

Rundbrief

Nr. 3/2011, Preis: 5 Euro

ISSN 1868-2022

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



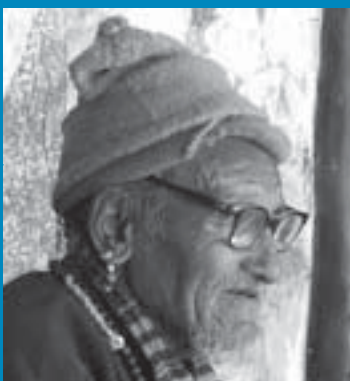
INHALT

Inhalt

- 3 Nur eine Form des Alterns...
Klaus Dörner über Demenz
- 4 Mythos Demographie.
Hartmut Reiners zum Verhältnis von
alternder Bevölkerung und Gesund-
heitsausgaben
- 6 Eine Frage des Alters? Ergebnisse
einer Studie zu den Kosten des Alters
im Gesundheitswesen
- 7 Wie wollen wir im Alter leben?
Ingelore Fohr über Quartierskonzepte
als Alternative zum Altenheim
- 10 Netzwerke als Antwort. Josefine
Heusinger über die Versorgungsbe-
darfe benachteiligter Älterer
- 12 Zivilcourage und Ehrlichkeit ... sonst
ändert sich nichts in Alten- und
Pflegeheimen. Ein Interview mit
Claus Fussek
- 14 Patronisierung strikt vermeiden!
Linus S. Geisler über das Gespräch
mit alten PatientInnen
- 16 Selbstbestimmt bis zuletzt...
Dirk Müller über Palliative Geriatrie
- 18 Gemeinsamkeiten und Unterschiede.
Ute Greifenstein über Alter in
verschiedenen Kulturen
- 21 Jurassic Park: Uralt:
Thomas Malthus über Bevölkerungs-
theorie und -politik
- 22 Internetressource – nicht
nur zum Thema Altern:
www.forum-gesundheitspolitik.de



A L T E R als Krankheit?





Editorial

In Würde alt werden

»Wenn I de Hena beim hi-und herlaffa zuaschaug, dann woaß i, dass i ned hi-und herlaffa muaß.«

Dieser Satz der alten Mutter meiner Freundin, gesprochen als sie auf der Gartenmauer sitzend den aufgescheucht herumrennenden Hühnern zuschaute, öffnete mir die Augen und machte mir plötzlich klar, dass Alter auch Nichtstun, Ruhe und Besinnung sein kann. Aktivität und Bewegung, körperliche wie geistige, sind gut und halten jung und sie sollten natürlich gefördert werden. Doch werden Alte, zumindest die aus der Mittelschicht, heute schon schräg angesehen, wenn sie nicht einen Goldschmiedekurs belegen, in der Volkshochschule eine Fremdsprachenklasse absolvieren oder ein Seniorenstudium durchziehen. Politisch wird diese Aktivierung aufgegriffen und überlegt, ob man sie nicht kostengünstig auch zur Altenpflege, Schulwegsicherung oder anderen sozialen Aufgaben heranziehen soll.

Diese Entdeckung der Potentiale unserer alten Mitbürger ist zweischneidig: Aktivität im Alter ist zwar eine gute Sache, doch zeigt diese Suche nach sozialen Aktivitäten auch, dass alte Menschen in unserer Gesellschaft sonst keinen sinnvollen Platz mehr haben. Schlimmer noch: Altern ist ein soziales Problem geworden. »Unsere Gesellschaft ist überaltert«, »wir leben bald in einer Rentenrepublik«, »die Vergreisung der Gesellschaft geht rasant vorwärts«, »die Asymmetrie der Alterspyramide wird unsere Sozialsystem in die Pleite treiben« ... So jedenfalls der Mainstream der Alters- und Sozialforscher. Und je häufiger es gesagt wird, desto eher glauben es viele alte Mitbürger – und haben schon ein schlechtes Gewissen, überhaupt so alt geworden zu sein.

Alter wird öffentlich häufig als Last beschrieben und folglich auch so empfunden. Bald schämt man

sich, alt zu sein, denn eine sinnvolle Sozialfunktion fehlt. Mehr noch: Die Alten werden als Kostenfaktor dargestellt. Wir hören immer wieder, dass die Kosten der medizinischen Versorgung im Alter steigen und da unsere Gesellschaft immer älter wird, werde unser Medizinsystem bald nicht mehr bezahlbar sein.

Die Beiträge des vorliegenden Rundbriefes versuchen, dieser Argumentation entgegenzusteuern. Die höchsten Krankheitskosten fallen in den letzten zwei Jahren vor dem Tod an und sie sind umso höher, je jünger der Patient ist. Und weiter: Die Gesellschaft wird älter, weil sie gesünder ist, weil also in den früheren Lebensphasen weniger Kosten für Krankheit anfallen (siehe auch das DÄB vom 16. September 2011). Würde die Argumentation der Gesundheitsökonomien von den hohen Kosten des demographischen Wandels zutreffen, hätte das Gesundheitssystem schon längst kollabieren müssen, denn alleine in den vergangenen 30 Jahren stieg die Lebenserwartung der Bevölkerung um ca. fünf Jahre. Unser Gesundheitswesen aber ist mit dieser zunehmenden Alterung fertig geworden.

Ein weiterer Aspekt, der in der Diskussion nicht beachtet wird, ist die Tatsache, dass Arbeitsplätze, die von deutschen Arbeitnehmern wegen Überalterung nicht mehr besetzt werden können, dann von ausländischen Arbeitnehmern – den berühmten Indern – eingenommen werden. Diese Arbeitnehmer zahlen ihre Sozialabgaben und haben den »Vorteil«, dass sie meist jünger, und damit gesünder sind und im Alter in ihre Heimat zurückkehren. Diese in ihre Heimat zurückgekehrten Arbeitnehmer werden meist in der Diskussion um die drohende Verschiebung der Alterspyramide nicht berücksichtigt, es werden nur die gesehen, die im Lande geblieben sind. Zählt man die abgewanderten Arbeitnehmer aber hinzu und schließt zukünftig Einkommen aus nicht-lohnabhängiger Tätigkeit, also Kapital- und Mieteinkommen, zur Finanzie-

rung des Gesundheitswesens mit ein, wie es in einer Bürgerversicherung geplant ist, so dürfte auch bei steigendem Alter der Bevölkerung die Finanzierung eines sinnvollen Gesundheitswesens kein größeres Problem sein.

Weshalb dann diese Diskussion ums Alter? Zwei Gründe könnten dabei eine Rolle mitspielen: Zum einen wissen wir, dass die über 70-Jährigen 75 Prozent aller Psychopharmaka erhalten, obwohl sie in Deutschland nur zehn Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen. 25 Prozent der alten Menschen, die in einer Familie leben, 50 Prozent der Bewohner von sogenannten Seniorenheimen, aber 75 Prozent der Alten in Pflegeheimen bekommen regelmäßig Psychopharmaka. Pillen statt menschlicher Zuwendung. Macht man Alter zur Krankheit, kann sehr viel Geld verdient werden. Alter ist nicht nur ein Kostenfaktor in unserer Gesellschaft, sondern auch eine Verdienquelle.

Der vorliegende Rundbrief beschreibt, wie man mit nachlassender geistiger Tätigkeit im Alter anders umgehen kann, als diese als Krankheit zu behandeln. Demente Menschen können oftmals noch für lange Zeit in die Gesellschaft integriert werden, Demenz muss nicht mit Ausgrenzung einhergehen. Den Lesern sei hier die Lektüre von Arno Geigers »Der alte König in seinem Exil« empfohlen, sie öffnet ganz neue Perspektiven auf das Innenleben, die Eigenheit und die Würde alter Menschen.

Zweitens eignet sich das Drohszenario der Alterslast bestens dazu, die Ausgrenzung von Leistungen aus dem Katalog der GKV zu fordern. Es ist nicht mehr alles bezahlbar, also müssen bestimmte Leistungen ausgegliedert werden – um dann privat versichert oder bezahlt zu werden. Die angeblichen Kosten des Alters spielen eine wichtige Rolle in der Debatte um die Priorisierung. Auch für uns ein wichtiges Thema für die Zukunft.

Unser Rundbrief zeigt, alte Menschen dürfen nicht als Kostenfaktor abgeschoben und ausgegrenzt werden. Alter ist keine Krankheit sondern eine natürliche Lebensphase des Menschen. So gesehen, keine schlechte Perspektive für uns alle. Wir wünschen Ihnen eine angeregte Lektüre dieses Rundbriefes und möchten Sie ganz zum Schluss noch zu unserem gesundheitspolitischem Forum am 22. Oktober in Hofgeismar einladen.



Wulf Dietrich

Nur eine Form des Alterns...

Klaus Dörner über Demenz

Klaus Dörner schrieb zehn Thesen zum Jubiläum des Demenz-Forum Darmstadt, die er uns für den Rundbrief zur Verfügung stellte. Er hat sich in diesem Text, so Dörner in seinem Anschreiben, den Spaß gemacht, diese Frage in der »Ich«-Form zu beantworten, als ob ich selbst schon dement sei, zusammengesetzt aus vielen Gesprächen mit Dementen, mit pflegenden Angehörigen und aus anderen Quellen.«

1. Ich als Dementer habe keine Krankheit! Hier kann ich mich erfreulicherweise auf einen der bekanntesten amerikanischen Demenz-Forscher stützen, nämlich auf das Buch von Peter Whitehouse: »Mythos Alzheimer« (Bern: Huber 2009). Denn hier heißt es, dass Demenz eher ein Schicksal sei und weniger eine Krankheit, weil die Demenz lediglich eine der möglichen Varianten des Schicksals aller Menschen sei, in irgendeiner Form zu altern. Dass dies eine Krankheit sei, Morbus Alzheimer, sei lediglich eine Illusion, dadurch ausgelöst, dass wir Dementen in der letzten Zeit so viele geworden sind, sodass wir für die Mediziner zu einem neuen Geschäftsfeld wurden. Denn nur was »Krankheit« ist, ist im Prinzip auch heilbar, wenn nicht heute, dann morgen. Nur diese Krankheitsdefinition verschaffte den Mediziner Zugang zu Ruhm, Macht und vielen Millionen Forschungsgeldern. Zwar kann es sein, dass man irgendwann auch etwas an der Demenz therapeutisch drehen könne; doch zurzeit ist kein medizinisches Mittel in Sicht. Die jedenfalls heute sachlich falsche Umdeutung der Demenz zur Krankheit schädigt uns Demente; denn eine Krankheit zu haben, trennt Menschen voneinander, während Altern als ein kollektives Schicksal Menschen miteinander eher verbindet.

2. Auch »Teilhabe« ist ein Profi-Begriff, meint das, was Profis denken, was wir Dementen brauchen: etwa an allen kommunalen Ereignissen teilzunehmen. Das ist aber nur die halbe Wahrheit. Denn in Wirklichkeit bedeutet Teilhabe, dass ich nicht nur ein Recht auf Teilnahme habe, sondern dass ich auch, um teilnehmen zu können, etwas geben muss. Was ich brauche, ist vielmehr, dass ich auch von mir aus etwas geben kann, dass ich Bedeutung für Andere habe, nicht immer nur für mich, sondern eben

auch für Andere. Erst dann ist mein Leben nicht mehr sinnlos. Weil das die Profis immer wieder gern vergessen, sollte man lieber von »Teilgabe« sprechen.

3. Wir Dementen geben Euch Nicht-Dementen auch ein anthropologisch tiefgreifenderes Menschenbild wieder. Denn bei der großen Zahl von uns Dementen gilt jetzt nicht mehr so sehr das Menschenbild der Aufklärung, wonach der Mensch grundsätzlich vernünftig-selbstbestimmt ist, abgesehen von ein paar als pathologisch definierten Ausnahmen, die fremdbestimmt und unvernünftig sind. Vielmehr kann man jetzt nur noch sagen, dass der Mensch sich stets im Spannungsfeld zwischen vernünftig-selbstbestimmten und unvernünftig-fremdbestimmten Seinsweisen bewegt: Unabhängig ist der Mensch nicht mehr Mensch als abhängig.

4. Wir Dementen schenken Euch auch einen vollständigeren Begriff von »Beziehung« – nicht nur Beziehungen auf der Ebene der Gehirnfunktionen und des rational-sprachlichen Denkens, sondern, insofern unser Gefühlsleben weitgehend intakt ist, lehren wir Euch, dass grundsätzlich der ganze Mensch ein Beziehungswesen ist. So erinnert sich Eleonore von Rothenhan an ihre demente Mutter: »Als sie nicht mehr sprechen konn-

te, erreichte unsere Beziehung einen existenziellen Tiefgang wie zuletzt vielleicht in der Kindheit.«

5. Wir Dementen machen Euch aber auch die Gesellschaft wieder menschlicher – aus einer einseitigen Leistungsgesellschaft zu einer mehr sozialen Integrationsgesellschaft. So kann man heute sagen, dass ziemlich genau seit 1980 es in fast jedem Stadtviertel und in fast jedem Dorf Initiativen von Bürgern gibt, die sich dafür engagieren, dass wir nicht mehr in Institutionen ausgegrenzt sind. Sie kümmern sich vielmehr um neue dritte Wege, wie Nachbarschaftsvereine, generationsübergreifendes Siedeln, Gastfamilien oder ambulante Wohnpflegegruppen, die integrationsfreundlicher sind, sodass es schon heute einzelne Dörfer (Eichstetten), Kleinstädte (Ettenheim) und in Großstädten Stadtviertel (Bielefeld) gibt, die sich als »heimfreie Zonen« verstehen. Diese Bürger erleben, dass sie auch selbst gesünder leben, wenn sie zwischen ihrer arbeitsgebundenen und ihrer freien Zeit als dritte Zeit ihre »soziale Zeit« wiederbeleben.

6. Wir Dementen sorgen dafür, dass auch die Familien wieder tragfähiger werden, etwa indem sie sich vom Prinzip der Blutsverwandtschaft auf das Prinzip der Wahlverwandtschaft erweitern.



7. Wir Dementen haben schon jetzt sogar für eine strukturelle Revolution gesorgt, indem wir zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sozialraum den dritten Sozialraum (Stadtviertel oder Dorfgemeinschaft) wiederentdecken, also den »Wir-Raum«, der in der gesamten Menschheitsgeschichte stets für das Gemeinwohl und die Integration verantwortlich war.

8. Wir Dementen retten Eure von Schließung bedrohten Kirchengemeinden, indem wir sie resozialisieren, d.h. an das oberste biblische Gebot erinnern, wonach Gottes- und Menschendienst stets eine unauflösbare Einheit darzustellen haben.

9. Wir Dementen erinnern schließlich auch Eure Kommunen an ihre Kernaufgabe der Daseinsfürsorge für alle Bürger, von denen keiner ausgegrenzt werden darf.

10. Und während abschließend unser Schicksal immer mehr Menschen Angst vor dem Altern macht, obwohl dies doch ein Geschenk ist, haben wir Dementen Euch insbesondere mit den schon erwähnten ambulanten Wohnpflegegruppen das (bisher) beste Mittel gegen diese Angst geschenkt; denn diese ambulanten Wohngruppen, mit denen das Demenz-Forum Darmstadt verdienstvollerweise hessenweit begonnen hat, sind am ehesten geeignet, die Sonderwelten der Pflegeheime im Laufe der nächsten 50 Jahre überflüssig zu machen; denn wenn diese Wohngruppen ihre Chancen optimal nutzen, nämlich als zu führende Haushalte betrieben werden, in denen jeder noch so Demente seinen noch so kleinen Beitrag leistet, kommen wir Dementen auch auf unsere Tagesdosis an Bedeutung für Andere, können somit ein sozial sinnvolles Leben führen, was nebenbei auch noch zur Folge

hat, dass – bei Kostengleichheit mit einem Heim – zwei bis dreimal mehr menschliche Zuwendungszeit »erwirtschaftet« wird.

Aus all diesen Gründen können wir Dementen dem Demenz-Forum Darmstadt nur wünschen: Machen Sie bloß so weiter. Nehmen Sie allein schon unser Wunsch- und Wahlrecht ernst, indem Sie das bisherige Unterangebot an ambulanten Integrationsmöglichkeiten auf Kosten des Überangebots an stationären Ausgrenzungsmöglichkeiten erweitern. Und wenn Sie dabei auch noch beherzigen, dass wir Dementen und Alterspflegebedürftigen mit der UN-Behindertenrechtskonvention selbstverständlich mitgemeint sind und dass dies inzwischen auch in Deutschland geltendes Recht ist, werden Sie damit garantiert erfolgreich sein.

Klaus Dörner



Mythos Demographie

Hartmut Reiners* zum Verhältnis von alternder Bevölkerung und Gesundheitsausgaben

Als scheinbar natürliches Moment taugt das »Alter« trefflich für allerhand fetischistische Argumentation. Wie von selbst scheint es sich zu verstehen, dass (höheres) Alter gleichzusetzen ist mit mehr Kosten für das Gesundheitswesen. Seit Jahrzehnten bemüht sich Hartmut Reiners gegen solche Art Mythen zu argumentieren und zu zeigen, dass das Köpfe zählen nicht ausreicht, sondern soziale Fragen zu diskutieren und – auch im Rahmen des bestehenden Systems – lösbar sind.

Keine Frage, der Altersdurchschnitt der Bevölkerung wird in den nächsten 20 bis 30 Jahren steigen und damit auch der Bedarf an ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Diese Entwicklung trifft mit dem Gesundheitswesen auf einen Wirtschaftszweig, der schon wegen seiner hohen Personalintensität einen wachsenden Anteil am Bruttoinlandsprodukt haben wird. Aus dieser sozio-ökonomischen Gemengelage erwachsen Steuerungs- und Verteilungsprobleme, die sicher nicht einfach und konfliktfrei zu bewältigen sein werden.

Jedoch weist bereits die Tatsache, dass Japan einen höheren Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen als Deutschland hat, aber

nur ca. 70 Prozent unserer pro Kopf-Ausgaben für Gesundheit verzeichnet, darauf hin, dass es sich um ein lösbares Problem handelt. Das von notorischen Talkshowgästen und sich als kritische Mahner aufspielenden Publizisten entworfene Bild einer vergreisenden Gesellschaft, in der das Gesundheitswesen mit seinem Expansionsdrang die volkswirtschaftlichen Ressourcen auffrisst und die jüngeren, wirtschaftlich aktiven Jahrgänge von den Kranken und Alten ausgebeutet werden, ist unseriöse Effektscherei.

Zu der in Zukunft zu erwartenden Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der

Leseempfehlung:
Hartmut Reiners: »Krank und pleite?
Das deutsche Gesundheitssystem«,
 Berlin 2011, ISBN-10 3518462474

Krankenkassenbeiträge sind eher verwirrende als erhellende Schätzungen im Umlauf. Eine von der Enquête-Kommission »Demographischer Wandel« zusammengestellte Übersicht von 16 Beitragssatzprognosen aus den Jahren 1995 bis 2002 ergibt für das Jahr 2030 Schwankungen zwischen 16 und 26 Prozent, für 2040 zwischen 15 und 34 Prozent sowie für 2050 bzw. 2055 zwischen 17 und 26 Prozent. Der Ärztenverbänden nahestehende Gesundheitswissenschaftler Fritz Beske kommt sogar auf eine Spannweite von 27 bis 43 Prozent. Diese großen Divergenzen basieren auf unterschiedlichen und teilweise hoch spekulativen Annahmen über ein Bündel von variablen Einflussfaktoren, als da vor allem sind:

- Auswirkungen der Altersstruktur der Bevölkerung auf den Behandlungs- und Betreuungsbedarf,
- die Entwicklung und Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts,
- Reduzierung bzw. Spreizung der sozialen Ungleichheit,
- das allgemeine Wirtschaftswachstum und die sich daraus ergebenden Produktivitäts- und Verteilungseffekte sowie
- die Finanzierungs- und Versichertenstruktur der GKV.

Die Frage, ob der zunehmende Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen zu wachsenden Gesundheitsausgaben führt, ist gar nicht so klar zu beantworten, wie es zunächst scheint. Natürlich nehmen ältere Menschen das Gesundheitswesen häufiger in Anspruch als jüngere. Die über 65-Jährigen stellen in Deutschland gegenwärtig, ca. 20 Prozent der Bevölkerung, haben aber mit etwa 45 Prozent einen mehr als doppelt so hohen Anteil an den Leistungsausgaben der GKV. Dementsprechend ist es auch unstrittig, dass mit einem wachsenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung die Gesundheitsausgaben steigen. Unklar ist hingegen das Ausmaß dieser Zunahme. Die vorliegenden empirischen Untersuchungen zeigen, dass die plausibel klingende Regel »je älter, desto teurer«, in dieser Schlichtheit nicht stimmt. Es stehen sich zwei Postulate gegenüber: die Medikalisierungstheorie und die Kompressionsthese.

Die *Medikalisierungsthese* geht davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung die Gesundheitsausgaben allgemein zunehmen. Das scheinen Daten des Statistischen Bundesamtes und der Krankenkassen zu be-

legen. Sie weisen mit zunehmendem Alter einen Zuwachs an Leistungsausgaben auf. Bei näherem Hinsehen relativiert sich das Bild aber. Die durchschnittlichen Behandlungsausgaben pro Kopf haben zwischen dem 75. und 89. Lebensjahr ein deutlich geringeres Wachstum als zwischen dem 60. und 74. Lebensjahr, und sie bleiben ab dem 85. Lebensjahr konstant. Verschiedene Studien zeigen, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für akutmedizinische Behandlungen ab der Altersgruppe von 70 bis 75 Jahren sinken. In den USA belegte bereits in den 1980er Jahren eine Untersuchung der staatlichen Rentner-Krankenversicherung »Medicare«, dass die über 80-Jährigen erheblich weniger Leistungsausgaben aufwiesen als die unter 65-jährigen Rentner.

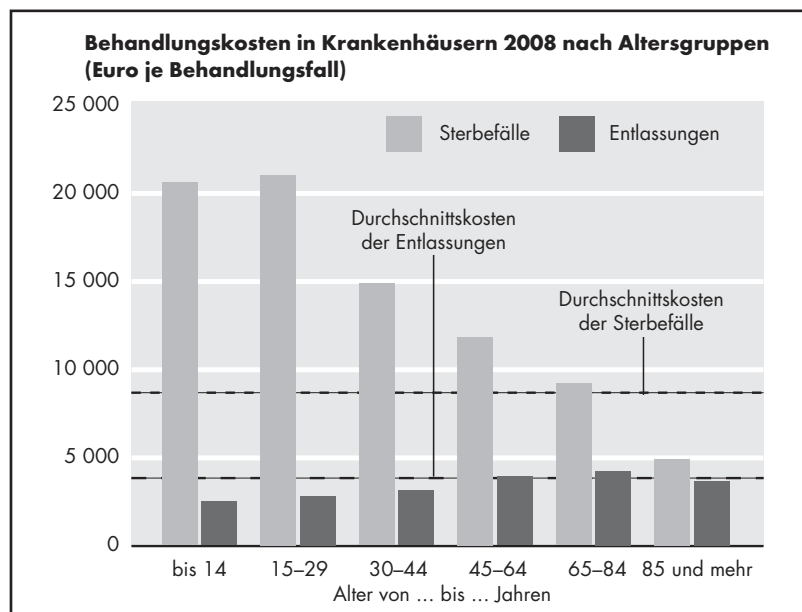
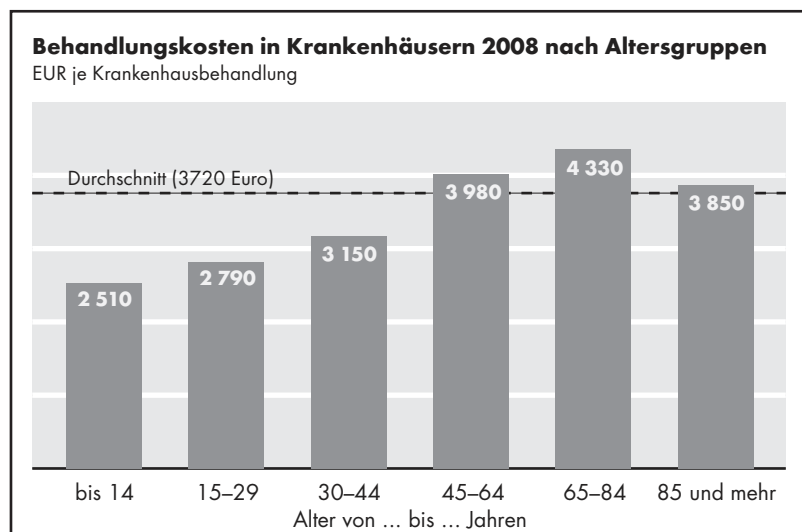
Dafür gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen. Hochbetagte

- haben bestimmte kostenträchtige Eingriffe bereits hinter sich,
- sind eine gesellschaftliche Selektion von »gesunden Alten«,

- sind aggressiven Therapien nicht mehr gewachsen und werden ihnen daher nicht mehr ausgesetzt,
- haben bei langjährigen Krankheiten wegen der vorab bereits erfolgten diagnostischen Abklärungen geringere Fallkosten.

Auf jeden Fall stimmt die gängige Vorstellung, die Menschen würden mit zunehmendem Alter immer kränker und behandlungsdürftiger, so nicht. Sie beruht auf zu pessimistischen Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung des zukünftigen Gesundheitszustands der Alten und Mythen über die Möglichkeiten der Medizin.

Dem steht die in den 1980er Jahren von James F. Fries entwickelte *Kompressionsthese* gegenüber. Die Phase ausgeprägter Multimorbidität werde in ein immer höheres Alter verschoben, zugleich nehme die für ältere Menschen eigentlich typische Belastung durch Krankheit und Behinderung ab. Mit einer Verlängerung der Lebenserwar-



Tabellen aus: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Juli 2011

Eine Frage des Alters?

Ergebnisse einer Studie zu den Kosten des Alters im Gesundheitswesen

In der Juli-Ausgabe der Zeitschrift des Statistischen Bundesamts *Wirtschaft und Statistik* ist die Sozialwissenschaftlerin Manuela Nöthen der Frage nachgegangen, ob hohe Kosten im Gesundheitswesen heute oder in Zukunft eine Frage des Alters seien – wie so oft von interessierter Seite behauptet wird. Und auch wenn wir von Hagen Kühn, Hartmut Reiners u.a. schon längst wissen, dass »die Demographie« ein zentraler Mythos in der gesundheitspolitischen Debatte ist, dokumentieren wir hier das Fazit aus dem lesenswerten Aufsatz:

»Fazit: Demografische Alterung, Morbiditätsentwicklung und – keine »Kostenexplosion«

Die Zukunft ist unberechenbar. Das Ziel der präsentierten Vorausberechnung besteht daher nicht darin, die künftige Entwicklung der Behandlungskosten in Krankenhäusern im Sinne einer Prognose wirklichkeitsgetreu vorherzusagen. Das Ziel besteht vielmehr darin, einen Teilaspekt – nämlich die rein demografisch bedingte Kostenentwicklung – unter bestimmten, fix definierten Annahmen quantitativ zu bestimmen. Akzeptiert man die dem Rechenmodell zugrunde liegenden Annahmen, so machen die Ergebnisse deutlich, dass der Kostenanteil im Alter zwar anwachsen wird, aber weder die Behandlungskosten noch die Sterbekosten im Krankenhaus »explosionsartig« steigen werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kommt in seinem bereits erwähnten Sondergutachten zu dem Schluss, dass die in diesem Zusammenhang durchgeführten Studien genügend Grund liefern, um »unsere Denkgewohnheiten vom »unaufhaltsamen« Anstieg der Krankheitskosten zu revidieren« (...)

Die Ergebnisse der Vorausberechnung zeigen exemplarisch, wie sich die demografische Entwicklung auf die Behandlungskosten in Krankenhäusern auswirken könnte. Danach bleibt die Kostenexplosion – zumindest unter den im Rahmen dieser Teilbetrachtung getroffenen Annahmen – aus. Weder im Kompressions- noch im Statusquo-Szenario steigen die Kosten bis zum Jahr 2030 derart dramatisch, dass sie die These einer Kostenexplosion stützen. Auch der Anteil der Sterbekosten bleibt verhältnismäßig gering. Zwei weitere Aspekte verdienen in diesem Zusammenhang aber Aufmerksamkeit: Zum einen wurde hier nur die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich betrachtet und nicht im gesamten Gesundheitssektor. Ein anderer wichtiger Bereich, der dadurch ausgeblendet wurde, aber eine gesonderte Analyse verdient, ist der Bereich der Pflege. Der zweite Punkt betrifft die Finanzierung des Gesundheitswesens. Nach Ansicht verschiedener Autoren führt die demografische Entwicklung gemeinsam mit anderen Faktoren, wie Veränderungen in der Erwerbsbeteiligung und so weiter, zwar nicht zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen, aber dazu, dass das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben zunehmend aus dem Gleichgewicht gerät.«

(Quelle: Statistisches Bundesamt, *Wirtschaft und Statistik*, Juli 2011, S. 665-675, in: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/FrageAlter.property=file.pdf)

tung stiegen als Folge besserer Lebensbedingungen, der Aktivierung der Eigenpotenziale zur Gesundheitserhaltung sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung die Lebensphasen in guter Gesundheit. Der durchschnittliche Gesundheitszustand der über 65-Jährigen ist heute deutlich besser als noch vor 20 oder gar 30 Jahren. Auch ist gut belegt, dass der größte Teil der Gesundheitsausgaben im Laufe eines Menschenlebens in den beiden Jahren vor dem Tod anfällt, wobei es offenbar einen gegenläufigen Zusammenhang mit dem Todesalter gibt. Eine jüngst erschienene Studie des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass die durchschnittlichen Fallkosten pro Tag in Krankenhäusern bei entlassenen Patienten in allen Altersgruppen um ca. 500 Euro lagen, bei den über 85-Jährigen sogar bei ca. 400 Euro. Bei den Sterbefällen sind die Behandlungskosten hingegen bei den bis zu 30-Jährigen mehr als doppelt so hoch wie bei den über 65-Jährigen.

Die Kompressionsthese hat insbesondere bei Mittel- und Oberschichten eine hohe empirische Evidenz, wie Surveys aus Schweden, den Niederlanden und den USA zeigen. Das entspricht Erkenntnissen der Sozialepidemiologie, wonach ein erheblicher Teil der dem Alter zugeschriebenen Morbidität eigentlich der sozialen Ungleichheit anzulasten ist. Daraus folgt, dass die Kompressionsthese in dem Maß an Bedeutung gewinnt, wie es gelingt, sozial bedingte Morbiditätsunterschiede zu nivellieren. Das hat auch Auswirkungen auf die Schätzungen der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Je nachdem ob die Medikalisierungs- oder die Kompressionsthese zugrunde gelegt wird, kommen Prognosen zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Das ifo-Institut rechnete 2004 in einer Schätzung aus, dass auf Basis der Medikalisierungsthese die GKV-Beiträge bis 2050 auf 26 Prozent steigen werden, auf Basis der Kompressionsthese hingegen in etwa konstant bleiben oder nur leicht zunehmen werden. Die eigentliche demographische Herausforderung liegt daher weniger im Ausbau der Akut-Versorgung und der Intensivmedizin, sondern in dem Hinauszögern chronischer Erkrankungen auf ältere Jahrgänge sowie in der Koordinierung der medizinischen Behandlung einschließlich der geriatrischen Rehabilitation mit der sozialen Betreuung älterer Menschen. In diese Versorgungsbereiche muss dringend investiert werden – es lohnt sich.

* Hartmut Reiners ist Ökonom, war bis August 2009 Referatsleiter im Gesundheitsministerium Brandenburg und lebt als Publizist in Berlin.





Wie wollen wir im Alter leben?

Ingelore Fohr* über Quartierskonzepte als Alternative zum Altenheim

Im Geiste von Klaus Dörner argumentiert Ingelore Fohr hier gegen die Institutionalisierung und Hospitalisierung von alten Menschen in Alten- oder Pflegeheimen und für die Zukunft der Hausgemeinschaften und Quartierskonzepte.

In der Aufbruchsstimmung der 1970er Jahren wurden verschiedene gesellschaftliche Bereiche kritisch beleuchtet und Veränderungsmöglichkeiten diskutiert. Dazu gehörte auch die Lage psychisch kranker Menschen in Deutschland und anderswo. 1975 wurde die Psychiatrie-Enquête veröffentlicht, und Missstände bei der Betreuung und Versorgung psychisch Kranker wurden offen gelegt. Daraus entstand eine breite Reformbewegung mit dem Ziel, die Situation dieser Menschen zu verbessern, Ausgrenzungen zu beenden und die Reintegration dieser Menschen in die Gesellschaft zu fördern. Im Zuge dieser Bewegung wurde die Hospitalisierung bzw. Institutionalisierung psychisch Kranker kritisch beleuchtet, wobei deutlich wurde, dass diese Art des Umgangs mit den Problemen das Leid der betroffenen Menschen vergrößerte. Es dauerte aber noch ungefähr 20 Jahre, bis die Ideen der Psychiatrie-Reformbewegung politisch umgesetzt wurden, Langzeitstationen in großen psychiatrischen Kliniken aufgelöst und andere Wohn- und Betreuungsformen etabliert wurden. Ein wichtiger Vertreter dieser Bewegung in Deutschland war Klaus Dörner.

Nun sind viele Menschen, die sich damals für die Veränderung der psychiatrischen Versorgung eingesetzt haben, erheblich älter geworden und stehen selbst vor

dem Problem, irgendwann ihr Leben nicht mehr aus eigener Kraft bewältigen zu können und auf Hilfe angewiesen zu sein. Die Kleinfamilien sind dabei häufig überfordert und die Zahl der älteren Menschen wird irgendwann die der jüngeren übersteigen, spätestens wenn die geburtenstarken Jahrgänge alt geworden sind. Welche Möglichkeiten bieten sich dann? Wie wollen wir im Alter und bei Pflegebedarf leben? Und wie wollen wir das Zusammenleben in Stadtteilen und Wohnquartieren und das Zusammenleben der Generationen gestalten? Diese Fragen betreffen mittlerweile alle, auch die Jüngeren. Denn die Infrastruktur, die wir heute schaffen wird viele Jahrzehnte erhalten bleiben.

Auch wenn es sicher große Unterschiede zwischen verschiedenen Heimen in der Art der Betreuung und in der Einstellung gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern gibt, bleibt das Problem, dass jedes Altenpflegeheim eine Form der Institutionalisierung (im Sinne von Klaus Dörner) mit einem strukturell bedingten Verlust an Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner ist. Dies betrifft nun Menschen, die meist ein langes Leben lang selbstbestimmt gelebt haben. – Wenn auch die Situation in Pflegeheimen in diesem Sinne besonders drastisch ist und eine Hospitalisierung fördert, gilt diese Kritik grundsätzlich für alle Großeinrichtungen, auch andere Altenheime und Altenwohngemeinschaften, weil sie grundsätzlich keine Versorgungssicherheit bieten und bei intensiverem Pflegebedarf doch wieder auf das Pflegeheim verweisen. Versorgungssicherheit besteht nur, wenn in jeder Pflegesituation eine Versorgung im angestammten Wohnumfeld möglich ist. Die Zukunft liegt deshalb bei Hausgemeinschaften.

Nun stellt sich die Frage, ob die Errungenschaften der Psychiatrie-Reform auch auf den Bereich der Altenpflege übertragen werden können. So würden diejenigen, die sich früher für eine Verbesserung der Lage psychisch Kranker eingesetzt haben, nun mit diesen Ideen auch ihre eigene zukünftige Lage verbessern können.

Viele Menschen sind auch heute noch mangels örtlicher Alternativen oder aufgrund der Kostenersparnis gegen ihren Willen zu einem Umzug in eine Heimeinrichtung gezwungen. Nicht zuletzt die UN-Behindertenrechtskonvention, die auch die Selbstbestimmung über die Wohnform und den Wohnort einfordert stellt die traditionelle Form des Pflegeheims in Frage und fordert zeitgemäße Konzepte für die Versorgungssicherheit ein. Wir stehen damit auch vor der Aufgabe, zukunftsorientierte Lösungen und Angebote für ein Zusammenleben der Generationen und Menschen mit unterschiedlicher kultureller Herkunft in den Kommunen und Quartieren zu entwickeln und zu fördern.

Einen Lösungsansatz hierzu stellen die Quartierskonzepte dar, die schon in einigen Ländern verwirklicht werden konnten und in Deutschland bereits an einigen Orten umgesetzt werden. Hierbei bieten eine Vielzahl von individuellen, auf die persönliche Bedarfslage ausgerichteten Wohn- und Pflegeformen eine grundlegende Alternative zu den bestehenden traditionellen Versorgungsstrukturen in der Pflege und Unterstützung. Diese sind verbunden mit Sozial-, Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen, einer sozialen und zum Alltagsleben notwendigen Infrastruktur sowie einer Kooperation von professionellen Hilfen, Nachbarschaftsarbeit und sozialen Netzen im Quartier.

Darüber ist eine altersgerechte Gestaltung der Wohnquartiere und Gemeinden notwendig, die eine gemeinsame ressortübergreifende Sozial- und Stadtplanung und Kooperationen vor Ort erforderlich machen, sowie eine Gestaltung und Angebotsstruktur, mit denen alle Menschen auch unterschiedlicher kultureller Herkunft erreicht werden.

Was versteht man nun unter Quartierskonzepten?

Bei den Quartierskonzepten stehen die kleinräumige Organisation von Wohnen und Betreuung im überschaubaren und vertrauten Wohnquartier, sowie die Vernetzung unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsformen innerhalb der Wohnquartiere im Vordergrund. Ziele sind Selbstbestimmung, Normalität, Integration in die örtliche Gemeinschaft sowie Orientierung auf das Gemeinwesen.

Quartierskonzepte¹ beziehen sich auf eine Umgestaltung des Wohnens und Zusammenlebens auf kommunaler Ebene, damit die Bedürfnisse von Menschen, die in ihrer Mobilität und Anforderungen des täglichen Lebens eingeschränkt sind und/oder einer besonderen Pflege und Hilfestellung bedürfen, berücksichtigt werden können. Dabei wird eine Versorgungssicherheit gegeben als Garantie für alle Menschen, die in dieser Lage sind oder später in diese Lage kommen können. Dies beginnt bereits bei der Stadtplanung und dem kommunalen Wohnungs-

bau. Hier muss von vornherein auf Barrierefreiheit und Inklusion geachtet werden. Eventuell müssten vorhandene Häuser und Wohnungen im Nachhinein umgebaut werden. Hinzu kommt, dass Pflegestützpunkte im Stadtteil und nahe bei den Bürgern eingerichtet werden und zwar dezentral. Hier sollte dann ein 24-Stunden-Service angeboten werden mit integrierter Notfallhilfe. Dabei kann auf vorhandene Versorgungsstrukturen zurück gegriffen werden, die gebündelt und koordiniert werden müssen.

Eine weitere wichtige Anforderung ist die Einrichtung von Begegnungsräumen in Form von sozialen Zentren, Cafés, eventuell mit Mittagstisch etc., um einer Vereinsamung gerade älterer Menschen entgegen zu wirken. Denkbar und teilweise erprobt sind auch integrierte Pflegewohnungen, in denen schwerstpflegebedürftige Menschen versorgt werden können, ohne dass sie ihr Wohnumfeld verlassen müssen. Eine weitere Anforderung besteht in einer qualifizierten Pflegeberatung, die wohnortnah angeboten werden sollte und einem Case-Management unter Beteiligung aller Akteure. Mögliche Wohnformen sind neben betreuten Einzelwohnungen auch Senioren-Haus- oder Wohngemeinschaften, wobei am wichtigsten ist, dass die jeweiligen Bewohner ihre Wohnform selbst wählen und nicht dazu genötigt werden.

Nachbarländer haben sich schon auf den Weg gemacht

In Dänemark wurde 1987 ein Baustopp für Pflegeheime durchgesetzt. 1988 wurde ein Gesetz zur Umgestaltung und Neuausrichtung der Pflege auf den Weg gebracht, wonach Pflegeheime in Gesundheitszentren mit Altenwohnungen und Pflegewohnungen umgebaut werden sollten, Altenwohngemeinschaften und betreutes Wohnen sowie gemeindenahere Dienste ausgebaut werden sollten. Hinzu kam der Ausbau eines neutralen kommunalen Beratungsangebots mit präventiven Hausbesuchen. Auf diesem Weg ist es gelungen, im Laufe der Zeit eine flächendeckende Versorgung mit diesen Angeboten zu erreichen.

Dass auch in Deutschland solche Veränderungen der Lebensformen älterer und behinderter MitbürgerInnen möglich sind, zeigen einige vielversprechende Projekte. Das bekannteste ist das Bielefelder Modell. Hier ist die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsbaugesellschaft, eine Kooperation mit örtlichen Trägern von Pflege- und Unterstützungsleistungen eingegangen und hat in verschiedenen Stadtteilen barrierefreie Wohnungen eingerichtet und mit Pflegestützpunkten verbunden. Die Wohnungen werden an Menschen mit und ohne Behinde-

rung und Unterstützungsbedarf, Angehörige verschiedener Generationen, Familien, Paare oder Alleinstehende vermietet, wobei darauf geachtet wird, dass der Anteil von BewohnerInnen mit Pflegebedarf weder unter noch überschritten wird, um ein individuelles Angebot zu ermöglichen ohne generelle Pflegepauschale, die der Miete hinzugerechnet würde, aber mit so vielen Bedürftigen, die Pflegeleistungen abfragen, dass sich ein eigener Stützpunkt mit Beratung und der Vermittlung von Pflegedienstleistungen im Quartier lohnt. Die Planung beginnt also bei der Bauplanung, weshalb eine Wohnungsbaugenossenschaft als Trägerin sehr sinnvoll ist.

Mittlerweile haben sich schon in vielen Kommunen selbst in ländlichen Regionen Quartierskonzepte mit unterschiedlichen Wohn- und Pflegearrangements entwickelt, neben Bielefeld z.B. in Münster, Hagen, Köln und Berlin. Aber auch in dörflichen Umgebungen wie in Röttingdorf. Viele Projekte wie bspw. in Hagen oder Röttingdorf sind aus bürgerschaftlichem Engagement entstanden. In Selbsthilfe wurde hier eine Versorgungslücke geschlossen.

Voraussetzungen für das Gelingen von Quartierskonzepten

Die wichtigste Voraussetzung ist eine Beteiligung der BewohnerInnen eines Quartiers. Schließlich handelt es sich um eine Neugestaltung des unmittelbaren Lebensraums. Die Beteiligung könnte in Form von Diskussionsveranstaltungen unter Einbeziehung wichtiger lokaler Interessenvertreter und verschiedener Einrichtungen vor Ort geschehen. Weiter ist es wichtig, die vorhandenen Ressourcen eines konkreten Stadtviertels oder einer ländlichen Gemeinde zu analysieren, um vorhandene günstige Bedingungen nutzen und ungünstige Bedingungen verändern zu können. Professionelle Hilfe ist dabei nur eine Seite der Medaille, sie sollte ergänzt werden durch bürgerschaftliches und nachbarschaftliches Engagement. Hierbei gilt es, das soziale Netzwerk eines Quartiers zu nutzen, auszubauen und zu fördern durch eine dazu geeignete kommunale Planung (z.B. Schaffung von Begegnungsräumen, Barrierefreiheit im Viertel etc.). Ein anderer wichtiger Ansatzpunkt sind die bereits örtlich agierenden Dienste und Träger. Das Projekt kann nur gelingen, wenn diese Kräfte gebündelt und koordiniert werden; Planungsprozesse müssten ressortübergreifend ausgerichtet werden, weil sehr verschiedene Bereiche der kommunalen Planung betroffen sind.

Die Aufgabe der Politik wäre, einen gesetzlichen Rahmen dafür zu schaffen. Wie am Beispiel Dänemark zu sehen ist, gehört

Der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland betrug um die Jahrhundertwende fünf Prozent, heute sind es 25 Prozent und für das Jahr 2030 rechnet man mit ca. 35-38 Prozent der Bevölkerung, die das 60. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten hat. Aber wir haben auch eine Zunahme des Anteils der über 70-, 80-, 90- und Hundertjährigen. Vor 35 Jahren lebten in Deutschland 265 Hundertjährige; für das Jahr 2025 rechnet man in Deutschland mit 44000, für 2050 mit mehr als 114000 Über-Hundertjährigen – bei einer Bevölkerung von dann nur 68-70 Millionen ... Kamen vor 100 Jahren auf einen über 75-Jährigen noch 79 jüngere Personen, so sind es heute nur noch 13. Und man hat berechnet, dass im Jahre 2040 ein über 75-Jähriger nur noch 6,2 Personen gegenüberstehen wird, die jünger als 75 Jahre sind.

(Ursula Lehr: »Älter werden – Aktiv bleiben – Eine Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit«, Vortrag bei Satellitenveranstaltung des 16. Kongress Armut & Gesundheit, Berlin 2. Dezember 2010)



dazu auch ein Baustopp für Altenheime und andere Sondereinrichtungen. Altenheime binden nämlich einen großen Teil der finanziellen Ressourcen und sind grundsätzlich am Erhalt der alten Strukturen interessiert. Deshalb ist auch von Trägern und Betreibern von Altenheimen der größte Widerstand gegen die neuen Konzepte zu erwarten. Vorhandene Altenheime sollten auf jeden Fall in die Planungen von Umstrukturierungen einbezogen werden. Wie das gelingen kann, zeigt ebenfalls das Beispiel Dänemark. Eine andere Gefahr, die meines Erachtens nach von vornherein berücksichtigt und abgewendet werden sollte, ist das zu erwartende Bemühen bestimmter privater Träger und Kapitalgesellschaften, solche Strukturen zu bauen und – wie im Gesundheitswesen leidlich bekannt – eher an einem Marktvorteil als an einer Sicherstellung der Versorgung interessiert zu sein. Bisher sind mir aber glücklicherweise noch keine konkreten Beispiele dafür bekannt.

Auf jeden Fall kann man jetzt schon sagen, dass Kommunen, wenn sie sich heute für eine zukunftsgerechte Gestaltung der Quartiere einsetzen, nicht nur sozialpoli-

tisch lohnende Investitionen machen, sondern sich auch von den Folgekosten des ausgrenzenden Sondersystems entlasten. Schon in der Psychiatriereform-Bewegung hat sich gezeigt, dass die alten Strukturen nicht nur menschliches Leid durch Verlust von Autonomie und Förderung von Chronifizierung zur Folge hatten, sondern volkswirtschaftlich gesehen enorm teuer waren.

Von den politischen Parteien wird dieses Konzept vor allem von Bündnis 90/Die Grünen verfolgt, weil es sich mit dem Anspruch deckt, Strukturen zu verändern, um die Lebenssituation bestimmter Bevölkerungsgruppen zu verbessern.

Bleibt zu hoffen, dass diese neuen Konzepte bald flächendeckend verwirklicht werden können und die alt gewordenen Anhänger der 68er Bewegung und der Psychiatrie-Reformbewegung nun selbst in den Genuss ihres damaligen Engagements kommen. Dies gilt natürlich auch für alle anderen Menschen unserer alternden Gesellschaft.

* *Inge Lore Fohr ist Psychologische Psychotherapeutin, Mitglied im erweiterten Vorstand des VDÄÄ und*

Bürgermitglied der Düsseldorfer Ratsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen im Ausschuss »Gesundheit und Soziales«.

Literaturempfehlungen

Ursula Kremer-Preis: »Neuausrichtung der öffentlichen Daseinsvorsorge zur Sicherung der Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen«, KDA 2010

Harald Wölter/Ralf Zimmer-Hegmann: »Integrierte und quartiersbezogene Ansätze für das Wohnen im Alter«, in: V. Kreutzer u.a. (Hg.), 2008, S. 135-146

Harald Wölter: »Wohnen im Alter im Quartier. Integrierte und quartiersbezogene Ansätze«, in: G. Schmitt/K. Selle (Hg.): »Bestand? Perspektiven für das Wohnen in der Stadt«, 2008, S. 461-479

Leben und Wohnen im Alter. Werkstatt-Wettbewerb Quartier, Bertelsmannstiftung, KDA 2005

Quartierstützpunkte. Kurzinfo zu den ersten Quartierstützpunkten in Münster. Ambulante Dienste e.V. 2011 [unveröffentlichtes Manuskript]

1 Bei meiner Darstellung beziehe ich mich auf Präsentationen von Harald Wölter, Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Altenpolitik von Bündnis 90/Die Grünen in NRW, und anschließende Diskussionen im Rahmen von mehreren LAG-Sitzungen der NRW-Grünen. Der Text wurde von Harald Wölter gelesen und teilweise korrigiert.

Netzwerke als Antwort

Josefine Heusinger* über die Versorgungsbedarfe benachteiligter Älterer

Auch Josefine Heusinger beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit Quartierskonzepten und den diesen vorausgesetzten sozialen Netzwerken, die besonders wichtig sind für sozial benachteiligte alte Menschen. Leider treten in diesem Zusammenhang niedergelassene ÄrztInnen als Wegweiser zu Hilfen für einen selbstbestimmten Alltag bislang kaum in Erscheinung...

Obwohl alte Menschen, bei denen sich (chronische) Krankheiten häufen, einen wesentlichen Teil der NutzerInnen medizinisch-pflegerischer Versorgungsangebote ausmachen, finden ihre spezifischen Bedarfe im bestehenden System oft nur wenig Berücksichtigung. Ganz besonders das Schnittstellenmanagement zwischen ambulanten und stationären Angeboten, zwischen verschiedenen (Fach-)ÄrztInnen und Pflegenden, zwischen gesundheitlichen und sozialen Fragen gelingt trotz jahrzehntelangen Lamentierens bis heute oft unzureichend. Wie in anderen Lebensphasen fehlt es vor allem sozial benachteiligten Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen, wenig Geld und ohne kompetente Angehörige oder Bekannte auch im Alter an Ressourcen, um sich eine (medizinische) Versorgung zu organisieren, die ihren Bedürfnissen entspricht und ihnen eine gute Lebensqualität bietet. Wenn bei diesen PatientInnen Multimorbi-

dität, soziale und hauswirtschaftliche Versorgungsprobleme kumulieren, bleibt ihnen oft nichts anderes übrig, als sich den institutionellen Anforderungen anzupassen und damit Unter- und Fehlversorgung oder gar den ungewollten Umzug ins Pflegeheim zu riskieren. Geht es um Fragen der sozialen Teilhabe und Lebensfreude, sieht es noch schlechter aus: Wer im Alter gebrechlich wird und unter Mobilitätseinschränkungen leidet, stellt schnell fest, dass sich für die Befriedigung dieser Bedarfe niemand zuständig fühlt. Gesundheitsförderung findet kaum statt.

Auf der Suche nach Lösungen für diese eigentlich altbekannten Probleme steht seit längerem das Quartier im Mittelpunkt (vgl. z.B. www.netzwerk-song.de). Ausgehend davon, dass die allermeisten Menschen im Alter nicht mehr umziehen, sondern auch bei Pflegebedarf am liebsten in ihrer Wohnung bleiben möchten, sollen den politischen Willensbekundungen landauf landab zufolge in Kiezen und Landkreisen die dafür nötigen Infrastrukturen geschaffen werden. Es liegt auf der Hand, dass an der Bewältigung dieser komplexen Anforderungen viele unterschiedliche Akteure beteiligt werden müssen, deren Interessen keineswegs einheitlich sind. Es geht schließlich nicht nur um medizinische Diagnostik und Therapie sowie Satt-und-Sauber-Pflege, sondern um Haushaltsorganisation, Wohnen, soziale Beziehungen in Familien und Nachbarschaften, Alltagsmobilität, soziale Teilhabe, zusammengefasst um die Rahmenbedingungen

für einen selbstbestimmt gestalteten Lebensabend. Die Wohnumgebung gilt außerdem als wichtiges Setting zur umfassenden Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Älterer (Heusinger 2011). Quartiersbezogene Vernetzung gilt daher als Schlüssel zum Erfolg. Aber was macht eine erfolgreiche Netzwerkarbeit aus?

Am Institut für Gerontologische Forschung (www.igfberlin.de) haben wir in verschiedenen Projekten zu Netzwerken gearbeitet, aus denen sich einige Schlussfolgerungen ziehen lassen, obwohl es insgesamt erst wenige Analysen professioneller Vernetzung rund ums Alter gibt (vgl. z.B. Schubert 2008). Dennoch lassen sich typische Probleme benennen. Eines davon ist, dass niedergelassene ÄrztInnen – anders als engagierte Pflegedienste – kaum für das Engagement in diesen Netzwerken zu gewinnen sind. Überhaupt tendieren die Vernetzungsbestrebungen dazu, sich auf Angebote rund um Pflege und Versorgung zu fokussieren, obwohl diese Anbieter häufig in scharfer marktwirtschaftlicher Konkurrenz zueinander stehen. Dennoch nennen sie Vorteile: gemeinsame Qualifizierungen und Qualitätsentwicklungen, Öffentlichkeitsarbeit, Entwicklung neuer Angebote. Hier gibt es sehr erfolgreiche Beispiele wie den »Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.« (www.qvnia.de), dem u.a. drei Krankenhäuser, aber keine Arztpraxis angehören.

Ein gemeinsames Kennzeichen erfolgreicher Netzwerke ist ihre basisdemokratische Organisation, die als Voraussetzung für die





Zusammenarbeit trotz widerstreitender Interessen gelten kann. Sie kann zwar das Machtgefälle zwischen (ökonomisch und/oder sozial) unterschiedlich potenten Partnern nicht aufheben, jedoch Transparenz und damit Vertrauen herstellen. Die meisten Vernetzungen mit Quartiersbezug arbeiten ehrenamtlich, nur wer kann, legt seine Aktivitäten in die Arbeitszeit oder wird dafür freigestellt. Eine gewisse Professionalisierung der Strukturen, z.B. durch ein kleines Sekretariat, über das der Informationsfluss gesichert und die Ansprechbarkeit nach außen sichergestellt wird, hat sich häufig bewährt.

Wenn sich Netzwerke für weitere Akteure z.B. der offenen Altenhilfe und der Wohnungswirtschaft öffnen, können sie den Bedarfen der Älteren umfassender gerecht werden und haben größeres Potenzial für Synergien und gemeinsames Auftreten, denn es geht immer auch darum, Ressourcen für Veränderungen zu mobilisieren. Senioren- oder Pflegeberatungsstellen wissen viel über ihre Klientel und können detailliertes Wissen über Versorgungsangebote und -lücken einbringen. Das kann allerdings nicht die Beteiligung der Betroffenen selbst ersetzen. Neben gewählten SeniorenvertreterInnen kommen hierfür auch andere Methoden der Beteiligung wie öffentliche Diskussionsveranstaltungen im Quartier, Beiräte oder Arbeitsgruppen in Frage. Dadurch erweitert sich das bearbeitete Themenspektrum, was zwar die Projektsteuerung anspruchsvoller macht, dafür aber die Wirksamkeit und bei Gelingen auch die langfristige Motivation verbessert.

In der Berliner Großwohnsiedlung Märkisches Viertel gelang es dem Netzwerk MV (www.netzwerkmv.de) beispielsweise, einen ehrenamtlichen Besuchsdienst zu initiieren oder einen Seniorenstadtplan mit allen An-

geboten zu erstellen. Es begleitet alle Entwicklungen im Quartier aktiv und kritisch und setzt sich unter dem Motto »Hier will ich bleiben« dafür ein, dass alle Alten, so lange sie wollen, in ihrer Wohnung und im Quartier bleiben können. Ohne eine offensive ideelle und möglichst materielle Förderung von kommunalpolitischer Seite sind Erfolge allerdings nur schwer zu erzielen, wie der Vergleich verschiedener Regionen zeigt (Heusinger/Falk 2011).

Neben den erreichten Veränderungen in den jeweiligen Quartieren werden von engagierten NetzwerkerInnen immer wieder die verbesserte Zusammenarbeit auf vielen Ebenen und die Senkung von Transaktionskosten als positive Effekte benannt. Die Möglichkeit, Älteren – also oft den eigenen KundInnen – eine umfassendere und bedarfsgerechtere Versorgung anzubieten, gerade weil andere Anbieter bekannt und die Wege kurz geworden sind, wird ebenfalls positiv bewertet.

Von einer besseren Zusammenarbeit der lokalen Akteure können schließlich gerade die sozial benachteiligten Alten oder diejenigen mit Migrationshintergrund profitieren. Sie finden den Zugang zu Hilfen in der Regel über ihr soziales Netzwerk – das oft selbst nicht gut informiert ist – oder über niedrigschwellige Angebote in ihrer unmittelbaren Lebenswelt, die jedoch nicht pflegespezifisch sind (Falk et al. 2011). Sind die MitarbeiterInnen dort gut vernetzt und ist das lokale Netzwerk aktiv und bekannt, haben sie weit bessere Chancen, ohne weitere Umwege Unterstützung zu finden – und vielleicht selbst Ideen und Wünsche einzubringen.

Ihre ÄrztInnen sind zwar für fast alle alten Menschen sehr wichtige AnsprechpartnerInnen, als Wegweiser zu Hilfen für einen selbstbestimmten Alltag treten sie jedoch kaum in Erscheinung. Umgekehrt kommt

ärztliches Wissen über Ressourcen, Bedarfe und Nöte der PatientInnen in den Netzwerken nicht an. Dadurch werden soziale und gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt, denn in die bestehenden Versorgungslücken stolpern vor allem diejenigen, die sie nicht aus eigener Kraft umgehen können. Letztlich ist so auch das Ergebnis ärztlichen Handelns gefährdet: Präventionspotenziale bleiben ungenutzt, Rehabilitationsansprüche werden nicht durchgesetzt, Selbstbestimmung und Lebensqualität bleiben auf der Strecke.

Professionsübergreifende Vernetzung auf regionaler bzw. Quartiersebene kostet Zeit, Geld, Phantasie, Hartnäckigkeit und nicht zuletzt Geduld, ist aber auch lehrreich, produktiv und kann Spaß machen. Und ohne sie wird eine menschenwürdige Versorgung der wachsenden Zahl alter Menschen mit geringen Einkommen langfristig kaum zu haben sein.

** Josefine Heusinger ist Soziologin und arbeitet am Institut für Gerontologische Forschung e.V. in Berlin; Arbeitsschwerpunkte: Soziale Ungleichheit, Soziale Gerontologie, Pflege und Versorgungsfor-*
schung, Gesundheitsförderung, Casemanagement

Literatur

Katrin Falk, Josefine Heusinger, Kerstin Kammerer, Meggi Khan-Zvornicanin, Susanne Kümpers, Michael Zander: »Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier«, Berlin 2011

Josefine Heusinger: »Vernetzung im Stadtteil als Motor settingbezogener Gesundheitsförderung im Alter«, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hg.): »Die Gesellschaft und ihre Gesundheit«, Wiesbaden 2011, S. 635-667

Josefine Heusinger/Katrin Falk: »Selbstbestimmt trotz Armut, Alter, Krankheit?! Ein Projektbericht«, in: Dr. med. Mabuse 4/2011, S. 48-50

Herbert Schubert (Hg.): »Netzwerkmanagement«, Wiesbaden 2008

Ein neugeborener Junge hat heute eine Lebenserwartung von 77,2 Jahren, ein neugeborenes Mädchen bei uns von 82 Jahren. Man kann davon ausgehen, dass sich pro Jahr die Lebenserwartung des Neugeborenen um 3 Monate verlängert ... Der 60-Jährige hat schon heute noch eine durchschnittliche weitere Lebenserwartung von etwa 25 Jahren. Das heißt: wenn man heute in Rente geht, dann hat man noch mehr als ein Viertel seines Lebens vor sich – bei besserer Gesundheit und höherer Kompetenz, als dies vor Jahrzehnten der Fall war.

(Ursula Lehr: »Älter werden – Aktiv bleiben – Eine Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit«, Vortrag bei Satellitenveranstaltung des 16. Kongress Armut & Gesundheit, Berlin 2. Dezember 2010)

Zivilcourage und Ehrlichkeit...

... sonst ändert sich nichts in Alten- und Pflegeheimen

Ein Interview mit Claus Fussek*

Eine kritische Analyse des Umgangs mit alten Menschen in Deutschland kommt kaum an Claus Fussek vorbei, der seit Jahrzehnten öffentlich für eine menschenwürdige Pflege kämpft. Wir dokumentieren hier ein Interview mit ihm, in dem er mehr Courage und Verantwortlichkeit auch und gerade von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten fordert.

Herr Fussek, Sie prangern seit Jahren Missstände in der Altenpflege an. Getan hat sich Ihrer Meinung nach wenig. Wie schätzen Sie derzeit die Situation der Altenpflege in Deutschland ein?

Nicht anders als vor zehn oder zwanzig Jahren. An der dramatischen Situation für pflegebedürftige Menschen hat sich leider kaum etwas verändert. Niemand möchte das wahre Ausmaß der Pflegekatastrophe zur Kenntnis nehmen. Was man nicht sehen möchte, gibt es auch nicht! Sehr viele Funktionäre (nicht alle!) der Ärzte- und Pflegeverbände, Kostenträger, Medizinischer Dienst (MDK), Sozialanwälte, Pflegewissenschaft und viele Heimbetreiber kennen doch die Probleme und leugnen, relativieren, ignorieren und bagatellisieren diese in unverantwortlicher Weise! Sie verdienen sehr gut daran, dass fast alles so bleibt, wie es ist.

Um die Pflege und Betreuung neu zu gestalten, fordern Sie vor allem eines: Ehrlichkeit. Was meinen Sie damit konkret?

Die Situation ist doch absurd: Es ist längst nicht mehr fünf vor zwölf. Wir befinden uns in einer Phase, wo ein Umdenken nur noch durch radikale Schritte zu erreichen ist. Die Defizite in der Alten- und Krankenpflege, die Arbeitsbedingungen, der Personalmangel sind längst bekannt und werden seit Jahren öffentlich kritisiert. Die Anzahl der wissenschaftlichen Studien und Gutachtenberge ist unüberschaubar. Viele Menschen sind in Heimen und Krankenhäusern tätig und tragen dort die Verantwortung! Es wissen doch Alle Bescheid: Pflegekräfte, Heimleitungen, Angehörige, Besucher, gesetzliche Betreuer, Haus-, Fach- und Heimärzte, Altenpflegeschulen, Rettungssanitäter, Notärzte, Pflegekräfte und Ärzte in den Kliniken, Reinigungskräfte, Bestatter,

Betriebsräte, Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsicht, Kostenträger, Seelsorger, Therapeuten usw.

Welche strukturellen Änderungen sind nötig, um die Situation in der Pflege zu verbessern?

Hier haben wir nun wahrlich keinerlei Erkenntnisprobleme... Die zahlreichen »Leuchttürme«, »Best Practice«-Beispiele können jederzeit besucht und in unzähligen Fachbüchern, Fachzeitschriften und im Internet nachgelesen werden. Schlechte Heime müssen vom Markt, gute Einrichtungen müssen stärker unterstützt werden!

Für die Missstände und Strukturen in der Altenpflege gibt es Verantwortliche und Zuständige. Wer ist das und was werfen Sie Ihnen vor?

Ich begreife auch nicht, warum so viele Pflegekräfte und Ärzte immer noch mitmachen. Die meisten haben offensichtlich mehr Angst vor ihren eigenen KollegInnen und Vorgesetzten als vor dem Staatsanwalt. Wo sind ethische Verantwortung, Zivilcourage, »Hippokratischer Eid« und Selbstachtung geblieben? Gibt es noch so etwas wie Selbstbewusstsein und beruflichen Ehrenkodex in den Pflegeberufen? Alten- und Krankenpflege gehören zu den krisensichersten Berufen dieser Gesellschaft. Das aktuell erstrittene »Whistleblower«-Urteil der muti-

gen Altenpflegerin Brigitte Heinisch vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ist doch peinlich für die meisten Wohlfahrtsverbände, Heimbetreiber, Berufsverbände, aber auch für einen Teil der Pflegekräfte, die kritische KollegInnen immer noch als »Nestbeschmutzer« mobben und im Stich lassen!

Sie gelten bei einigen als Nestbeschmutzer, als einer, der das öffentliche Bild der Altenpflege zerstört und die Rahmenbedingungen noch schwerer macht, obwohl viele in der Pflege Tätigen ihr Bestes tun, um die Pflege voran zu bringen. Wie begegnen Sie diesen Vorwürfen?

Seit vielen Jahren erhalte ich täglich zahlreiche Emails, Anrufe und Briefe von zweifelten Pflegekräften und Angehörigen aus der bundesdeutschen Pflegeszene (weit über 40000 in den vergangenen 15 Jahren, davon zwei Drittel von Pflegekräften!) Leider melden sich nur ganz wenige mutige Ärzte und Notärzte (nur anonym!) und berichten mir von schrecklichen Zuständen, die sie bei Besuchen in Pflegeheimen erleben. Ich war fassungslos, als mir ein Klinkarzt (»ganz im Vertrauen, unter der Hand«) erklärte: »Wenn wir ehrlich sind ... jeder Oberschenkelhalsbruch, jeder Decubitus ist doch auch ein Wirtschaftsfaktor in der Chirurgie, sichert dort die Arbeitsplätze!« Leider gelten auch kritische und verantwortungs-





bewusste Ärzte oft immer noch als »Nestbeschmutzer«.

»Meine« Kritiker empören sich nicht über die Zustände in den Pflegeheimen, haben kein Mitgefühl mit den pflegebedürftigen Menschen und den verzweifelten Pflegekräften. Niemand schämt und entschuldigt sich. Sie sorgen sich ausschließlich um den Ruf der Pflegebranche: Empörung nur wegen der Veröffentlichung der Missstände, der »Skandalisierung und Verunglimpfung der Heime«, des »Generalverdaches aller Pflegekräfte«, es handelt sich doch »nur um ein paar bedauerliche Einzelfälle, schwarze Schafe«... usw.) Statt einer Allianz des Schweigens, Wegschauens, Relativierens und Schönredens brauchen wir endlich eine Allianz der gemeinsamen Verantwortung, Partnerschaft, der Zivilcourage und eine ehrliche, transparente Diskussion. Es geht uns doch früher oder später alle selber an. Wir brauchen viele kritische, selbst- und verantwortungsbewusste, mutige Menschen in der Pflege und Medizin, viele »Nestbeschmutzer«.

Es gibt sie aber dennoch, die gute Heime und Träger, die öffentlich zu Ihnen stehen und mit Ihnen zusammenarbeiten. Das betonen Sie immer wieder. Was macht den Unterschied aus?

Ein Pflegeheim ohne Mängel kann es nicht geben. Entscheidend für eine gute Einrichtung ist, wie mit ihren Fehlern und Beschwerden umgegangen wird. Eine weitere banale Erkenntnis: »Der Fisch stinkt vom Kopf!« Ich habe in den vergangenen Jahren zahlreiche Geschäftsführungen, Heimleitungen und Pflegekräfte kennengelernt, denen ich meine Eltern anvertrauen würde! Das Konzept ist denkbar einfach: Zufriedene Mitarbeiter, die sich mit ihrem Arbeitsplatz identifizieren und ein fairer, offener, ehrlicher, wertschätzender Umgangston mit allen MitarbeiterInnen. In diesen Häusern gibt

es kaum Personalfuktuation und eine niedrige Krankheitsquote. Engagierte Kräfte zeigen Leidenschaft, Begeisterungsfähigkeit, Kreativität, fachliche und soziale Kompetenz und Veränderungsbereitschaft. Diese Motivation kann es selbstverständlich nur in einer angstfreien Arbeitsatmosphäre geben, wo Mobbing ein Fremdwort ist. Eine offene Beschwerdekultur, ein gelebtes Leitbild, familienfreundliche Arbeitszeiten, tarifliche Bezahlung und viele Auszubildende ergänzen das Bild eines offenen Heimes. In diesen Einrichtungen ist Transparenz selbstverständlich und für Pflegenoten interessiert sich niemand.

Herr Fussek, Ihre Schilderungen fußten bislang in erster Linie auf Erfahrungsberichten Anderer. In den vergangenen 15 Jahren haben Sie über 40 000 Briefe, Emails und Anrufe von Pflegekräften und Angehörigen erhalten, die Missstände in der Pflege beklagen. Nun kommt eine andere, persönliche Perspektive hinzu: Ihre Mutter ist pflegebedürftig und wird zu Hause versorgt. Was bedeutet das für Sie – und wie erleben Sie die Pflege? Erschwert der Nachname Fussek die Situation? Wie reagieren die Verantwortlichen und Pflegemitarbeiter in der Einrichtung?

Seit ca. drei Jahren sind meine beiden Geschwister und ich pflegende Angehörige. Unsere 81-jährige Mutter hat schwere Altersdepressionen und lebt mit unserem 89-jährigen Vater in der Nähe von München in der eigenen Wohnung. Wir kümmern uns rund um die Uhr, mit Unterstützung einer (legalen) festangestellten Krankenschwester, die tagsüber (Werktags) bei den Eltern ist. Wir haben sehr unterschiedliche Erfahrungen in drei psychiatrischen Kliniken und zwei Akutkrankenhäusern gemacht. Es hat sich in den meisten Einrichtungen schnell herumgesprochen, »dass die Mutter vom Fussek hier ist«. Wir hatten viele sehr inter-

essante Gespräche mit engagierten Pflegekräften, die mir ihre Probleme anvertrauten, aber anonym bleiben wollen. Obwohl meine Mutter keine Vorzugsbehandlung wollte, war diese wohl nicht zu vermeiden. Auch viele Patienten und Angehörige haben mich angesprochen und wollten meine Visitenkarte. Alle hatten eigene, leider meistens negative Erfahrungen. Auch ich musste in einer Klinik erleben, dass meine Mutter mich gebeten hat, mich nicht zu beschweren, obwohl die Zustände Anlass genug gegeben hätten. Hier hat der Name nicht geholfen. Die Pflege meiner Mutter wurde häufig genauso unzureichend ausgeführt, wie bei den anderen Patienten.

Eine weitere schmerzhaft persönliche Erkenntnis: Je größer die Verzweiflung, desto niedriger werden die Ansprüche! Angehörige und auch engagierte Pflegekräfte werden mit diesem Alptraum alleine gelassen! Eines der größten Probleme »der Alten« ist die Einsamkeit.

Angesicht Ihrer jahrzehntelangen – und nun auch persönlichen – Erfahrung: Haben Sie überhaupt noch Hoffnung, dass sich etwas zum positiven ändert?

Seit über 30 Jahren arbeite ich im Leitungsteam eines ambulanten Pflegedienstes. Zuvor hatte ich fünf Jahre in einer Einrichtung für Menschen mit Körperbehinderung gearbeitet. Wenn mir jemand vor ca. 20 Jahren gesagt hätte, dass es so viele schwere Missstände und Menschenrechtsverletzungen in bundesdeutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern geben würde, ich hätte diesen Menschen zum Arzt geschickt! Besonders grausam empfinde ich die oben beschriebene gewaltige Allianz des Schweigens, die mich sehr stark an die Missbrauchsdiskussion in den Kirchen erinnert. Bei der Recherche für unser Buch, »Im Netz der Pflegemafia – wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden« haben wir trotz unserer kritischen Thesen viel Zuspruch erfahren. Solange gute Pflege in diesem System bestraft wird und man an den Folgen schlechter Pflege sehr viel Geld verdienen kann, solange wird sich an den Missständen nichts ändern können. Es verdienen zu viele Verantwortliche in der Pflege daran, das sich nichts bewegt!

* Claus Fussek (Jg. 1953) ist Dipl. Sozialpädagoge FH, Mitglied im Leitungsteam des ambulanten Pflegedienstes »Vereinigung Integrationsförderung« e.V. in München, Mitautor des Buches Claus Fussek/Gottlob Schober: »Im Netz der Pflegemafia – wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden«, Gütersloh 2008

(Dieses Interview ist in einer gekürzten Fassung in der Zeitschrift: »CAREkonkret. Die Wochenzeitung für Entscheider in der Pflege« erschienen)

Patronisierung strikt vermeiden!

Linus S. Geisler* über das Gespräch mit alten PatientInnen

Was Linus S. Geisler für das Gespräch zwischen Arzt und älteren PatientInnen postuliert, lässt sich durchaus erweitern auf alle PatientInnen...

»Alle möchten lange leben,
aber keiner möchte alt sein.«
Benjamin Franklin

Den alten Patienten gibt es nicht. Altern erfolgt heute differenziell: Menschen gleichen Jahrgangs sind unterschiedlich alt. Junge Alte, alte Alte und Hochbetagte bilden ein heterogenes Kollektiv. Es gibt jedoch, was Gesundheit und Krankheit angeht, eine Reihe von typischen Verhaltens- und Reaktionsmustern im Alter, derer man sich als Arzt bewusst sein sollte.

Sprachliche Entmündigung

Im Gegensatz zur »Jugendsprache« existiert keine gleichmäßige und stereotype »Altersprache« im engeren Sinne. Sprache im Alter ist also kein Soziolekt, d.h. ein Sprachsystem einer sozial definierten Gruppe. Dies schließt allerdings nicht aus, dass es im Alter wiederkehrende sprachliche Verhaltensweisen gibt. Sie werden häufiger als angenommen durch externe Faktoren, sprich durch Kommunikationspartner mitbestimmt¹. Ältere Menschen passen ihr Gesprächsverhalten oft den vermuteten Erwartungen an, die man mit Älteren verbindet (langsame Sprechgeschwindigkeit, reduzierter Wortschatz etc.). Immer wieder kann man beobachten, dass Unterhaltungen zwischen jüngeren Pflegekräften und älteren Patienten sich nicht von Unterhaltungen zwischen Erwachsenen und zweijährigen Kindern unterscheiden, unabhängig von den kognitiven Fähigkeiten der Patienten². Das Kommunikationsverhalten entspricht dann einer »sekundären Babysprache«. Aus dieser sprachlichen Überanpassung kann sich ein Teufelskreis entwickeln, der zu einer sprachlichen Entmündigung führt.

Kommunikation als zirkulärer Vorgang

Hier wird ein Grundprinzip der Kommunikation deutlich: Wenn Kommunikation im weitesten Sinne bedeutet, sich zu verhalten und auf andere einzuwirken, so heißt dies zwangsläufig auch, dass die Kommunikation des einen Kommunikationspartners die des anderen beeinflusst und dessen Kommuni-

kationsverhalten wieder auf den einen zurückwirkt³. Die Qualität der Kommunikation ist daher von großer Bedeutung für die Befindlichkeit der Beteiligten und die Qualität der ärztlichen Arbeit⁴.

Gesprächsgrundlagen

Für das Gespräch mit älteren Menschen sind einige Grundannahmen unverzichtbar:

- Die Lebensgeschichte ist ein wesentlicher Schlüssel zum Verständnis des Krankheitserlebnisses und der Krankheitsauslegung. Der Philosoph Odo Marquard schreibt: »Denn die Menschen: das sind ihre Geschichten. Geschichten aber muss man erzählen ... und je mehr versachlicht wird, desto mehr – kompensatorisch – muss erzählt werden: Sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie.«⁵
- Im Alter gelten besondere diagnostische und therapeutische Grenzen. Sie sind am besten durch das Gespräch auszuloten.
- Der Arzt ist nicht selten der einzige, und manchmal auch der letzte soziale Kontakt des alten Menschen. Daher sollte er dessen soziale Belange kennen.

Voreingenommene Wahrnehmung

Eine voreingenommene Beurteilung des Verhaltens älterer Menschen kann dazu führen, dass jüngere Menschen die Verhaltensweisen Älterer selektiv wahrnehmen: Sie reagieren nur auf solche, die mit ihren Erwartungen übereinstimmen, und ignorieren die, die



nicht zu ihren Erwartungen passen. So kann das weit verbreitete Vorurteil, dass ältere Menschen weniger kompetent sind, zur Folge haben, dass Jüngere das Verhalten Älterer als durchgehend defizitär einstufen und sinnvolle Handlungsweisen gar nicht erst wahrnehmen.

Diskriminierung durch Ageismus

Kommunikationsdefizite und -störungen vollziehen sich – meist unbewusst – auch vor dem Hintergrund einer neueren Form von Diskriminierung, die mit dem Begriff des Ageismus beschrieben wird⁶. Ihre drei »Maskierungen« sind:

- Schwierigkeiten, die Perspektive von alten Menschen einzunehmen. Daraus resultiert
- eine realitätsferne Wahrnehmung der Lebenssituation alter Menschen, und
- dass verdeckte Aversionen und Aggressionen gegen alte Menschen wirksam werden (Misshandlungen in Altenheimen!).

Eine solche Haltung muss sich zwangsläufig auf die Einfühlung in die Lebenswelt alter Menschen auswirken und kann so indirekt auch Entscheidungen über notwendige medizinische Maßnahmen verfälschen.

Patronisierende Kommunikation

Einfühlung, Respekt und Fürsorge bilden die Matrix einer gelungenen Kommunikation mit älteren Menschen. Mangelnde Einfühlung und fehlender Respekt äußern sich in einer Handlungsweise, die als Patronisierung bezeichnet wird⁷. »Patronizing« bedeutet im Englischen gönnerhaftes, herablassendes Verhalten. Patronisierung spiegelt sich in typischen sprachlichen Merkmalen wider. Die Auflistung dieser Merkmale bildet gleichzeitig den Katalog der kommunikativen Todsünden und wichtigsten Verstöße im Gespräch mit älteren Menschen (siehe Tab. S. 15). Sie betreffen Vokabular, Grammatik, Themenbildungen sowie vokale und non-verbale Merkmale der Kommunikation.

Folgen der Patronisierung

Patronisierende Kommunikation führt zu einer Reihe typischer Fehlverhaltensweisen:

- Entmündigungsstrategien, die sich in Herablassung, infantilisierenden Redewendungen und Verwendung des »Pluralis majestatis« ausdrücken. (»Waren wir heu-

te schon auf dem Töpfchen?«) Sie verstärken das Gefühl der Hilflosigkeit und Unselbstständigkeit und fördern regressive Tendenzen.

- Verharmlosung und Bagatellisierung: Beliebte Satzhülsen wie » ... das ist halb so schlimm«, » ... es wird schon wieder werden«, » ... das kriegt fast jeder ältere Mensch« usw. zeugen von mangelnder Empathie und verhindern in aller Regel eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung.
- Formulierungen, die dem alten Menschen seine Gedächtnis- und Merkfähigkeitsprobleme vor Augen führen (» ... das haben Sie mir schon ein paar Mal erzählt«, » ... es ist immer wieder das Gleiche, worüber Sie klagen«, » ... Sie müssen sich doch erinnern, ob Sie diese Tabletten gestern eingenommen haben oder nicht«).
- Pädagogische Zurechtweisungen (»Alte Leute weinen nicht!«)

Patronisierung erkennen und strikt vermeiden!

Das konsequente Vermeiden von patronisierender Kommunikation ist das A und O für ein einführendes und erfolgreiches Gespräch mit älteren Patienten. Allerdings ist ein patronisierender Gesprächsstil häufig tief eingefahren und läuft für den Sprechenden weitgehend unbemerkt ab. Die beste Abwehrmaßnahme besteht darin, sich selbst immer wieder kontrollierend zuzuhören und dabei genau auf typische patronisierende Gesprächsmerkmale zu achten.

Altersspezifische Gesprächshindernisse: Depression und Demenz

Wortfindungsprobleme, Gedächtnisstörungen, sprachliche Verlangsamung und Verarmung sowie Störungen der Kognition können vor allem im höheren Alter schwierige Gesprächshürden bilden. Sie werden nicht selten undifferenziert und zu rasch als Folgen einer Demenz klassifiziert. Dabei wird übersehen, dass die im Alter häufigen Depressionen zu ähnlichen Kommunikationsproblemen wie Demenzen führen können. Da Depressionen gut therapierbar sind, ist auch die Chance einer Verbesserung der Gesprächsfähigkeit gegeben. Eine saubere Differenzierung zwischen Altersdepression und Demenz ist daher unerlässlich, ganz abgesehen von der deutlich erhöhten Suizidalität älterer depressiver Menschen.

Typische sprachliche Frühzeichen von Demenz sind⁸:

- Wortfindungsstörungen, die auch durch äußere Hilfsangebote kaum deblockierbar sind
- Schwierigkeiten, eine Kette von zusammenhängenden Ideen und Vorstellungen

zu entwickeln oder ihnen zu folgen (»roter Faden« geht verloren)

- Das Dialogthema wird abrupt »vergesen« oder gewechselt.
- Schwierigkeiten, bildhafte Ausdrücke richtig zu deuten oder Humor und Ironie als solche zu erkennen
- Perseverationen (»Hängenbleiben« an einem Gedanken oder einer sprachlichen Äußerung ohne Rücksicht auf den Fortgang des Gesprächs)

Kommunikation mit Alzheimer-Kranken

Für das Gespräch mit Patienten, die an Alzheimer-Demenz leiden, hat sich folgendes Vorgehen bewährt⁹

- Verständnisvolle Grundhaltung
- Geduld! Zeit geben für Reaktionen oder Entgegnungen
- Klare Anweisungen in einfachen, kurzen Sätzen
- Deutliche und bestimmte Sprache
- Konkrete Angaben wie Zeit, Datum, Ort und Namen bieten Erinnerungshilfen
- Wichtige Informationen bei Bedarf wiederholen
- Nicht diskutieren, Anschuldigungen überhören
- Statt auf der eigenen Meinung zu beharren, ablenken und einlenken
- Lob bei richtigem Reagieren durch Worte, Berühren, Lächeln oder Ähnliches

Aktives Zuhören

Aktives Zuhören ist die wichtigste Gesprächstechnik. Dies gilt in besonderem Maße für das Gespräch mit älteren Menschen. Aktives Zuhören ist an drei Voraussetzungen gebunden:

- Authentisches und nicht nur »professionelles« Interesse am Gesprächspartner
- Fähigkeit und Bereitschaft zuzuhören
- Völlige (auch mentale!) Präsenz

Aktives Zuhören bedeutet »aufnahmebereite Zuwendung«. Es ermöglicht nicht nur das Gesprochene zu erfassen, sondern auch ein Ohr für Hintergründe, Unausgesprochenes und Zwischentöne zu entwickeln. Aktives Zuhören ist das komplementäre Element zum Sprechen. Beide Einzelelemente sind Fragmente, die für sich alleine kein vollwertiges Gespräch ausmachen. Erst die Verflechtung von aktivem Zuhören und Sprechen ermöglicht ein erfolgreiches Gespräch¹⁰.

Fazit

Die Dialogfähigkeit alter Menschen hängt nicht nur von ihrem verbliebenen psychophysischen Potential ab, sondern auch da-

Sprachliche Merkmale patronisierender Kommunikation

Vokabular

- Vereinfacht
- Vermeiden mehrsilbiger Wörter
- Kindliche Begriffe (»Baby-Talk«)
- Verkleinerungen (z.B. bisschen, wenig, halt nur)
- Grammatik
- Vereinfachte Konstruktionen und Sätze
- Unnötig häufige Wiederholungen
- Imperative Sprechweise
- Fragmentarische Satzbildungen

Themensteuerung

- Eingeschränkte Themenwahl (z.B. Schwerpunkt auf der Vergangenheit, nur oberflächliche Inhalte)
- Unterbrechungen
- Ignorieren der Themen des Patienten
- Anredeformen
- Übertrieben familiär (»Oma«, »Opa«)
- Vornamen, Spitznamen oder Koseformen (z.B. »meine Liebe«)
- Kinderbezeichnungen (z.B. »gutes Mädchen«, »böser Junge«)
- Über den Patienten in der dritten Person sprechen, statt mit ihm zu sprechen

Vokale Merkmale patronisierender Kommunikation

- Hohe Stimmlage
- Übertriebene Intonation
- Zu lautes Sprechen
- Übertriebene Betonung
- Überzogen langsames Sprechen

Negative nonverbale Verhaltensweisen

- Sich vom Patienten abwenden
- Belächeln
- Hände in die Hüften stemmen
- Arme verschränken
- Abrupte Bewegungen

von, wie ihre Kommunikationspartner sie wahrnehmen. Diese Wahrnehmung ist nicht selten durch Altersvoreingenommenheit beeinflusst. Dies zu erkennen und zu überwinden ist wesentliche Grundlage für das Gespräch mit alten Menschen. Das gute Gespräch mit alten Menschen setzt Respekt, Einfühlung und Fürsorge voraus. Mangelnder Respekt ist die Hauptursache für eine »patronisierende Kommunikation«, die durch infantilisierende Merkmale geprägt ist und nonverbal Desinteresse und Geringschätzung signalisiert. Sie zu vermeiden, ist für das erfolgreiche Gespräch mit alten Patienten unabdingbar. Der gelungene Dialog

mit alten Menschen kann für Ärzte und Pflegekräfte von großer Befriedigung sein. Sie haben die Chance, dankbare Patienten zu erleben, weil diese sich in ihren physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen verstanden und angenommen fühlen.

* *Linus S. Geisler ist Facharzt für Innere Medizin und war Mitglied in der Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein und Sachverständiger der Enquete-Kommission »Ethik und Recht der modernen Medizin«.*

- 1 Reinhard Fiehler/Caja Thimm: »Sprache und Kommunikation im Alter«, Wiesbaden 1998
- 2 Frank Schirmacher: »Das Methusalem-Komplott«, München 2004, S. 164
- 3 Paul Watzlawick/Janet H. Beavin/Don D. Be-

vin: »Menschliche Kommunikation«, Göttingen 2000

- 4 Linus S. Geisler: Vortrag, www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech-qualitaets-sicherung.html
- 5 Zit. n. Renate Schernus: »Abschied von der Kunst des Indirekten«, in: Jürgen Blume et al.: »Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen«, Neumünster 1997
- 6 Franz-Joseph Illhardt: »Ageismus im Umgang mit alten Menschen«, ZfPG 8/1995, S. 9-16
- 7 Ellen B. Ryan: »Communication predicaments of aging«, in Journal of Language and Social Psychology, 14/1995, S. 144-166
- 8 Michael Schecker: »Sprache und Demenz«, in: [1]
- 9 Ingo Füsgen: »Demenz. Praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörung«, Braunschweig-Wiesbaden 2001
- 10 Linus Geisler: »Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch«, Frankfurt/Main 2002

Heute zählt die Jugendzeit bis 35 (so die Altersgrenze in allen Parteien, bei der Jungen Union, den Jungen Liberalen und den Jungsozialisten), ab 45 aber zählt man schon zu den »älteren Arbeitnehmern«, ab 50 ist man zu alt für jeden neuen Job und ab 55 gehört man bereits zu den Senioren; Seniorenwirtschaft, Seniorenmesse sprechen die 55pluser an. 35 Jahre jung, 10-15 Jahre erwachsen und dann 35/40 Jahre und mehr »alt«?

(Ursula Lehr: »Älter werden – Aktiv bleiben – Eine Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit«, Vortrag bei Satellitenveranstaltung des 16. Kongress Armut & Gesundheit, Berlin 2. Dezember 2010)

Selbstbestimmt bis zuletzt...

Dirk Müller* über Palliative Geriatrie

Sterbebegleitung beginnt weit vor dem unmittelbaren Sterben eines Menschen. Wenn auch dann noch Selbstbestimmung und Menschenwürde Maßstäbe des Handelns sein sollen, braucht es ein Konzept der Palliativen Geriatrie, das mehr ist als Palliative Care plus Geriatrie, so Dirk Müller.

Die meisten Menschen fragen sich, welches Lebensalter sie wohl erreichen werden oder wie ihr Lebensende aussehen könnte. Fragen, auf die die Realität klare Antworten gibt: Jede/r zweite BundesbürgerIn wird vor dem Lebensende pflegebedürftig; 80 Prozent wollen ihr Leben in der vertrauten Umgebung, im Kreise der Familie beenden. Die Menschen eint der Wunsch nach einem Leben und Sterben in Frieden, Würde und Selbstbestimmung. Die Wirklichkeit sieht jedoch häufig anders aus – die meisten Menschen sterben im Krankenhaus oder im Pflegeheim.

Doch wie kann – mit Blick auf die bestehende Realität – das Bedürfnis nach Lebensqualität in den letzten Tagen, ein Sterben in Würde auch außerhalb der eigenen vier Wände gewährleistet werden? Hospizarbeit (lat. *Hospitium*: »Gastfreundschaft«, »Herberge«) und Palliative Care (lat. *Pallium*: »Mantel«; engl. *Care*: »Umsorgung«) sowie die sich hieraus ableitende Palliative Geriatrie (Geriatrie: Altenheilkunde) bieten darauf Antworten. »Menschen wollen und brauchen ein beschwerdearmes und geachtetes

Leben bis zuletzt. Schmerzen, belastende Symptome, soziale oder seelische Nöte müssen gelindert werden. Es gilt, ethisch zu denken, zu handeln und den Willen eines Menschen zu respektieren«, ist die Ärztin und Pionierin der Palliativen Geriatrie Dr. Dr. Marina Kojer aus Wien überzeugt.

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass alte und hochbetagte Menschen eine »andere Form« der Palliative Care brauchen als TumorpatientInnen. Sie leiden unter ihrem körperlichen und/oder geistigen Verfall. Die Sehkraft lässt nach oder das Gehör, die Menschen fühlen sich dann einsam und warten, dass der Tag vergeht. Das wird auch bei Frau Mayer deutlich, einer hochbetagten Pflegeheimbewohnerin, die sagt: »Ich sitze hier und träume und weine. Ich weine, weil ich mich erinnere, wie schön das Leben war. Ich bin traurig, weil ich jetzt nichts mehr machen kann mit meinem Körper. Aber innerlich, da könnte ich noch tanzen!«

Charakteristikum palliativgeriatriischer PatientInnen sind die Multimorbidität,



chronische Erkrankungen und deren Todesnähe. Die Menschen sind häufig dement und leiden unter Schmerzen. Ihre Bedürfnisse können sie nicht mehr allgemein verständlich formulieren, denn sie sind zu krank, zu schwach, zu müde oder zu verwirrt, um sich verständlich mitteilen zu können. Es bedarf eines Betreuungsansatzes, der sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen vereint und sich immer mehr zugunsten palliativer Maßnahmen verschiebt. Leitlinie ist immer der Erhalt der Lebensqualität der betroffenen Menschen. Dabei gilt es, sich an den Prinzipien der Hospizarbeit zu orientieren, die Christoph Student beschreibt und die ich hier ergänze:

1. Der bald sterbende Mensch, die Angehörigen und Nahestehenden stehen im Zentrum aller Aktivitäten.
2. Den Betroffenen steht ein kompetentes, interdisziplinäres Team zur Verfügung,

Veranstaltungstipp:

Leben können. Sterben dürfen. Hospizkultur und Palliative Care als Wegbegleiter für eine neue Altenpflege.

6. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie am 7. Oktober 2011 von 9:30 bis 17:00 Uhr in der Konrad-Adenauer-Stiftung Berlin



das in der Arbeit mit Hochbetagten und im Umgang mit deren spezifischen Bedürfnissen erfahren ist.

3. ÄrztInnen und Pflegekräfte verfügen über gute Kenntnisse in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle.
4. In die Betreuung werden qualifizierte ehrenamtliche HelferInnen einbezogen.
5. Die kontinuierliche Versorgung der Betroffenen wird gewährleistet.

Vorraussetzung dafür ist das aktive Mitwirken und eine offene Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten. Es gilt, sich auf die hochbetagten Menschen einzulassen. Marina Kojer meint dazu: »Es geht darum, die Welt der alten Menschen zu respektieren, ihre Sprache zu sprechen.«

Palliative Geriatrie erfordert die konsequente Umsetzung eines ganzheitlichen Betreuungskonzepts, welches die folgenden Aspekte berücksichtigt.

- Es gilt, das Selbstwertgefühl der häufig demenzkranken Menschen zu betonen. Maßnahmen zur Förderung sozialer Aktivitäten und zum Erhalt der Kommunikationsfähigkeit tragen hierzu bei, wie auch die Milieugestaltung und eine geeignete Ernährung. Betreuungsangebote sind vielfältig und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt. Validation (eine Methode, um mit desorientierten Menschen zu kommunizieren) findet Einsatz.
- Es wird erörtert, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen die Lebensqualität des hochbetagten Menschen ermöglichen und welche nicht. Handlungsleitend ist deren Wille. Kann dieser nicht mehr bekundet werden, gilt der in einer Patientenverfügung vorausverfügte Wille, der anderenfalls als mutmaßlicher Wille zu ermitteln ist.
- Angehörige und Nahestehende sind wichtige Partner in der Betreuung der hochbetagten Menschen. Sie brauchen Trost und

sowie im Umgang mit demenzkranken Menschen. Sie beziehen Angehörige und Nahestehende in die Betreuung ein.

- Mit dem Anspruch einer ganzheitlichen medizinischen Behandlung werden Schmerzen und belastende Symptome gelindert oder beseitigt. Die Beobachtung und Erfassung von Schmerzen ist bei den Hochbetagten und/oder Demenzkranken besonders wichtig.
- Seelische Nöte wie z.B. Einsamkeit und Angst erfordern Zuwendung und Verständnis. Den Betroffenen steht ein begleitendes Angebot, z.B. unter Einbezug von SeelsorgerInnen oder PfarrerInnen zur Verfügung.
- Sterbebegleitung beginnt weit vor dem unmittelbaren Sterben eines Menschen. Der Übergang vom Sterben in den Tod geschieht würdevoll. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen eines Hospizdienstes werden ggf. einbezogen.
- Um den komplexen und sich rasch ändernden physischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen zu begegnen, ist die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen mit entsprechenden Kompetenzen im Team erforderlich. Hier sind gemeinsame Ziele und die Teamidentität wichtiger als die individuelle Berufszugehörigkeit, die Rangordnung oder die Ziele einzelner Berufsgruppen.
- Nicht alles kann von einer MitarbeiterIn oder einer Institution erbracht werden. Deshalb ist die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Partnern (z.B. Demenzbesuchsdienst, FachärztInnen,

Unterstützung. Gemeinsame Gespräche und Beteiligung helfen, die mitunter als schwierig erlebte Situation nachzuvollziehen und zu verarbeiten. Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen begleiten im Abschiednehmen.

• Qualifizierte und reflektierte Pflegekräfte stehen zur Verfügung. Sie verfügen über ausreichende Kenntnisse in der palliativen Pflege

Beratungsstelle, SeelsorgerInnen) wichtig. Alle lernen von einander und tragen ihre Kompetenzen im Interesse des Betroffenen zusammen.

- Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen werden vorbereitet und regelmäßig fortgebildet. Schwerpunktthemen sind: Pflege, Medizin, Demenz, Angehörigenarbeit, Kommunikation und Reflexion. Ein geeignetes Bildungsangebot ist das 40-stündige Curriculum »Palliative Praxis«.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Die Palliative Geriatrie sieht es als ihre wichtigste Aufgabe an, alten Menschen bis zuletzt ein selbstbestimmtes, beschwerdefreies und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende körperliche Symptome und seelische Nöte sollen gelindert werden. Die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen stehen im Mittelpunkt allen Handelns. Dabei soll es sich nicht um ein exklusives Angebot am unmittelbaren Lebensende handeln, sondern allen und immer zur Verfügung stehen.

** Dirk Müller ist examinierter Altenpfleger Palliative Care und arbeitet für das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie des Unionshilfswerks als Projektleiter und Fundraisingbeauftragter www.palliative-geriatrie.de, kompetenzzentrum/das-team.html, post@palliative-geriatrie.de*

Literaturtipp

Marina Kojer/MartinaSchmidl: »Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbarer demenzkranker Menschen«, Springer Verlag 2011

»Palliative Geriatrie. Alte Menschen am Lebensende begleiten und betreuen«, hg. vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie / UNIONHILFswerk 2010



Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Ute Greifenstein* über Alter in verschiedenen Kulturen

Alle Menschen können alt werden überall – aber was Alter in anderen Gesellschaften und Kulturen heißt, ist damit nicht überall das gleiche. Ute Greifenstein hat das Alter in verschiedenen Kulturen in Afrika und Asien untersucht und berichtet uns hier von Gemeinsamkeiten und Unterschieden.

»La vieillesse la poin de guérison«

Die allgemeine Kenntnis über die Rolle alter Menschen in anderen, sprich so genannten traditionellen nicht-westlich orientierten Kulturen kreist bei uns häufig zwischen Formeln wie: »Dort werden alte Menschen sehr geachtet«, »Alte Menschen nehmen eine wichtige Stellung in der Kultur ein«, »Dort werden alte Menschen nicht in Heime abgeschoben.«² oder in gegensätzlicher Art: »Alte Menschen werden dort ausgesetzt.«³ All diese Formeln weisen eher auf das alte klassische Wunschdenken eines edlen oder wahlweise grausamen Wilden hin, als auf eine adäquate wissenschaftliche Zuordnung der Stellung alter Menschen in ihrer jeweiligen Kultur.

Bei den überwiegenden positiven Darstellungen wird leider häufig Respekt mit wichtiger Stellung und Rolle in der Kultur verwechselt. Eine gehobene Stellung und eine besondere Achtung muss in fast allen Gesellschaften verdient werden. Und auch hier gibt es eine Reihe von Unterschieden im Grad der Anerkennung.

Allgemeingültige Aussagen im Fach Ethnologie zu machen, ist stets äußerst schwierig und riskant, da bei der Vielfalt der Entwicklung menschlichen Zusammenlebens stets ein Gegenbeispiel parat ist. Dennoch kann man feststellen, dass Menschen, die es verstanden haben, in einer schwierigen und feindlichen Umwelt ein hohes Alter zu erreichen, in allen Gesellschaften ein besonderer Respekt und Anerkennung ihrer Umwelt zukommt. Ganz bestimmt einfach auch deshalb, weil diese Menschen einen hohen Seltenheitswert besitzen⁴. Aber auch wenn es viele Ausnahmen gibt, lässt sich dennoch auch eine feste Anzahl an Universalien festhalten: So ist davon auszugehen, dass alte

Menschen immer eine Minderheit darstellen, und dass es stets mehr alte Frauen als alte Männer gibt. Ältere Menschen setzen in der Regel ihre Tätigkeiten in juristischen, politischen und zivilen Führungsbereichen fort, solange sie können, ebenso ihre ökonomischen Tätigkeiten. Letztere verschieben sich mit zunehmendem Alter dabei eher in Richtung Aufsichtsfunktion. In allen Gesellschaften gibt es eine gegenseitige Verantwortung zwischen Eltern und Kindern. Alle Gesellschaften schätzen Leben und versuchen es auch in höherem Alter zu verlängern.⁵

Der erhöhte Respekt zeigt sich zum Beispiel in vielen sogenannten traditionellen Gesellschaften durch institutionalisierte Begrüßungsrituale, die ältere Menschen bevorzugen. So gilt die Begrüßungsformel »Ich küsse Deine Füße«⁶ nur für alte und höhergestellte Menschen. Der Fairness halber muss erwähnt werden, dass man im Zweifelsfall Menschen natürlich immer sicherheitshalber als viel älter und höhergestellt identifiziert, sodass zuweilen auch jüngere Menschen unverdient in den Genuss einer solchen Begrüßung kommen können. Werden daher jüngere Frauen und Männer in vielen Gegenden Afrikas als Großmutter oder Großvater tituliert, führt dies mitnichten zu Zurückweisung wie bei uns, wo sich gestandene Großmütter dieser Bezeichnung durch Fremde erwehren, sondern die so angesprochenen fühlen sich durchaus geschmeichelt.

In den meisten sogenannten traditionellen Kulturen ist Freundlichkeit gegenüber Mitmenschen, insbesondere älteren Personen, viel stärker verankert, als die Kritik an deren Verhaltensweisen. Offene Kritik und Opposition gegenüber älteren Menschen, ob Nachbarn oder Verwandten sind in der Regel absolut tabu. Es geht sogar soweit, dass jüngere, sehr viel fähigere Personen das Zeppter stets den älteren überlassen, auch wenn sie genau wissen, dass diese mit ihren Aufgaben nicht zurecht kommen. Erst der vollkommen freiwillige Rückzug der älteren Person macht den Weg für den jüngeren Kandidaten frei. All dies kann dazu verleiten zu glauben, dass damit die Stellung eine höhere sei als in westlichen Ländern.

Aber auch wenn die Stellung einer Person vor allem an ihrer Leistung und ihrem

Verdienst an der Gesellschaft hängt, der bereits in jungen Jahren erworben wird, gibt es in vielen nicht-westlichen Gesellschaften einen Zuwachs an Respekt. Ein Beispiel für den Zuwachs an Respekt und Autorität mit zunehmendem Alter konnte ich bei meinen Forschungen über ältere Frauen auf der Insel Mauritius feststellen. Die Frauen heirateten stets in die Familie ihrer Männer ein.⁷ Viele der Frauen berichteten, dass sie es in jungen Jahren sehr schwer hatten. Sie erledigten alle unangenehmen Aufgaben und litten, manche mehr und manche weniger, unter der Knute ihrer Schwiegermütter⁸. Und dies im wahrsten Sinne des Wortes, denn einige erlebten auch körperliche Gewalt von Seiten dieser Damen. Erst mit der Gründung ihres eigenen Hausstands – ausgelöst durch den Tod der Schwiegereltern aber durchaus auch mit der Abgabe der »Sachen«⁹ der älteren Herrschaften an sie, gewannen sie zunehmend als weibliche Haushälterinnen an Einfluss und Lebenszufriedenheit. Die älteren Frauen verwalten in der Regel das Haushaltsgeld – mit anderen Worten, sie verfügen über das Einkommen von Schwiegertöchtern, Söhnen und dem Ehemann. Allerdings ist dieses Lebensmodell auf Mauritius zunehmend in Auflösung begriffen. In der Regel verbleibt der jüngere Sohn mit seiner Frau bei den Eltern, während die anderen Söhne ihren eigenen Hausstand gründen. In den Familien jedoch, bei denen die Familie bis zum Tod des letzten Elternteils zusammen bleibt, verfügt die Da-





me des Hauses aufgrund ihrer ökonomischen Überlegenheit über einen großen Einfluss sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie. Einige der älteren Damen lebten, eingedenk ihrer eigenen Konflikte in sehr gutem Verhältnis mit ihren Schwieger-töchtern. Es konnten aber auch sehr schwierige Situationen beobachtet werden. Der Prestige- und Respektzuwachs verläuft hier durchaus nicht reibungslos. Die Konflikte, die zwischen älteren und jüngeren Familienmitgliedern herrschen, spiegeln sich schließlich auch in Märchen und Geschichten wieder, in denen die jüngeren durch ihre Fähigkeiten, vor allem aber durch ihre Geduld, am Schluss stets den Sieg davontragen.¹⁰

Am Beispiel der Frauen auf Mauritius, die den Frauen auf dem indischen Subkontinent im großen und ganzen stark ähnelt, zeichnet sich ein Faktor ab, der für großen Respekt in allen Kulturen dieser Welt verantwortlich ist: nämlich die finanzielle Unabhängigkeit. Simmons beschreibt in seinem Werk die Verfügung über ökonomische Ressourcen als »Lebensretter«. So schreibt Nason über Etal, Mikronesien, dass eine alte Person mit Besitz keinerlei Furcht vor Vernachlässigung haben muss, da man sich, auch wenn die Verwandtschaft ausfällt, ihrer annehmen wird – in der Hoffnung, belohnt zu werden, so dass die meisten alten Leute bis zuletzt zumindest einen Teil ihres Besitztums erhalten.¹¹

In allen Gesellschaften bleiben alte Menschen so lange aktiv wie nur möglich. Neben dem Besitz ist die Verfügung über Spezialwissen in der Gesellschaft ein wichtiges Kriterium für ein hohes Ansehen alter Menschen. Da es mit zunehmendem Alter auch zu einer Zunahme an Wissen und Erfahrung kommt, gelten, insbesondere in schriftlosen Kulturen, alte Menschen als Bewahrer von Tradition und Wissen. So berichten Biesele und Howell, dass die !Kung etwa ab dem 60. Lebensjahr kaum noch zur direkten Subsistenz beitragen. Dagegen ist ihr Experten-

wissen hoch geachtet und geschätzt. Alte Leute gelten als großartige Geschichtenerzähler und Quellen des Wissens. Wenn jemand etwas nicht weiß, wird er grundsätzlich an eine ältere Person verwiesen. Man schätzt alte Menschen als kompetent in der Wassersuche¹² und in ihrem Wissen über das Verhalten von Tieren und Pflanzen.¹³

In diesem Zusammenhang darf erwähnt werden, dass der Anteil der über 60-jährigen bei den !Kung in der Dobe-Region in den 60er Jahren bei zehn Prozent lag. Die !Kung weisen damit durchaus Prozentsätze auf ähnlich manchen Industrieländern.¹⁴

In vielen Gesellschaften wird alten Menschen auch ein erweitertes Wissen in Bezug auf Magie und Hexerei zugeschrieben. Letzteres führt nicht immer zu großer Zuneigung, sondern häufig zu einem auf Furcht basierendem Respekt. Nach McKellin werden alte Menschen bei den Managalasen in der Oro-Provinz in Papua-Neuguinea wegen ihrer Zauberkraft geschätzt. Man geht davon aus, dass Menschen, die alt werden, eine sehr starke Seele haben. Diese schützt sie vor Krankheit, Besessenheit, Zauberei und Tod. Wobei die Alten, die sich durch Magie geschützt haben, ähnlich dem Zauberehring irgendwann selbst Opfer ihrer eigenen Kräfte werden.¹⁵ Colson und Scudder dagegen sprechen von der Furcht vor alten Menschen mit Zauberkraft im Gwembe-Disrikt in Sambia. Diese sei jedoch mit herzlich wenig Achtung gegenüber diesen Menschen gepaart. In vielen Gebieten Afrikas gibt es große Probleme für Menschen, insbesondere alte Frauen, wenn diese der Hexerei bezichtigt werden. Sie können sich kaum noch in ihren Dörfern halten und müssen fliehen.¹⁶

Ein großer Unterschied zwischen westlichen und sogenannten traditionellen Gesellschaften besteht darin, dass die Altersfestsetzung bzw. die Festsetzung, wer als »alt« gilt, bei letzteren nicht chronologisch erfolgt. Alter wird vor allem im Zusammenhang mit Rollenveränderung und -neubildung defi-

nier.¹⁷ Nach Kirkpatrick beispielsweise stellt Altern bei den Bewohnern der Marquesas-Inseln einen Prozess der Leistung und Reife dar.¹⁸ Über die Tuareg schreibt Spittler: »... Tuareg zählen die Jahre nicht. Fragt man einen Mann oder eine Frau nach ihrem Alter, dann sagen sie zunächst, sie wissen es nicht. Wenn man als Europäer insistiert und den Mann fragt, wie alt er ungefähr sei, nennt er vielleicht 30 Jahre. Wenn man das ungläu-

Doch die übliche Einteilung, von den sogenannten »jungen Alten« und ab 80 oder 85 von den »alten Alten« zu sprechen, ist problematisch. Manch einer ist schon mit 55 oder 60 ein »alter Alter«, andere sind noch mit 90 »junge Alte«. Das »functional age« ist ausschlaggebend, die Funktionsfähigkeit verschiedener körperlicher und seelisch-geistiger Fähigkeiten. Und diese Funktionsfähigkeiten sind keinesfalls an ein chronologisches Alter gebunden, sondern werden von biologischen und sozialen Faktoren, die während eines ganzen Lebens einwirken, mitbestimmt. Hier werden Schulbildung, berufliche Herausforderung, berufliches Training, Lebensstil und Reaktionen auf Belastungen ausschlaggebend. Vor allem aber fand man bei Langlebigen einen aktiven Lebensstil, der auf körperliches Training, auf vielseitige geistige Anregung achtet und das Zusammensein mit anderen Menschen schätzt ... Ein generelles Defizit-Modell des Alterns ist in Frage zu stellen. Dies wurde durch viele Studien widerlegt ... Fest steht: Gleichaltrige zeigen oft größere Unterschiede als Menschen, deren Altersunterschied 20 Jahre und mehr beträgt.

(Ursula Lehr: »Älter werden – Aktiv bleiben – Eine Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit«, Vortrag bei Satellitenveranstaltung des 16. Kongress Armut & Gesundheit, Berlin 2. Dezember 2010)

big zur Kenntnis nimmt und ihm sagt, er müsse älter sein, dann schlägt er 100 Jahre vor, um den Europäer zufrieden zu stellen. Schätzt man ihn auf 70 Jahre und nennt ihm diese Zahl, dann akzeptiert er bereitwillig und wird diese Altersangabe von 70 Jahren auch in den folgenden Jahren wiederholen, wenn ihn ein anderer Europäer danach fragt.«¹⁹ Nach Spittler liegt dies nicht an der Unfähigkeit der Tuareg zu zählen. Vielmehr verläuft die Strukturierung von Alter in anderer Art und Weise. Der Lebenslauf wird in Phasen eingeteilt und bei ihnen ist das Kriterium die Reife, die den Übergang von einer Stufe in die andere vermerkt und die sowohl körperliche wie geistig-moralische Kriterien umfasst.

Was wir von sogenannten traditionellen Gesellschaften lernen können ist, alte Menschen als Menschen zu sehen und nicht als Kostenfaktoren. Medizin, Wirtschaft und alles um uns herum sollten für die Menschen da sein und nicht umgekehrt. Für die Menschen selbst, ihr Selbstwertgefühl, ihre soziale Akzeptanz und damit auch für ihre Gesundheit an Körper und Geist spielt es eine große Rolle, welchen Respekt eine Kultur alten Menschen zugesteht. Werden alte Menschen vor allem als eine Belastung angesehen, entwickeln sie sich auch zu einer solchen.

* Ute Greifenstein ist Ethnologin und lebt in Frankfurt/Main.

- 1 Creolisch der Insel Réunion: »Für das Alter gibt es keine Heilung«
- 2 Alte Menschen werden natürlich nicht in Heime abgeschoben – denn es gibt dort keine. Im übrigen werden ja auch bei uns nur Menschen in Heime »abgeschoben«, wenn Verwandte die Pflege nicht mehr übernehmen können – Ausnahmen bestätigen die Regel.
- 3 Von den Inuit ist beispielsweise überliefert, dass bei Hungersnöten alte Menschen zurückgelassen wurden. Altentötung ist aber immer eine Ausnahmeerscheinung in Krisensituationen. Vgl.: Müller Klaus E. Müller: »Zur Frage der Altentötung im westeurasischen Raum«, in: Paideuma 14, Wiesbaden 1968, S. 17-44 oder Leo W. Simmons: »The Role of the Aged in Primitive Society«, London 1945
- 4 Das ist auch bei uns ebenso, wenn wir auf vitale, geistig gesunde Menschen über 90 treffen, auch wenn die Anzahl der über 90-Jährigen aufgrund der vergleichsweise guten Lebensverhältnisse in unseren Gesellschaften steigt. In Frankfurt gibt es eine über 90-jährige Stadtführerin, die mit dem Fahrrad zur Arbeit kommt und Touristen durch den Kaisersaal führt. Wer würde einer solchen Frau Respekt und Sympathie verweigern?
- 5 Vgl.: Hiltrud Marzi: »Alter und Status«, Mainz 1990, S. 39
- 6 In den 80er Jahren wurde diese Begrüßungsformel von der Swahili sprechenden Küstenbevölkerung und den Bewohnern Sansibars für ältere Menschen verwendet. Ansonsten grüßte man mit der Frage nach Neuigkeiten mit der Formel »Habari gani – bibi/mama/baba« (Frau, Mutter, Va-

ter – je nach Alter).

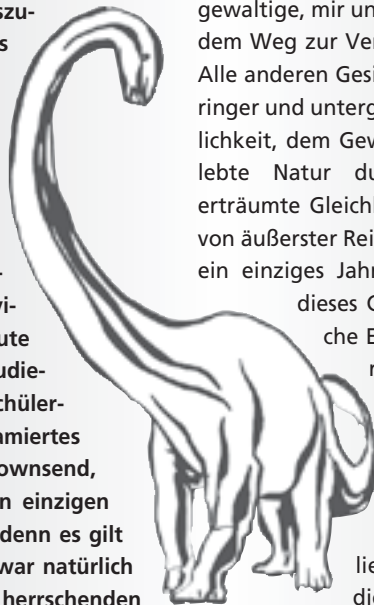
- 7 Eine von ihnen war sechs Jahre alt, als sie in die Familie ihres Mannes einheiratete. Bei diesen sogenannten Kinderheiraten wird die Ehe selbstverständlich erst nach der ersten Menstruation vollzogen.
- 8 Die alte Dame, die mit sechs Jahren verheiratet wurde, berichtete von einem sehr guten Verhältnis zu ihrer Schwiegermutter ebenso wie zu ihrem Ehemann.
- 9 Auch wenn im Hinduismus das Ideal älterer Personen der Rückzug von der Gesellschaft darstellt, wird dieser Rückzug in der Regel jedoch möglichst weit hinausgeschoben.
- 10 Vgl.: Ute I. Greifenstein: »Weibliche Konstruktionen von Alter auf den Maskarenen im Spiegelbild neuerer Aspekte gerontologischer Forschung«, Frankfurt/Main 2000
- 11 James Nason: »Respected Elder or Old Person: Aging in a Micronesian Community«, in: Pamela Amoss/Stevan Harrell (Eds.): »Other Ways of Growing Old«, Stanford 1981, S. 155-173
- 12 Für die !Kung als Bewohner der Kalahariwüste eine unschätzbare Fähigkeit
- 13 Vgl. Megan Biesele/Nancy Howell: »The old people give you Life«, in: Pamela Amoss/Stevan Harrell (Eds.): »Other Ways of Growing Old«, Stanford 1981, S. 77-98
- 14 Vgl. Roda Halperin: »Age in Cultural Economic«, in: David Kertzer/Jennie Keith (Eds.): »Age and Anthropological Theory«, London 1984, S. 159-194
- 15 Vgl.: McKellin William H.: »Passing Away and Loss of Life: Aging and Death among the Mangalese of Papua New Guinea«, in: Dorothy Ayers Counts/David Counts (Eds.): »Aging and its Transformations«, London 1985, S. 181-201
- 16 So gibt es ein Projekt von katholischen Schwestern in der Hauptstadt von Burkina Faso, die sich um Opfer dieser Beschuldigungen kümmern. Es handelt sich hauptsächlich um alte Frauen, häufig ohne Familienangehörige, die aus ihren Dörfern fliehen müssen.
- 17 Vgl.: Glascock & Feinman 1981, S. 23
- 18 Vgl.: John Ko'ona Kirkpatrick: »Aging in the Marquesas Inlands«, in: Dorothy Ayers Counts/David Counts (Eds.): »Aging and its Transformations«, a.a.O., S. 85-103
- 19 Gerd Spittler: »Lebensalter und Lebenslauf bei den Tuareg«, S. 108, in: Georg Elwert/Martin Kohli/Harald K. Müller: »Im Lauf der Zeit ethnographische Studien zur gesellschaftlichen Konstruktion von Lebensaltern«, Saarbrücken-Fort Lauderdale 1990, S. 107-123



Jurassic Park: Thomas Malthus

Uralt: Bevölkerungstheorie- und -politik

Anlässlich der Hungersnöte in Ost-Afrika hört und liest man es immer wieder: Die globale Landwirtschaft produziert mehr Nahrungsmittel als die Menschheit bräuchte, um satt zu werden – und dennoch sterben Hunderttausende an Hunger. Die Gründe dafür liegen also nicht im absoluten Lebensmittelverbrauch oder gar an den Bevölkerungszahlen, sondern an den sozialen Verhältnissen. Auf die Idee zu kommen, diese auszublenzen und Gesellschaften bloß als »Bevölkerung« zu betrachten und Köpfe zu zählen, ist erst in der bürgerlichen Gesellschaft mit all ihren Verkehrungen denkbar. Als Vordenker für solcherlei Betrachtungen, die heute z.B. der vielzitierte Fritz Beske in Kiel betreibt, gilt Thomas Robert Malthus (1766 – 1834). Wir dokumentieren hier Ausschnitte aus seinem trivialen »Bevölkerungsgesetz«, das noch heute Gegenstand von Prüfungen für Medizinstudierende ist, auch wenn es »nichts als ein schülerhaft oberflächliches und pfäffisch verdekamiertes Plagiat aus Defoe, Sir James Steuart, Townsend, Franklin, Wallace usw. ist und nicht einen einzigen selbstgedachten Satz enthält (Karl Marx), denn es gilt heute genau wie zu Marxens Zeiten: »Es war natürlich weit bequemer und den Interessen der herrschenden Klassen, die Malthus echt pfäffisch idolatriert, viel entsprechender, diese »Übevölkerung« aus den ewigen Gesetzen der Natur als aus den nur historischen Naturgesetzen der kapitalistischen Produktion zu erklären.« (Karl Marx, Das Kapital I, S. 551)



»Die Bevölkerung wächst, wenn keine Hemmnisse auftreten, in geometrischer Reihe an. Die Unterhaltsmittel nehmen nur in arithmetischer Reihe zu. (...) Die natürliche Ungleichheit, die zwischen den beiden Kräften – der Bevölkerungsvermehrung und der Nahrungserzeugung der Erde – besteht, und das große Gesetz unserer Natur, das die Auswirkungen dieser beiden Kräfte im Gleichgewicht halten muß, bilden die gewaltige, mir unüberwindlich scheinende Schwierigkeit auf dem Weg zur Vervollkommnungsfähigkeit der Gesellschaft. Alle anderen Gesichtspunkte sind im Vergleich dazu von geringer und untergeordneter Bedeutung. Ich sehe keine Möglichkeit, dem Gewicht dieses Gesetzes, das die gesamte belebte Natur durchdringt, auszuweichen. Weder eine erträumte Gleichheit noch landwirtschaftliche Maßnahmen von äußerster Reichweite könnten seinen Druck auch nur für ein einziges Jahrhundert zurückdrängen. Deshalb scheint dieses Gesetz auch entschieden gegen die mögliche Existenz einer Gesellschaft zu sprechen, deren sämtliche Mitglieder in Wohlstand, Glück und verhältnismäßiger Muße leben (...) Und daß die übermäßige Gewalt der Bevölkerungsvermehrung schließlich nicht aufgehalten werden kann, ohne Elend oder Laster hervorzurufen, dafür liefern die kräftige Dosis allzu bitterer Ingredienzien im Becher des Menschenlebens und das Weiterwirken der sie hervorbringenden Ursachen in der Natur des Menschen ein nur allzu deutliches Zeugnis.«

(Thomas Robert Malthus: »Das Bevölkerungsgesetz« (London 1798, München 1977)

Symposium

»Priorisierung ärztlicher Leistungen – notwendig oder überflüssig?«

am Samstag, 19. November 2011
von 10.00 s. t. bis 16.00 Uhr
im Ärztehaus Bayern, Großer Saal, 5. Stock,
Mühlbauerstraße 16, 81677 München



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

Priorisierung war das Schwerpunktthema bei der Auftaktveranstaltung zum 69. Bayerischen Ärztetag im Oktober 2010. Zur Vorbereitung des Symposiums wurde eine breit aufgestellte Arbeitsgruppe der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) mit Befürwortern und Gegnern von Priorisierung einberufen. In dem Symposium werden profunde Informationen und Standpunkte offen gelegt. Namhafte Experten fokussieren die Priorisierung unter dem Blickwinkel von Gesundheits-

ökonomie, Versorgungsforschung, Arzt- und Patientensicht, Medizinethik und -geschichte. Internationale Erfahrungen werden in ihrem Kontext eingebracht.



Internetressource

nicht nur zum Thema Altern: www.forum-gesundheitspolitik.de

»FORUM GESUNDHEITSPOLITIK ist eine private Initiative, die von gesundheitspolitisch engagierten Wissenschaftlern getragen wird. Zielsetzung ist eine fundiertere Information der Öffentlichkeit und insbesondere von Wissenschaftlern, Journalisten, StudentenInnen und politischen Entscheidungsträgern über gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, gesetzliche Veränderungen in diesem Bereich sowie Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitssystem. Die Website verfolgt keinerlei kommerzielle Interessen.

Wir möchten dazu beitragen, die Diskussionen zur Reform unseres Gesundheitssystems und seiner Finanzierung

mit Argumenten zu beleben, die auf Fakten beruhen und weniger auf Vorurteilen und Partikularinteressen. Dazu präsentieren wir in den Rubriken

- Patienten, Gesundheitssystem, International, GKV, Prävention, Epidemiologie
- umfangreichere und grundlegende Dossiers, Expertisen und Übersichtsartikel
- Websites
- Rezensionen empfehlenswerter Websites (Public Health, Gesundheitspolitik und -wissenschaft)

So stellen die Macher dieses Internetportals ihr Projekt vor. Unter der redak-

tionellen Verantwortung von Bernard Braun, schreiben u.a. Jens Holst, David Klemperer und Hartmut Reiners. Manchen von uns sind diese Autoren von den gesundheitspolitischen Foren und auch aus den Rundbriefen des vdää bekannt. Den oben formulierten Ansprüchen wird diese Internetseite voll gerecht. Gesundheitspolitisch Interessierte kann nur empfohlen werden, sie ab und an aufzusuchen. Es gibt immer was neues zu entdecken.

Bernhard Winter

Über den Tellerrand geschaut

IV. Internationaler IPPNW-Kongress

Medizin & Gewissen

Erlangen
14. – 15. Oktober 2011

+ Gesundheitswesen

+ Menschenrechte

+ Medizingeschichte



www.medizinundgewissen.de

Mit nationalen und internationalen EXPERTEN, u.a.:

Robin Coupland

der Chirurg und Experte für Anti-Personen-Waffen beim Internationalen Komitee des Roten Kreuzes in Genf

Izzeldin Abbulaish

der palästinensische Arzt und Wissenschaftler und auch in Israel anerkannte Vermittler im Israel-Palästina-Konflikt

Sebnem Korur Fincanci

die erfahrene und mutige Gerichtsmedizinerin und Präsidentin der Türkischen Menschenrechtsstiftung

Monika Hauser

die Gynäkologin und ausgezeichnete Gründerin von medica mondiale für kriegstraumatisierte Frauen und Kinder

David Klemperer

der streitbare Sozialmediziner und Mitglied der Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer

Paul Weindling

der bekannte Historiker und internationale Experte für medizinische Verbrechen im Nationalsozialismus



Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs/ Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.



Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Institute for the History of Medicine and Medical Ethics



Jahreshauptversammlung

am: 21.-23.10.2011
in: Evangelische Tagungsstätte
Hofgeismar (bei Kassel)

Vorstandssitzung

am: 3. Dezember 2011
in: Aachen, Universität

Workshops des vdää im Rahmen des BVMD Kongresses

am: 4. Dezember
um: 10.00 Uhr
in: Aachen, Universität

Gesundheitspolitischer vdää-Stammtisch Rhein-Main

Montag, 31. Oktober
Montag, 5. Dezember
um: 20.00 Uhr
in: Frankfurt/M., Club Voltaire (mehr Infos in der Geschäftsstelle)

Liebes Mitglied, der vdää und der Mabuse-Buchversand haben folgende Vereinbarung getroffen, von der Sie hoffentlich regen Gebrauch machen. Beim Mabuse-Buchversand bestellen – und den vdää unterstützen!

Der Mabuse-Buchversand, die Partnerbuchhandlung des vdää, besorgt für Sie jedes lieferbare Buch, vom Fachbuch über Kinderbuch bis zum Roman, schnell und zuverlässig – und bei Zahlung mit Kreditkarte oder Bankeinzug portofrei!

Mit jeder Bestellung unterstützen Sie darüber hinaus die politische Arbeit des vdää:

Bitte bestellen Sie unter dem **Kennwort vdää**

Telefonisch: 069 – 70 79 96 16
per Fax: 069 – 70 41 52
per Email: buchversand@mabuse-verlag.de
per Internet: www.mabuse-verlag.de

(Für jede Bestellung mit dem Kennwort vdää erhält der Verein eine Provision für die Bestellvermittlung.)



Der vdää

ist bundesweit organisiert und hat über die Arbeitsgemeinschaft der Listen Demokratischer Ärztinnen und Ärzte Sitz und Stimme in den Ärztekammern. Sollten Sie weiterhin von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Wir werden Sie dann weiterhin auf dem Laufenden halten. Der *Rundbrief* ist das Vereinsblatt, das viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Impressum

Rundbrief 3/2011 / ISSN 1868-2022
Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte in den Ärztekammern und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
Geschäftsstelle: Kantstraße 10, 63477 Maintal,
Telefon 0 61 81 – 43 23 48, Mobil 01 72 – 1 85 80 23, Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email: info@vdaeae.de, Internet: www.vdaeae.de
Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03, Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60
Satz/Layout: Birgit Letsch, Telefon 0 61 81 – 96 94 71, Email: birgit.letsch@t-online.de
Druck: Druckerei Grube

Redaktion

Nadja Rakowitz (info@vdaeae.de)
Wulf Dietrich (wulf.dietrich@t-online.de)
Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (g.schwarz-stein@t-online.de)
Bernhard Winter (BFWinter@t-online.de)

Bilder dieser Ausgabe: google-Bilder

In eigener Sache

... Adressen

Bei Durchsicht unserer Mitgliederdatei haben wir festgestellt, dass viele Adressen nicht mehr stimmen. Bittet meldet Eure Adressenänderungen der Geschäftsstelle!

Wir brauchen dringend Eure

... Email-Adressen

Wir wollen Euch schneller informieren. Dazu benötigen wir dringend Eure Email-Anschrift. Damit sparen wir Kosten und Ihr werdet aktueller informiert. Bitte Anschriften unter dem Stichwort »vdää-Email-Verteiler« an die Geschäftsstelle mailen: info@vdaeae.de. Danke.

... Beitragsanpassung

Wir möchten alle vdää-Mitglieder bitten, die noch ihren Studentenbeitrag von 3 € pro Monat zahlen, zu prüfen, ob nicht mittlerweile durch veränderte persönliche Rahmenbedingungen, die Anpassung an den Mindestbeitrag von 8 € angebracht wäre. Danke.

... Beitragsrückstände

Bitte prüft, ob Ihr mit Euren Zahlungen auf dem »Zenit der Zeit« seid. Wenn nicht, lasst dieses Problem nicht schleifen und überweist so schnell wie möglich. Danke.

... Spenden

Wie immer auch in diesem Jahr. Spenden in Form von »Aktivität« oder »barer Münze« helfen uns, unsere berufspolitischen Zielsetzungen besser zu realisieren. Wir freuen uns über euren Beitrag in 2011. Danke.

Konto des vdää
Postbank Frankfurt
Kto.-Nr.: 137 476 03
BLZ: 500 100 60

Gesundheitspolitisches Forum

im Rahmen der Jahreshauptversammlung des vdää

21. – 23. Oktober 2011 in der Evangelischen Tagungsstätte Hofgeismar (bei Kassel)

PROGRAMM

Freitag, 21.10.

Nachmittag: Vorstandssitzung

19.30

Was sind die Grenzen ärztlichen Handelns? Zur Kontroverse über die PID im vdää

Gesundheitspolitisches Forum: Aktuelle Gesundheitspolitik

Samstag, 22.10.

Wulf Dietrich Begrüßung

09.00 – 10.30 **Aktuelle Gesundheitspolitik**

- Jens Holst (Dozent an der Hochschule Stendal): Wenn das Geld zwischen Arzt und Patient tritt...
- Thomas Gerlinger (Professor für Medizinsoziologie): Das Versorgungsgesetz

10.45 – 12.30 **Die Rolle der Hausärzte im deutschen Gesundheitswesen: Ideal und Realität**

- Günther Egidi • Bernhard Winter • Michael Roser

Mittagspause

14.00 – 16.00 **Verhaltens- und Verhältnisprävention**

- Klaus-Dieter Kolenda (Professor für Innere Medizin): Verhaltensprävention
- Klaus Thielmann (Professor für Medizinische Biochemie): Verhältnisprävention
- Friedrich Schorb (Soziologe, Bremen): Zur Diskussion über Adipositas: Verhaltensprävention oder Schlankheitswahn?

16.15 – 18.15 **Prävention in der Praxis**

- Matthias Albrecht (Kinderchirurg): Prävention in der Kommune
- Ellis Huber (Vorstand SECURVITA BKK, Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Präventologen): Möglichkeiten und Grenzen von Prävention durch Krankenkassen
- Heidrun Nitschke (Ärztin im ÖGD): Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen
- Petra Müller-Knöß (IG Metall Ressort Arbeitsgestaltung und Gesundheitsschutz): Psychische Belastungen im Betrieb

Abendessen

Anschließend Tanz und Ratsch

Sonntag, 23.10. Vormittag

Mitgliederversammlung des vdää

1. Rechenschaftsbericht des Vorstands
2. Kassenbericht
3. Entlastung des Vorstands
4. Wahl des Vorstands
5. Anträge
6. Sonstiges

Programmdiskussion

Mittagessen

13.30

Stadtrundgang durch Hofgeismar

