Ein radikales Umdenken ist notwendig - nicht nur, aber auch aus ökonomischer Sicht. Allein die AOK Deutschland ist als unternehmerischer Verbund mit 50 Milliarden Euro so finanzkräftig wie Daimler-Chrysler. Kurt Langbein, der Autor von „Bittere Pillen“, und Ellis Huber, Vorsitzender einer ganzheitlich orientierten Krankenkasse, un-

terwerfen unser Gesundheitssystem einer schonungslosen und in dieser Form einzigartigen Bestandsaufnahme. Doch darüber hinaus richten sie ihren Blick nach vorn. Sie fordern eine Revolution im Gesundheitswesen – und machen präzise Vorschläge, was Ärzte, Pharmakonzerne, Apotheker, aber auch Patienten tun müssen, um zu einem neuen Verständnis von Krankheit und Gesundheit zu kommen. Weg von der „Klempner-Medizin“, weg vom Prinzip „viel Eminenz, wenig Evidenz“ heißt ihre Devise – hin zu einer integrierten Versorgung, in der ein selbstbestimmter Patient im Mittelpunkt steht. Ein unentbehrliches Buch, das nicht nur Irrwege aufzeigt, sondern beweist, dass ein radikaler Wandel gelingen kann. Eine Muss-Lektüre für Ärzte und Patienten.



### Das Jahresseminar der Landesseniorenvertretung vom 15.11.-17.11.2011 in Bad Blankenburg

Das Jahresseminar der Landeseniorenvertretung stellte thematisch medizinische Versorgungsfragen in den Mittelpunkt. Dabei waren die Vorträge und Seminare im Sinne der Charta von Ottawa so orientiert, dass nicht nur das traditionelle Versorgungssystem mit Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen in den Blick genommen wurde, sondern Aspekte der Selbstsorge und der Gestaltung adäquater Lebensräume behandelt wurden. Wichtige Beiträge wie die von Prof. Rainer Hirt, Prof. Roland Schmidt sowie Inhalte des Vortrages von Ellis Huber sind in diesem Heft abgedruckt.



Der Staatssekretär im TMSFG, **Dr. Hartmut Schubert** hob in seinem umfassenden Eingangsreferat zur Fachtagung hervor, dass medizinische Maßnahmen, lebensverbessernde und -erhaltende Maßnahmen wesentlich dazu beitragen, einen möglichst langen und zufriedenen Lebensabend genießen zu können. Er bezog sich dabei auf das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das den Anspruch habe, die Versorgungssituation für die Bevölkerung in Deutschland zu verbessern und insbesondere dem drohenden Ärz-

temangel zu begegnen. Das Gesetz solle dazu führen, dass die Länder mehr Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik erhalten. Im Gesetz wird folgendes festgeschrieben:

- die Länder erhalten Beteiligungsrechte im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss,
- die Bedarfsplanung wird flexibilisiert,
- eine wohnortnahe qualitativ hochwertige Versorgung wird, insbesondere in Bezug auf die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum, gestärkt,
- die Länder erhalten das Recht, in Sachen Bedarfsplanung mitzuberaten und Diskussionsthemen auf die Tagesordnung setzen zu lassen,
- bei den Selektivverträgen wird den Ländern ein Beteiligungsrecht zugestanden,
- Kommunen werden mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in Ausnahmefällen Eigenrichtungen betreiben dürfen,
- Demografie und Morbidität werden zukünftig bei der regionalen Bedarfsplanung berücksichtigt.

Die Länder erhalten außerdem die Möglichkeit, ein „gemeinsames Landesgremium“ zu schaffen, durch das die Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche möglich wird.

Der Staatssekretär relativierte aber die positiven Aussichten für die Länder dadurch, dass Verbesserungen im Hinblick auf die Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten fehlen. Entsprechende Regelungen seien aber von elementarer Bedeutung, weil die Ausbildung der erste Baustein sei, wenn man mehr junge Menschen für eine medizinische Tätigkeit in der ambulanten Versorgung begeistern will. Außerdem fehlen Finanzierungsvorschläge. Das

Gesetz werde Mehrkosten verursachen, deren Gegenfinanzierung fragwürdig sei, so der Staatssekretär. „Allein für die Krankenkassen werden Mehrkosten in Höhe von ca. 350 Millionen Euro pro Jahr entstehen.“ Zu befürchten sei, dass die finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen sich in höheren Zusatzbeiträgen für die Versicherten auswirken wird, da eine Gegenfinanzierung durch den Gesundheitsfonds nicht vorgesehen ist. Dr. Schubert sieht darin in der Konsequenz eine weitere Tendenz zur Entsolidarisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aus seiner Sicht gäbe es daher zu dem Konzept der Bürgerversicherung keine Alternative, in die alle entsprechend ihres Einkommens einzahlen und Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen für die Gesundheit herangezogen werden. Darüber hinaus wird sich Thüringen, so der Staatssekretär, für ein Patientenrechtegesetz einsetzen, das die Rechte der Patientinnen und Patienten stärkt und die Durchsetzung der Rechte vereinfacht. Außerdem sei vor dem Hintergrund eines drohenden Fachkräftemangels die angemessene Vergütung nicht nur für die in Thüringen praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, sondern auch und vor allem für das Pflegepersonal und alle weiteren Berufsgruppen des nichtärztlichen Personals ein wichtiges Thema.

In seinen weiteren Ausführungen bezog sich der Staatssekretär auf die Absicherung der medizinischen Versorgung im stationären Bereich. Hier seien in den letzten zwanzig Jahren erhebliche Investitionen getätigt worden (siehe dazu den aktuellen 6. Krankenhausplan sowie den Thüringer Geriatrieplan). Im weiteren ging der Staatssekretär auf den Thüringer Gesundheitszielprozess ein. Gesundheitsziele seien für Prävention und Gesundheits-



# Aktuelles Jahresseminar



Impressionen zum Jahresseminar: Podiumsdiskussion (o. li.), Vorstandsvorsitzende der LSVTh Irene Ellenberger (o. re.), stellvertretender Vorsitzender der LSVTh Werner Steinbruch (Mitte), Leiterin des Sozialen Zentrums Suhl Bärbel Pohl (Mitte re.), Mitarbeiter im Entlassungsmanagement des Klinikums Suhl Ingo Paetzold (u. re.) sowie interessiertes Publikum

## Aktuelles Jahresseminar



förderung von großer praktischer Bedeutung, denn sie zielen direkt auf die Verbesserung der Gesundheit in spezifischen Bereichen oder für spezielle Gruppen. Sie setzen Prioritäten bezüglich besonderer Gesundheitsprobleme und Risiken. Sie sollen die politische Debatte über die Weiterentwicklung von Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Kuration vorantreiben. Dabei betrifft einen wesentlichen Gesundheitszielbereich die Thematik „Gesund alt werden“. Einen bedeutenden Platz nehmen dabei die über 1500 aktiven Selbsthilfegruppen in Thüringen ein, die für Betroffene wie Angehörige eine wichtige Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit sind.



Der stellvertretende VdK-Landesvorsitzende des Landesverbandes Hessen-Thüringen, **Dr. Claus Dieter Junker**, referierte über den **Zusammenhang von Partizipation und Gesundheit**. Er bezog sich dabei vor allem auf die Partizipation verhindernden Ausgrenzungsphänomene der Arbeitslosigkeit und der Armut, die gravierenden Einfluss auf

den Gesundheitsstatus von Menschen haben.

Das Erleben, in einer Gemeinschaft nicht oder nicht mehr gebraucht zu werden, hat in der Regel gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Vergleichbare Effekte treten auf, wenn sich Menschen durch die in den letzten Jahren entstandenen Formen von Arbeitsverhältnissen degradiert und in ihrer Würde verletzt fühlen. Dr. Junker führt den in den letzten Jahren zu verzeichnenden Anstieg der psychischen Erkrankungen u. a. auch auf Ausgrenzungsphänomene in der Arbeitswelt zurück. Menschen, die von Ausgrenzung bedroht sind,

- weisen ein erhöhtes Morbiditätsrisiko in einem breiten Krankheitspektrum auf, vor allem bei psychischen Erkrankungen,
- erleben ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter,
- fallen durch häufigeren und längeren Krankengeldbezug sowie häufigere Arzneimittelverordnungen auf,
- konsumieren in höherem Maße Suchtmittel (Tabak, Alkohol),
- zeigen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (Ernährung, körperliche Aktivitäten) und sind deutlich übergewichtiger,
- haben ein erhöhtes Risiko für vorzeitige Sterblichkeit.

Die Politik, so Dr. Claus Dieter Junker, habe diesen Zusammenhang jahrzehntelang ignoriert. Inzwischen gebe es eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten, die Art und Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit zum Gegenstand haben und die bei der Diskussion von Ursachen immer wieder auf die Rolle der gesellschaftlichen, der sozialen Bedingungen verweisen.

Umstritten sei, ob Arbeitslosigkeit und Armut eher krank oder Krankheit eher arbeitslos und arm machen. Zutreffend sei beides. Die Ge-

sellschaft habe die Verantwortung, diese Ungleichheiten, die vor allem im Sozialen wurzeln, zu beseitigen. Dazu gehöre, dass Arbeitslosigkeit, Armut, niedriges Bildungsniveau bekämpft werden. Maßnahmen könnten sein:

- die Integration von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen der Bundesanstalt für Arbeit,
- weitergehende Angebote für Arbeitslose i. S. psycho-sozialen Trainings zur Bewältigung der Probleme der Arbeitslosigkeit, Zeitstrukturierung u. ä.,
- Anwendung internationaler Normen zur Humanisierung der Arbeitswelt auch bei Arbeitsgelegenheiten, ABM und anderen Maßnahmen.

Die Menschen müssen erfahren, so Dr. Claus Dieter Junker, dass die medizinische Versorgung und gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht von ihrem materiellen und sozialen Status abhängen.



Des Weiteren referierte **Olaf Schrodi** von der AOK PLUS über Patientenrechte. Anliegen seines Vortrages war es, dass Patienten sich innerhalb



## Aktuelles Jahresseminar

des komplizierten Gesundheitssystems adäquat und autonom verhalten können. Dabei verwies er nicht nur auf die Rechte der Patienten, sondern gleichermaßen auf die Pflichten aller im System Beteiligten etwa die Aufklärungspflicht der Ärzte, Fragen der Arzthaftung, den Anspruch auf Schadensersatz bei Fehlbehandlungen, die Dokumentations- und Schweigepflicht der Ärzte, auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung sowie das Selbstbestimmungsrecht der Patienten.



**Dr. med. Burkhard Braun**, Chefarzt der Klinik für Geriatrie an der Thüringen-Klinik Rudolstadt, referierte über altersassoziierte Krankheiten sowie präventive Potentiale und mögliche Behandlungsoptionen. Mit Bezug auf Herz- und Gefäßkrankungen verwies er auf in den Alltag durch jeden einzelnen zu integrierende Maßnahmen wie

- Rauchstopp – Nikotin neben Blutdruck und Blutfetten wichtigster Risikofaktor,
- Blutdruck regelmäßig überprüfen – je früher ein Bluthochdruck erkannt und behandelt wird, desto besser können Langzeitschäden vermieden werden,
- regelmäßige körperliche Aktivitäten – besser 3 x pro Woche eine

- halbe Stunde als 1 x drei Stunden, gute Ausdauersportarten sind z. B. Radfahren, Schwimmen, Laufen,
- Übergewicht reduzieren,
- Gesunde Ernährung – viel Obst und Gemüse, wenig gesättigte Fettsäuren, viele Ballaststoffe (> 30g/Tag), wenig Zucker, statt dessen Salz, Kräuter oder Gewürze, statt tierischen besser pflanzliche Fette, einfach und mehrfach ungesättigte Fettsäuren.

Darüber hinaus ging Dr. Braun auf Hirnerkrankungen wie Demenz und das Schlaganfallrisiko ein, auf das Osteoporoserisiko sowie auf typische Rückenschmerzen im Alter.

Insgesamt besuchten über 100 Menschen das Jahresseminar und die Fachtagung der Landesseniorenvertretung. ■

Zusammenfassung der Beiträge durch Dr. Jan Steinhaußen. Die vollständigen Beiträge der Autoren können auf den Web-Seiten der Landesseniorenvertretung nachgelesen werden:

[www.landesseniorenvertretung-thuringen.de](http://www.landesseniorenvertretung-thuringen.de)



Irene Ellenberger, Vorsitzende der LSVTh, im Gespräch mit Dr. Jan Steinhaußen, stellvertretender Vorsitzender der LSVTh

## Das Versorgungstrukturgesetz

Am 1. Dezember 2011 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) beschlossen. Das Gesetz will demographiebedingten Versorgungsengpässen entgegensteuern und die medizinische Versorgung verbessern. Die Länder erhalten mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsoptionen. Gleichzeitig wird die vertragsärztliche Vergütung flexibilisiert und regionalisiert. Im Einzelnen wird u. a. folgendes geregelt (Auswahl):

### Ärztliche Versorgung und Versorgungsstrukturen

- Anreize im Vergütungssystem, indem Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen werden.
- Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes sowie die Bereitstellung einer bundeseinheitlichen Bereitschaftsdienstnummer (Notdienstnummer) für den ärztlichen Bereitschaftsdienst „116 117“.
- Die Förderung mobiler Versorgungskonzepte.
- Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Vernetzungen und Kooperationen auf Ärzteseite, die bestimmten Qualitätskriterien entsprechen, können künftig durch gezielte finanzielle Fördermöglichkeiten unterstützt werden.
- Stärkung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Ablösung der Richtgrößenprüfung im Arzneimittelbereich in einer Modellregion befristet auf drei Jahre.
- Modifizierung der Zulassungsregelungen für medizinische Ver-

# Aktuelles Versorgungsstrukturgesetz



sorgungszentren zur Stärkung der Freiberuflichkeit und zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen.

## Leistungsverbesserungen und Transparenz

- Es wird gesetzlich verankert, dass der Sicherstellungsauftrag auch beinhaltet, Versicherten in einem angemessenen Zeitraum fachärztliche Versorgung zukommen zu lassen. Vermeidbare Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung sollen dadurch vermindert und die erlebte Versorgungsrealität der Patienten verbessert werden.
- Es wird schrittweise ein Sektoren verbindender neuer Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt, in dem bestimmte spezialfachärztliche Leistungen unter gleichen Qualitäts- und Vergütungsbedingungen sowohl von Krankenhausärzten als auch von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden können. Eine bestmögliche Versorgung der Versicherten steht dabei im Mittelpunkt und nicht mehr die Frage, wer die Leistung erbringt.
- Krankenkassen sollen künftig Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe über den Pflichtleistungsanspruch hinaus für den Fall vorsehen, dass Versicherten wegen einer ambulanten Krankenbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, etwa die Gewährung von Haushaltshilfe auch an Alleinstehende.
- Die Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen werden deutlich ausgeweitet. Dies gilt für Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und

Haushaltshilfe sowie Leistungen von nichtzugelassenen Leistungserbringern.

- Verbesserung des Entlassungsmanagements nach Krankenhausaufenthalt. Ziel des Entlassungsmanagements ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffektes“ beizutragen.
- Die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen, die eine Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, wird durch die Einführung einer zusätzlichen Vergütung für die erforderliche aufsuchende Betreuung durch Zahnärztinnen und Zahnärzte verbessert.
- Klarstellung im Leistungsrecht, dass Versicherte mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, eine noch nicht allgemein anerkannte Leistung beanspruchen können, wenn Aussicht auf Heilung oder eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.
- Stärkung der ambulanten Rehabilitation. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden.
- Genehmigung notwendiger Heilmittelbehandlungen bei langfristigem Behandlungsbedarf. Versicherten, die langfristig Heilmittelbehandlungen benötigen (z. B. Menschen mit schweren Behinderungen oder chronisch

Kranke), wird die Möglichkeit eingeräumt, sich die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen.

- Das Verfahren der Versicherteninformation wird neu geregelt mit dem Ziel, den Versicherten einen unkomplizierten Zugang zu Informationen über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu ermöglichen.
- Mehr Transparenz durch Veröffentlichung der zentralen Ergebnisse der Jahresrechnung der Krankenkassen.
- Die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte wird fortgesetzt. Ziel ist, dass bis Ende des Jahres 2012 mindestens 70 Prozent der Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte haben.
- Nach geltendem Recht haben Personen, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen, die Möglichkeit, sich bei Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit für die Dauer der Pflegezeit von der Versicherungspflicht in der GKV befreien zu lassen, um ihre bisher bestehende private Absicherung im Krankheitsfall fortführen zu können. In Zukunft erhalten auch Beschäftigte, die Familienpflegezeit nach dem Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Familienpflegezeitgesetz) in Anspruch nehmen, unter den gleichen Voraussetzungen, die bei der Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG gelten, eine Befreiungsmöglichkeit. ■

Vgl. <http://bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html>



## Aktuelles

# Zum neuen Jahr

### Abschied

Sehr geehrte Frau Ellenberger,  
liebe Mandy,

leider falle ich am 15. 12. schon wieder aus. Ein weiterer Arztbesuch wartet auf mich. Deshalb auch meine nachstehende Entscheidung: Es fällt mir sehr schwer. Aber es muss sein.

Aus gesundheitlichen Gründen bitte ich Sie, mich ab dem 1.1.2012 als Mitglied der Thüringer Landessenorenvertretung zu entlasten.

Es würde jetzt sehr viel Kraft brauchen, wahrscheinlich zu viel, um zum Ausdruck zu bringen, was mich im Innersten bewegt. Es sind so viele erlebte zwischenmenschliche Beziehungen, so viele Bereicherungen aus dem engen Zusammenwirken über so viele Jahre, so viele verarbeitete und unverarbeitete Gefühle und aufbewahrte Bilder.

Aber das Jahr 2011 war mit zu vielen Ausfällen meinerseits durch mehrfache stationäre Behandlungen, Operationen und Folgewirkungen verbunden, so dass ich meinen Aufgaben als Mitglied der Landessenorenvertretung nicht mehr voll gerecht werden konnte.

Im Sommer wurde ich 75 Jahre alt und blieb weiter Patient.

Ich bleibe den Seniorenvertretungen erhalten und werde hoffentlich weiterhin den Vorsitz des Seniorenbeirates in Rudolstadt ausfüllen können. Die Bilanz 2011 fiel hier gut aus und wir haben uns für das kommende Jahr wieder viel vorgenommen.

Am 9.12. habe ich den anderen ehrenamtlichen Mitarbeitern des Seniorenreports 3 Büchergutscheine überreicht und mich persönlich verabschiedet. 10 Jahre gehörte ich dazu und es gab Zeiten noch in Schwarz/Weiß, da konnte ich viel zur guten Öffentlichkeitsarbeit unserer LSV beitragen.

Mein erster Dank gilt allen Mitgliedern, mit denen ich gemeinsam eine Menge bewegen durfte.

Der zweite Dank gilt allen Vorgängerinnen und Vorgängern, mit denen sich meine Wege gekreuzt haben.

Mein Dank gilt schließlich vor allem auch der Edith, die immer zu mir gestanden hat und wir beide auch einige Neulinge unserer LSV zuführen konnten.

Gleichermaßen Dank der Vorsitzenden und unserer Mandy. Ich freue mich, dass sie wieder zurückgekommen ist und sich bemüht, als unsere Geschäftsführerin den umfangreichen Anforderungen nachzukommen.

Und ich danke allen, die mir mit Ansporn und Kritik geholfen haben, unsere Ziele als Ländervertretung nie aus den Augen zu verlieren und uns zu behaupten.

Ich wünsche Ihnen, Frau Ellenberger und dem ganzem Team alles Gute, Gesundheit, gut gesinnte Politiker und Freunde, die unseren Seniorenvertretungen wohlgesonnen gegenüberstehen und uns helfen wollen.

Wäre ich Amerikaner, würde ich jetzt gern sagen: „I love you all!“.

Das würde meine Gefühle genau treffen. Aber in Deutschland wirkt das zu pathetisch. Drum sage ich schlicht: „Lebt wohl!“

Ever

Konrad Eberitzsch

Ein Jahr ist nichts...

Ein Jahr ist nichts, wenn man's verputzt,  
ein Jahr ist viel, wenn man es nutzt.  
Ein Jahr ist nichts, wenn man's verflacht;  
ein Jahr war viel, wenn man es ganz durchdacht.  
Ein Jahr war viel, wenn man es ganz gelebt;  
in eigenem Sinn genossen und gestrebt.  
Das Jahr war nichts, bei aller Freude tot,  
das uns im Innern nicht ein Neues bot.  
Das Jahr war viel, in allem Leide reich,  
das uns getroffen mit des Geistes Streich.  
Ein leeres Jahr war kurz, ein volles lang:  
nur nach dem Vollen misst des Lebens Gang,  
ein leeres Jahr ist Wahn, ein volles wahr.  
Sei jedem voll dies gute, neue Jahr.

Hanns Freiherr von Gumpenberg (1866-1928)

**In diesem Sinne wünscht die Landessenorenvertretung Thüringen allen Mitgliedern, Kooperationspartnern, Unterstützern und Förderern ein gutes, glückliches und gesundes neues Jahr!**

# Information

## Salutogenese

### Ottawa-Charta



#### Was ist Salutogenese?

Vorläufer dieser von Ellis Huber bezeichneten dritten Gesundheitsrevolution ist das von Aaron Antonovsky begründete *Gesundheitsentwicklungskonzept* der Salutogenese. Kern der Salutogenese ist nicht die Frage, wie Krankheiten behandelt werden können, sondern wie Gesundheit entsteht und erhalten werden kann.

Der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky hatte 1970 medizinische Daten von verschiedenen Frauengruppen untersucht, u. a. auch Daten von in nationalsozialistischen Konzentrationslagern inhaftierten Frauen. Der Anteil der das KZ überlebenden Frauen, die in ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit offenbar nicht beeinträchtigt waren, betrug 29 %. Dieses angesichts der extrem belastenden Situation in Konzentrationslagern für Antonovsky überraschende Ergebnis war für ihn Ausgangspunkt für die Fragestellung, welche Eigenschaften, Ressourcen und inneren Dispositionen Menschen geholfen haben, ihre Gesundheit weitestgehend zu erhalten.

Antonovsky versteht Gesundheit nicht als diagnostisches Postulat, sondern als subjektiv geprägtes Erlebnis, das allerdings in einem konkreten sozialen Kontext erfahren wird. Die **Salutogenese ist seitdem die Wissenschaft von der Entstehung von Gesundheit**, während die Pathogenese die Wissenschaft von der Entstehung von Krankheit ist. Der salutogenetische Ansatz orientiert auf Gesundheitsziele und die Ressourcen, die Menschen in ihren sozialen Räumen haben. Er will soziale Beziehungen, wertschätzende Kommunikation, individuelle Fähigkeiten und Kompetenzen fördern. In der Gesundheitsförderung wird dieser Ansatz auch als „Empowerment“-Strategie bezeichnet, die die Selbstermächtigung des Menschen in den Vordergrund stellt sowie seine Fähig-

keit, auf veränderte Umwelthanforderungen adäquat zu reagieren.

Sich an einem salutogenetischen Gesundheitskonzept zu orientieren, bedeutet für Akteure im Gesundheitssystem sowie für Menschen in ihrem praktischen Alltag:

- sich an der Stimmigkeit des eigenen Lebens sowie an Lebenskohärenz zu orientieren,
- sich auf Gesundheit sowie die eigenen Ressourcen und Kompetenzen auszurichten,
- die Eigenaktivität zu wertschätzen und in den Vordergrund zu stellen,
- die systemische Selbstorganisation und -regulation sowie das Selbstheilungsvermögen zu fördern, prozess- und lösungsorientiert zu denken.

Salutogenetische Ansätze empfehlen Einfaches, was schwer umzusetzen ist:

- Ruhe des Atems,
- Achtsamkeit für den Körper,
- Mäßigung in der Ernährung,
- Harmonie der Bewegung, aber überhaupt Bewegung,
- Konzentration auf die gegenwärtige Aufgabe,
- Klarheit der Gedanken,
- Augenmaß in den Zielen,
- Besonnene Sprache,
- Umsicht im Handeln,
- Bejahung des Tuns,
- Konstruktivität in Beziehungen,
- Eine innere Haltung von Güte, Liebe, Dankbarkeit und ein Prinzip der Menschlichkeit als Handlungsorientierung. ■

#### Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa zum Abschluss der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung von der Weltgesundheitsorganisation

(WHO) veröffentlicht. Sie stellt zum ersten Mal prononciert die Gesundheit in den Mittelpunkt und orientiert auf unterschiedliche Strategien der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, Gesundheits-selbsthilfe sowie der Präventivmedizin. Ihr gesundheitspolitisches Leitbild kann als ein Paradigmenwechsel von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit bezeichnet werden. Damit werden neue Handlungsprioritäten eingefordert, insbesondere eine Orientierung auf die politische Gestaltung der gesundheitsrelevanten Faktoren und Umweltbedingungen. In der Charta selbst wird ausgeführt, dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess zielt, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen will. Gesundheit wird als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden. Sie steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.

Sie orientiert grundsätzlich auf Partizipation und die Selbstverantwortung des Menschen für seine Gesundheit, wobei als grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit in der Charta Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit gesehen werden. Ein guter Gesundheitszustand ist andererseits eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität.

Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv



## Aktuelles Versorgungs-Report

zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

Gesundheitsförderung zielt im Sinne der Charta:

- auf Chancengleichheit.
- auf die Verringerung sozialer Unterschiede des Gesundheitszustandes,
- auf gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.

Dabei wird ein sektorenübergreifender Ansatz favorisiert, d. h., Gesundheitsförderung kann sich nur adäquat realisieren, wenn Regierungen, Verantwortungsträger im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbänden und in Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien zusammenwirken.

Dabei geht es nicht nur um medizinische und soziale Versorgung, sondern um soziale Lebensräume, Konsumgüter und gesundheitsförderliche soziale Dienste, eine gesündere und erholsamere Umwelt, um Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen.

Insofern erfordert die Förderung von Gesundheit einerseits staatliches Handeln sowie das Handeln von professionellen nichtstaatlichen Akteuren, andererseits Aktivitäten von Bürgern selbst. Die stärkere Selbstbestimmung, die Stärkung der Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange, die Stärkung von Nachbarschaften und Selbsthilfepotentialen werden in der Charta von Ottawa als ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung gesehen. Gesundheitsförderung muss die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit fördern. Sie soll ihnen helfen, die verschiedenen Lebensphasen angemessen zu bewältigen.

„Gesundheit, so ist das Fazit in der Charta von Ottawa, „wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. Für einander Sorge zu tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente der Entwicklung der Gesundheitsförderung. Alle Beteiligten sollen anerkennen, dass in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind.“

Siehe Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung:

[www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa\\_Charta.pdf](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf)

### Versorgungs-Report 2012: Gesundheit im Alter

Im Versorgungsreport 2012 werden u. a. folgende Schwerpunktthemen dargestellt:

- Die demografische Entwicklung als Herausforderung für das Gesundheitswesen,
- die medizinische Einordnung spezieller Behandlungsbedürfnisse älterer Menschen,
- die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter,
- die Arzneimittelversorgung älterer Menschen,
- ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Pflegebedürftige und Patienten,

- Gesundheitsförderung und Prävention im Alter,
- neue Versorgungsformen,
- Wohnen im Alter: soziale und technische Bewältigungsstrategien,
- Demenz: Prävalenz, neue Ansätze und Zukunftsszenarien zur Versorgung von Demenzkranken,
- stationäre Langzeitpflege,
- Sturzprophylaxe in Pflegeheimen,
- Qualitätssicherung der hausärztlichen Palliativversorgung.

#### Das Schwerpunktthema bildet „Gesundheit im Alter“

Die Autoren analysieren die Versorgungsrealität und zeigen dabei auf, wie Reformansätze zu stabilisieren und zu stärken sind. Dabei werden sowohl die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der demografischen Entwicklung diskutiert als auch die damit verbundene Herausforderung für die Versorgungsstrukturen.

In Einzelbeiträgen wird ein Überblick über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Ältere im Allgemeinen und Pflegebedürftige im Besonderen gegeben. Ein besonderer Fokus liegt auf der Zunahme von Demenzerkrankungen und deren Folge für die Versorgungsstrukturen.





### Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD

Die UPD ist ein als gemeinnützige GmbH geführter deutschlandweiter Verbund unabhängiger Beratungsstellen. Sie ist vom GKV Spitzenverband beauftragt, Patientenberatung als Regelleistung für alle Versicherten anzubieten. Sie wird partnerschaftlich getragen von drei großen Organisationen: dem Sozialverband VdK Deutschland e. V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. und dem Verbund unabhängige Patientenberatung e. V.

Die UPD versteht sich als Wegweiser und Lotse durch das Gesundheitssystem. Sie möchte Patientinnen und Patienten stärken und dazu befähigen, ihre Interessen wahrzunehmen und eigenständig zu handeln. Sie bietet Ratsuchenden eine neutrale und von Krankenkassen, Ärzten, Therapeuten etc. unabhängige kostenlose Beratung, Information und Unterstützung. Die UPD ist für Ratsuchende da, die vor, während oder nach einer Behandlung Klärungsbedarf haben. Sie berät Gesunde und Kranke sowie deren Angehörige, allgemein Interessierte, Versicherte und Nichtversicherte.

Das Beratungsangebot umfasst:

- die persönliche Beratung vor Ort in einer der 21 Beratungsstellen in Deutschland, die Beratungsstelle für Thüringen befindet sich in Erfurt,
- das bundesweit kostenfreie Beratungstelefon,
- die Online-Anfrage an die Beraterinnen und Berater,
- die überregionale Arzneimittelberatung.

Die Fachexperten der UPD beraten und informieren

- über Patientenrechte,
- zu Kassenleistungen und gesetzlichen Regelungen,

- bei Konflikten mit Ärzten oder Kostenträgern,
- zu allgemeinen Fragen über Behandlungskosten und -möglichkeiten,
- bei Unsicherheiten in Bezug auf Behandlungen,
- zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
- über weitere Anlaufstellen im Gesundheitswesen,
- über Ärzte, Kliniken und Pflegedienste, Heilpraktiker und Therapeuten,
- über Selbsthilfegruppen,
- über Fachanwälte für Medizin- und Sozialrecht.

Das Beratungsangebot der UPD ist für alle Ratsuchenden kostenfrei. Die UPD wird von der Gemeinschaft der gesetzlich Versicherten durch den GKV-Spitzenverband finanziert.

Die Beratung verpflichtet zu nichts.

Die Beraterinnen und Berater der UPD sind bestens ausgebildete Fachkräfte mit Beratungserfahrung, zum Beispiel Mediziner, Juristen und Sozialpädagogen.

Die Beratung ist vertraulich. Es werden keinerlei personenbezogene Informationen weitergegeben. Man ist nicht verpflichtet, seinen Namen zu nennen.

### Bundesweites UPD Beratungstelefon

Montags bis freitags von 10.00 bis 18.00 Uhr und donnerstags bis 20.00 Uhr erreichen Sie unsere Beraterinnen und Berater unter der bundesweit kostenfreien Rufnummer:

0800 0 11 77 22 (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz).

<http://www.unabhaengige-patientenberatung.de>

### UPD in Thüringen

Eugen-Richter-Straße 45  
99085 Erfurt

Tel.: 0361/555 14 47

Fax: 0361/555 14 46

### Unabhängige Arzneimittelberatung für Patienten

Der Arzneimittelberatungsdienst ist ein themenspezifisches überregionales Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität Dresden. Der Arzneimittelberatungsdienst berät bundesweit und kostenfrei zu allen Fragen der Arzneimittelanwendung und Arzneitherapie.

### Institut für Klinische Pharmakologie/Arzneimittelberatungsdienst

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Technische Universität Dresden  
Fiedlerstraße 27  
01307 Dresden

### Direkte Kontaktaufnahme

Tel.: 0351/458 50 49

Fax: 0351/458 43 41

mail: [arzneimittel@upd-online.de](mailto:arzneimittel@upd-online.de)

### Telefonische Beratungszeiten

Montag, Dienstag und Donnerstag  
9.00–16.00 Uhr

Mittwoch und Freitag

9.00–13.00 Uhr

Beraterinnen

Jane Schröder, Apothekerin

Sophie Lochner, Apothekerin

Weitere Informationen unter:

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



Tino Pfabe, Berater bei der UPD Erfurt



## **Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten**

### **Altenburg**

#### **Im Alter in Form**

Im Oktober 2011 fand eine Schulung unter dem Motto „Im Alter IN FORM – Gesund essen, mehr bewegen“ im Seniorenclub Altenburg statt. Sie wurde im Rahmen des nationalen Aktionsplans des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt und von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation (BAGSO e. V.) in Zusammenarbeit mit den Seniorenbeiräten des Landkreises und der Stadt Altenburg organisiert. Der Einladung waren 18 Teilnehmer gefolgt.

Es gab Hinweise zu gesundem Frühstück, zum kalorienarmen Kochen, Anregung zu Bewegung, auch mit Musik und Tanz, Quizveranstaltungen, kulinarische Kulturreisen u. v. m. Es folgte eine kritische Betrachtung der Nahrungsergänzungsmittel. Fazit war, dass aufgrund des reichhaltigen Obst- und Gemüseangebotes in unserem Land Nahrungsergänzungsmittel nicht notwendig sind und diese bei Nichtabsprache mit dem Arzt auch Risiken enthalten können.

Nach einem Mittagessen ließ uns Frau Walther – Referentin vom Thüringer Turnerbund aktiv werden. Wir bewegten uns nach Musik mit Bändern, Ringen, Tüchern. Frau Walther vermittelte uns: Bewegung ist Lebensqualität – dafür kann, muss und sollte jeder selbst etwas tun. Wer rastet, der rostet – der Körper erhält nur die Funktionen, die genutzt werden. Tägliche Bewegung an der frischen Luft sollte man anstreben.

Am Ende tauschten wir uns nochmals über das Gehörte aus und überlegten, wie und wo wir das Gehörte weitervermitteln können.

Den Organisatoren und Helfern der Veranstaltung ein herzliches Dankeschön.

Lili Schmidt

Problemen der Bürger im hohen Lebensalter.

Waltraud Laeschke

### **Bad Langensalza**

#### **Brief wurde ignoriert**

Dass die künftige Rolle der Seniorenbeiräte im Land Thüringen noch einer rechtlichen Absicherung bedarf, steht außer Frage, umso mehr als diese unverzichtbare gesellschaftliche Tätigkeit allzu oft noch verkannt wird. Die Interessenvertretung der „Generation 60 plus“ in unserer Stadt ist seit Jahren darauf bedacht, sich bei den Instanzen Gehör zu verschaffen, die für die Klärung der Bürgeranliegen Verantwortung tragen, wie zum Beispiel für die gesundheitliche Betreuung.

Ungeachtet dessen ist der Seniorenbeirat Bad Langensalza darum bemüht, sich den Problemen der Bürger im hohen Lebensalter mit größerer Sachkenntnis zuzuwenden. So informierte beispielsweise eine Apothekerin über das neue Arzneimittel-Verordnungsgesetz im Rahmen der Gesundheitsreform. Besuche der Mitglieder des Seniorenbeirats galten der Rehaklinik Bad Tennstedt und dem Vortrag ihres ärztlichen Direktors zu den Themen Demenz und Schlaganfall.

Ungehalten sind die Mitglieder des Seniorenbeirats darüber, dass ein Offener Brief unbeantwortet blieb, der an das Ministerium für Gesundheitswesen der Landes- und Bundesregierungen adressiert war und auf eklatante Versäumnisse bei der Betreuung der Senioren hinwies. Ein Beispiel dafür, wie ehrenamtliche Tätigkeit missachtet wird. Anders und verständnisvoll war die schon traditionelle Gesprächsrunde mit dem Bürgermeister der Stadt zu

### **Bad Salzungen**

#### **„Diagnose unbezahlbar“**

Wer gesetzlich krankenversichert ist, muss bei Quantität und Qualität seiner medizinischen Behandlung bescheiden sein. Immer öfter bestimmen bei Kassenpatienten nicht die medizinischen Erfordernisse über Behandlungsdauer und Methode. Vielmehr entscheiden „Wirtschaftlichkeit“ oder Budgets über die Therapie und damit über Gesundheit oder Lebensqualität vieler Menschen. Im Dickicht von Vorschriften und Richtlinien, Zuständigkeiten und Interessenlagen sind die Verantwortlichen für die Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen schwer auszumachen.

Seit es für Krankenhäuser Fallpauschalen gibt: haben Krankenhäuser das Ziel, das Maximale an Geld aus jedem Patienten herauszuholen. Dafür ist der Medizincontroller zuständig, ein Beruf, den es früher nicht gab. Ein Medizincontroller hat die Aufgabe, zu schauen, was man bei den einzelnen Diagnosen noch hinzufügen kann, damit sich der Patient rechnet.

Die Politik hat diese Pauschalen eingeführt, um Krankenhäuser zur Wirtschaftlichkeit zu zwingen. Man nahm billigend in Kauf, dass Kliniken sterben und die gern beschworene Menschlichkeit auf der Strecke bleibt. Medizin ist eben in erster Linie ein Geschäft.

Joachim Lebens

## Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten



### Eisenberg

#### Gesundheitsversorgung problematisch

Eisenberg ist für die gute Orthopädie bekannt. Schon lange bestand eine enge Zusammenarbeit mit der Universität Jena. Im November 2011 wurde ein neuer Vertrag unterzeichnet. Das Waldkrankenhaus erhält den Status „Akademisches Lehrkrankenhaus“ des Universitätsklinikums Jena und erhält den Titel „Campus Eisenberg“. So können Studierende aller medizinischen Fachrichtungen einen Teil ihres Medizinstudiums in dem Krankenhaus absolvieren. Das ist für uns eine erfreuliche Entwicklung.

Leider sieht der Alltag mit medizinischer Versorgung nicht so gut aus. In den letzten Jahren haben einige Allgemeinmediziner aus Altersgründen ihre Praxen geschlossen und es kam kaum Ersatz. Wartezeiten von zwei Stunden sind keine Seltenheit. Der größte Verlust für uns ist die Schließung der Praxis des HNO-Arztes. Ein Nachfolger ist nicht in Sicht. Das ist für uns ältere Bürger, besonders für Behinderte, oft schwierig, wie Toni Michna zu berichten weiß. Sie braucht ein besonderes Hörgerät. Ein Glück, dass in Eisenberg ein ebenerdiges Akustik-Studio vorhanden ist. Nach dem Hörtest ist aber der Weg in eine HNO-Praxis erforderlich. „Wo finde ich eine Praxis, die ich mit dem E-Rollstuhl erreichen kann? Mit dem Behindertentransport fahre ich nach Jena. Dem HNO-Arzt fehlen noch erforderliche Papiere vom Akustiker, eine zweite Fahrt ist nötig.“ So kann man Krankenkassenkosten erzeugen und den Patienten mit bürokratischem Aufwand verunsichern. Im Allgemeinen ist der Fachärztemangel gravierend. Lange Wartezeiten auf einen Termin sind vorprogrammiert. Wir hoffen, dass

sich wieder junge Mediziner bereit finden, auch in kleinen Städten ihren Dienst zu tun.

Renate Stegmann

### Erfurt

#### Gelebte Städtepartnerschaft

Für den Seniorenbeirat gibt es die Partnerschaft mit dem Seniorenbeirat Mainz seit 1995. Sie ist mit den Jahren intensiver geworden und es haben sich persönliche Beziehungen entwickelt. Wir treffen uns einmal im Jahr, abwechselnd in beiden Städten. 2011 war Erfurt der Gastgeber. Am 21. Oktober fand im Erfurter Rathaus eine gemeinsame Plenarsitzung beider Beiräte statt. Das Thema hieß „Seniorenbeiratsarbeit konkret“. Wir berichteten über die in diesem Jahr geleistete Arbeit, von den Mainzern hörten wir den Bericht über deren Arbeit. Dabei stellten wir fest, dass wir gleiche Ziele haben und ähnliche Wege beschreiten. Wir lernen aber auch voneinander. In Mainz hat der Beirat Rederecht in allen Ausschüssen des Stadtrates, wir werden uns in Zukunft auch darum bemühen, wenn es um seniorenrelevante Themen geht. Wir haben eine eigene Geschäftsstelle, die inzwischen gut ausgestattet ist. Die Mainzer hoffen, eine Geschäftsstelle zu bekommen und schauten sich bei uns genau um. Im Vergleich ergaben sich viele Übereinstimmungen, die die Richtigkeit unserer Ansichten bestätigen.

Am folgenden Tag fuhren wir mit den Gästen nach Arnstadt. Der Stadtrundgang mit Bachdenkmal, Liebfrauenkirche, Altstadt und einem sehr guten Stadtführer kam gut an. Das Museum im Schloss mit „Monplaisir“ und der Bachausstellung fand ebenso Interesse, wie die Freiluftausstellung am Neidecksturm. Am letzten Tag gab es zunächst eine

Fahrt mit dem Altstadtbus in Erfurt, am Nachmittag hatten wir in unsere Geschäftsstelle zu Kaffee und Kuchen eingeladen. Die Verabschiedung am Bahnhof endete mit dem Versprechen des Gegenbesuches 2012 in Mainz.

Gudrun Stübling

### Gera

#### Zusammenarbeit mit dem Wald-Klinikum

Eine Sitzung des Seniorenbeirats fand im November im Wald-Klinikum statt. Dabei stand ein Vortrag des Geschäftsführers des Klinikums zu den Ergebnissen und Zukunftschancen des Hauses ebenso auf der Tagesordnung wie eine rege Diskussion mit der Pflegedienstleitung und mit der der Geschäftsleitung über die Belange der Senioren. „Unseren Mitarbeitern ist es sehr wichtig, die Wünsche und Sorgen unserer überwiegend älteren Patienten ernst zu nehmen. Wir freuen uns deshalb, dass der Seniorenbeirat eng mit uns zusammenarbeitet und uns hilft, uns stetig zu verbessern.“ In einem anschließenden Rundgang auf dem Klinikumsgelände konnten sich die Mitglieder des Seniorenbeirats ein Bild vom Fortgang der Bauarbeiten am Klinikum machen und sich von den verbesserten Bedingungen für Patienten und Mitarbeiter im Neubau „Haus am Wald“ überzeugen. Das Wald-Klinikum und der Seniorenbeirat haben zudem vereinbart, künftig in verschiedenen Projekten noch intensiver zusammen zu arbeiten.

Hannelore Hauschild



## **Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten**

### **Gotha**

#### **Initiativen zur Problemlösung**

Der Gesundheitsbericht des Landes Thüringen, veröffentlicht vom Thüringer Landesamt für Statistik, gibt die Bevölkerung Thüringens mit 2.241.500 Menschen für 2010 an. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen betrug 12,9 Prozent und war am höchsten im Eichsfeld mit 15 Prozent. Fast ein Viertel aller Einwohner waren älter als 65 Jahre, das sind 515.000 Menschen. Älter als 80 Jahre waren 123.000 Menschen, also 5 Prozent der Bevölkerung. Der Anteil war am höchsten im Altenburger Land mit 26,9 Prozent, am niedrigsten in den großen Städten, wie Erfurt und Gera mit rund 20 Prozent.

In Thüringen gibt es zurzeit 43 Krankenhäuser mit insgesamt 15.900 Betten, vier Krankenhäuser haben allein jeweils über 800 Betten.

Ältere Menschen haben mehr Krankheiten als jüngere, auch wenn Senioren weitaus vitaler sind als früher. Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass wir in den nächsten 20 Jahren mit bis zu 50 Prozent mehr Pflegebedürftigen und 12 Prozent mehr Krankenhausbehandlungen rechnen müssen. Dementsprechend wird der Bedarf an Ärzten steigen, in erster Linie in der ambulanten Versorgung. Und auch die Ärzte werden älter. In Deutschland rechnet man damit, dass von den zurzeit tätigen etwa 300.000 Ärzten 75.000 bis 2017 in Rente gehen werden, oder aus anderen Gründen nicht mehr praktizieren werden. Das Problem älter werdende Bevölkerung mit mehr Bedarf, zu wenig Ärzte, besteht deutschlandweit. In Thüringen fehlen nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung zurzeit 254 Hausärzte. Als ausreichend versorgt gelten nur die Bereiche Jena und Weimar/

Weimarer Land. Im Planungsbereich Gotha gibt es 23 offene Hausarztpraxen, 17 im Altenburger Land. Das Thüringer Ministerium für Gesundheit, die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesärztekammer versuchen, dem Mangel entgegenzuwirken. An der Universität Jena wurde der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Deutschland eingerichtet, dem inzwischen weitere gefolgt sind. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen fördert finanziell Praxisneugründungen, hilft bei der Übernahme bestehender Arztpraxen und fördert Zweitpraxen in unterversorgten Gebieten. Neu sind seit einigen Jahren sogenannte Eigenrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen. Sie gelten als „Niederlassungsfachschule für junge Ärzte.“ Die KV betreibt selbst eine modern eingerichtete Praxis, stellt einen meist jungen Arzt zu einem festen Gehalt ein, mit Betreuung in wirtschaftlichen Fragen und der Möglichkeit der späteren Übernahme der Praxis. Damit soll die große, vor allem finanzielle Hürde des Anfangs erleichtert werden. Im Bereich Gotha sind bereits Erfolge zu vermelden, drei neue Hausarztpraxen sind so entstanden. Noch etwas Neues und eigentlich Altes gibt es: die Gesundheitsministerin des Landes Thüringen will dafür sorgen, dass nach guten Erfolgen in Mecklenburg-Vorpommern auch in Thüringen in unterversorgten Gebieten wieder Gemeindeschwestern tätig werden.

Dr. med. Uta Hasse

### **Gotha-Land**

#### **Grundversorgung ist gedeckt**

Die Gesundheitsversorgung in Thüringen ist mit der Wende marktwirtschaftlichen Grundsätzen angepasst worden. Vornehmlich bei der älteren

Generation war ein Umdenken notwendig.

Die Frage, ob die Eliminierung der Polikliniken und Landambulancen hilfreich war, ist so alt wie die Wende selbst, obwohl es inzwischen Alternativlösungen gibt, wie Ärzthäuser, vernetzte Facharztpraxen und mobile, private Hilfsdienste. Bei der Gesundheitsversorgung in meiner Kleinstadt mit 4.500 Einwohnern ist durch zwei Allgemeinmediziner und mehrere Zahnärzte eine Grundsicherung garantiert. Bei Facharztkonsultationen oder Notfällen am Wochenende sind allerdings Angehörige, geistige und körperliche Mobilität und ein Fahrzeug gefragt, um externe Hilfe aus dem Kreisgebiet erwarten zu können. Sonst sind die „112“ oder die Rettungsleitstelle jederzeit Ansprechpartner.

Ein neuzeitliches Phänomen sind die Wechselwirkungen zwischen Qualität der Gesundheitsversorgung und Sparprogrammen der Bundesregierung und Fachverbänden auf solchen Problemfeldern wie Pflege, Demenz, Personalversorgung, Selbsthilfegruppen u. a. Das Kinderhospiz Mitteldeutschland in Tambach-Dietharz, das am 1. November eröffnet wurde, hat sein Investitionsvolumen von ca. fünf Millionen Euro fast ausschließlich durch Spenden und Zuwendungen von Privatpersonen und Unternehmen finanziert und ist für den laufenden Betrieb auf jährlich 350.000 Euro Spenden angewiesen.

Dieter Kister

### **Hermsdorf**

#### **20 Jahre Seniorentanz**

Vor 20 Jahren entwickelte Annelies Merker die Idee, von der Plattform Kirchgemeinde aus, regelmäßige Veranstaltungen mit Musik, verbunden mit Bewegung, zu initiieren. Es war die Geburtsstunde des Seniorentanzes; erst in Hermsdorf und in den Folge-

## Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten



jahren in ganz Thüringen. Seitdem treffen sich Seniorinnen und Senioren zu Stunden des Tanzes – zu Tänzen dem Alter entsprechend. Geselligkeit, Gemeinschaft ist damit erlebbar; Begegnung, Berührung, Zulächeln während der Tänze prägen die Runden. Die Erkenntnis „Es klappt ja“, gibt Sicherheit im gemeinsamen Umgang und Freude. Es ist gar nicht so einfach, bestimmte Bewegungsabläufe zu koordinieren und dadurch Teil der Gemeinschaft zu sein, wenn sich die Runden drehen. Selbst ein „Stuhltanz“ bietet die Möglichkeit des gemeinschaftlichen Erlebens.

Am 12. Oktober 2011 fand die große Jubiläumsfeier „20 Jahre Seniorentanz in Hermsdorf“ im Hermsdorfer Rathaussaal statt. Viele waren gekommen: Vertreter der Seniorentanzgruppen aus der Region und aus ganz Thüringen, der Kirche, der Regionalpolitik und Gäste.

Annelies Merker konnte unzählige Glückwünsche und Dank dafür, was sie über die Jahre hinweg für Senioren aufgebaut hat, entgegennehmen. Seit der Gründung 1994 ist sie Vorsitzende der Seniorentanzbewegung in Thüringen. Ihr vielfältiges Engagement für das Gemeinwohl kommt auch in der Auszeichnung der CDU-Fraktion im Thüringer Landtag zum Ausdruck, die sie am 2. November 2011 in Erfurt entgegennehmen konnte.

Dass solch eine Veranstaltung der Kirchgemeinde im Rathaussaal stattfinden kann, zeugt von der guten Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung. Zudem findet alljährlich im Rahmen der Musikalischen Woche im Advent ein Abend mit „Geselligen Tänzen“ statt.

Weiterführende Informationen zum Seniorentanz, der Ausbildung zum/r Seniorentanzleiter/in und Tanzgruppen in ganz Thüringen gibt es auf der Homepage [www.seniorentanz-thueringen.de](http://www.seniorentanz-thueringen.de) oder persönlich bei Annelies Merker, Tel. 036601/410 51.

Foto-Impressionen (Fotos: L. Krafczyk)



Die Polonaise eröffnete den Tanzreigen am Nachmittag.

Foto S. 22 o.: Der Landrat Andreas Heller sprach Annelies Merker Glückwünsche und seine Wertschätzung für ihre geleistete Arbeit aus. Er selbst warte noch mit einer aktiven Teilnahme am Seniorentanz

Foto S. 23 o: Ebenfalls zu den Gratulanten gehörte Gerd Pillau, Bürgermeister der Stadt Hermsdorf



Auch seit 20 Jahren mit dabei: Manfred & Ehefrau Dora Hübner. Er überbringt die Glückwünsche an Annelies Merker von der Hermsdorfer Seniorentanzgruppe

### Jena

#### Die Selbstverantwortung des Einzelnen

Noch ganz im Banne des Jahresseminars zur Gesundheitsversorgung versucht man, sich der eigenen Verantwortung zu stellen. Statistisch sind die großen Städte in der ärztlichen Versorgung gut dran gegenüber dem ländlichen Bereich. Dennoch gilt es bei allen Forderungen auch Maß zu halten, denn es könnte sein, dass man selbst in der Terminwarteschlange Ursache zur Zeitverschiebung wird für die Nachfolgenden. Das Bild des Arztberufs von einst, jederzeit abrufbar zu sein für den

Patienten, hat sich gewandelt. Der Arzt ist heute aufgrund der Spezialisierungen, der Kassen- und Verwaltungszwänge zum Unternehmer geworden, sozusagen zum Geschäftspartner in der Firma Gesundheitswesen. In solchem System muss der Bürger seinen Platz mit eigener individueller Verantwortung finden. Dabei kann es nicht nur immer um Forderungen gegenüber der Gesellschaft gehen. Der AG Soziales, Gesundheit und Pflege im Seniorenbeirat der Stadt obliegt es zu vermitteln im Blick auf Pflegeheime und Vieles mehr, um Brücken zu bauen bei der Nennung von Problemen und deren Lösung. Das trifft ebenso auf die AG Ordnung, Sicherheit und Stadtentwicklung zu im Blick auf Barrierefreiheit und im täglichen Miteinander auf den Verkehrswegen und anderswo. Erlebte und selbst gestaltete Kultur – ein weites Feld, um nicht von den elektronischen Medien gelebt zu werden.

Hans Lehmann

### Mühlhausen

#### Gesundheitstag

Durch die Weltgesundheitsorganisation wird Gesundheit als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen definiert. So ist Gesundheit mehr als ein Zustand, der krankhafte Erscheinungen ausschließt.

Die Seniorenvertretung Mühlhausen leistet ihren Beitrag für die Gesundheit im Alter durch verschiedene Angebote, wie z. B. das Gedächtnistraining. Diese Art von Training kann Hirnleistungsstörungen vorbeugen und bereits bestehende bessern.

Auch 2011 hatten wir gemeinsam mit der Stadtverwaltung Mühlhausen im Mehrgenerationenhaus einen Gesundheitstag organisiert. Es gab ver-



## **Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten**

schiedene Angebote, wie zum Beispiel Hör- und Sehtest, gesundes Essen, Informationen der Pflegedienste, Gedächtnistraining. Auf Grund der großen Resonanz soll auch 2012 ein Gesundheitstag stattfinden. Dabei wird schwerpunktmäßig auf verschiedene Aspekte eingegangen z. B. das Thema „Schlaganfall“.

Renate Luhn

### **Neuhaus**

#### **Zufriedenstellende Situation**

Auch bei uns wächst der Anteil der älteren Bürger an der Gesamtzahl der Einwohner. Zugleich ist es erfreulich, dass unser Lebensalter steigt. Es ist natürlich, dass bei Menschen im höheren Lebensalter Fragen rund um die Gesundheit eine wichtige Rolle spielen. Das Thema ist auch Bestandteil der Arbeit unseres Seniorenbeirats. Besonderes Gewicht besitzt die Analyse der Gesundheitsversorgung in unserer Stadt. Es hat sich leider ein Engpass in der medizinischen Versorgung entwickelt. Durch die Schließung zweier Praxen von Allgemeinmedizinern aus Altersgründen ist eine angespannte Situation entstanden. Für die Patienten haben sich dadurch die Wartezeiten bei den noch vorhandenen drei Hausärzten nicht nur spürbar verlängert, sondern sie mussten z. T. weggeschickt und zu anderen Zeiten erneut bestellt werden. Positiver kann die Lage bei der fachärztlichen Versorgung in unserer Stadt eingeschätzt werden. So kann z. B. auf dem Gebiet der Zahnmedizin der Bedarf gedeckt werden. Eine ähnlich gute Entwicklung hat sich auf dem Gebiet der augenärztlichen Versorgung vollzogen. Bei der Schließung der Praxis eines Augenarztes übernahm zeitgleich seine Tochter die Praxis und führt sie weiter. Positiv wird von den Senioren die Einrichtung unseres Krankenhauses bewertet, das zusammen mit dem von Sonneberg

im engen Verbund der Medinos-Kliniken des Landkreises eine gute stationäre Versorgung sichert. Als günstiger Faktor im Rahmen der Gesundheitsversorgung wird von den Senioren die stets freundliche Beratung in unseren drei Apotheken geschätzt. Vorteilhaft ist, dass sie in verschiedenen Teilen des Stadtgebietes liegen, so dass von überall aus gute Erreichbarkeit gewährleistet ist. Insgesamt bewertet unser Seniorenbeirat die Gesundheitsversorgung, trotz der Mängel bei der Allgemeinmedizin, als befriedigend.

Dagobert Hentschel

### **Ruhla**

#### **Künftig wird es problematisch**

Das Projekt „Aktiv im Alter“ sollte sich auch im Wartburgkreis einen Überblick verschaffen, wie es um Themen wie Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge, Wohnen im Alter, Barrierefreiheit in öffentlichen Einrichtungen steht. Es mangelt an der Einbeziehung älterer Bürger in das kommunalpolitische Geschehen unserer Stadt. Es wurden Arbeitsgruppen gebildet, die sich dieser Themen annahmen und Berichte zur Auswertung vorlegten. Allerdings gab es bis jetzt kaum Resonanzen seitens der Ämter. In der Arbeitsgruppe „Gesundheitsvorsorge“ ergibt sich folgender Sachverhalt in Ruhla sowie in den dazugehörigen Gemeinden Thal und Kittelsthal. Grundsätzlich muss gesagt werden, dass Ruhla nach Bad Liebenstein in dieser Altersgruppe den höchsten Anteil hat.

Industrie ist nicht mehr nennenswert vorhanden, so dass immer mehr junge Menschen Arbeitsplätze in anderen Regionen suchen und wegziehen. In dieses Entwicklungsgeschehen passt auch die rückläufige ärztliche Versorgung, die mit vier allgemeinmedizinischen Praxen und fünf Zahn-

arztpraxen den Gesamtbedarf abdecken soll. Hinzu kommt auch hier die Auswirkung des demographischen Einflusses, denn zwei der Allgemeinmediziner sind bereits im Rentenalter, und zwei nicht weit davon. Bei den Zahnärzten sieht es etwas günstiger aus. Aber jeglicher Facharztbesuch kann nur in Eisenach, Bad Liebenstein, Bad Salzungen sowie Wutha Farnroda wahrgenommen werden. Sehr beschwerlich ist das vor allem für ältere Menschen.

Die Betreuung von pflegebedürftigen Personen hingegen wird von zwei gut funktionierenden ambulanten Pflegediensten abgesichert, die Aufnahme von stationär zu pflegenden Menschen ist ebenfalls in drei Einrichtungen möglich.

Wie es einmal weiter gehen soll, wenn zwei der vorhandenen Praxen im Jahr 2012 schließen, ist noch unklar. Einer jungen Ärztin verweigerte man im vorigen Jahr die Eröffnung einer neuen Praxis, da zu diesem Zeitpunkt der Bedarf noch ausreichte. Aber ob sich 2012 wieder jemand findet, der nach Ruhla will, ist fraglich.

Hannelore Schröder

### **Sondershausen**

#### **Bezahlbarkeit gewährleisten**

Gesunderhaltung besteht aus gesunder Lebensführung und medizinischer Versorgung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen begünstigen eine selbständige Lebensgestaltung bis ins hohe Alter. Die Möglichkeiten in unserer Stadt sind vielfältig und ausreichend. Zu den medizinischen Einrichtungen gehören:

- das DRK-Krankenhaus Sondershausen mit Geriatrie,
- zahlreiche Arztpraxen mit Allgemein- und Fachmedizinern,
- zahlreiche Zahnarztpraxen,
- zahlreiche Physiotherapien,

## Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten



- eine stationäre Notarztstelle an Wochenenden,
- mehrere Apotheken,
- ein Sanitätshaus.

In der näheren Umgebung stehen außerdem die Kliniken in Bad Frankenhausen, Sömmerda, Bad Langensalza und Nordhausen mit Standort eines Rettungshubschraubers zur Verfügung.

Für gesundheitserhaltende Maßnahmen gibt es darüber hinaus:

- Bewegungskurse, Rückenschulen, Behindertensport,
- Fitnessstudios,
- Sportstätten für Seniorensportgruppen,
- Selbsthilfegruppen,
- Vereine mit einschlägigen Programmen.

Im Pflegesektor gibt es

- vier Pflegeheime, ein Neubau ist geplant,
- mehrere ambulante Pflegeeinrichtungen,
- ein mobiler Krankendienst.

Eine Voraussetzung für die ausreichende Gesundheitsförderung ist die Bezahlbarkeit. Es mehren sich die Anzeichen von ständig steigenden Kosten für medizinische Grundversorgung, Zahnersatz, Hörgeräte, Medikamente. Das ist ein unvertretbarer Mangel unseres Sozialstaats.

Eberhard Bauer

### Suhl

#### Noch ist der Bedarf gedeckt

In einer Beratung mit Vertretern von Pflegeheimen und Pflegediensten informierte sich der Seniorenbeirat darüber, ob ausreichend Pflegeplätze in den Heimen und Pflegekapazitäten bei den ambulanten Pflegediensten vorhanden sind. Leben gegenwärtig in Suhl 13179 Bürger die älter als 60 Jahre sind, werden es im Jahr 2015 ca. 14485 und 2020 ca. 15200 Men-

schen sein. Die Kapazität der Heime und Pflegedienste genügt derzeit. Die Frage ist, ob Pflege in einigen Jahren noch gewährleistet werden kann.

Nach einstimmiger Meinung der Pflegefachleute wird in Zukunft die Bezahlbarkeit der Pflege eine große Rolle spielen, weil die Renten oft niedriger als die derzeitigen Renten sein werden. Die kostengünstigere ambulante Pflege wird künftig mehr in Anspruch genommen werden müssen. Wie eine Befragung durch den Seniorenbeirat gezeigt hat, wünschen 85 Prozent der Älteren einen langen Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung. Durch zunehmende ambulante Pflege, so schätzen die Dienste ein, werden die stationären Plätze auch künftig ausreichen.

Nach Aussage der ambulanten Pflegedienste ist jedoch in vielen Fällen der barrierefreie Umbau der Wohnungen die Voraussetzungen, damit das Wohnen und die Pflege für ältere Menschen möglich sind. Ein Problem sei es, dass die Pflegebedürftigkeit oft erst erkannt wird, wenn es für Umbauten zu spät ist.

Kritik übten die Pflegedienste daran, dass die Bezahlung der ambulanten Pflegeleistung entspricht. Das bewirkt, dass der Pflegeberuf für junge Menschen nicht attraktiv ist und gegenwärtig schon die benötigten Fachkräfte fehlen. In diesem Zusammenhang wurde auch Kritik an der Politik des Landes und der Bundesanstalt für Arbeit geübt, die die Qualifikation geeigneter Fachkräfte eher verkomplizieren als fördern.

Im Ergebnis des Gesprächs wurden folgende Forderungen an Kommunal-, Landes und Bundespolitik formuliert:

- Unterstützung der offenen und aufsuchenden Altenarbeit durch die Stadt, um rechtzeitige Hilfe leisten zu können,
- Schaffung von barrierefreiem Wohnraum und staatliche Förderprogramme hierfür,

- gemeinsame Anstrengungen von Landesbehörde, Arbeitsamt und den Pflegediensten zur Qualifikation von Pflegekräften,
- auskömmliche Kostensätze für die ambulanten Pflegedienste,
- Erhöhung der Mindestrente, damit Pflege auch zukünftig bezahlbar ist,
- der Seniorenbeirat wird diese anspruchsvollen Forderungen im Interesse der Betroffenen bei den zuständigen Behörden einfordern.

Rüdiger Müller

### Weimar

#### Gesundheitsreform oder Reform der Gesundheit

Die Kosten im Gesundheitswesen sind hoch und steigen weiter an. Kranksein erfordert in immer stärkeren Maße erhebliche Kosten, Nichtkranksein erfordert unsere eigene verantwortungsbewusste Vorsorge – nicht erst im Alter. Hier haben Seniorenvertretungen ausreichend Gesprächsstoff mit Ärzten, Apothekern, Vertretern von Krankenkassen, Sozialarbeitern und mit den für gesundheitspolitische Fragen zuständigen Politikern. Dabei bleibt der Hausarzt unser wichtigster Partner, wenn es um unsere Gesunderhaltung geht.

Es ist aber auch die zunehmende soziale Kälte in unserem Land, die nicht nur bei älteren Menschen psychosomatische Erkrankungen hervorruft. Die gegenwärtige globale Finanzkrise führt zu Verunsicherungen bei Jung und Alt, zu Ängsten vor einer ungewissen Zukunft. Ein Mangel an menschlicher Anteilnahme und Zuwendung lässt sich schwer medikamentös behandeln. Schmerzen haben viele Ursachen: Orientierungslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Alleinsein. Ein Krankheitsbild in unserer Gesellschaft ist wohl auch die Gleichgültigkeit. Zuwendung gibt es nicht auf Rezept und auch nirgends zum Nulltarif. Erwarten wir die Zunei-

„Gesundheit ist weniger ein Zustand  
als vielmehr eine Haltung,  
die mit der Freude am Leben gedeiht“

Thomas von Aquin



SENIORENREPORT,  
16. Jahrg. 4/2011

## Landesseniorenvertretung Thüringen e. V. Alter ist Kompetenz

### Impressum

gung anderer, sollten wir auch ihnen zuhören, mit ihnen fühlen und sprechen. Emotionale Geborgenheit kann es nur in einer intakten Gemeinschaft von Menschen geben.

Schon längst ist das Gesundheitswesen fester Bestandteil der Marktwirtschaft und eine lohnende Profitquelle auf vielen Ebenen. Senioren sind hier als besondere Zielgruppe nicht ausgeschlossen. Muss aber das Geschäft mit Gesundheit und Krankheit

unüberschaubar werden, obwohl wir eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben? Reformen sind notwendig, um insbesondere auch die Bezahlbarkeit von Krankheit und Gesundheit zu gewährleisten. Ob nun das am 1. Januar 2012 in Kraft tretende GKV-Versorgungsstrukturgesetz die ländlichen Gebiete für ärztliche Betreuung tatsächlich attraktiver macht, bleibt abzuwarten.

Dr. Hans-Jürgen Paul

Erscheinungsweise viermal jährlich;  
Auflage 1500

Nächste Ausgabe erscheint im  
März 2012

**Redaktionsschluss: 15.2.2012**

Herausgeber:

Landesseniorenvertretung Thüringen e.V.

Prager Straße 5/11, 99091 Erfurt

Telefon: 0361/562 16 49

Fax: 0361/601 37 46

info@landesseniorenvertretung-thueringen.de

**www.landesseniorenvertretung-thueringen.de**

Vorsitzende: Irene Ellenberger

Zeitschriftenbeirat:

Dr. Jan Steinhaufen, N. N.

Redaktion: Mandy Mühle (Geschäftsführerin), Dr. Jan Steinhaufen (stellv. Vorsitzender)

Redaktion Praxisberichte: Reinhild Rubin (Seniorenbüro) „55plus“/DRK Dammstraße 32, 07749 Jena,

Tel.: 03641/40 01 84,

Fax: 03641/40 01 11

reinhild.rubin@drk-jena.de

Layout und Satz: Dr. Kerstin Ramm, Grafik und Werbung, Dorfstr. 15, 07646 Albersdorf,  
Tel.: 036692/213 82,  
Fax: 036692/355 77,  
www.grafikundwerbung-ramm.de

Produktion: Förster & Borries GmbH & Co. KG, Zwickau

Ehrenamtliche Mitarbeit: Charlotte Birnstiel, Lisa Gutsche, Günther Koniarczyk

Fotos:

Titelbild: fotolia.de; 24, 25: SB Hermsdorf; restliche Fotos: Mandy Mühle

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autoren wieder und sind keine Stellungnahmen der Redaktion. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Beiträge zu kürzen und zu überarbeiten.

Die Nutzung von Texten und Bildern ist nur nach Rücksprache mit der Landesseniorenvertretung Thüringen e.V. möglich.



Der vom wissenschaftlichen Institut der AOK herausgegebene Versorgungs-Report ist ein ausgezeichnetes Kompendium, das neueste Entwicklungstendenzen auf solider empirischer Basis darstellt, umfassend, kompetent und sachlich.

Günster/Klose/Schmacke (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer (Stuttgart); 440 Seiten; 84 Abb.; 64 Tab., kart.; mit Online-Zugang; 49,95 Euro; ISBN-13: 978-3-7945-2850-9

Wenn Sie Fragen, Anregungen oder Kritik haben, freuen wir uns auf Ihre Post, E-Mail oder Ihren Anruf. Bitte nehmen Sie mit unseren Redaktionen in Erfurt (Landesseniorenvertretung) oder Jena (Seniorenbüro „55plus“) Kontakt auf.

Thema nächster SENIORENREPORT:  
**Biografiearbeit mit älteren Menschen**



Gefördert durch den  
Freistaat Thüringen.