



**Mitteilungen der Deutschen  
Gesellschaft für Gerontologie  
und Geriatrie e.V.**

Mitglied der International  
Association of Gerontology (IAG)

**Prof. Dr. Wolf D. Oswald**  
Präsident

Institut für Psychogerontologie  
Universität Erlangen-Nürnberg  
Nägelsbachstraße 25

91052 Erlangen

Tel. (091 31) 8 52 65 26

Fax (091 31) 8 52 65 54

E-mail: [dggg@geronto.uni-erlangen.de](mailto:dggg@geronto.uni-erlangen.de)

<http://www.geronto.uni-erlangen.de>

Diese Mitteilungsseiten sind  
im Internet abrufbar unter  
der Homepage der DGGG:  
<http://www.geronto.uni-erlangen.de>

Für Kongressankündigungen:

**PD Dr. Clemens Tesch-Römer**  
GF Vizepräsident

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

Tel. (030) 78 60 42 66

Fax (030) 7 85 43 50

E-mail: [tesch-roemer@dza.de](mailto:tesch-roemer@dza.de)

1. Gratulationen
2. Bericht des Präsidenten
3. Kurzprogramm des 5. Kongresses der DGGG in Nürnberg (18.9.–20.9.2000)
4. Einladung zur Mitgliederversammlung am 19. September 2000
5. Satzungsentwurf: Dachverband der Gerontologischen und Geriatrischen wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands
6. Stellungnahme zum Pflegequalitätssicherungsgesetz
7. Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Heimbewohnerschutzgesetzes
8. Stellungnahme zur sogenannten Positivliste
9. Berliner Gesundheitspreis 2000
10. Steinberg – Krupp – Alzheimer – Forschungspreis der Hirnliga e.V.
11. Symposium anlässlich des 65. Geburtstag von Prof. Dr. Erich Lang

## 1. Gratulationen

Am 31. Juli vollendete Herr Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans Thomae seinen 85. Geburtstag. Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie wünscht ihrem ehemaligen Präsidenten und Promotor der deutschen Gerontologie weiterhin alles Gute und dankt ihrem Nestor aufs herzlichste für die Gerontologie in Deutschland und weltweit geleistete innovative Arbeit und für seine langjährige Präsidentschaft. Die DGGG ist stolz darauf, ihn weiterhin als Förderer und aktives Mitglied erleben zu dürfen.

Am 17. September vollendet Herr Prof. Dr. med. Erich Lang sein 65. Lebensjahr. Prof. Dr. Lang war von 1980 bis 1982 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie gratuliert ihrem ehemaligen Präsidenten recht herzlich und wünscht ihm Gesundheit und weiterhin eine fruchtbare Tätigkeit zum Wohle der deutschen Gerontologie und Geriatrie.

## 2. Bericht des Präsidenten

Der Vorstand der DGGG tagte am 9.11.1999 anlässlich des 4th European Congress of Gerontology in Berlin, das Präsidium am 6.5.1999 in Erlangen, am 26.10.1999 in Kassel, am 31.1.2000 in Erlangen, am 11.5.2000 wiederum in Kassel sowie am 20.7.2000 in Frankfurt. Außerdem kam es zu zwei Treffen bezüglich der Gründung eines Dachverbandes zusammen mit dem Präsidenten und Vizepräsidenten der DGG und DGGG am 17.6.1999 und am 8.5.2000 in Frankfurt. Die Sitzungen in Frankfurt wurden aus

Kostengründen stets ohne Anmietung eines Konferenzraumes durchgeführt. Außerdem nahm der Präsident an einer weiteren Sitzung des Nationalen Organisationskomitees am 10.5.1999 in Berlin teil.

- Darüber hinaus sind die aktiven Teilnahmen des Präsidenten an zwei Sitzungen der Zentraleuropäischen Arbeitsgemeinschaft gerontologisch/geriatricher Fachgesellschaften (jeweils im Rahmen des Österreichischen Geriatrie-Kongresses in Bad Hofgastein) sowie Grußworte oder Beiträge

des Präsidenten auf folgenden Veranstaltungen zu berichten:

- 4. Europäischer Kongress vom 7.7.–11.7.1999 in Berlin,
- 8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie vom 5.10.–8.10.1999 in Hannover. Hier erhielt der Präsident auch die Gelegenheit auf der Mitgliederversammlung für den geplanten Dachverband zu sprechen,
- Jahrestagung des Fachbereiches IV zum Thema „Impulse zu einer zukunftsfähigen Sicherung des Lebens im Alter“ vom 29.9.–30.9.1999 in Köln,
- Gedenkfeier für Frau Prof. Dr. Margret Baltes in der Freien Universität Berlin am 14.10.1999,
- Kongress „Aktivität im Alter“ vom 28.10.–30.10.1999 in Saarbrücken (Teilnahme an einer Podiumsdiskussion mit hochrangigen Vertretern aus Politik und Verbänden),
- Symposium aus Anlass des 15-jährigen Bestehens der Geriatrie-Rehabilitativen Tagesklinik Lübeck am 11.12.1999 in Lübeck,
- Österreichischen Geriatriekongress zum Thema „Altern – gestern, heute, morgen“ in Bad Hofgastein vom 25.3.–29.3.2000, hier fand auch eine Veranstaltung statt, auf welcher unsere Gesellschaft ihre Vorstellungen zur Fort- und Weiterbildung in Gerontologie durch Prof. Dr. Kruse darlegen konnte.
- Sozialmedizinisches Expertenforum des MDS (Medizinischer Dienst) in Berlin zum Thema „Demente und ihre Angehörigen – vom Versorgungssystem vernachlässigt?“ am 11.4.2000,
- Sitzung des Beirates der Medica am 16.11.2000 in Düsseldorf,
- Organisation zweier Veranstaltungen am Deutschen Seniorentag vom 18.6.–21.6.2000 in Nürnberg sowie
- Symposium über „Perspektiven für Demenzkranke“ zur Verabschiedung von Prof. Dr. Kanowski in Berlin am 23.6.2000.

Im Mittelpunkt der Bemühungen des Präsidenten der DGGG standen dabei zwei Ziele: zum einen durch Gründung eines Dachverbandes die Gerontologie insgesamt im deutschsprachigen Raum zu stärken, sowie in Ministerien sowie Institutionen anzuregen, vermehrt den Sachverstand der Mitglieder der DGGG bei neuen Gesetzen und Verordnungen einzuholen. Zum Ersten wurde zwischenzeitlich ein Satzungsentwurf in Abstimmung mit der DGG beschlossen, der von den Mitgliedern beider Gesellschaften auf den Mitgliederversammlungen im Herbst verabschiedet werden soll. Dieser Entwurf wird der Einladung zur Mitgliederversammlung beigelegt und ist auch auf den folgenden Seiten abgedruckt. Auch die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie wurde gebeten, eine mögliche Mitgliedschaft in diesem Dachverband, der auch für weitere Gesellschaften offen sein soll, zu überdenken. Die Mitglieder der DGGG werden gebeten, auf dem Nürnberger Kongress der Gründung dieses Dachverbandes zuzustimmen und das Präsidium zu bevollmächtigen die dazu notwendigen Schritte und Abstimmungen mit den Partnergesellschaften vorzunehmen.

Bezüglich des zweiten Zieles schrieb der Präsident der DGGG u.a. an den Staatssekretär Dr. Jordan im Bundesgesundheitsministerium, sprach mit der Ministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Dr. Bergmann, sowie mit Vertretern anderer Ministerien und Vertretern des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen bezüglich einer verbesserten Zusammenarbeit, was diese durchwegs begrüßten und zwischenzeitlich durch diverse Anfragen auch nutzten. Um den Sachverstand unserer Gesellschaft dabei möglichst breit zu nutzen, wurden diese Anfragen an die jeweiligen Fachbereiche weitergegeben, z.T. mit der Bitte, Stellungnahmen zu erarbeiten bzw. im Namen der DGGG zu vertreten. Drei solcher Stellungnahmen finden

sich in diesen gelben Seiten. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen wird auf dem Nürnberger Kongress ein eigenes Satellitensymposium abhalten.

Die Abrechnung für den 4th European Congress of Gerontology vom 7.–11.7.1999 in Berlin erfolgte zwischenzeitlich mit dem erfreulichen Ergebnis, dass nicht nur alle Ausgaben finanziert werden konnten, sondern auch, dass auf einen Teil der Fehlbedarfsfinanzierung des BMFSFJ verzichtet werden konnte. Herrn Prof. Dr. Schütz und seinem Nationalen Organisationskomitee darf auch an dieser Stelle nochmals recht herzlich gedankt werden.

Die Weiterpflege und Überarbeitung der Homepage der DGGG findet kontinuierlich statt. Diese ist unter <http://www.dggg.uni-erlangen.de> aufzufinden und wird zum häufigen Besuch wärmstens empfohlen. Sowohl diese, als auch die angekündigte Mitgliederliste sowie eine neue Informationsbroschüre und das künftige Briefpapier der DGGG wurden neu, in einem, wie wir glauben, frischeren Design gestaltet (in Anlehnung an die Farbgestaltung zum Nürnberger Kongress). Auch die Veröffentlichung von runden Geburtstagen hat, wie sowohl die Resonanz von Mitgliedern als auch von Geehrten zeigte, in diesem Sinne die Zusammengehörigkeit gestärkt. Das Mitgliederverzeichnis sowie die Informationsbroschüre werden auf der Mitgliederversammlung zum Nürnberger Kongress verteilt, sowie als Beilage zum nächsten Heft der ZGG versandt.

Bezüglich der Mitgliederliste darf nochmals auf den Präsidiumsbeschluss vom 22.2.1999 hingewiesen werden: „Der Vorstand beabsichtigt, allen Mitgliedern der Gesellschaft eine vollständige Mitgliederliste zukommen zu lassen. Er geht davon aus, dass die Übersendung der Mitgliederliste im Interesse aller Gesellschaftsmitglieder liegt und auch keine schutzwürdigen Interessen einzelner Mitglieder tangiert werden. Widerspricht ein Mitglied der

Gesellschaft der Aufnahme in die Mitgliederliste, so wird zugesichert, dass dieses Mitglied in der Liste nicht genannt wird.

Alle Mitglieder seien darauf verwiesen, dass die Mitgliederliste nur für den DGGG-internen Gebrauch bestimmt ist. Insbesondere die Nutzung für kommerzielle Zwecke gehört nicht zu den DGGG-internen Zwecken.“

Dieser Beschluss wurde in Heft 2/1999 der Gelben Seiten der ZGG (S. 143) veröffentlicht. Da keine Einwände von Mitgliedern beim Präsidium eingingen, wurden alle Mitglieder in die Liste aufgenommen.

Im Jahre 1994 übernahm die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie unter der Leitung von Dr. Bruder ein vom Bundesministerium für Arbeit finanziertes Modellprojekt „Rehabilitation im Pflegeheim“. Erfreulicherweise konnte dieses Projekt Anfang dieses Jahres unter erheblichem personellen Einsatz des Institutes für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg durch Erstellung und Abgabe des Berichtes an den Auftraggeber abgeschlossen werden. Das Projekt zeigt, dass rehabilitative Effekte auch im Pflegeheim nachge-

wiesen werden können. Neben der allgemeinen Erhöhung des Aktivitätsniveaus ließen sich vor allem im psychosozialen Befinden und der sozialen Integration der Bewohner und Bewohnerinnen signifikante Verbesserungen erreichen.

Im Mai vergangenen Jahres wurde beschlossen, mit Hilfe der Mittel der Margret-Baltes-Stiftung einen Margret-Baltes-Jungwissenschaftlerpreis für verhaltens- und sozialwissenschaftliche Forschung einzurichten. Die Vergaberichtlinien sind im Internet auf den Seiten der DGGG zu finden und wurden in Heft 6/1999 der ZGG veröffentlicht. Der Preis wird erstmalig auf dem Nürnberger Kongress verliehen.

Mit Heft 6/1999 startete das Präsidium eine Aktion zur Werbung neuer Mitglieder. Leider muss in diesem Zusammenhang berichtet werden, dass die daran geknüpften Hoffnungen sich nicht erfüllten. Es konnten zwar eine ganze Reihe neuer Mitglieder begrüßt werden, deren Zahl aber die durch Wegzug, Austritt und Tod verlorenen Mitglieder kaum überschritt. Das Präsidium möchte dies deshalb nochmals zum Anlass nehmen, intensiv nach neuen potenziellen Mitgliedern Ausschau

zu halten. „Nur gemeinsam sind wir stark!“. In diesem Sinne ist auch die geplante Satzungsänderung zu verstehen, dies es in Zukunft auch Studierenden ohne Berufsabschluss ermöglichen soll, außerordentliches Mitglied zu werden.

Vom 18.9.–20.9.2000 findet der fünfte Kongress der DGGG, diesmal unter aktiver Beteiligung der DGG, der DGPP, der ÖGGG und SGG-SSG, in Nürnberg statt. Ich darf heute schon die Mitglieder dieser Gesellschaften und ihre Repräsentanten recht herzlich willkommen heißen. Auch dies ist ein gutes Stück gelebte Zusammenarbeit aller in der Gerontologie Tätigen. Ein Kurzprogramm befindet sich in diesen Gelben Seiten. Eine Anmeldung ist vorab nach wie vor unter <http://www.kongress.dggg.uni-erlangen.de> bzw. über das Kongress-Sekretariat, 5. Kongress DGGG, Konrad-Zuse-Straße 3, D-91052 Erlangen möglich (FAX: 091 31-8524738), außerdem direkt auf dem Kongress.

Ich hoffe, Sie alle in Nürnberg begrüßen zu dürfen und wünsche Ihnen erholsame Ferien, Ihr

Wolf D. Oswald

### 3. Kurzprogramm des 5. Kongresses der DGGG in Nürnberg (18.9.–20.9.2000)

#### Programmübersicht:

#### Montag, 18.9.2000

9.00–11.00 Uhr:  
Anreise und Registrierung

11.00–13.00 Uhr:  
Eröffnung des Kongresses und Preisverleihung

14.00–17.00 Uhr:  
Interdisziplinäre Veranstaltungen  
– Alzheimer Schicksal oder Herausforderung?

*Moderatoren: K. Beyreuther  
und R.D. Hirsch*

– Reiche alte arme Junge? Perspektiven zur Rentenfinanzierung  
*Moderatoren: G. Igl  
und G.M. Backes*

18.00 Uhr:  
Mitgliederversammlung der Fachbereiche der DGGG

18.00 Uhr:  
Mitgliederversammlung der DGGPP

#### Dienstag, 19.09.2000

9.00–12.30 Uhr:  
– *Arbeitskreise/Symposien der Fachbereiche der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie):*

#### Fachbereich I (Biologie des Alterns)

Vormittagssitzung I:  
Symposium: Stand und neue Erkenntnisse der biomedizinischen Alternsforschung

Vorsitz: *D. O. Schachtschabel*  
und *H. Niedermüller*

Vormittagssitzung II:  
Fortsetzung

Vorsitz: *V. Richter*  
und *A. Riuz-Torres*

### **Fachbereich II (Geriatrische Medizin)**

Symposium: Rheumatologie und  
Bewegungsapparat

Vorsitz: *C. Lucke* und *H. G. Nehen*

Symposium: Gesundheitsreform  
2000 Geriatrische Medizin unter  
sich ändernden Rahmenbedingungen

Vorsitz: *H. P. Meier-Baumgartner*  
und *M. Gogol*

Symposium: Herz- und Kreislauffer-  
krankungen im Alter

Vorsitz: *R. Hardt* und *E. Lang*

Symposium: Lunge und Alter

Vorsitz: *H. Seibold* und *W. Petro*

Symposium: Klinische Geriatrie  
(Teil 1)

Vorsitz: *W. Hofmann*

### **Fachbereich III (Sozial- und ver- haltenswissenschaftliche Geronto- logie)**

Forum I: Generationenbeziehungen  
„Macht Platz ihr Alten“ oder „Vom  
Abenteuer der Generationen?“

Moderation: *I. Fooker*

Forum II: Erträge sozial- und  
verhaltenswissenschaftlicher Al-  
ter(n)sforschung der letzten Dekade

Moderation: *S.-H. Filipp*

### **Fachbereich IV (Soziale Geronto- logie und Altenarbeit)**

Plenumsveranstaltung: Zukunft der  
Altenhilfe Spezifizierung der Praxis

Moderation: *T. Klie* und *S. Kühnert*

### **Symposien der DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie):**

Symposium I: Techno Sapiens –  
Die Gesundheit der Zukunft – Was  
Elektronik alles möglich macht

Vorsitz: *W. Süß*

Symposium II: Ambulante Geriatri-  
sche Rehabilitation: vom Modell zur  
Realität

Vorsitz: *W. Heiß*

### **Symposium der DGGPP (Deut- sche Gesellschaft für Gerontopsy- chiatry und -psychotherapie):**

Ethische Fragestellungen der Geron-  
topsychiatrie

Moderation: *R. D. Hirsch* und *Nißle*

### **Symposium der SGG-SSG (Schweizer Gesellschaft für Ge- rontologie):**

Leben gestalten – Kirche leben

Moderation: *P. Graf-Vögeli*

12.00–14.00 Uhr:

Postersession

12.00–14.00 Uhr:

Sitzung der Zentral-Europäischen  
Arbeitsgemeinschaft gerontologi-  
scher Fachgesellschaften

13.30–17.00 Uhr:

### **Arbeitskreise/Symposien der Fachbereiche der DGGG (Deut- sche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie):**

#### **Fachbereich I (Biologie des Al- terns)**

Nachmittagssitzung I:

Symposium: Stand und neue Er-  
kenntnisse der biomedizinischen Al-  
ternsforschung

Vorsitz: *R. Martin*  
und *K.-M. Koeppen*

Nachmittagssitzung II: Fortsetzung

Vorsitz: *H. Martin* und *K. Hager*

#### **Fachbereich II (Geriatrische Me- dizin)**

Symposium: Klinische Geriatrie  
(Teil 2)

Vorsitz: *M. Anlauf*

Symposium: Ergebnisse der Pro-  
spektiven Albertiner-Haus Schlagan-  
fallstudie (PASS)/Geriatrische  
Schlaganfallbehandlung

Vorsitz: *H. P. Meier-Baumgartner*  
und *P. Oster*

Symposium: GEMIDAS und Post-  
GEMIDAS

Vorsitz: *E. Steinhagen-Thiessen*  
und *M. Borchelt*

### **Fachbereich III (Sozial- und ver- haltenswissenschaftliche Geronto- logie)**

Forum III: Positionsbestimmungen  
der sozial- und verhaltenswissen-  
schaftlichen Gerontologie anhand  
von Schlüsselpublikationen aus  
neuerer Zeit

Moderation: *Fred Karl*

Symposium I: Klassische For-  
schungsfragen

Moderation: *M. Knopf*

Symposium II: Grenzsituationen

Moderation: *S. Zank*

Symposium III: Partizipation, Quali-  
fizierung, Ausbildung

Moderation: *H. Mollenkopf*

### **Fachbereich IV (Soziale Geronto- logie und Altenarbeit)**

Symposium I: Geragogik Perspekti-  
ven einer wissenschaftlichen Diszi-  
plin

Moderation: *E. Bubolz-Lutz*  
und *L. Veelken*

Symposium II: Pflege-Mix: Gestal-  
tung und Ressourcen

Moderation: *H. Entzian*  
und *A. Hedtke-Becker*

Symposium III: Erträge und Per-  
spektiven empirischer Forschung in  
sozialer Gerontologie und Pflege-  
wissenschaft

Moderation: *I. Steiner*  
und *K. I. Giercke*

### **Symposien der DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie):**

Symposium II: Ambulante Geriatri-  
sche Rehabilitation: vom Modell zur  
Realität

Vorsitz: *K. Baum*

Symposium III: Demenz

Vorsitz: *G. Kolb*

Symposium IV: Geriatrie: Varia

### **Symposium der DGGPP (Deut- sche Gesellschaft für Gerontopsy- chiatry und -psychotherapie):**

Ethische Fragestellungen der Geron-  
topsychiatrie

Moderation: *R. Kortus*  
und *Steinwachs*

17.30–19.30 Uhr:  
Mitgliederversammlung der DGGG

20.00 Uhr:  
Festabend in der Meistersingerhalle

**Mittwoch, 20.9.2000**

9.00–12.00 Uhr:  
Interdisziplinäre Veranstaltung  
Lebensverlängerung um jeden Preis?  
*Moderatoren: I. Füsgen und Th. Klie*

9.00–12.00 Uhr:  
Ageing in (Central) Europe European  
Ageing: Health and Care Systems  
and Intergenerational Solidarity  
in an European Perspective  
*Moderator: C. Tesch-Römer*

9.00–12.00 Uhr:  
SIMA-Satellitensymposium:

Selbstständigkeit im Alter: Nur eine  
Frage der Gesundheit?  
*Moderation: W.D. Oswald und R.  
Rupprecht*

12.00–13.00 Uhr:  
Postervorstellungen

14.00–17.00 Uhr:  
Interdisziplinäre Veranstaltungen

Und wenn man pflegebedürftig  
wird, was dann?  
*Moderatoren: R. Schmidt und D.  
Schaeffer*

Aktiv altern: eine Garantie für Ge-  
sundheit und Zufriedenheit?

*Moderatoren: A. Niederfranke und  
Th. Nikolaus*

14.00–7.00 Uhr:  
MDS-Satellitensymposium:  
Personen mit eingeschränkter All-  
tagskompetenz – Spezifischer Hilfe-  
bedarf und Begutachtung nach SGB  
XI

*Moderation: Medizinischer Dienst  
der Spitzenverbände der Kranken-  
kassen (MDS)*

14.00–15.30 Uhr:  
Vorstandssitzung der DGGG

17.00 Uhr:  
Verabschiedung der Kongressteil-  
nehmer

## 4. Einladung zur Mitgliederversammlung

Sehr geehrtes Mitglied,  
hiermit lade ich Sie fristgemäß ein  
zur ordentlichen Mitgliederver-  
sammlung anlässlich des 5. Kon-  
gresses der DGGG in Nürnberg für

**Dienstag, den 19. September 2000  
um 17.30 s.t.**

in die Aula der Erziehungswissen-  
schaftlichen Fakultät der Friedrich-  
Alexander-Universität Erlangen-  
Nürnberg, Nürnberg, Regensburger  
Straße 160.

Es sind die folgenden Tagesord-  
nungspunkte vorgesehen:

1. Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung
2. Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung vom 5.10.1998 (veröffentlicht in der ZGG, 31 (1998), 454–456)

3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des geschäftsführenden Vizepräsidenten
5. Berichte aus den Fachbereichen
6. Bericht zur Aus- und Weiterbildung
7. Ernennung von Ehrenmitgliedern
8. Stellungnahme des Präsidenten der DGG zur Gründung eines Dachverbandes
9. Gründung eines Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatrischen wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands (Verabschiedung der Satzung)
10. Satzungsänderung: Ergänzung des § 4,2 durch folgenden Satz: „Außerordentliches Mitglied kann auch jeder Studierende einer deutschen Hochschule werden.“

11. Entlastung des Vorstandes
12. Wahl des neuen Präsidiums
13. Zeit und Ort des nächsten DGGG-Kongresses 2002 Vor-  
schlag: (Donnerstag, 19.9.2002  
Samstag, 21.9.2002 in Dresden)
14. Verschiedenes

**Die Mitgliederversammlung der  
Fachbereiche finden statt am  
Montag, den 18.9.2000 um 18.00  
Uhr**

Ich hoffe, Sie möglichst zahlreich in  
Nürnberg begrüßen zu können,

mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Wolf D. Oswald  
– Präsident –

## 5. Satzung des Vereins „Dachverband der Gerontologischen und Geriatrischen wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands“

### § 1 Name und Sitz

Der Verein *Dachverband der Gerontologischen und Geriatrischen wis-*

*senschaftlichen Gesellschaften Deutschlands* hat seinen Sitz in Berlin. Er wird in das Vereinsregister

des Amtsgerichts zu Berlin eingetragene. Nach der Eintragung lautet der Name „*Dachverband der Gerontolo-*

*gischen und Geriatrischen wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands e. V.*“

## § 2 Zweck

1. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung.
2. Zweck des Vereins ist
  - a) die Förderung, Koordination und Bündelung von Aktivitäten im Bereich der Gerontologie und Geriatrie, insbesondere Forschung, Praxis und Lehre,
  - b) die gemeinsame Durchführung von wissenschaftlichen Kongressen der beteiligten gerontologischen bzw. geriatrischen Gesellschaft,
  - c) die Verbreitung von Erkenntnissen aus den verschiedenen gerontologischen und geriatrischen Bereichen, sowie Nachwuchsförderung,
  - d) die Förderung einer partnerschaftlichen und gleichberechtigten Zusammenarbeit der in ihm vertretenden unterschiedlichen Disziplinen nach innen und außen,
  - e) die Koordinierung gerontologischer bzw. geriatrischer Aktivitäten in Bereichen, die interdisziplinäre Bedeutung haben,
  - f) die fach- und disziplinübergreifende Bündelung und gemeinsame beratende Mitwirkung bei der Anwendung gerontologischer und geriatrischer Erkenntnisse (Öffentlichkeitsarbeit),
  - g) die Beratung von Politik und öffentlichen Trägergesellschaften (Politikberatung).
3. Der Verein ist selbstlos tätig; er verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln des Vereins.

Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der

Körperschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

## § 3 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

## § 4 Mitgliedschaft

1. Der Verein hat
  - a) ordentliche Mitglieder
  - b) kooperierende Mitglieder
  - c) fördernde Mitglieder
2. Ordentliches Mitglied kann jede gemeinnützige deutsche wissenschaftliche gerontologische bzw. geriatrische Gesellschaft in der Rechtsform des eingetragenen Vereins werden. Jede Mitgliedsgesellschaft entsendet pro angefangene 500 ordentliche eigene Mitglieder einen Delegierten mit Stimmrecht in der Mitgliederversammlung. Stimmrecht haben weiterhin die jeweiligen Präsidenten bzw. Ersten Vorsitzenden der Mitgliedsgesellschaften.
3. Kooperierende Mitgliedschaften werden an natürliche oder juristische Personen, Behörden oder sonstige Zusammenschlüsse bzw. deren leitende Vertreter verliehen, die sich in ihrer Arbeit auf die Gerontologie bzw. Geriatrie spezialisiert haben, sofern sie nicht ordentliches Mitglied werden können bzw. nicht eine vorrangig wissenschaftliche Ausrichtung haben.
4. Förderndes Mitglied können natürliche und juristische Personen werden, die bereit sind, die Ziele des Vereins zu unterstützen.

Die Mitgliedschaft erlischt

- a) durch Tod oder Liquidation,
- b) durch Verlust ihrer Ämter als Präsident oder Erster Vorsitzender oder Delegierter einer Mitgliedsgesellschaft gem. § 4 Ziffer 2,
- c) durch Austritt aus dem Verein,
- d) durch Ausschluss,
- e) durch Nichterfüllung der Zahlungsverpflichtungen nach zweimaliger Mahnung.

Der Austritt erfolgt durch schriftliche Anzeige an den Vorstand.

Der Ausschluss von Mitgliedern erfolgt durch Beschluss der Mitgliederversammlung.

5. Die Aufnahme in den Verein erfolgt jeweils auf Antrag
  - a) bei ordentlichen Mitgliedern durch Beschluss der Mitgliederversammlung
  - b) bei kooperierenden und fördernden Mitgliedern durch Beschluss des Vorstandes

## § 5 Beiträge

1. Die Beiträge werden von der Mitgliederversammlung für das Folgejahr festgesetzt.
2. Der Beitrag beträgt, soweit die Mitgliederversammlung nichts anders beschließt
  - a) für ordentliche Mitglieder, d.h. die wissenschaftlichen gerontologischen bzw. geriatrischen Mitgliedsgesellschaften, pro ordentliches Mitglied Euro 1,00.
  - b) für kooperierende und fördernde Mitglieder bei natürlichen Personen mindestens Euro 300,00 pro Jahr, bei juristischen Personen mindestens Euro 500,00 pro Jahr

## § 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind:

1. der Vorstand,
2. die Mitgliederversammlung.

## § 7 Vorstand

1. Alle ordentlichen Mitglieder des Vereins sind Vorstandsmitglieder. Der engere Vorstand besteht aus dem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten. Die Wahl des Präsidenten sowie der zwei Vizepräsidenten erfolgt durch die Mitgliederversammlung für die Dauer von zwei Jahren. Wiederwahl ist zulässig. Scheidet ein Mitglied des engeren Vorstands aus, so hat innerhalb eines halben Jahres eine Neuwahl durch die Mitgliederversammlung zu erfolgen.

2. Der Vorsitzende und seine beiden Stellvertreter bilden den Vorstand im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches; jeweils zwei Mitglieder des Vorstandes sind gemeinsam vertretungsberechtigt.

Ist eine Willenserklärung dem Verein gegenüber abzugeben, so genügt die Abgabe gegenüber einem Mitglied des Vorstandes.

Der engere Vorstand führt die laufenden Geschäfte des Vereins; ihm obliegt die Verwaltung und Verwendung der Vereinsmittel.

3. Einladungen zu Vorstandssitzungen erfolgen schriftlich mindestens 14 Tage vor der Sitzung unter Bekanntgabe der Tagesordnung. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn eine ordnungsgemäße Einladung erfolgt ist und zwei Drittel der ordentlichen Mitglieder anwesend sind.

Der Vorstand entscheidet mit der Mehrheit der erschienenen Mitglieder.

Bei Einverständnis aller Mitglieder des Vorstandes können Beschlüsse auch schriftlich gefasst werden.

4. Der Vorstand hat der Mitgliederversammlung im Laufe der ersten sechs Monate des Geschäftsjahres einen Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr zur Genehmigung vorzulegen.
5. Die Mitglieder des Vorstandes sind ehrenamtlich tätig. Sie können Ersatz ihrer Auslagen (z.B. Porto, Telefonkosten etc.) verlangen. Ihre Reisekosten werden von den entsendenden Gesellschaften getragen.

## § 8 Mitgliederversammlung

1. Die ordentliche Mitgliederversammlung findet jährlich innerhalb der zweiten sechs Monate des Geschäftsjahres statt. Außerdem kann jederzeit eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen werden.

Die Einladung zur Mitgliederversammlung erfolgt durch den Präsidenten spätestens 14 Tage vor der Mitgliederversammlung unter Angabe der Tagesordnung durch Einladungsschreiben an die einzelnen Mitglieder.

2. Die Mitgliederversammlung nimmt den jährlichen Geschäftsbericht entgegen und beschließt insbesondere über die:

- Wahl und Abberufung des Vorstandes,
- Festsetzung der Mitgliedsbeiträge,
- Änderung der Satzung,
- Entgegennahme des Rechenschafts- und Kassenberichts des Vorstandes und über dessen Entlastung,
- Bildung von Fachausschüssen,
- Auflösung des Vereins,
- Aufnahme weiterer wissenschaftlicher gerontologischer bzw. geriatrischer Gesellschaften.

3. Der Präsident muss eine Mitgliederversammlung einberufen, wenn mindestens 20% der Mitglieder dies schriftlich unter Angabe der Gründe verlangen.

4. Die Mitgliederversammlung ist bei Anwesenheit oder Vertretung aufgrund schriftlicher Vollmacht von mindestens sieben ordentlichen Mitgliedern beschlussfähig. Sie entscheidet mit der Mehrheit

der erschienenen ordentlichen Mitglieder. Sinkt die Zahl der Mitglieder unter sieben, ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn 3/4 der vorhandenen ordentlichen Mitglieder anwesend oder vertreten sind.

Zu einem Beschluss, der eine Änderung der Satzung enthält, ist eine Mehrheit von 3/4 der erschienenen ordentlichen und eine einfache Mehrheit der vorhandenen ordentlichen Mitglieder erforderlich. Für einen Beschluss über die Änderung des Zwecks oder die Auflösung des Vereins ist die Mehrheit von 3/4 der vorhandenen ordentlichen Mitglieder erforderlich.

5. Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Präsident oder sein Vertreter. Die Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden durch den Schriftführer beurkundet, der jeweils vom Vorsitzenden der Mitgliederversammlung bestellt wird.

## § 9 Auflösung

Bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall seines bisherigen Zwecks ohne vorherige satzungsgemäße Änderung des Zwecks fällt das Vermögen des Vereins an eine von der Mitgliederversammlung zu bestimmende Körperschaft des öffentlichen Rechts, die es ausschließlich und unmittelbar für gemeinnützige gerontologische oder geriatrische Zwecke verwenden darf, oder an eine oder mehrere gerontologische und/oder geriatrische Gesellschaften.

Stand: 21. Juli 2000

## 6. Stellungnahme zum Pflegequalitätssicherungsgesetz

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 27.4.00 den Referentenentwurf zu einem Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege vorgelegt, das unter der Bezeichnung „Pflegequalitätssicherungsgesetz“ firmiert. Die Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, FB IV, möchte zu diesem Gesetzesentwurf Stellung nehmen, und dies sowohl auf einer eher grundsätzlichen Ebene als auch an ausgewählten Fragestellungen im Detail.

### I. Grundsätzliche Bewertung

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass nach der eher „vorläufigen“ und fast experimentell zu nennenden Einfügung von Qualitätssicherungsvorschriften ins SGB XI nun der Versuch unternommen wurde, einen gesetzgeberischen Rahmen für einen anspruchsvollen Qualitätssicherungsansatz zu entwerfen. Die aus hiesiger Sicht richtig bewerteten Qualitätsprobleme in der Pflege verlangen nach einem verbindlichen, aber gleichwohl auch in Selbstverantwortung der Akteure abstellenden gesetzlichen Rahmen, der die Qualitätssicherungsaufgaben der Sozialleistungsträger mit denen anderer Akteure verbindet.

Der vorliegende Referentenentwurf enthält vor diesem Zielhintergrund wertvolle Ansätze, erscheint gleichwohl in seiner Gesamtkonzeption nicht geeignet, die notwendigen Desiderate in der Qualitätssicherungslandschaft in Deutschland zu beseitigen.

In sehr sachdienlicher Weise sieht der Entwurf zu dem Qualitätssicherungsgesetz vor, dass die jeweiligen Einrichtungen verpflichtet werden, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit den Kostenträgern abzuschließen, die die besondere Situation der Einrichtung berücksichtigt und diese verpflichtet, sowohl die

Leistungen als auch die Qualitätsniveaus verbindlich festzulegen. Der Ansatz eröffnet Möglichkeiten, die Vergütung und Entgeltgestaltung stärker an Fragen der Leistung und Qualitätsniveaus anzuknüpfen, Bereiche, die in der praktischen Umsetzung des Pflegeversicherungsrechtes bisher weitgehend separiert behandelt wurden.

Ausdrücklich begrüßt wird auch die vorgesehene Mitwirkung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Vertreter in der Pflegesatzkommission und im Pflegesatzverfahren. Bisher waren die Pflegebedürftigen, obwohl sie unmittelbar von den Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Einrichtungsträgern betroffen sind, auch als Zahlungspflichtige, von den Pflegesatzverhandlungen vollständig ausgeschlossen worden. Hier wird nun ein Schritt vorgeschlagen, der die stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen vorsieht. Allein das Faktum der Beteiligung mag die Art und Weise der Pflegesatzverhandlungen beeinflussen.

Ausdrücklich begrüßt wird auch der Ansatz, die Qualitätsverantwortung der Einrichtungen herauszustellen und an die Stelle von regelmäßigen Prüfungen durch die Pflegekassen bzw. MDK oder die Heimaufsichtsbehörden Qualitätsnachweise treten zu lassen, die von Akkreditierungsstellen in einem näher festzulegenden Akkreditierungsverfahren ausgestellt werden. Weder der MDK noch die Heimaufsicht sind in der Lage, in präventivem Sinne flächendeckend Qualitätssicherungsaufgaben zu übernehmen, etwa durch regelmäßige Prüfungen. Insofern ist die Verlagerung dieser Aufgaben in den Verantwortungsbereich der Einrichtungsträger und in eine eigenständige „Qualitätssicherungslandschaft“ richtig.

Schließlich wird auch begrüßt, dass auf Landes- und Bundesebene betriebswirtschaftlich relevante Zahlen über Pflegeheime aggregiert

werden sollen, die eine verlässlichere Basis darstellen könnten für die Ermittlung leistungsgerechter Vergütungen. Mehr Transparenz sowohl auf der Leistungs- als auch auf der Entgeltseite entspricht der Zielsetzung, den Verbraucherschutz in diesem Feld zu verstärken und die ökonomische Verantwortung aller Beteiligten zu erhöhen.

Auf Widerspruch stößt der Entwurf eines Pflegequalitätssicherungsgesetzes in folgenden vorgesehenen Regelungsfeldern:

#### a) Qualitätsmaßstäbe

Es fehlt bislang in der Bundesrepublik Deutschland an verbindlichen, rezipierbaren und durchsetzbaren Standards in der Pflege, die Allgemeinverbindlichkeit für sich beanspruchen können. Hier reichen die vorhandenen und vorgesehenen Verfahren nicht aus, über Qualitätsvereinbarungen solche Standards für alle verbindlich zu formulieren. So wie derzeit und auch für die Zukunft vorgesehen, fehlt den Qualitätsstandards die sachverständige Autorität und Seriosität. Von daher bedarf es dringend der Installierung einer unabhängigen Sachverständigeninstanz, die die Erarbeitung von Qualitätsstandards in der Pflege in den zentralen Bereichen vornimmt, die sodann von den Vertragspartnern im Vereinbarungswege adaptiert werden können.

#### b) Akkreditierung

Auch für die Akkreditierung und die Qualitätssicherungsmethoden und -verfahren fehlt es an der verbindlichen In-Bezug-Nahme von Standards in der Qualitätssicherungsdiskussion. Die neu vorgesehenen Verfahren geben den Kostenträgern eine dominante Stellung in der Formulierung von „Beratungs- und Prüfrichtlinien“. Die Unabhängigkeit und die fachliche Seriosität der Qualitätssicherungsmaßnahmen und -verfahren wird durch die vorgese-

nenen Regelungen nicht garantiert. Es wird dringend empfohlen, ähnlich wie bei der Formulierung von Qualitätsmaßstäben, eine unabhängige Institution bzw. einen Kreis von Sachverständigen mit diesen Aufgaben zu betrauen. Dabei wird ausdrücklich zustimmend Bezug genommen auf die Vorschläge der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Einrichtung eines nationalen Akkreditierungsrates.

### c) *Qualitätsnachweise*

Zwar wird ausdrücklich begrüßt, dass an die Stelle von regelmäßigen Prüfungen durch Kostenträger bzw. MDK Qualitätsnachweise durch andere Qualitätssicherungsinstitutionen treten sollen. Dabei wird aber mit Nachdruck zum Ausdruck gebracht, dass das bisher vorgesehene Konzept nicht überzeugen kann. Es ist zwar verständlich, dass in einem Referentenentwurf die unterschiedlichen Interessen der an der Qualitätssicherung beteiligten Akteure Rücksicht genommen wird, so etwa auf die Verbände der Einrichtungen und den sich entwickelnden Markt an Zertifizierungsinstituten. Gleichwohl kann der Ansatz keineswegs überzeugen und bedarf dringend der Korrektur. Es sollten mit den Qualitätsnachweisen ausschließlich bestimmten Standards genügende Akkreditierungs- oder Zertifizierungsinstitutionen beauftragt werden können. Trägerinterne Qualitätsnachweise reflektieren zwar die Verantwortung der Verbände für die Qualität in ihren Mitgliedseinrichtungen, vernachlässigen aber übergreifende Anliegen der Etablierung von nationalen Qualitätsmaßstäben und unabhängiger Qualitätssicherungsinstanzen. Ebenso begehnet die Zulassung von unterschiedlichsten Sachverständigen und Instituten Bedenken. Der Wettbewerb unterschiedlicher Qualitätssicherungsinstitute und Sachverständiger geht, wie die Erfahrungen in anderen Feldern zeigen, eher zu Lasten des Niveaus der Qualität. In diesem Punkt verweisen wir auf die

Vorschläge der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V.

### d) *Pflegeheimvergleich*

Der vorgesehene Pflegeheimvergleich sollte seinerseits unabhängig erstellt werden und verbunden werden mit einer Berichterstattung über Kennziffernentwicklung im Feld der ambulanten und stationären Pflege. Die Unabhängigkeit der Berichterstattung scheint hier von besonderer Bedeutung, da andernfalls die erhobenen Daten nicht die Sachverständigenautorität für sich beanspruchen können, wie dies erforderlich und wünschenswert ist.

### e) *Integrierte Qualitätssicherung*

Insgesamt müsste ein Pflegequalitätssicherungsgesetz sicherstellen, dass ein umfassender und integrierter Qualitätssicherungsansatz befördert und verfolgt wird, der die bisher prägenden Segmentierungen und Fragmentierungen im Feld der Qualitätssicherung zu überwinden in der Lage ist. Dies gilt nicht nur mit Blick auf das HeimG und die dort verankerten Qualitätssicherungsaufgaben und -maßstäbe, sondern auch bezogen auf andere gesetzliche Regelungsbereiche, wie etwa der Unfallversicherung, des Arbeitsschutzes, der Lebensmittelhygiene, dem Brandschutz etc. Der Entwurf eines Pflegequalitätssicherungsgesetzes lässt entsprechende Ansätze erkennen, bleibt jedoch in seiner Konzeption gerade hinsichtlich der Regelungen in Bezug auf Zertifizierung und Akkreditierung hinter den möglichen und sinnvollen Regelungsoptionen zurück.

## 2. Anmerkungen en detail

### Zu § 80

Begrüßt wird die auch gegenüber den Vorentwürfen geänderte Fassung des § 80, der einige rechtsdogmatische Probleme beseitigt. Es bleibt bei den verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Allgemeinverbindlichkeit der Qualitäts-

vereinbarungen. Es fehlt die Installierung eines Sachverständigenremiums für die Formulierung der Qualitätsmaßstäbe, wie oben ausgeführt.

### Zu § 86

Die Überlegung zu Personalrichtwertvereinbarungen bedarf der intensiven fachlichen Diskussion. Hinzuzuziehen sind analytische Pflegezeit- und Pflegebedarfsermittlungsverfahren, die die Spezifika der jeweiligen Einrichtungen und der Bewohnergruppen zu berücksichtigen in der Lage sind.

### Zu § 87a

Dabei handelt es sich um eine Regelung, die systematisch eher dem HeimG zuzuordnen ist. Die in Abs. 2 vorgesehene Regelungen sind angesichts der Rechtsstellung der Heimträger überflüssig.

### Zu § 92a

Siehe hierzu die Ausführungen unter 1.

### Zu § 112

Siehe hier ebenfalls die Ausführungen zu 1.

### Zu § 113

Siehe hierzu die Formulierungsvorschläge der Buko.

### Zu § 115

Hier bestehen Bedenken gegenüber der Vermischung von vertragsrechtlicher Qualitätssicherung und hoheitlichen Handlungsformen, insbesondere in Abs. 2.

### Zu § 118

Begrüßenswert ist die Regelung der Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht, sie sollte jedoch über den Bereich der operativen Kooperation hinaus vorgesehen und installiert werden.

### Zu § 119

Siehe hierzu den Vorschlag der Buko

*Zu §§ 120f*

Die Regelungen zu Heim- und Pflegeverträgen gehören systematisch nicht ins SGB XI, sondern ins HeimG, das diesbezüglich in seinem Anwendungsbereich erweitert werden könnte, siehe hierzu Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Heimbewohnerschutzgesetzes.

*Zu § 124*

Die Regelungen hinsichtlich der Hygiene erscheinen überflüssig, da entsprechende Hygienebestimmungen in umfassender Weise im Gesundheitsschutzrecht enthalten sind. Es sollte über umfassende Akkreditierungsansätze sichergestellt werden, dass Hygienefragen Beachtung finden.

*Zu § 125*

Auch die Regelung zur Arzneimittelsicherheit scheint überflüssig. Hier sind Ansätze in der Entwicklung begriffen, die eine stärkere Beteiligung der Apotheken an der Arzneimittelversorgung und -sicherheit in den Heimen vorsehen, ohne dass es hierzu neuer Zuständigkeiten im Rahmen des SGB XI bedarf, die hier auch systematisch nicht an der richtigen Stelle platziert sind.

*Zu Art. 3: Änderung des Apothekengesetzes*

Die vertragliche Regelungsoption zwischen örtlicher Apotheke und Heim erscheint nicht überzeugend. Es sollte allerdings, wenn möglich in einem anderen gesetzgeberischen Zusammenhang, die Möglichkeit gesetzlich eingeräumt werden, dass Apotheken die Dispensieraufgaben, die bisher vom Heim wahrgenommen werden, wie im Ausland verbreitet und bewährt, mit übernehmen, wie derzeit in Modellversuchen erprobt.

**Schlussbemerkung**

Der Entwurf zu einem Pflegequalitätssicherungsgesetz enthält wichtige Anstöße für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege, sollte aber in einer fachöffentlichen Diskussion ausdrücklich diskutiert und vor allem in Richtung eines umfassenden integrierten Qualitätssicherungsansatzes weiterentwickelt werden. Unter der Zielperspektive erscheint die Installierung eines nationalen Akkreditierungsrates als zentrale Qualitätssicherungsinstanz. Dabei sollte im Pflegequalitätssicherungsgesetz solche Entwicklung offen sein und darauf achten, dass

problematische Strukturen in der Qualitätssicherung, die für Jahre festgeschrieben werden, verhindert werden.

Im Kontext der Qualitätssicherungsüberlegungen sollten bei einer Novelle des SGB XI weitere Optionen für die Entwicklung im Pflegeversicherungsrecht geschaffen werden. Dazu wird insbesondere die Eröffnung der Möglichkeit, zunächst im ambulanten Bereich, Budgets für Pflegebedürftige vorzusehen, die eine flexiblere Gestaltung der Pflegesituation, insbesondere im Zusammenhang mit Leistungen des BSHG, aber auch des SGB V, ermöglichen. Dabei wird vorgeschlagen, in einem § 38a SGB XI Pflegebedürftigen neben der Möglichkeit, Sach- und Geldleistungen zu wählen, unter bestimmten Voraussetzungen auch die Zahlung eines Pflegebudgets zu optieren, das ihnen die Möglichkeit eröffnet, ihr spezifisches Pflegearrangement zu gestalten. Ähnlich wie in § 101a BSHG sollte eine derartige Experimentierklausel an bestimmte Voraussetzungen geknüpft werden, die sicherstellen, dass die Qualität in der Pflege gewährleistet und die mit dem Pflegebudget gesammelten Erfahrungen systematisch ausgewertet werden.

## 7. Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Heimbewohnerschutzgesetzes

Die Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, FB IV möchte im Folgenden zu den Zielsetzungen und einigen Detailregelungen des Heimbewohnerschutzgesetzes Stellung nehmen. Es wird ausdrücklich angeboten, sowohl zur Konzeption der Novellierung des HeimG als auch zu Detailregelungen nähere Ausführungen zu machen bzw. für Gespräche zur Verfügung zu stehen.

**1. Zu den Zielsetzungen**

Die DGGG sieht ebenfalls mit Sorge, dass die Qualität in Heimen für ältere und behinderte Menschen keineswegs überall als gesichert angesehen werden kann, und dies trotz der bereits seit 25 Jahren vorliegenden Regelungen des HeimG und trotz der Einführung der Pflegeversicherung, die ausdrücklich auch mit Qualitätssicherungsanliegen verbunden wurde. Insofern sind Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität in Heimen, namentlich auch zur

Stärkung der Verbrauchserstellung der Heimbewohner, zu begrüßen. Die diesbezüglichen Regelungen in dem Referentenentwurf bieten z.T. interessante Ansatzpunkte. Gleichwohl wird zu bedenken gegeben, dass das HeimG in seiner bisherigen Konzeption der Situation, aber auch der fachlichen Diskussion über die Weiterentwicklung der Altenhilfe, nur noch begrenzt gerecht wird. So vermischen sich, zumindest außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen, ambulante und stationäre Versorgungsformen, so werden

durch neue Konzepte, etwa in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz, Wege eingeschlagen, die mit den Standardvorgaben des HeimG z.T. schwer zu vereinbaren sind, und schließlich hat sich die Qualitätssicherungsdiskussion weiterentwickelt und stellt stärker auf eine outcome-orientierte Betrachtungsweise als auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität ab, die bei der Konzeption des HeimG im Vordergrund standen und im Heimbewohnerschutzgesetz immer noch stehen.

Bei der Novellierung des HeimG sollten vor dem Hintergrund dieser grundsätzlicheren Bedenken aus unserer Sicht folgende Zielsetzungen im Mittelpunkt stehen:

- allgemein einen wirksamen Schutz von Personen in (potenziellen) Abhängigkeitsverhältnissen sicherzustellen
- die ordnungsrechtlichen Regulierungen sollten in einen integrierten Qualitätssicherungsansatz, der bisherige Segmentierungen und Fragmentierungen überwindet, eingebunden werden
- die ordnungsrechtlichen Regelungen sollten einer Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte und der strengen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und Begleitung älterer und behinderter Menschen förderlich wirken
- die Rolle der ordnungsbehördlichen Akteure, bisher der Heimaufsicht, sollte bei einer Novellierung klar beschrieben werden.

Bei allen Novellierungsabsichten und -entwürfen sollten die bisher vorliegenden Erfahrungen zur Umsetzung des HeimG systematisch ausgewertet werden. Die bisher vorliegenden empirischen Studien zur Wirkungsweise der Heimaufsicht lassen deutlich erkennen, dass das HeimG bisheriger Prägung mit erheblichen Implementationsproblemen konfrontiert ist, die durchaus vergleichbar sind denen des ordnungsrechtlich ausgestalteten Um-

weltschutzrechtes. Vor diesem Hintergrund sind in besonderer Weise auch die Möglichkeiten der Selbststeuerung und die Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Akteure in Aufgaben der Qualitätssicherung konzeptionell aufzubauen.

Die DGGG sieht trotz aller Kritik vor allem am HeimG und an der Aufgabenwahrnehmung der zuständigen Behörden auch nach Einführung der Pflegeversicherung und der Verankerung von Qualitätssicherungsaufgaben in den Sozialleistungsgesetzen die Notwendigkeit ordnungsrechtlicher Regelungen für den Betrieb von Einrichtungen und Diensten für ältere und behinderte Menschen.

## 2. Ausgewählte Anmerkungen zu dem vorliegenden Referentenentwurf

### a) Zur Bezeichnung als „Heimbewohnerschutzgesetz“

Es wird davon abgeraten, die Bezeichnung „Heimgesetz“ in „Heimbewohnerschutzgesetz“ zu ändern. Zwar leuchtet ein, dass durch eine neue Bezeichnung die Zielsetzungen deutlicher heraustreten. Gleichwohl kann angesichts der Diversifikation der Heimkonzepte und der negativen Konnotation des Begriffes „Heim“ nicht empfohlen werden, an dem Begriff „Heim“ zukünftig festzuhalten. Es wird vielmehr vorgeschlagen, vom „Gesetz über Einrichtungen und Dienste für ältere und behinderte Menschen“ zu sprechen und einen entsprechenden Titel zu verwenden.

### b) Zum Anwendungsbereich

Auch hier wird empfohlen, auf eine Legaldefinition des Begriffes „Heim“ zu verzichten und vielmehr den Anwendungsbereich über den Einrichtungen und Dienste-Begriff festzulegen. Es wird dabei empfohlen, den Bereich der Tagespflege zumindest hinsichtlich verbraucherrechtlicher Regelungen mit aufzunehmen, auch um damit eine systematisch nicht nachvollziehbare Aufnahme von zivilrechtlichen Ver-

trägen zwischen Tagespflegegästen und Tagespflegeeinrichtungen im SGB XI zu vermeiden. Der Ausschluss von Einrichtungen bzw. bestimmten Einrichtungen des Betreuten Wohnens aus dem Anwendungsbereich des HeimG erscheint auf der einen Seite zwar von seiner Zielsetzung her nachvollziehbar, in der Formulierung aber nicht gelungen. Es wird hier empfohlen, entweder Einrichtungen des Betreuten Wohnens dann aus dem Anwendungsbereich des HeimG auszunehmen, wenn sie alle Leistungen, inkl. der Grundleistungen, dem Bewohner fakultativ und stets kündbar zur Verfügung stellen oder aber Vorschriften des HeimG lediglich partiell auf Einrichtungen des Betreuten Wohnens anzuwenden, so etwa hinsichtlich der Anzeigepflicht, der Vertragsgestaltungsstandards, nicht aber hinsichtlich der baulichen und personellen Standards.

### c) Zum Zweck des Gesetzes

Hier sollte auf die eingangs genannten Zielsetzungen Bezug genommen werden. Redaktionell bedarf auch aus unserer Sicht die zentrale Vorschrift des § 2 der Überarbeitung.

### d) Zur Verordnungsermächtigung

Auf eine Verordnungsermächtigung zu § 14 HeimG sollte aus unserer Sicht nicht verzichtet werden.

### e) Zur Beratungs- und Informationspflicht

Die Aufgaben nach dem bisherigen § 11 sollten optional anderen Stellen übertragen werden können, um die unterschiedlichen Funktionen, hier Beratung, auch und gerade für Bewohner und Interessenten, und dort Aufsicht und Kontrolle, stärker voneinander zu trennen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die in Landespflegegesetzen z.T. vorgesehenen Beratungsinstitutionen mit den in § 11 bzw. neu § 4 vorgesehenen Aufgaben betraut werden können bzw. Koordinations- und Vernetzungsoptionen vorgesehen werden. Diesbezüglich reichen die Hin-

weise auf § 95 BSHG angesichts der Koordinationsnormen im SGB XI und den im SGB IX vorgesehenen nicht aus.

*f) Zu §§ 5ff Heimvertrag*

Es sollte erwogen werden, ob für Verträge mit Pflegediensten, Tagespflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Heimen allgemeine verbraucherschutzrechtliche Standards aufgestellt und formuliert werden könnten, die dann ihre Spezifizierung für die Heime finden müssten.

Begrüßt wird die Entgeltaufschlüsselungspflicht für alle Heimverträge. Begrüßt wird ebenfalls, dass die Rechtsprechung des BGH zu Entgelterhöhungen ihren Niederschlag in dem Novellierungsentwurf findet. Gesichert werden müsste, dass die Regressmöglichkeiten für Bewohner bei unwirksamen Entgelterhöhungen ähnlich dem Mitrecht begrenzt bleiben bei gleichzeitiger Stärkung der Verbraucherrechte der Heimbewohner.

Generell sollte auf eine Schriftlichkeit der Verträge gedrungen werden, wobei allenfalls im Interesse der Verbraucher von der Schriftlichkeit im Einzelfall abgesehen werden dürfte.

*g) Zu § 10 Heimbeiräte*

Die Stärkung der Heimbeiräte, vor allem durch die Wählbarkeit von Personen des Vertrauens bzw. Angehörigen, wird begrüßt, insbesondere auch deren Beteiligung am Entgelterhöhungsverfahren.

*h) Zu § 11 Betriebserfordernisse*

Die Formulierungen bedürfen dringend der redaktionellen und sprachlichen Überarbeitung, wobei es sinnvoll erscheint, auch im HeimG eine allgemeine fachliche Standardanknüpfung vorzunehmen. Wenig überzeugend sind die Regelungen zur Hygiene und zur Arzneimittelsi-

cherheit. Hier gibt es bereits zahlreiche Regelungen. Es sollte über umfassende Qualitätssicherungsansätze sichergestellt werden, dass bei einem Betrieb von Einrichtungen entsprechende Bestimmungen und Standards eingehalten werden, und nicht durch neue heimrechtliche Regelungen parallele Zuständigkeiten geschaffen werden.

*i) Zu § 13*

Die Aufzeichnungen zu Buchführungspflichten bedürfen der Abstimmung mit anderen gesetzlichen Aufzeichnungsverpflichtungen, insbesondere denen des SGB XI und der landesrechtlichen Normen. Es sollten dabei die Desiderata der Datentlage für die kommunale Altenplanung berücksichtigt werden.

*j) Zu § 15*

Es sollte Akkreditierungen auf der Basis der Vorschläge der Buko zu einem nationalen Akkreditierungsrat der Vorrang gegeben werden und die wiederkehrenden Prüfungen der zuständigen Behörden auf Einrichtungen begrenzt werden, die an einem Akkreditierungsverfahren nicht teilnehmen. Die vorgesehene Prüfungshäufigkeit kann von den Heimaufsichtsbehörden bei zugesicherter Kostenneutralität der Gesetzesnovelle in keinsten Weise garantiert werden. Im Gesetz bedürfte es detaillierter Regelungen zu den Akkreditierungen oder ggf. zu einem nationalen Akkreditierungsrat. § 14 entbehrt der verfassungsrechtlich notwendigen datenschutzrechtlichen Regelungen, die seit dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichtes zu beachten sind.

*k) Zu § 20 Arbeitsgemeinschaften*

Es wird begrüßt, dass in den Regelungen zu Arbeitsgemeinschaften ein verpflichtender Rahmen zur Abstimmung und Koordination der unterschiedlichen Prüftätigkeiten und

Qualitätssicherungsaufgaben geschaffen werden soll. In die Arbeitsgemeinschaft sollten Verbraucherchutzorganisationen, ggf. Seniorenbeiräte oder sonstige zivilgesellschaftliche Akteure einbezogen werden. Es fehlen Regelungen, wie auf nationaler Ebene zu implementierende verbindliche Standards für Akkreditierungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen formuliert, überprüft und ggf. evaluiert werden.

*l) Zu § 22 „Heimbericht“*

Die jährliche Berichterstattung über die Qualität in den Heimen durch das zuständige Bundesministerium wird im Prinzip begrüßt, wobei es ebenfalls als sinnvoll erscheint, auf Landesebene entsprechende Berichtspflichten vorzusehen, die sodann zu einem Bundesbericht zusammengefasst werden könnten.

## Schlussbemerkung

Der Entwurf eines Heimbewohnerschutzgesetzes nimmt für sich in Anspruch, in Fragen der Qualitätssicherung und des Bewohnerschutzes in Heimen grundlegend neu zu regeln. Als derart ambitioniert weiterführender Ansatz kann das Heimbewohnerschutzgesetz aber nicht bewertet werden. Es enthält interessante Ansätze, insbesondere im Zusammenhang mit der Vertretung von Heimbewohnern, der Installierung eines verbesserten Verbraucherschutzes, der Formulierung von Standards für die Heimvertragsgestaltung, der Substituierung der Heimaufsicht durch Akkreditierungen, der Koordination der Heimaufsicht mit anderen Instanzen der Qualitätssicherung. Das Heimbewohnerschutzgesetz vernachlässigt Aspekte der Weiterentwicklung der stationären Alten- und Behindertenhilfe und bedarf aus hiesiger Sicht dringend einer fachlich konzeptionellen Revision.

## 8. Stellungnahme zur sogenannten Positivliste

An das  
Bundesministerium f. Gesundheit  
Berlin  
11055 Berlin

Datum 28. 3. 2000

Betr.:  
Liste von Arzneimitteln, die zu Lasten der gesetzlichen  
Krankenversicherung verordnungsfähig sind (sog. Positivliste)

Sehr geehrter  
Herr Professor Quiring,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie/Gesellschaft für Geriatriische Medizin bedanke ich mich für Ihre Anfrage vom 20. Januar 2000. Ein prinzipielles Problem in der medikamentösen Therapie älterer Patienten besteht derzeit darin, dass durch die Budgetierung der behandelnde niedergelassene Arzt in seinen Therapiemöglichkeiten deutlich eingeschränkt wird. Neue Pharmaka mit höherer Effizienz und geringerem Nebenwirkungsspektrum kommen besonders älteren multimorbiden Patienten zugute. Gerade diese Patienten werden jedoch häufig von dem pharmakologischen Fortschritt ausgeschlossen, da eine entsprechend gezielte Medikation jeden Praxisbudgetrahmen sprengen würde.

Als Beispiel sei ein Patient genannt, der an einer beginnenden Demenz vom Alzheimer-Typ leidet mit wahnhaften Zügen und gleichzeitig bestehenden Arthrosen bei einer langjährigen Ulkus-Anamnese. Hier wäre ein Acetylcholinesterase-Hemmer indiziert in Kombination mit einem neueren Neuroleptikum, das nur ein geringes Risiko einer Parkinsonoid-Nebenwirkung bietet. Zu-

sätzlich wäre zur Linderung der Arthrose-Beschwerden ein Cyclooxygenase-2-Hemmer indiziert mit nur geringen gastrointestinalen Nebenwirkungen.

In den akut geriatrischen Abteilungen werden multimorbide Patienten behandelt mit Bronchopneumonien, Herzinfarkten, rheumatischen Erkrankungen, Schmerzzuständen etc. Die Behandlung erfolgt nach den Standards der entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter besonderer Berücksichtigung der Pathophysiologie und Pharmakologie des multimorbiden Alterspatienten. Insoweit sollten die entsprechenden Leitlinien und Therapieempfehlungen der einzelnen Fachgesellschaften Anwendung finden.

Eine Besonderheit stellen Laxantien und Husten-lösende Mittel dar. Für den Alterspatienten ist die Obstipation keine „geringfügige Gesundheitsstörung“ sondern eine ernst zu nehmende Erkrankung, die über Subileus zum Ileus führen kann bzw. bei Divertikulose zur Divertikulitis, Perforation und Peritonitis. Dabei haben sich besonders die neueren Polyethylenglykol-Präparate wie z.B. Marcrogol besonders bewährt. Bei den schleimlösenden Mitteln besteht eine ähnliche Situation; über den Sekretstau kommt es zur Bronchitis

bzw. zur Bronchopneumonie mit häufig letalen Folgen beim Alterspatienten. Hier sollten weitere Präparate wie z.B. N-Acetylcystein verordnungsfähig sein.

Darüber hinaus erscheint es mir sinnvoll, wenn vom BMG bzw. dem von Ihnen neu errichteten Institut die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung eine „Positivliste“ erstellt würde, die dann den einzelnen Fachgesellschaften zur Durchsicht und Stellungnahme vorgelegt werden könnte. Als Grundlage für eine solche Liste käme z.B. die „Arzneimittelverordnung“ der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft oder der „Arzneiverordnungsreport“ in Betracht.

Die oben stehenden Ausführungen wurden erstellt nach Rücksprache mit folgenden Kollegen:  
Prof. Oster, Heidelberg,  
Dr. med. habil Claus Reinicke, Bayreuth,  
Prof. Schulz, Berlin  
Prof. Meier-Baumgartner, Hamburg  
Prof. Kolb, Lingen  
Dr. von Renteln-Kruse, Bergisch-Gladbach

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. med. Nehen

## 9. Berliner Gesundheitspreis 2000

„Alter und Gesundheit“ – Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung“ lautet das Motto des „Berliner Gesundheitspreises 2000“, den der AOK Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin nun schon zum dritten Mal initiieren.

Das deutsche Gesundheitssystem muss effizienter und qualitätsorientierter werden, darin ist sich die Gesundheitspolitik weitgehend einig. Dies gilt im besonderen Maße für die gesundheitliche Versorgung von alten und chronisch kranken alten Menschen, von Schlaganfallpatienten und demenziell Erkrankten. Mehr noch als für andere Patientengruppen ist hier dringend eine sektorübergreifende Kooperation und Vernetzung gefragt. Die Probleme der sektoralen Abschottung, des unkoordinierten Nebeneinanders der verschiedenen Versorgungsformen und der oft gegensätzlichen Interes-

sen der Beteiligten sind hier am sichtbarsten.

Der „Berliner Gesundheitspreis 2000“ will als offener Ideenwettbewerb neue Wege vernetzter Versorgung für Menschen im Alter auszeichnen. Der Preis ist in drei thematisch abgegrenzte Bereiche unterteilt – „Alte und chronisch kranke alte Menschen“, „Patienten nach einem Schlaganfall“ sowie „Patienten mit demenziellen Erkrankungen“ – um die verschiedenartigen Versorgungsprobleme berücksichtigen zu können.

Damit die mit namhaften Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Praxis zusammen gesetzte Jury die eingereichten Projekte und Konzepte angemessen bewerten kann, werden Bewertungskriterien zu Grunde gelegt, die sich unter anderem an einer situationsangemessenen Kooperation und Koordination verschiedener Leistungssektoren, an

Vorschlägen zur Implementierung von Dokumentations- und Evaluationsverfahren, an einer patientenorientierten, vorausschauenden Behandlungsplanung und Ergebnisorientierung sowie an Aspekten des Qualitätsmanagements orientieren.

Teilnehmen können Personen, Institutionen und Organisationen, wie z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Selbsthilfegruppen, Laienhelfer/Angehörige, Bürgerinitiativen, kommunale Einrichtungen, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Netzwerke.

Die ausführlichen Ausschreibungsunterlagen können bei der Geschäftsstelle des Berliner Gesundheitspreises, Rungestraße 3–6, 10179 Berlin, Telefon: 030/2531-1330, Fax: 030/2531-1000, e-Mail: Berliner.Gesundheitspreis@dpbln.aok.de, angefordert werden.

## 10. Steinberg-Krupp-Alzheimer-Forschungspreis

Die Hirnliga e.V., verleiht im Jahr 2000 erstmals den mit 10000,-DM dotierten Steinberg-Krupp-Alzheimer-Forschungspreis. Der Preis soll jungen Wissenschaftlerinnen und

Wissenschaftlern aus dem deutschsprachigen Raum zugesprochen werden, die durch eine Veröffentlichung in den letzten zwei Jahren einen besonders wichtigen wissenschaftli-

chen Beitrag auf dem Gebiet der Alzheimer-Forschung geleistet haben. Nähere Informationen unter: [www.hirnliga.de](http://www.hirnliga.de)

## 11. DGGPP Förderpreis

**Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapeutische (DGGPP) schreibt aus:**

**Förderpreis zur Optimierung der Pflege psychisch kranker alter Menschen (FOPPAM)**

Derzeit ist jeder 4. Bürger der Bundesrepublik Deutschland über 60 Jahre alt. Diese Altersgruppe, die unter anderem Dank des medizinischen und sozio-ökonomischen Fortschrittes in den nächsten Jahren proportional weiter ansteigen wird, ist von ei-

nem hohen Risiko für psychische Erkrankungen betroffen. Mehr als eine Million Erkrankter an der Alzheimer Demenz, sowie eine noch größere Anzahl depressiv Kranker sind dabei die Hauptprobleme.

Solange es insbesondere im Bereich der Hirnleistungsstörungen noch keinen Durchbruch in der Behandlung gibt, ist neben der notwendigen ärztlichen Behandlung die Begleitung, Betreuung und Pflege der oft chronisch Kranken durch Angehörige, Lebenspartner und professionelle Pflegepersonen sowie deren

Zusammenarbeit von großer Bedeutung. Dies gilt auch für einen Teil der Menschen mit Depressionen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) schreibt zusammen mit der Firma Merz einen Preis aus, der erstmals bei der 3. Jahrestagung der DGGPP 1997 in Kassel vergeben wurde und auch in Zukunft alle zwei Jahre bei den jeweiligen Jahrestagungen der Gesellschaft vergeben werden soll, d.h. zum nächsten Mal im März 2001 in Berlin.

Ausgezeichnet werden sollen Personen oder Institutionen, deren innovative Arbeit im Bereich der Pflege, Versorgung, Milieuthherapie, Soziotherapie und verwandten Bereichen dazu beigetragen haben bzw. dazu geeignet sind, das Leiden psychisch kranker alter Menschen in besonderer Weise zu lindern und ihre Le-

bensqualität zu erhöhen. Einbezogen werden sollen auch Maßnahmen für die betreuenden Familienangehörigen.

Der Preis ist mit DM 10000,- dotiert und kann geteilt werden.

Aussagefähige Anträge sind schriftlich an Priv.-Doz. Dr. Gabriela Stoppe, Psychiatrische Universi-

tätsklinik Göttingen, von Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen, zu richten. Hier ist auch der „Leitfaden für Antragsteller“ gegen Zusendung eines frankierten (DM 1,10) und adressierten Rückumschlages erhältlich. Einsendeschluss für die nächste Preisvergabe ist der 30. 11. 2000 (Poststempel).

## 12. Symposium anlässlich des 65. Geburtstags von Prof. Dr. Erich Lang „Herz-Kreislauf-Prävention am Beginn des neuen Jahrhunderts“

Veranstalter: Carl-Korth-Institut für poliklinische Medizin e.V. in Zusammenarbeit mit dem Waldkrankenhaus Dt. Marien, Erlangen

Ort: Mühentheater Kleinseebach, Möhrendorf b. Erlangen

Zeit: Samstag, 7. Oktober 2000, 9.00 bis 12.30 Uhr

Wissenschaftliche Beiträge:

U. Lehr, Bonn: Die Bedeutung der Prävention in einer alternden Gesellschaft

H. Landgraf, Berlin: Ist die Arteriosklerose besiegbar?

W. Hollmann, Köln: Prävention, Leistungsfähigkeit, körperliche Aktivität und Altern

R. Kessel, Lübeck: Sekundär- und Tertiärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus Sicht der Arbeitsmedizin

R.-M. Schütz, Lübeck: Stellenwert der Herz-Kreislauf-Prävention im höheren Lebensalter – was ist sinnvoll?

Teilnahme kostenlos

Auskünfte und Anmeldung bei:

Dr. K.G. Gaßmann

Waldkrankenhaus St. Marien

– Abteilung für Geriatrie Rehabilitation –

Rathsberger Str. 57

91054 Erlangen

Tel.: (091 31) 822-702

Fax: (091 31) 822-703

e-mail:

ca.kg.gassmann@waldkrankenhaus.de

## 13. Wir gratulieren unseren Mitgliedern zum Geburtstag

(die zwischen dem 16. 7. 2000–15. 9. 2000 ihren „runden Geburtstag“ feiern)

### 65. Geburtstag

Dr. phil. Karl-Gustav Werner, FB II  
19. 7.

### 85. Geburtstag

Prof. Dr. med. Günter Quadbeck,  
FB II  
27. 8.

Dr. med. Hans Joachim Jessel,  
FB II  
11. 9.

## Kongressankündigungen

### September 2000

#### Häusliche Pflege – Treffpunkt Pflegemanagement

6.–7. 9. 2000, Münster

Veranstaltungsort: Congress Centrum Halle, Münsterland

Thema: Betriebsorganisation und Management von Ambulanten Diensten und Sozialstationen

Auskunft: Curt R. Vincentz Verlag,  
Veranstaltungsdienste, Fachkongreß –  
Ina Füllkrug, Schiffgraben 43, 30175 Hannover  
Tel.: (05 11) 99 10-175  
Fax: (05 11) 99 10-199  
E-mail: fuellkrug@vincentz.de

#### British Society of Gerontology „Old age in a new Age“

8.–10. 9. 2000, Keble College, Oxford  
Information: Hollie Noonan,  
Conference Administrator,

Oxford Brookes University,  
Headington Campus, Oxford OX3 0BP  
Tel.: +44(0) 18 65 48 48 76  
Fax: +44(0) 18 65 48 48 84  
E-mail: cce@brookes.ac.uk

#### 5. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

18.–20. 9. 2000, Nürnberg  
Veranstaltungsort: Universität  
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, PD Dr. Clemens Tesch-

Römer, Manfred-von-Richthofen-Straße 2,  
12101 Berlin  
Tel.: (030) 78 60 42 66  
Fax: (030) 7 85 43 50  
E-mail: tesch-roemer@dza.de  
http://www.uni-erlangen.de  
oder Prof. Dr. Wolf-D. Oswald,  
Institut für Psychogerontologie,  
Universität Nägelsbachstraße 25,  
91052 Nürnberg  
Tel.: 091 31/8 52-65 26  
Fax: 091 31/8 52-65 54  
E-mail: dggg@geronto.uni-erlangen.de

### Generationenbeziehungen im Wandel: Perspektiven für ein solidarisches Miteinander von jung und alt

21. 9. 2000, Magdeburg  
Veranstalter: Bundesministerium für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend in Kooperation  
mit dem Ministerium für Arbeit, Frauen, Ge-  
sundheit und Soziales des Landes Sachsen-  
Anhalt  
Information:  
Frau Seitz (MAFGS)  
Tel.: 09 31/5 67-69 08  
Fax: 03 91/69 37  
E-mail: theren@ms.Isa-net.de

### 5. Sächsischer Geriatrietag der Sächsischen Landesärztekammer

23. 9. 2000, Erlabrunn  
Veranstaltungsort: Kliniken Erlabrunn gGmbH  
Information und Anmeldung: Dr. med. habil.  
W. Zwingenberger, Kliniken Erlabrunn  
gGmbH, Am Märzenberg 1 A,  
08349 Erlabrunn  
Tel.: (03773) 62000  
Fax: (03773) 62005  
E-mail: info@erlabrunn.de

### 9. Geriatrietag des Landes Baden-Württemberg

27. 9. 2000, Ettlingen  
Veranstaltungsort: Schloßgartenhalle Ettlingen  
Information: Geriatriisches Zentrum Karlsruhe  
Am Diakonissenkrankenhaus  
Diakonissenstr. 28, 76199 Karlsruhe  
Tel.: 07 21/8 89-27 01  
Fax: 07 21/8 89-39 12  
E-mail: geriatrie-zentrum@diak-ka.de  
Internet: www.diak-ka.de

### 3. International Congress Operationalized Psychodynamic Diagnostics

28.–30. 9. 2000, Ulm  
Information und Ansprechpartner:  
Dr. med. R. W. Dahlbender  
Konsiliar- und Lasionspsychosomatik,  
Universitätsklinikum Ulm, Am Hochsträß 8,  
89081 Ulm  
Tel.: 07 31/5 02 56 80/81  
Fax: 07 31/5 02 56 84  
E-mail: dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de

### Symposium „Bewegt Altern“

29. 9. 2000, Bonn  
– 75 Jahre Sportwissenschaft, Rheinische  
Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn –

Veranstaltungsort: Universitätsclub  
Information: Institut für Sportwissenschaft  
und Sport, Rheinische Friedrich-Wilhelms-  
Universität Bonn, Nachtigallenweg 86,  
53127 Bonn  
Tel.: 02 28/9 10 18/-13/19  
Fax: 02 28/9 10 18-49  
E-mail: Sportinstitut@uni-bonn.de  
www.uni-bonn.de/sportinstitut

### Oktober 2000

#### Aging in Europe in the new Millennium

4.–6. 10. 2000, Maastricht Netherlands  
Information:  
EAHSA Initiative (European Association of  
Homes and Services for the Ageing)  
P.O. Box 694  
5900 AR VENLO, The Netherlands  
Tel.: +31 77 4 65 21 89  
Fax: +31 77 4 65 23 21  
E-mail: hcornelissen@careinfont.nl

### Symposium anlässlich des 65. Geburtstags von Prof. Dr. Erich Lang „Herz-Kreislauf-Prävention am Beginn des neuen Jahrtausends“

7. Oktober 2000, Mährenbach b. Erlangen  
Information: Dr. K. G. Gaßmann, Wald-  
krankenhaus St. Marien, Abt. für Geriatriische  
Rehabilitation, Rathberger Str. 57,  
91054 Erlangen  
Tel.: 091 31/8 22-70 2  
Fax: 091 31/8 22-70 3  
E-mail:  
ca.kg.gassmann@waldkrankenhaus.de

### 10. Jahrestreffen Alzheimer Europe „Bridges into the future“

12.–15. 10. 2000, München  
Kongresssekretariat: EUROKONGRESS, Isa-  
torplatz 3, 80331 München

### Versuche, die Welt besser zu verstehen – Globalisierung und Folgen des Fortschritts

12.–13. Oktober 2000, Frankfurt/M.  
Veranstaltungsort: Johann Wolfgang Goethe-  
Universität  
Anmeldung und Information:  
Universität des 3. Lebensalters and der  
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frank-  
furt/M.  
Robert-Mayer-Str. 5, 60054 Frankfurt/Main  
Tel.: 0 69/7 89-2 30 84  
Fax: 0 69/7 89-2 89 75  
E-mail: u31.@em.uni.-frankfurt.de  
http://www.rz.uni-frankfurt.de/u31

### 10. Frankfurter Gerontologische Tage

12.–13. Oktober 2000, Frankfurt/Main  
Information: Universität des 3. Lebensalters  
an der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main, Robert-Mayer-Str. 5,  
60054 Frankfurt am Main  
Tel.: 0 69/ 7 87-2 30 84  
Fax: 0 69/7 98-2 89 75  
E-mail: u31@em.uni-frankfurt.de  
http://www.rz.uni-frankfurt.de/u31

### Geriatric-Symposium: 20 Jahre Albertinen-Haus

13.–14. 10. 2000, Hamburg  
Information: Albertinen-Haus, Zentr. für Geria-  
trie, Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg  
Tel.: (040) 558 11 301  
Fax: (040) 558 11 000

### 8. Wissenschaftliche Arbeitstagung „Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie“

13.–14. 10. 2000, Münster  
Veranstaltungsort: Universitätsklinikum  
Thema: Persönliche Biographie und Zeitge-  
schichte  
Information: Frau Eilers (Tagungssekretariat)  
Tel.: 02 51/8 35 29 02  
Fax: 02 51/8 35 29 03

### November 2000

### REHAB – 11. Internationale Fachmesse für Pflege, Rehabilitation und Integration

1.–4. 11. 2000, Frankfurt/M.  
Auskunft: REHAB-Veranstaltungs GmbH,  
Klever Straße 11, 44141 Dortmund  
Tel.: (02 31) 12 80 10  
Fax: (02 31) 12 80 09  
E-mail: info@rehab-2000.de

### 12. Deutscher Kongress der GIH – Gesellschaft für Inkontinenzhilfe

10.–11. 11. 2000, Wuppertal  
Veranstaltungsort: Stadthalle  
Auskunft: Gesellschaft für Inkontinenzhilfe  
e.V., Geschäftsstelle, Frau Christa Thiel,  
Friedrich-Ebert-Straße 124, 34119 Kassel  
Tel.: (05 61) 78 06 04  
Fax: (05 61) 77 67 70  
E-mail: gih-kassel@t-online.de

### 14. Leipziger Geriatrie-Workshop

11. 11. 2000, Leipzig  
Thema: Sexualität und Altern  
Veranstaltungsort:  
Großer Hörsaal d. Zentrums f. Innere Medizin  
der Universität Leipzig  
Anmeldung und Auskunft:  
Prof. Dr. med. W. Reuter, Universität Leipzig,  
Medizinische Klinik und Poliklinik IV,  
Härtelstraße 16–18, 04107 Leipzig

Tel.: 03 41 / 971 3260 o. 971 3261  
Fax: 03 41 / 071 3269

### Workshop „Versorgungspolitische Aspekte der Geriatrie“

16–17. November 2000, Hamburg  
Veranstalter: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) in Kooperation mit der „Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.“, der „Deutschen Gesellschaft für Geriatrie“ und der „Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e.V.“  
Information: Akademie für gerontologische Weiter- und Fortbildung des Albertinen-Hauses, Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg  
Tel.: 040/55 81-1776  
[http://www.albertinen.de/Akademie/Akademie\\_sympos.htm](http://www.albertinen.de/Akademie/Akademie_sympos.htm)

### 53. Annual Scientific Meeting of the GSA-Gerontological Society of America

17.–21. 11. 2000, Washington/DC  
Thema: Geriatrics and Gerontology/Multidisciplinary  
Auskunft: Gerontological Society of America, Carol A. Schulz, Executive Director, attn. Johanne Merryman, 1030 15th Street NW, Suite 250, Washington DC 20005-1503, USA  
Tel.: (001) 202/842-1275  
Fax: (001) 202/842-1150  
E-mail:  
[Geron@geron.org](mailto:Geron@geron.org), [jmerryman@geron.org](mailto:jmerryman@geron.org)

### Behinderung und Alter. Anspruch – Hoffnung – Wirklichkeit

20.–21. November 2000, Köln  
Information: Universität zu Köln, Heilpädagogische Fakultät, Frangenheimstr. 4, 50931 Köln (Dr. H. Berg-haus, Dr. K.-H. Knapic, U. Sievert)  
Tel.: 02 21/4 70-47 86 oder 4 70-51 13  
Fax: 02 21/4 70 21 49

### Wissenschaftliche Tagung des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa

23.–24. November 2000, Lübeck  
Thema: Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation  
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Gerhard Igl, Christian-Albrechts-Universität  
Information und Anmeldung (bis 15. 10. 2000): LVA Schleswig-Holstein, Ref. Selbstverwaltung u. Öffentlichkeitsarbeit, Frau Brigitte Folchert, Ziegelstr. 150, 23544 Lübeck  
Tel.: 04 51-485-1016  
Fax: 04 51-485-1018

### Seminar „Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten bei Personen mit erworbener Hirnschädigung“

24. 11. 2000, Mainz  
Veranstaltungsort:  
Johannes-Gutenberg-Universität  
Auskunft (Seminarnummer 12020308):  
Johannes-Gutenberg-Universität, Zentralstelle für Wissenschaftliche Weiterbildung, 55099 Mainz  
Tel.: (061 31) 39-22901  
Fax: (061 31) 39-247 14

## Dezember 2000

### Psychoanalyse und Altern

1.–2. 12. 2000, Kassel  
Thema: Behandlung Älterer – Defizitbearbeitung oder Entwicklungsförderung?  
Auskunft: Prof. Dr. med. H. Radebold, c/o Barbara Arlt, Univ. Gesamthochschule, FB 4 Sozialwesen, Arnold-Bode-Str. 10. 34109 Kassel  
Tel.: (05 61) 804-29 61  
Fax: (05 61) 804-20 65

## März 2001

### Symposium „Gesund in Gesellschaft“. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Präventionskonzepten

1.–2. März 2001, Hannover  
Information: Dr. Sigrid Stöckel, MPH; Abtlg. Medizingeschichte, Ethik und Theoriebildung in der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30623 Hannover  
Tel.: 05 11/5 32 42 78  
Fax: 5 32 56 50  
E-mail: [stoeckel.sigrid@mh-hannover.de](mailto:stoeckel.sigrid@mh-hannover.de)  
Dr. Ulla Walter, Norddeutscher Forschungsverbund Public Health; Abtlg. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, 30623 Hannover  
Tel.: 05 11/5 32 44 55  
E-mail: [walter@epi.mh-hannover.de](mailto:walter@epi.mh-hannover.de)

### 8. Kölner Unfallsymposium

2.–3. 3. 2001, Köln  
Veranstaltungsort: Hyatt Hotel Köln  
Thema: Verletzungen an Becken und Hüfte  
Organisation: Dr. A. Prokop, Dr. A. Jubel, Dr. G. Schiffer  
Information: Sekretariat Prof. Rehm, Frau Benz, Unfallchirurgie Uniklinik Köln, 50924 Köln  
Tel.: 02 21/4 78 48 02  
Fax: 02 21/4 78 48 35  
E-mail: [axelprokop@uni-koeln.de](mailto:axelprokop@uni-koeln.de)

### 41. Österreichischer Geriatriekongress mit internationaler Beteiligung – Kann der Mensch sein Altern verbessern? –

24.–28. März 2001, Bad Hofgastein  
Veranstaltungsort: Neues Kongresszentrum  
Veranstalter Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie  
Wiss. Leitung: Prim. Dr. Franz Böhmer  
Ärztl. Direktor, Sophienspital  
Apollgasse 19, A-1070 Wien  
Tel.: ++43/1/5 21 03-13 07  
Fax: ++43/1/5 21 03-13 09  
E-mail: [bof@sop.magwien.gv.at](mailto:bof@sop.magwien.gv.at)  
Information und Anmeldung: Congress & Management GmbH in Gründung, Rotenhausgasse 6/8, A-1090 Wien  
Tel.: ++43/1/4 06 83 40  
Fax: ++43/1/4 06 83 43  
E-mail: [officer@congress-main.at](mailto:officer@congress-main.at)

### 5. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.

– Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen –  
28.–31. 3. 2001, Berlin  
Veranstaltungsort: Freie Universität Berlin, Henry-Ford-Bau  
Information und Anmeldung: CTW Congress Organisation Thomas Wiese GmbH, Goßlerstr. 30, 12161 Berlin  
Tel.: ++49(0)30-85 99 62-0  
E-mail: [thomas.wiese@ctw-congress.de](mailto:thomas.wiese@ctw-congress.de)

## Juli 2001

### 17th World Congress of the International Association of Gerontology

1.–6. 7. 2001, Vancouver, Canada  
Information und Anmeldung: Congress Secretariat, Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, 2800-515 West Hastings Street, Vancouver, BC, Canada V6B 5K3  
Tel.: +(604) 268-7972  
Fax: +(604) 291-5066  
E-mail: [iag.congress@sfu.ca](mailto:iag.congress@sfu.ca)  
Internet: [www.harbour.sfu.ca/iag/](http://www.harbour.sfu.ca/iag/)