



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

Mitglied der International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG)

Korrespondenzadresse:

Klaus Ingo Giercke
(Sekretär DGGG)
Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband Mittelrhein
Rhonestraße 2a
50765 Köln
Tel.: +49(0)2 21/57 99 81 70
Fax: +49(0)2 21/57 99 81 60
E-Mail:
klaus-ingo.giercke@awo-
mittelrhein.de

Deutsche Gesellschaft für
Gerontologie und Geriatrie e.V.
Geschäftsstelle
Seumestr. 8
10245 Berlin
Tel.: 0 30 / 52 13 72 71
Fax: 0 30 / 52 13 72 72
E-Mail: gs@dggg-online.de

Diese Mitteilungsseiten sind
im Internet abrufbar unter
der Homepage der DGGG:
www.DGGG-online.de

1. Bericht des Präsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die weißen Nächte von St. Petersburg sind vorbei: Der Europäische Gerontologiekongress in Russland hat etwa 850 Gerontologinnen und Gerontologen an die Newa geführt, darunter auch 28 deutsche Vertreter. Der Kongress hat in vielfältiger Weise deutlich gemacht, wie wichtig europäische Kooperationen, der Austausch von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen auf internationaler Ebene ist und wie vernetzt inzwischen die Forschungslandschaft in der Gerontologie agiert. Dabei gilt es mit gegenseitigem Respekt die unterschiedlichen Rahmenbedingungen stets zu reflektieren, die den in der Gerontologie tätigen „Funktionären“ und Wissenschaftlern zu Gebote stehen.

Die europäische Sektion der IAGG hat sich in den letzten Jahren deutlich konsolidiert, ihr Arbeiten ist transparenter geworden und auch unter formalen Gesichtspunkten demokratischer: Dazu hat nicht zuletzt Ann-Kathrin Meyer durch ihre Intervention seinerzeit in Barcelona mit beigetragen. Die Wiederwahl von Hans-Joachim Kondratowitz in den Vorstand der europäischen Sektion sichert sowohl die sozialwissenschaftliche aber auch die interdisziplinäre Perspektive auf europäischer Ebene. Der nächste europäische Kongress wird im Jahre 2011 in Bologna stattfinden.

Die russischen Gastgeber haben unter Beweis gestellt, dass es in eindrucksvoller Weise gelingen kann, die politische Bedeutung eines solchen Kongresses für das Gastgeberland herauszustellen. Großzügig war der zeremonielle und protokollarische Rahmen des Kongresses ausgestaltet.

Das wissenschaftliche Programm war wenig transparent in seiner Zusammenstellung und in

den Prozeduren der Auswahl der eingereichten Paper. Das hat nicht zuletzt viele Kollegen aus Deutschland davon abgehalten, sich in St. Petersburg anzumelden. So gab es zahlreiche Pannen, die dazu führten, dass akzeptierte Paper nicht vorgetragen oder als Poster ausgestellt werden konnten. Das ist misslich und hat wenig mit kollegialer Wertschätzung zu tun, wenn dies nicht nur einmal sondern zahlreich geschieht. Auch die ungleiche Berücksichtigung deutscher Forschungsinstitutionen war aus der Sicht der DGGG im Ergebnis unglücklich. Daraus lässt sich lernen. Das haben die Kollegen aus Bologna versprochen.

In sehr souveräner Weise hat der Präsident der IAGG Renato Maia Guimarães die Mitgliederversammlung geleitet und den Kongress in die IAGG-Arbeit auch hilfreich eingebunden. Das gute Einvernehmen mit ihm soll auf einem gemeinsam gestalteten Symposium in Venezuela ebenso zum Ausdruck kommen, wie auf dem nächsten Kongress unserer Gesellschaft 2008, das wäre zumindest mein persönlicher Wunsch.

Am 9. September ist Herr Prof. Dr. Rudolf-Maria Schütz verstorben. Wir trauern um Ihn, er, der unser langjähriger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie war und die er lange Zeit geprägt hat und die Vereinigung der beiden deutschen Gesellschaften gestaltete. Die Beisetzung fand am 17. 9. 2007 in Lübeck statt. Vom Präsidium waren Herr Gogol und der Unterzeichner anwesend und hatten Gelegenheit, Worte der Kondolenz und Würdigung im Abschiedsgottesdienst zu sprechen (siehe Nachruf in diesen Mitteilungsseiten).

Die Planung zu dem gemeinsamen Kongress mit der DGG und

ÖGGG im Jahre 2008 ist recht weit gediehen. Wir werden einen gemeinsamen Kongress durchführen. Er wird in Potsdam in der Zeit vom 3.–6.12.2008 stattfinden. Die Zeit ist ungewöhnlich, stellt aber den einzigen Termin dar, der für alle drei Gesellschaften möglich und in einen der in Betracht kommenden Tagungsorte Bonn, Köln oder Potsdam zu realisieren war. Allen drei Gesellschaften war es wichtig, diesen gemeinsamen Kongress zu ermöglichen, sodass wir jeweils mit Traditionen gebrochen, eigene Interessen zurückgestellt und Kompromisse eingegangen sind, um das gemeinsame Anliegen eines gemeinsamen Kongresses zu realisieren. Ich bin froh darum, dass der Kongress nun möglich wird: War dies doch eines der ganz wesentlichen Anliegen meiner zweiten Amtszeit. Wir werden, sobald die konkreten Planungen, das Motto und die Struktur des Kongresses vereinbart wurden, über die Planung informieren. Auch die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie wird in Potsdam dabei sein: So wird es zu einem zentralen Ereignis der deutschsprachigen Gerontologie und Geriatrie.

Aktuell beschäftigt uns die Diskussion um die Reform des Pflegeversicherungsrechts. Der Referentenentwurf zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz liegt vor. Unsere Gesellschaft wurde zur Referentenanhörung durch das BMG nicht eingeladen, auch nicht auf entsprechende Bitte und Erinne-

rung. Das ist neuartig und hat in der Vergangenheit keine Vorbilder. Dafür wurde der Dachverband der wissenschaftlichen gerontologischen und geriatrischen Gesellschaften eingeladen. Dieser Vorgang gibt Anlass, das Verhältnis unserer Gesellschaft zum Dachverband noch einmal neu zu diskutieren. Anhörungen in der Phase des Referentenentwurfes dürfen auch nicht überbewertet werden. Wir haben uns mit dem Prüfpunktepapier und einer Stellungnahme auf dem Schriftwege zu Wort gemeldet. Auch möchten wir mit dem Prüfpunktepapier, das auf den Mitteilungsseiten veröffentlicht wird, eine gesellschaftsinterne Diskussion auslösen und werden hierfür auf unserer Website eine Plattform einrichten und hoffen auf eine entsprechend lebendige Diskussion und Nutzung der Internetmöglichkeiten. Auf diese Weise kann es gelingen, dass wir uns breiter und abgestimmter in den Diskussionsprozess um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu Wort melden.

Im Oktober findet der Internationale Alzheimer Kongress in Venezuela statt. Unsere Gesellschaft wird dort vertreten sein und ein Symposium mit der IAGG abhalten, um den Dialog und die Zusammenarbeit zwischen der Gerontologie und Geriatrie, sowie der nationalen und internationalen Alzheimer Gesellschaften zu fördern. Den Grund hat Frau Dr. Ann-Katrin Meyer durch ihre enge Kooperation mit der Internationalen Alzheimer

Gesellschaft und dem Präsident der IAGG Renato Maia Guimarães im vergangenen Jahr gelegt, zum 100. Jahrestag von Alois Alzheimer, der zahlreiche Veranstaltungen zu der Thematik „Demenz“ und „Alzheimer“ in Deutschland angestoßen hatte.

Zu berichten wäre schließlich, dass der Deutsche Bundestag sich (endlich) am 20.9.2007 mit dem 5. Altenbericht beschäftigt hat und die Familienministerin Ursula von der Leyen im Juli die Kommission für den 6. Altenbericht berufen und konstituiert hat. Das Thema des 6. Altenberichts ist „Altersbilder“. Die Kommission ist interdisziplinär besetzt. Bewusst wurden Wissenschaftler aus Disziplinen berufen, die bislang keinen expliziten Bezug zu der Gerontologie hatten, geht es doch darum, Altersbilder in der Breite der Gesellschaft zu diskutieren und das aus sehr unterschiedlichen Wissenschaftszusammenhängen. Den Vorsitz der 6. Altenberichtscommission übernimmt (wieder) Prof. Dr. Andreas Kruse. Die Geschäftsstelle ist in bewährter Weise beim DZA angesiedelt. Aus dem Präsidium unserer Gesellschaft gehören Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer und der Unterzeichner der Kommission an. Mit kollegialen Grüßen

Ihr Prof. Dr. Thomas Klie
– Präsident –

Kontakt

Prof. Dr. Thomas Klie
klie@efh-freiburg.de

2. Bericht des Sekretärs

Liebe Mitglieder,

der 9. Kongress der DGGG wird vom 3.–6.12.2008 im Dorint Hotel Sanssouci in Potsdam stattfinden. Zum ersten Mal wird dieser

Kongress eine gemeinschaftliche Veranstaltung zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Der Gesamttitel der

Veranstaltung stand bis Redaktionsschluss noch nicht fest. Der Veranstaltungsschwerpunkt der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie wird in der Zeit vom 3.–5.12.2008

liegen. Informationen zum Kongress mit weiteren Details erhalten demnächst alle Mitglieder mit der ersten Ankündigung zum 9. Kongress sowie dem Call-for-papers.

Es ist geplant, die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie attraktiver und weniger statisch zu gestalten. Das Präsidium hat hierzu Vorschläge erarbeitet, zu denen es auch gehört, zukünftig für alle Mitglieder die Möglichkeit zu schaffen, Daten für Yellow pages zur Verfügung zu stellen. Hierzu wird es ein Formular geben, mit dessen Hilfe Sie die von Ihnen gewünschten Daten für die breite Öffentlichkeit zur Verfügung stellen können. Im Vorwege sind wir sehr an Ihrer Meinung hierzu interessiert und bitten um Rückmeldungen an klaus-ingo.giercke@awo-mittelrhein.de.

Ein weiterer Schritt zur Aufwertung der Homepage und zur Stärkung der Kommunikation innerhalb der Gesellschaft ist die Einrichtung eines Forums, in dem alle Mitglieder zu aktuellen Themen diskutieren können. Auf Grund dessen, dass die Einrichtung eines solchen Forums Vorbereitungszeit in Anspruch nimmt, wir aber zurzeit das aktuelle Thema zum Prüfungspapier gern gemeinsam mit Ihnen diskutieren möchten, bitten wir Sie uns Ihre Beiträge per Mail an klaus-ingo.giercke@awo-mittelrhein.de zu senden. Wir werden diese zeitnah auf der Homepage einstellen und einen aktiven Dialog ermöglichen.

Auch möchten wir auf den Selbstdarstellungsseiten der Sektionen die Ansprechpartner der einzelnen Arbeitsgruppen mit aufnehmen. Die Inhalte hierzu werden in den Sitzungen der Sek-

tionsvorstände zusammengetragen.

Zu guter Letzt möchte ich Sie noch einmal über den Umzug unserer Geschäftsstelle informieren. Sie erreichen die Geschäftsstelle der DGGG zukünftig unter:

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
Geschäftsstelle
Seumestr. 8
10245 Berlin
Tel. 030-52137271
Fax: 030-52137272
E-Mail: gs@dggg-online.de

Herzliche Grüße

Klaus Ingo Giercke
- Sekretär -

Kontakt

Klaus Ingo Giercke
Klaus-Ingo.Giercke@awo-mittelrhein.de

3. Wir begrüßen

Vorstand und Präsidium der DGGG begrüßen ganz herzlich als neue Mitglieder unserer Gesellschaft in der

Sektion I

Herr PD Dr. Lars-Oliver Klotz
aus Düsseldorf
Frau PD Dr. rer. nat. Judith
Händler aus Düsseldorf

Sektion II

Herr Dr. med. Xaver Sünkeler
aus Herne
Herr Dr. med. Robert Kaufmann
aus Emmendingen
Herr Dr. med. Dietmar
Grimshandl aus Hechingen
Herr Dr. Volker Wippermann
aus Hemer
Frau Cornelia Wichmann
aus Vechta

Herr Dr. Carl Michael Picard
aus Remscheid

Sektion III

Herr Hartmut Watschke
aus Pritzwalk
Herr Holger Adolph aus Berlin
Herr Dr. rer. nat. Simon
Forstmeier aus Zürich
Frau Dr. Petra Schmidt-Wiborg
aus Berlin

Sektion IV

Frau Gabriele Schlimper
aus Berlin
Frau Maria Mavrogiannou
aus Deryneia
Herr Frank Wernecke aus Berlin
Frau Kerstin Müller aus Stuttgart
Frau Sabine Jongmanns
aus Nettetal

Frau Adelheid von Spee
aus Freiburg
Frau Angelika Peters
aus Gallsbach
Herr Thomas Pfundstein
aus Freiburg i. Br.
Frau Biserka Herlt-Bodalec
aus Bielefeld
Frau Dr. Andrea Warnke
aus Hamburg
Frau Elisabeth Bauer
aus Puchheim
Frau Isabel Schweier aus Freiburg
Frau Jutta Schlotthauer
aus Wachenheim
Frau Katharina Sadowski
aus Halle/Saale
Herr Prof. Dr. Erich A.
Häussermann aus Sigmaringen
Herr Uwe Pirsch aus Feichten

4. Aus den Sektionen

4.1 Sektion I: Experimentelle Gerontologie

Kontakt

PD Dr. med. Andreas Simm
andreas.simm@medizin.uni-
halle.de

4.2 Sektion II: Geriatriische Medizin

Referentenentwurf zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zum 10. September auf seiner Homepage den „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeteilerweiterungsgesetz – PfwG)“ veröffentlicht. Das umfangreiche Dokument (260 Seiten) kann heruntergeladen werden von http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_603214/SharedDocs/Gesetzestexte/Entwurfe/PfwG-E,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/PfwG-E.pdf.

Gesundheitsportal der Europäischen Union

Die europäische Union hat ein umfangreiches Gesundheitsportal eingerichtet, welches von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz gepflegt wird. Hier finden sich auch umfangreiche Angaben zur Situation älterer Menschen: http://ec.europa.eu/health-eu/index_de.htm.

Leitlinienkonferenz der AWMF

Die AWMF veranstaltet am Freitag, 1.12.2007 von 11–16 Uhr ihre 17. Leitlinienkonferenz. Programmpunkte sind 1. Implementierung von Leitlinien: Bedarf und bestehende Projekte, 2. Leitlinien in der Rehabilitation, 3. Leitlinien und Recht sowie 4. Nutzenbewertung von Leitlinien. Ta-

gungsort: HNO-Hörsaal des Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt. Programm: <http://leitlinien.net/>.

Tagung des Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“ der AWMF

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises findet statt vom 23. bis 24.11.2007 in Köln. Themen werden sein 1. Outsourcing von medizinischen/ärztlichen Leistungen, 2. Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht – Stand des Gesetzgebungsverfahrens und 3. Gewebegesetz und Transplantation. *Der Arbeitskreis tagt nicht öffentlich. Zur Teilnahme an den Sitzungen ist stets eine persönliche Einladung erforderlich – Interessierte bitte ich um Kontaktaufnahme (s.u.).* Siehe auch <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/awmf-fra.htm>.

Herbstsymposium 2007 des IQWiG

Das IQWiG veranstaltet vom 23.–24.11.2007 in Köln sein nächstes Herbstsymposium. Programm unter <http://www.iqwig.de/download/Programm%20-%20IQWiG-Herbst-Symposium%202007.pdf>.

IQWiG-Informationen

Das IQWiG hat auf seiner Homepage die Möglichkeit eingerichtet, sich für einen Newsletter registrieren zu lassen, um aktuell über geplante Projekte und Aufforde-

rungen zu Stellungnahmen informiert zu werden. Dies ist begrüßenswert, da mit der Internetveröffentlichung regelmäßig nur eine vierwöchige Frist zur Stellungnahme verbleibt: <http://www.iqwig.de/index.629.html>.

Zwischenzeitlich wurde ferner der Jahresbericht 2006 veröffentlicht und steht zum Download zur Verfügung: http://www.iqwig.de/download/Jahresbericht_2006.pdf.

Walter Doberauer Stipendium für Altersforschung

Die Österreichische Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie vergibt im Jahr 2008 ein „Walter Doberauer Stipendium für Altersforschung“ in Höhe von 5000 € für Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Biogerontologie, der Sozialgerontologie und Geriatrie. Der/die BewerberInnen sollen das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und Klinik- und Institutsvorstände werden gebeten von Einreichungen abzusehen. Für die Bewerbung werden erbeten ein Kurzer Lebenslauf, Projektbeschreibung und Publikationsliste. Der Einsendeschluss ist der 15. Dezember 2007. Anträge sind zu richten an die Österreichische Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Präs. Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer, SMZ-Sophienspital, Apollo-gasse 19, A-1070 Wien.

Geriatrische Pharmakotherapie

Von einer internationalen Arbeitsgruppe sind kürzlich im Lancet zwei Artikel zur geriatrischen Pharmakotherapie erschienen, deren Lektüre sehr lohnt: 1. Spinewine A et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet 2007, 370:173–184 (DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61091-5)

und 2. Mallet L et al. The challenge of managing drug interactions in elderly people. Lancet 2007, 370:185–191 (DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61092-7).

Altern und Pathologie des Alterns

Die britische *Pathological Society* hat ein komplettes Sonderheft zum Thema Altern im Allgemei-

nen und in speziellen Domänen herausgegeben: *The Journal of Pathology* 2007, 211:111–259. Zum Download einzelner Artikel: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jissue/114031360>.

Kontakt

Dr. med. Manfred Gogol
gogol@krankenhaus-
lindenbrunn.de

4.3 Sektion III: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie

Kooperationstagung in Hannover

Die zusammen mit der Sektion IV und dem VSOP e.V. durchgeführte Tagung in Hannover vom 27.–28.9.2007 kann insgesamt als erfolgreich für unsere Sektion gewertet werden. Auch an dieser Stelle soll für die gute Kooperation und die Übernahme der Tagungsverantwortung und -organisation herzlich gedankt werden.

Obwohl die Mitglieder der Sektion III sich mehrheitlich für die Kooperation und den Tagungsort

Hannover ausgesprochen hatten, ist allerdings die relativ spärliche Tagungsteilnahme auffällig gewesen. Auf der Mitgliederversammlung, die im Rahmen der Veranstaltung stattgefunden hat, wurde dies u. a. thematisiert. Ein ausführliches Protokoll der Versammlung wird im nächsten Heft an dieser Stelle veröffentlicht. Der Vorstand der Sektion III ruft alle Mitglieder dazu auf, bis zur kommenden Jahrestagung der DGGG in Potsdam vom 3.–6.12.2008 darüber nach-

zudenken, wie eine höhere Beteiligung an den Sektionsveranstaltungen erreicht werden kann.

Christoph Behrend
Vorsitzender der Sektion III

Kontakt

Prof. Dr. Christoph Behrend
Fachhochschule Lausitz
FB Sozialwesen, Soziologie
Lipezker Straße
03048 Cottbus
cbehrend@sozialwesen.fh-lausitz.de

4.4 Sektion IV: Soziale Gerontologie und Altenarbeit

Jahrestagung der Sektionen IV und III der DGGG in Kooperation mit dem VSOP e.V.

Thema „Altern in der Kommune – Strategien, Vernetzung, Kooperation und Ressourcen“ vom 27. bis 28.9.2007 in Hannover

Ende September fand die Jahrestagung der Sektion IV (Soziale Gerontologie und Altenarbeit) und der Sektion III (Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie) in Kooperation mit dem VSOP (Verein für Sozialplanung, Speyer) e.V. in Hannover statt. Zwei Tage lang befassten sich die mehr als 90 Referentinnen und Referenten in ca. 60 Beiträgen und die insgesamt ca. 200 Teilnehmer und Teilnehmerinnen

mit der Bedeutung des Alterns in kommunalen und regionalen Zusammenhängen. In den zahlreichen Foren und Fachforen wurden Perspektiven entwickelt im Zusammenhang mit Alternsprozessen und deren Auswirkungen sowie der Notwendigkeit der Weiterentwicklung der kommunalen Strukturen für alte Menschen, auch in Zusammenhang mit der geplanten Reform der Pflegeversicherung. Die Tagung bot innerhalb der Veranstaltungen selbst, aber auch durch das Rahmenprogramm vielfältige Möglichkeiten zum Austausch und zur Weiterentwicklung des eigenen Arbeitsfeldes. Dies betonten insbesondere die Mitglieder von Sektion IV, die auch wieder zahlreich zur

abendlichen Sektionsversammlung erschienen waren.

In der nächsten Ausgabe finden Sie einen ausführlichen Bericht über die Tagung sowie das Protokoll der Sektionsversammlung vom 27. 9. 07.

Astrid Hedtke-Becker
Vors. Sektion IV

Bitte beachten Sie die neue Anschrift:
Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker
Hochschule Mannheim
Fakultät für Sozialwesen
Windeckstr. 110
68163 Mannheim
Tel. 0621-292-6716
E-Mail: a.hedtke-becker@hs-mannheim.de

5. Wir gratulieren

Vorstand und Präsidium der DGGG gratulieren herzlichst folgenden Mitgliedern, die zwischen dem 1.9.2007 und dem 31.10.2007 ihren „runden“ Geburtstag feiern konnten:

zum 60. Geburtstag

Herr Prof. Dr. Gerhard Igl aus Kiel (3.9.1947)
Herr Dr. Dr. Klaus-Peter Reetz aus Hofheim/Taunus (7.9.1947)
Herr Dr. Sven Lind aus Haan (21.9.1947)

zum 65. Geburtstag

Herr Dr. Wolf-Rüdiger Klehm aus Dortmund (11.9.1942)
Herr Prof. Dr. Klaus-Günter Collatz aus Freiburg i. Br. (25.9.1942)
Herr PD Dr. med. Christian Zippel aus Berlin (7.10.1942)

zum 70. Geburtstag

Frau Renate Fahry aus Stockdorf-Gauting (17.10.1937)

6. Wir suchen weiter: Aktuell nicht auffindbare Mitglieder

Vielen Dank an die vielen Mitglieder, die sich gemeldet haben oder die uns Adressen von anderen mitgeteilt bzw. Hinweise dazu geliefert haben. Leider sind auch dieses Mal wieder einige neue da-

zu gekommen, bei denen unsere Post nicht zustellbar war. Bitte geben Sie Ihre Informationen direkt an die Geschäftsstelle: gs@dggg-online.de. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

PhD Amal Kumar Mukhopadhyay (Hamburg)
Astrid Lohmann (Bötzingen)
Rasvan Lalu (Konstanz)

7. Nachruf

Professor Dr. med. Rudolf-Maria Schütz †

Am 9. September 2007, kurz nach seinem 78. Geburtstag, verstarb nach langer und schwerer Krankheit Prof. Dr. med. Rudolf-Maria Schütz in Lübeck. Rudolf-Maria Schütz war 10 Jahre lang Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und Ehrenmitglied unserer Gesellschaft.

Geboren in Gelsenkirchen, führte ihn das Studium der Medizin nach Göttingen, wo er Stipendiant in der pharmakologischen Abteilung der Max-Planck-Gesellschaft war. 1966 wechselte er von Göttingen nach Lübeck zur medizinischen Akademie, aus der die medizinische Hochschule/Universität zu Lübeck hervorging. Er habilitierte dort in innerer Medizin, wurde 1972 zum außerplan-

mäßigen Professor ernannt und 1974 zum Direktor der Klinik für Angiologie und Geriatrie berufen.

Rudolf-Maria Schütz war Vater von vier Kindern, die er nach dem frühen, völlig unerwarteten Tod seiner Frau allein erziehen musste.

Wir trauern um unseren langjährigen Präsidenten, der ein Pionier der Geriatrie war und wir trauern um einen fachpolitisch streitbaren Gerontologen. Er verteidigte und entfaltete die Interdisziplinarität der Gerontologie in Wissenschaft und Praxis und war ein Brückenbauer zwischen Disziplinen, aber auch zwischen der wissenschaftlichen Gerontologie und der Politik. Seine Verbindlichkeit, seine rhetorische Begabung, seine Disziplin, aber auch

sein Humor und sein Charisma machten ihn zu einer geschätzten Integrationsfigur in der deutschen Gerontologie und zu einem gefragten Partner der Politik. Er verstand es gerade jüngere Kollegen, auch anderer Disziplinen, zu ermutigen und zu fördern und mit seiner Hartnäckigkeit Vorbild zu sein für diejenigen, die nachhaltige Entwicklungen in Gerontologie und Geriatrie betreiben und fördern wollen.

Unserer Gesellschaft war er bis zum letzten Lebensjahr verbunden: Seinen Rat und sein Mitdenken waren uns, auch mir persönlich, bedeutsam und in vieler Weise Unterstützung.

Rudolf-Maria Schütz war ein engagierter Zeitgenosse, dessen Engagement weit über fachliche

Aufgabenfelder hinaus ging. Er war überzeugter, praktizierender Katholik und seit 1996 Mitglied des Deutschen Ordens.

„Alles, was ich weiß, ist, dass ich bald sterben werde; aber was der Tod selber ist, den zu vermeiden ich nicht wissen werde, das weiß ich am wenigsten“ (Pascal).

Mit diesem Zitat leitete Rudolf-Maria Schütz 1995 einen

Aufsatz in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie ein, der sich mit Fragen des Sterbebestandes und der Sterbehilfe auseinandersetzte. Seine ethischen Prinzipien waren eindeutig, sein Bemühen um Menschlichkeit und Fachlichkeit in der Begleitung älterer und sterbender Menschen wesentlicher Teil seines beruflichen Wirkens.

Nun ist Rudolf-Maria Schütz nicht mehr unter uns. Wir gedenken seiner, wir trauern um ihn und wir danken ihm für den Einsatz um die deutsche Gerontologie und Geriatrie.

Prof. Dr. Thomas Klie
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

8. Prüfsteine für eine nachhaltige Reform der Pflegesicherung

Vorbemerkung

Die Einführung der Pflegeversicherung war ein Meilenstein auf dem Weg zur sozialstaatlichen Verantwortungseinlösung für pflegebedürftige Menschen. Sie hat dazu beigetragen, dass sich die öffentliche und die politische Diskussion viel stärker diesem allgemeinen Lebensrisiko angenommen hat. Das Thema Pflege ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Bei allen Erfolgen, bei aller positiven Resonanz in der Bevölkerung auf die Pflegeversicherung und der – wenngleich moderaten – Infrastrukturentwicklung muss angesichts des demografischen aber auch des sozialen Wandels und der fachlichen Erkenntnisse im Feld der Pflege das Konzept der Pflegeversicherung einer Revision unterzogen werden. Aktuell wird eine Pflegeversicherungsreform im Kontext der Gesundheitsreform diskutiert. Angesichts des demografischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten und der Erkenntnis über die Wirkungsweise der Pflegeversicherung wird eine grundlegende Reform der sozialstaatlichen Pflegesicherung in Deutschland unabwendbar sein. Sie rechtzeitig vorzubereiten, die aktuellen Reformschritte auf ab-

sehbare Entwicklungen auszurichten, ist eine gemeinsame Aufgabe von Politik, von Berufsgruppen, Unternehmen und der Wissenschaft. Dazu dienen die hier formulierten und begründeten Prüfsteine einer nachhaltigen Sicherung der Pflege. Damit will die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie einen Beitrag zur Diskussion um eine nachhaltige Sicherung der Pflege leisten, die auch bereit ist, bestehende Strukturen und Konzepte aber auch Finanzierungsstrategien weiter zu entwickeln.

Prüfstein I:

Inwieweit wird im Rahmen einer Reform der Pflegesicherung ein pflegewissenschaftlich basierter und an alle aus der Beeinträchtigung resultierenden Bedarfslagen anschlussfähiger Pflegebedürftigkeitsbegriff verwendet bzw. erarbeitet?

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI ist nicht pflegewissenschaftlich hergeleitet. Er bildet selektiv Pflege- und hauswirtschaftliche Bedarfe ab und legt im Wesentlichen, in dem von der Pflegeversicherung verfolgten Konzept der Teilleistung für Teilbedarfe, Voraussetzungen für die sozial-

rechtlich verbrieften Transferleistungen fest. Er ist nicht in der Lage, den gesamten Pflegebedarf abzubilden und dient auch nicht als Grundlage für die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses. Faktisch führt er zur Vernachlässigung sowohl fachlich als auch subjektiv relevanter Pflege- und Betreuungsbedarfe und in Verbindung mit dem geltenden Sachleistungsprinzip zu einer Unterstützung eher somatisch orientierter Pflege zu Lasten anderer Dimension von Pflegebedürftigkeit. Es steht außer Frage, dass auf der Ebene einer versicherungsbasierten Pflegesicherung eine vollständige Abdeckung des Pflegerisikos weder finanziell möglich noch kulturell wünschenswert ist. Insofern wird man auf die ein oder andere Weise die sozialstaatlichen Leistungen selektiv auszugestalten haben: Entweder durch einen selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriff oder aber durch andere Mechanismen, die auf eine Limitierung von Sozialleistungen und ihre Nachfrage ausgerichtet sind. Gleichwohl wird man, um dem Anspruch einer State of the Art-Pflege gerecht zu werden und den professionellen Anspruch der Pflegekräfte in die Praxis umsetzen zu können, auch sozialrechtlich einen pflege-

wissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu verwenden haben. Jede Bürgerin und jeder Bürger, der pflegebedürftig ist, hat einen Anspruch darauf, dass all das, was fachlich geboten ist, auch erkannt, dass entsprechende Leistungen angeboten und bei Beachtung einer subsidiären Sozialstaatlichkeit, zumindest bei Mittellosigkeit, auch sozialstaatlich garantiert wird.

Prüfstein II:

Inwieweit erfolgt die Feststellung des Hilfebedarfs bei Pflegebedürftigkeit auf der Grundlage eines methodisch hochwertigen, interdisziplinären Assessmentinstruments?

Assessmentinstrumente dienen dazu, auf der Basis gesicherter Wissensbestände, den Gesundheitszustand für die Lebensqualität relevanter sozialer Gesichtspunkte systematisch abzubilden, und Hilfebedarfe und Unterstützungsnotwendigkeiten sichtbar werden zu lassen. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt heute auf der Grundlage von Begutachtungsrichtlinien, die stark am Konzept des sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffes orientiert sind. Für die Zukunft wird es darauf ankommen, die unterschiedlichen Hilfebedarfe im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit aufeinander bezogen festzustellen und nach Möglichkeit ebenso aufeinander bezogene Hilfen mit den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen auszuhandeln und zu vereinbaren. Die Assessmentinstrumente müssen hinreichend sensibel sein, um lebensweltlich bedeutsame Bedarfsausprägungen aber auch Lebensgewohnheiten und Präferenzen abzubilden. Sie dienen dazu, eine an pflegebedürftigen Patienten ausgerichtete Hilfe zu gewährleisten. An verschiedenen Stellen wird an der Entwicklung und an der Erprobung von Assessmentin-

strumenten im Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit gearbeitet. Insbesondere im geriatrischen Bereich liegen Erfahrungen mit multi- oder interdisziplinär entwickelten Assessmentinstrumenten vor. Sie verbindlich in das Leistungsgeschehen einer Pflegesicherung einzubeziehen ist Grundlage einer am Individuum ausgerichteten und fachlich fundierten Gestaltung der Pflege und Betreuung. Es wird in der Zukunft darum gehen, derartige Instrumente zu entwickeln, zu erproben und zu implementieren. Sie lassen sich verbinden mit der rechtlich erheblichen Feststellung von Hilfebedarfen und der Vermittlung von Leistungsansprüchen. Sie sind eng mit der professionellen Gestaltung von Pflegeprozessen verbunden und können sicherstellen, dass auch interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt. Sie bieten darüber hinaus dem Pflegebedürftigen und seinem Angehörigen die Möglichkeit, sich selbst ein angemessenes Bild von der gesundheitlichen Situation in relevanten Bedarfsituationen zu machen und bilden die Grundlage für einen Aushandlungsprozess über das, was an Hilfen zu den Leistungen ausgehandelt werden soll.

Prüfstein III:

Inwieweit werden in der Pflege die Funktionen und Methoden des Case Management strukturell verankert, das Pflegehaushalte in der Gestaltung von Hilfeangebots fachlich und prozessual berät?

Die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, die Unterstützung in der Gestaltung der Pflegearrangements, das situativ-advokatorische Eintreten für Pflegebedürftige sowie die Gestaltung und Eröffnung von Hilfe- und Leistungsoptionen sind für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit wichtige Aufgaben und Bau-

steine. Die Beratung Pflegebedürftiger heute kann nicht überzeugen. Das Case Management, in seinen unterschiedlichen Lesarten, hat international aber inzwischen auch in Deutschland seine Methoden und Funktionen etabliert mit einem eigenen professionellen Handlungsmodus, der in hohem Maße angemessen erscheint für die Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Case Management Erfahrungen im Kontext mit Pflegebedürftigkeit weisen überdies darauf hin, dass es dazu beiträgt, unnötige Heimaufnahmen zu verhindern, Überforderungssituationen abzumildern und zu einer angemesseneren Hilfestellung einen wichtigen Beitrag zu leisten. Case Management ist überdies eine wichtige Grundlage, um das Zusammenwirken familiärer Unterstützung, professioneller Pflege, bürgerschaftlich angebotener Hilfen sowie anderer beruflicher Dienstleistungen produktiv miteinander zu verschränken. Von einer nachhaltigen Pflegesicherung wird man nur dann sprechen können, wenn es gelingt, Case Managementfunktionen und -methoden im Gesundheits- und Pflegewesen verbindlich aber auch infrastrukturell zu verankern.

Prüfstein IV:

Inwieweit sind Impulse vorgesehen, im Falle des Pflegegeldbezugs eine fachliche Begleitung zu realisieren, die die Sorgearbeit von Angehörigen im Hinblick auf die Gestaltung des Pflegeprozesses berät?

Das geltende Leistungsrecht der Pflegeversicherung legt sehr viel Wert auf Pflegefachlichkeit sowie die Instrumente der Qualitätssicherung. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist die Pflegedienstleistung sowohl an Struktur- als auch an Prozessqualitätsmerkmale gebunden. Es wird eher rudimentär auf

Aspekte der Ergebnisqualität geachtet. Dort wo Pflegebedürftige ausschließlich von Familienangehörigen oder anderen informellen Netzwerken versorgt werden oder aber sich anderer Hilfen außerhalb des zugelassenen Systems der Pflegedienste bedienen, fehlt es weithin an Angeboten von Pflegefachlichkeit, wenn man einmal von den Pflegeberatungsbesuchen (gem. §37 Abs. 3 SGBXI) absieht. Hier fehlen Verbindungen zwischen einem verbindlichen Assessment im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und einem entsprechenden Monitoring mit einer pflegefachlich ausgerichteten Pflegeprozessplanung und Aushandlung des Pflegearrangements. Unabhängig davon, welches Regime der Pflegesicherung und der Pflegeleistung gewählt wird, muss dem Anspruch der Pflegeversicherung, Pflegefachlichkeit zu garantieren, Rechnung getragen werden. Ein solches Verständnis von pflegefachlicher Begleitung setzt einerseits ein verändertes bzw. anders akzentuiertes Qualifikationsprofil der Pflegefachkräfte voraus und eine andere sozialrechtliche Ausgestaltung der Leistungsansprüche versus Infrastrukturverantwortung in der Pflegesicherung. Genau dies scheint unabdingbar zu sein, um den künftigen Bedarfen und der Entwicklung von Dienstleistungsmärkten im Kontext von Pflege Rechnung zu tragen. Dabei lassen sich unterschiedliche Optionen der Sicherstellung der Pflegefachlichkeit denken: sie können eng verbunden sein mit der gesamten Gestaltung der Dienstleistung im Kontext von Pflege und Betreuung. Sie können auch selbst gestaltete Pflegearrangements verbindlich begleiten.

Prüfstein V:

Inwieweit sind die Leistungsarten und Leistungsformen sozialstaatlicher Pflegeversicherung in

der Lage, flexibel auf spezifische Bedarfsausprägungen zu reagieren, sich mit anderen Hilfen zu ergänzen und abzustimmen und lebensweltlich geprägte Arrangements zu sichern?

Das bisherige Leistungsrecht der Pflegeversicherung kennt auf der einen Seite eine ganze Reihe unterschiedlicher Leistungen und Leistungsarten. Die Pflegeversicherung sieht dabei auch Kombinationsleistungen vor, etwa zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung. Gleichwohl ist das geltende Pflegeversicherungsrecht sehr stark mit dem Sachleistungsprinzip verbunden und engt damit mögliche Flexibilisierungen der Leistungserbringung deutlich ein. Dies begünstigt Bedarfsverfehlungen und Formen brauchbarer Illegalität in der Leistungserbringung. Die effiziente Nutzung der begrenzten Mittel der Pflegeversicherung wird eher behindert. Insofern sollte sowohl bei den Leistungsarten als auch bei den Leistungsformen eine stärkere Flexibilisierung zugelassen werden, die drei unterschiedliche, aber auch nebeneinander auszugestaltende Varianten kennt: Zum einen sollte es gelingen, medizinisch-pflegerische, rehabilitative und pflegerisch-betreuerische Leistungen integriert zu erbringen. Hierzu können die Ansätze der integrierten Versorgung wichtige Beiträge leisten, insbesondere dann, wenn es sich um eine Pflegebedürftigkeitssituation mit einem hohen medizinisch-pflegerischen Aufwand etwa nach Krankenhausaufenthalt oder in palliativen Situationen handelt. Gerade dann sind integrierte Versorgungsformen in hohem Maße angemessen. Eine zweite Variante liegt in der flexiblen Ausgestaltung von Leistungspaketen durch Leistungserbringer, die freigestellt sind von einer strengen Beachtung des heute noch geltenden Verrichtungsbezuges. Basierend

auf dem Assessment und den so zugewiesenen Geldbeträgen könnten Dienstleister in die Lage versetzt werden, flexible Leistungspakete anzubieten und aus einer Hand zu erbringen. Eine dritte Variante liegt in der Leistungsform von Budgets, die stärker autonomieorientierten Pflegearrangements die Möglichkeit geben, eigenständig ihr Pflegearrangement zu gestalten und entsprechende Leistungen einzukaufen. Sowohl das trägerübergreifende Budget im Rahmen des SGB IX aber auch das aktuell erprobte Pflegebudget im Rahmen des SGB XI zeigen auf, wie derartige Budgetlösungen im Einzelfall ausgestaltet sein können. Gerade das Nebeneinander der unterschiedlichen Varianten wird helfen, einen produktiven Wettbewerb zu entfalten.

Prüfstein VI:

Inwieweit wird ein Wissensmanagement auf der Grundlage von gesicherten und aktuell vorhandenen Wissensbeständen zu dem State of the Art in der Pflege gefördert und eine multidisziplinäre und interprofessionelle Qualitätssicherung unterstützt?

Im medizinischen Bereich liegen inzwischen über 900 Leitlinien vor, die Wissensbestände fachgebietsbezogen auf unterschiedlichen Evidenzniveaus zugänglich machen und Entscheidungskorridore für die behandelnden Ärzte bieten. Im Bereich der Pflege liegen vier nationale Standards als monodisziplinäre vor, die Wissensbestände der Fachpflege in besonders relevanten Aufgabefeldern der Pflege in konsentierter Form zusammenfassen und der Praxis zugänglich machen. Die interdisziplinär angelegten Qualitätsniveaus der BUKO-QS bemühen sich – zunächst für den stationären Bereich und zu besonders relevanten Themenstellungen – evidenzbasierte Qualitätsindikatoren vorzulegen, die

ein interprofessionell abgestimmtes Handeln für die Pflegebedürftigen erwartbar machen. Diese unterschiedlichen Anstrengungen um Qualitätsentwicklung laufen bisher weithin nebeneinander her. Unabhängig davon, wo und durch wen ein Pflegebedürftiger gepflegt wird, hat er Anspruch darauf, dass Kenntnisse über gute Pflege ihm zugute kommen. Dies gilt im Übrigen auch und gerade dort, wo Nicht-Professionelle und nicht zugelassene Pflegedienste an der Pflege beteiligt sind. Um eine so verstandene Qualitätsentwicklung zu verstetigen, bedarf es einer entsprechenden Institutionalisierung der Erarbeitung und Implementierung der unterschiedlichen Instrumente der Qualitätssicherung. Diese darf in ihrer Zielrichtung nicht alleine auf die Sozialleistungen hin ausgerichtet sein, sondern muss auch andere Akteure als Adressaten kennen. Von daher bietet es sich an, eine unabhängige Institution zu schaffen, etwa ein Deutsches Institut für Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung, das in der Lage ist, derartige Aufgaben zu übernehmen.

Prüfstein VII:
Unterstützt die Pflegesicherung eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege, eine verträgliche Familienpflegebereitschaft und setzt sie die vorhandenen Mittel für diese Zwecke effizient ein?

Der größte pflegerische Anteil wird weiterhin in den Familien geleistet. Überwiegend werden Pflegeaufgaben in Deutschland von Partnerinnen und Partnern sowie den Kindern und Schwiegerkindern übernommen. Dabei spielen Frauen die dominante Rolle. Ohne die historisch in dieser Weise unbekannte Pflegebereitschaft, in qualitativer und quantitativer Hinsicht, wäre die Pflegeversicherung finanziell

schon längst am Ende. Die Pflegebereitschaft ist von dem Gesetzgeber der Pflegeversicherung unterschätzt worden. Diese für die Zukunft in angemessener Weise zu erhalten, zu unterstützen und den Kreis derer, die sich in den informellen Netzwerken für Pflegeaufgaben mitverantwortlich fühlen können, zu erweitern, wird eine der zentralen Aufgaben künftiger Pflegepolitik sein. Die Pflegeversicherungsreformdiskussion bezieht sich zu stark auf den institutionellen Sektor der Heime und Pflegedienste. Die derzeitigen Instrumente zu einem breiteren Pflegesicherungskonzept reichen von der Gewährung eines Pflegegeldes, von Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, bis hin zu Steuererleichterungen und arbeitsrechtlichen Veränderungen im Beamten- und Arbeitsrecht. Sie können konzeptionell noch nicht in jeder Hinsicht befriedigen. Das zentrale sozialversicherungsrechtliche Instrument der Unterstützung der Familienpflegebereitschaft, das Pflegegeld, wird in der Bevölkerung positiv aufgenommen und dankbar angenommen. Inwieweit es zur Erhaltung der Pflegebereitschaft beiträgt und Impulse zur fachlich angemessenen Pflege leistet, bleibt dabei weithin unbekannt. Sicher ist allerdings, dass nicht immer von einer zweckentsprechenden Verwendung des Pflegegeldes ausgegangen werden kann: Sie dient für viele Familien als Sicherung eines bestimmten Einkommensniveaus und Lebensstandards. Es wird eingesetzt, um selbst beschaffte Pflegekräfte zu bezahlen, ohne dass es sich um Angehörige und Ehrenamtliche handelt, wie es der Gesetzgeber vorgesehen hat. Im Bereich des Sozialhilferechtes wird auf indirekte Weise das Assistenzmodell auf Arbeitgeberebene mit dem Pflegegeld in Verbindung gebracht. Diese Anzeichen für eine inkonsistente

Konzeption einerseits und nicht unbedingt zweckentsprechender Verwendungen des Pflegegeldes andererseits geben Anlass, das Konzept des Pflegegeldes zu überprüfen. Auch bei der Pflegesicherung mit begrenzten sozialstaatlichen Ressourcen wird man stärker als in der Vergangenheit auf eine zielgenaue Verwendung von Sozialleistungen achten müssen, es sei denn, man nimmt weiterhin den ökonomisch nicht bestreitbaren Grenznutzen informaler Bewältigungsstrategien und Schattenwirtschaften in Kauf. Die Gratifikationsfunktion des Pflegegeldes muss nicht abhängig sein von der Intensität der Pflegebedürftigkeit. Insofern ließe sich auch ein Pflegegeld kindergeldbasiert denken, das nachweisfrei Verwendung finden kann. Soll das Pflegegeld dazu dienen, die Pflegebereitschaft und -fähigkeit von Personen zu stärken, die erwerbstätig oder zumindest -fähig sind, wäre die Gewährung eines Pflegegeldes mit Lohnersatzfunktion, ähnlich dem Erziehungsgeld, angemessen. Solche Lösungen wären etwa bei Personen zu bedenken, die auf Erwerbsarbeit verzichten, diese einschränken oder zeitweise aufgeben. Eine Gewährung des Pflegegeldes wäre aber auch für Personen denkbar, die arbeitssuchend sind. Das Pflegegeld für Personen zu gewähren, überzeugt unter dem Gesichtspunkt der gezielten Unterstützung der Pflegebereitschaft nicht. Eine Revision des Konzeptes des Pflegegeldes und anderer Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegebereitschaft wäre ein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege. Die Diskussion darüber ist im Rahmen der Pflegereform zu eröffnen.

Prüfstein VIII:
Unterstützt eine Reform der Pflegesicherung neue Versorgungsformen, die sich abheben von der strikten Trennung zwischen

ambulantem und stationärem Sektor?

Das Pflegeversicherungsrecht geht bislang von einer strikten Trennung zwischen stationären Versorgungsregimen und ambulanten aus. Die stationäre Finanzierung folgt ganz eigenen Regeln: sie folgt immer noch dem Konzept des All-inclusive-Modells aus dem Krankenhaussektor. Die groß angelegten Bemühungen um Pflegeferenzmodelle sind strikt stationär ausgerichtet. Es ist unbestritten, dass es auch und gerade in der Zukunft stationäre Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen geben muss und wird. Diese sind zu diversifizieren und mit Formen gesundheitlicher Versorgung zu verschränken, insbesondere in der letzten Lebensphase. Es besteht aber in doppelter Hinsicht eine Gefahr: Zum einen kann angesichts der demographischen Entwicklung und der sozialen Wandlungsprozesse die Nachfrage nach Heimplätzen deutlich steigen, in einer Weise dass sie die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates überschreiten kann. 1,9 Millionen Heimplätze im Jahr 2050 wären ein solches „Datum“. Vor allem besteht weiterhin die Gefahr der sozialen Exklusion von Personengruppen, die in Heimen leben. Insofern scheint es als bedeutsam, Deinstitutionalisierungsprozesse zu unterstützen, Prinzipien der geteilten Verantwortung auch in stationären Settings möglich zu machen, und andere kollektive Formen der Versorgung Pflegebedürftiger wohnortnah auch rechtlich zu ermöglichen und zu unterstützen, um den Prinzipien Welfare-Mix-basierter Versorgungskonzepte Raum zu geben. Will man solche Entwicklungen fördern, wird es darauf ankommen, die sozialstaatlichen Leistungen zwischen ambulant und stationär durchlässiger zu gestalten. Vor allem wird es darum gehen, ökonomische

Anreize zu vermeiden, die eine stationäre Versorgung fördern. Schließlich wird es, vom Patienten aus gedacht, auch darum gehen müssen, seine Rolle in kollektiven Versorgungssettings, insbesondere in Heimen, zu stärken, ihn gegebenenfalls mit Hilfe von außenstehenden Dritten zu empowern. Dazu reichen die bisherigen Konzepte, die im Heimgesetz vorgesehen sind, alleine nicht aus. Es müssten wirkungsvolle Mitgestaltungs- und Verantwortungsformen sein, die durch revidierte Prinzipien der Leistungsgewährung (etwa auch Teilbudgets in Heimen) stärker unterstützt würden als es bislang der Fall ist.

Prüfstein IX:

Inwieweit löst sich die Finanzierung der Pflegesicherung von einer allein Lohnnebenkosten-basierten und erschließt weitere Finanzierungsoptionen?

Die Diskussion um die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung steht im Vordergrund der aktuellen Diskussion um die Zukunft der Pflegeversicherung. Hier ist vergleichsweise kurzfristig Handlungsbedarf gegeben, da die Reserven der Pflegeversicherung aufgebraucht werden. Bisherige Maßnahmen und Überlegungen wie erhöhte Beiträge für Kinderlose, Einbeziehung der Rücklagen der privaten Pflegeversicherungen sind nicht dazu angetan, eine nachhaltige Pflegesicherung zu garantieren. Man wird neue Finanzierungsquellen erschließen müssen, um eine wirksame soziale Pflegesicherung, auch für die Zukunft, aufrechterhalten zu können. Es kommen unterschiedliche Optionen in Betracht: eine Erhöhung des Beitragssatzes, gesonderte Fonds, finanziert aus Abgaben. Auch steuerfinanzierte Beiträge kommen in Betracht. Die Umstellung der Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes System erscheint, angesichts der mit-

telfristig zu erwartenden demographischen Entwicklung, als kaum zielführend. Die Finanzierungsvarianten sollten auch unter dem Gesichtspunkt geprüft werden, inwieweit sie in der Lage sind, eine Umstellung der Leistungen der sozialen Pflegesicherung zu unterstützen. Verzichtet man etwa auf das Pflegegeld in der bisherigen Höhe, würde dieses zu einer stärkeren Inanspruchnahme anderer Leistungen der Pflegesicherung führen, der durch Co-Payments vorgebeugt werden müsste. Die Personengruppen, die nicht zu Co-Payments in der Lage sind, bedürften entsprechender nachrangiger Absicherungen, die regelmäßig steuerfinanziert wären. Auch infrastrukturelle Vorkehrungen verlangen nach Elementen einer Strukturreform der Pflegesicherung, die, je nach Finanzierungsstrategie, unterschiedliche Partner einbeziehen könnte und müsste. Insofern wird dafür plädiert, die Frage der künftigen Pflegesicherung niemals unabhängig von einer Revision des Leistungsrechtes und der Leistungsformen zu diskutieren. Dass eine vollständige Übernahme des Pflegerisikos einkommensunabhängig nicht in Betracht kommt, dürfte allen Beteiligten klar sein. Dies sagt allerdings nichts über die Höhe der sozialstaatlichen Leistungen. Dabei wird es bei der Höhe der Leistungen sowohl auf den politischen Konsens ankommen als auch darauf, wie sich eine unterschiedlichen ökonomischen Ansprüchen genügende Infrastruktur aufrechterhalten und finanzieren lässt: für die Haushalte erschwinglich, betriebswirtschaftlich erträglich und volkswirtschaftlich möglich. Dass bei der Frage der Finanzierung „moralökonomische“ Gesichtspunkte eine Rolle spielen, ist gerade bei der Pflegesicherung besonders evident: Es geht dort auch um die Frage der Einlösung von Solidari-

tätsnormen und ihre Anpassung an veränderte Werthaltungen, aber auch demographische Konstellationen.

Prüfstein X:

Inwieweit unterstützt die Reform der Pflegesicherung die soziale Teilhabe pflegebedürftiger Menschen?

Pflegebedürftigkeit ist ein besonderer Bedarfszustand infolge von Krankheit und/oder Behinderung. Pflegebedürftige sind auch immer Menschen mit Behinderung. Im Sinne der ICF wird Behinderung im Wesentlichen verstanden als ein Integrations- und Teilhabedefizit. Dabei gibt es immer mehrere Interaktionspartner. Pflegebedürftige, auch sterbende Menschen, sind Teil der Gesellschaft. Ihre Würde wird auch dadurch konstituiert, dass sie erlebt werden als Mitmenschen und sich selbst als solche erleben können. Die Hospizbewegung unterstreicht dies mit ihren Bemühungen, ebenso wie etwa die Deutsche Alzheimergesellschaft mit ihren vielfältigen Aktivitäten. Es besteht die ernst zu nehmende Gefahr, dass hochbetagte Pflegebedürftige, aber auch andere Gruppen von Menschen mit schweren Behinderungen, gesellschaftlich ausgegrenzt und exkludiert werden. Eine Pflegesicherung, die sich als Teil eines subsidiär angelegten Sozialstaatskonzeptes versteht und somit auf die Solidaritätsbereitschaft von Familien setzt aber auch bürgerschaftliche Formen der sozialen Teilhabesicherung berücksichtigt, wird sich dazu veranlasst sehen, ihre Leistungen und die geförderten Institutionen danach zu beurteilen, inwieweit sie (auch) der sozialen Teilhabe Pflegebedürftiger dienen. Weder professionelles Selbstverständnis, etwa von Pflegekräften, noch die verbreiteten Konzeptionen von vollstationären Einrichtungen sind dazu in der

Lage. Auch traditionelle Familienideologien und die Unterstützung dyadischer Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und Hauptpflegerperson, durch die Pflegeversicherung, sind geeignet, die soziale Teilhabe in diesem Sinne systematisch zu fördern. Eine insofern auch nachhaltig orientierte Pflegepolitik sollte sowohl in den Ausbildungskonzeptionen, Berufsgruppen-Konzepten und ihren Aufgabenverteilungen und Zuschreibungen als auch in den Leistungsformen auf die soziale Teilhabesicherung besonderen Wert legen. Dies gelingt nicht durch additive Förderung etwa bürgerschaftlichen Engagements und Ehrenamt, sondern durch eine strukturelle Verankerung ihrer Mitverantwortung. Immerhin liegt in der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten eines der zentralen, kulturellen Herausforderungen unserer Gesellschaft. Die programmatisch verkündete gemeinsame Verantwortung der Gesellschaft gilt es, bei einer Reform der Pflegesicherung, stärker als bislang ernst zu nehmen und konzeptionell auszugestalten.

Prüfstein XI:

Inwieweit werden die Einflüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungsgewährung und Leistungserbringung wahrgenommen und einer transparenten Systematik zugeführt?

Das bestehende Gesetz enthält Annahmen, dass einzelne Bausteine wie das Pflegegeld und der Angebotsvergleich Steuerungswirkungen auf eine Akzentuierung (Minimierung) der Inanspruchnahme von Leistungen und auf eine effiziente Leistungserbringung haben. Es gilt bei einer Revision des Gesetzes, diese Annahmen zu überprüfen und Wechselwirkungen aufzuzeigen. Gegebenenfalls sind weitere Untersuchungen erforderlich, auf jeden

Fall sollten alle gegenwärtigen Studien zu Pflegebudget und alternativen Wohnformen noch einmal gezielt auf ihre Aussagefähigkeit zu wirtschaftlichem Verhalten der Beteiligten ausgewertet werden können.

Zentrale Fragen sind: Welche Souveränität darf den Leistungsnehmern zugerechnet werden, so dass sie als Kunden auftreten können, und wo müssen andere Institutionen aus Gründen der Gleichheit, Sicherheit oder Qualität Entscheidungen übernehmen oder überprüfen? Wo ist Wettbewerb unter den Leistungserbringern tatsächlich der geeignete Weg, um Effizienz auf dem jeweils aktuell erreichbaren Niveau zu initiieren und wo stellen Sicherung der Infrastruktur, der Vorhaltung, der Versorgungsgleichmäßigkeit etc. höhere Güter dar? Wer übernimmt die Aufsicht, dass neue flexiblere Leistungspakete die Wirtschaftlichkeit erhöhen – was sie sicher können – aber so, dass diese Wirkungen nicht z.B. durch Intransparenz überkompensiert werden? Stellt eine starke Position der Kassen auf aktueller Basis von Regulierungspotenzial die Wirtschaftlichkeit sicher oder könnte deren Entscheidungs- und Überblicksposition in anderer Weise besser genutzt werden? Sind einzelne der Bereiche medizinisch-pflegerischen Wohnens, Essens, Haushaltens durch eine Trennung besser für marktwirtschaftliche Bearbeitung aufzuschließen und in welchen Fällen verursachen Trennungen wegen der Interdependenzen mehr Schaden als Nutzen?

Das große Ziel der Wirtschaftlichkeit muss im Sektor Pflege, der weder ganz der freien Wirtschaft überlassen werden kann noch in rein parastaatliches Handeln zurückgeführt werden soll, durch das Zusammenspiel diverser Steuerungsmechanismen gesichert werden. Diese gilt es zu benennen, zu überprüfen, teils zu

erforschen und zu begutachten, um sie fundiert ins Gesetz aufnehmen zu können. Zudem sollten sie in dynamischer Form integriert werden, damit sie sich veränderten Bedingungen anpassen können. Damit werden auch Im-

plicationen zur Wirtschaftlichkeit in anderen Prüfsteinen dieses Papiers aufgenommen und in Beziehung gesetzt.

Prof. Dr. Thomas Klie
Stand 24.9.2007

Arbeitsgruppe
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Prof. Dr. Thomas Klie
Prof. Dr. Johannes Zacher
Roland Schmidt

9. Ausschreibung

Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie vergibt im Jahr 2008 das

Walter Doberauer Stipendium für Altersforschung

in Höhe von 5000 Euro für Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Biogerontologie, der Sozialgerontologie und der Geriatrie.

Bewerber/innen sollen das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben – Klinik- und Institutsvorstände werden gebeten von Einreichungen abzusehen.

Einreichunterlagen:
Kurzer Lebenslauf,
Projektbeschreibung
und Publikationsliste.

Einsendeschluss:
15. Dezember 2007

Anträge sind zu richten an:
Österreichische Gesellschaft
für Geriatrie und Gerontologie
Präs. Prim. Prof. Dr. Franz
Böhmer
SMZ-Sophienspital,
Apollogasse 19, A-1070 Wien

Wilhelm Woort-Stiftung für Altersforschung

im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft

Für eine anwendungsnahe wissenschaftliche Begleitstudie zu einer modellhaften Initiative im Bereich der Altenversorgung vergibt die Wilhelm Woort-Stiftung den

Förderpreis der Wilhelm Woort-Stiftung

Der Preis ist mit 30 000 Euro dotiert.

Ausgezeichnet wird eine deutschsprachige, aktuelle Studie zum angesprochenen Themenbereich. Bevorzugt berücksichtigt werden Begleitforschungen zu Projekten einer integrierten geriatrischen Versorgung. Das Preisgeld ist für die Durchführung des für preiswürdig befundenen wissenschaftlichen Vorhabens bestimmt.

Die Stiftung erwartet die Publikation der Ergebnisse in einer Zeitschrift mit Peer-Review-Verfahren.

Der Bewerbung sind beizufügen:

Lebenslauf des Bewerbers,
Stand der Forschung, eigene
Vorarbeiten, Beschreibung des
Forschungsvorhabens und der
modellhaften Initiative, Ziele
und Arbeitsprogramm, Zeit-
und Mittelverwendungsplan

Die Bewerbungen sind **in vierfacher Ausfertigung** bis zum **31. März 2008** zu richten an die **Wilhelm Woort-Stiftung** im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft
z.Hd. Frau Dr. Marilen Macher
Postfach 16 44 60
45224 Essen

Das Kuratorium

Wilhelm Bausenbach
Prof. Dr. Christian von Ferber
Dr. Heinz-Walter Greul
Dr. Marilen Macher

10. Kongresskalender

Oktober 2007

22.–25. 10. 2007
Beijing, China
**8th Asia/Oceania Regional
Congress of Gerontology**
www.aog2007.org
aog2007@sino-meetings.com

24.–27. 10. 2007
Dresden
**6. Deutscher Kongress für
Versorgungsforschung
2. Nationaler Präventions-
kongress**
www.public-health.tu-dresden.de

November 2007

9.–10. 11. 2007
Stuttgart
4. Gradmann Kolloquium
Lebenswelt für Menschen mit
Demenz gestalten – wo stehen
wir, wohin geht die Entwicklung?
info@demenz-support.de

15.–20. 11. 2007
San Francisco, USA
**60th Annual Scientific Meeting
of the Gerontological Society of
America (GSA)**
www.geron.org

19.–20. 11. 2007
Köln
**16. Jahrestagung Behinderung
und Altern „In Würde leben,
in Würde sterben“**
www.hrf.uni-koeln.de/gerontologie

25. 11. 2007
Bonn
1st European Day of Prevention
www.praeventionstag.com

Januar 2008

25.–26. 1. 2008
Stuttgart
**Interdisziplinärer Fachkongress
der IB Medizinischen Akademie
2008**
„Herausforderungen und Chancen
des Demografischen Wandels in
der Gesellschaft – Neue Impulse
und Handlungsoptionen für die
Gesundheitsfachberufe“
www.med-akademie.de

Februar 2008

8.–9. 2. 2008
Münster
**12. Wissenschaftliche Arbeits-
tagung Gerontopsychosomatik
und Alterspsychotherapie**
psychosomatik@mednet.uni-
muenster.de

16. 2. 2008
Ulm
**14. Ulmer Tagung für Alter(n)s-
fragen „Altern hat Zukunft“**
regine.faul@bethesda-ulm.de

29. 2.–1. 3. 08
Vallendar
**Kongress für soziale
Gerontologie**
Intergenerationelle Solidarität –
Reformperspektiven der Pflege-
versicherung
www.printernet.info/sg08/

März 2008

3.–6. 3. 08
Bad Hofgastein
**Forum für Geriatrie
Bad Hofgastein 2008**
www.geriatrie-online.at

Juni 2008

13.–14. 6. 08
Weimar
**Gemeinsame Jahrestagung
Urologie 2008**
www.urologentagung.de

Juli 2009

5.–10. 7. 09
Paris, Frankreich
**XIX World Congress
of Gerontology**
bforette@noos.fr