

Mitteilung des Senats vom 13. März 2007

Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen

Die Fraktionen der CDU und der SPD haben unter Drucksache 16/1271 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

1. Wie bewertet der Senat die Thesen der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“, die in der Broschüre „Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen“ der Bertelsmann-Stiftung aufgestellt werden?

Der Senat bewertet die in den „Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen“ der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“ gemachten Empfehlungen grundsätzlich positiv.

Er unterstützt die Feststellung, „Gesundheitsförderung und Prävention stellen einen bedeutsamen Aufgabenbereich der Bildung dar“. Derzeit etablieren sich die Prävention wie auch die Gesundheitsförderung neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als „vierte Säule“ im Gesundheitswesen und dies betrifft auch Menschen im hohen Alter. Im somatischen Bereich liegen zahlreiche Belege über den Sinn von Gesundheitsförderung und präventiven Maßnahmen vor. Verzicht auf Nikotin, Abbau von Übergewicht, körperliche Bewegung und ein bewusstes Verhalten in Auswahl und Gestaltung der Ernährung sind beispielhaft geeignete Maßnahmen, um gesundheitliche Schäden – auch im höheren Alter – zu vermeiden oder deren Eintritt verzögern zu helfen.

Zu wenig Augenmerk wurde bislang auf das Potential der „Salutogenese“ bei alten Menschen verwendet. Hierunter wird die Fähigkeit verstanden, vielfältig vorhandene eigene Kräfte für die eigene Gesundheit wie auch Gesundheitserhaltung zu mobilisieren. Eigene Wertigkeit und Selbstverständnis sowie die Motivationsförderung sind dabei elementare Bausteine.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in Lebenswelten, die auch als „Settingansatz“ bezeichnet werden, insbesondere mit dem Fokus auf sozial benachteiligte Menschen, sind elementare Bestandteile des geplanten Präventionsgesetzes (PrävG), dessen Entwurf voraussichtlich noch in dieser Legislaturperiode vom Bundesministerium für Gesundheit wieder aufgegriffen wird.

Nicht vernachlässigt werden darf im Zusammenhang der Gesundheitsförderung und Prävention die seelische Gesundheit und das soziale Wohlbefinden. Es geht nicht nur um körperliche Fitness. Es muss vielfach gelernt werden, mit altersbedingten Einschränkungen zu leben und das Alter nicht als Krankheit zu begreifen. Dies kann neben gesteigerter Lebenszufriedenheit auch eine Einschränkung unnötiger Medikamenteneinnahme bewirken. Probleme der übermäßigen Medikamenteneinnahme im Alter werden im Bremer Altenplan, nicht aber in den Empfehlungen der Expertenkommission angesprochen.

Im Jahr 2006 hat das Bremer Institut für Sozialmedizin und Präventionsforschung (BIPS) den Bericht „Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen – eine geschlechtervergleichende Auswertung“ herausgegeben. Vor dem Hintergrund der vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Kooperation mit dem BIPS und der Universität Bremen stammen-

den „Bremer Umfrage Gesundheit“ liefert der Bericht valide Bremer Daten und somit Grundlagen für konkretes gemeinsames Vorgehen aller beteiligten Institutionen. In dem Bericht werden auch ältere Menschen, unterschieden nach Frauen und Männern, als Zielgruppe identifiziert. Die Ergebnisse sind eingegangen in den Bremer Altenplan, insbesondere in die Kapitel „Gesundheitliche Lage alter Menschen“ und „Gesundheitliche Versorgung alter Menschen“.

„Bildungsträger und Medien“ (Perspektiven, S. 9) leisten, wie von der Expertenkommission gefordert wird, auch in Bremen einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie haben sich genauso wie der öffentliche Gesundheitsdienst und die Krankenkassen auf die zielgruppenspezifischen Bedarfslagen eingestellt. In Bremen gibt es ein vielfältiges und breit angelegtes Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention, auch bezogen auf das Älterwerden, von Volkshochschule, Landessportbund, Gesundheitsamt, Begegnungstätten und vielen anderen. Hier sind beispielhaft für die verschiedenen präventiven Angebote für ältere Menschen, die zur Gesunderhaltung und Unfallvermeidung beitragen, zu nennen:

- Zahnvorsorgeuntersuchungen,
- Gesundheits-Check-up,
- Krebsfrüherkennung,
- Ernährungsberatung,
- Angebote zur Förderung der körperlichen Bewegung,
- Sturzprophylaxe,
- Verkehrssicherheitsarbeit.

„Menschen aus unteren Sozialschichten“ (Perspektiven, S. 9) werden ebenso einbezogen wie die wachsende Gruppe der älteren Migrantinnen/-en. Bestimmte Zielgruppen werden spezifisch von präventiven Maßnahmen, jeweils bezogen auf die aktuellen Bedarfe, erfasst. Die angesprochenen Zielgruppen brauchen andere Zugänge zu Bildungseinrichtungen als eine reine Angebotsstruktur. Insbesondere über Kooperationen und Netzwerke in Stadtteilen können ältere Menschen erreicht werden, die andernfalls Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung nicht wahrnehmen würden. Beispiele zielgruppenorientierter Angebote in Verbindung mit Kooperationen und Netzwerken sind:

- Arbeitskreis Gesundheitsförderung älterer Frauen im Forum Frauengesundheit Bremen,
- Arbeitskreis Älter werden im Bremer Westen und Gesundheitstreffpunkt West,
- Frauengesundheitstreffpunkt Tenever,
- Bremer Heimstiftung und Volkshochschule,
- Schnupper-Card des LSB,
- Kurse zur Sturzprophylaxe der paritätischen Pflegedienste in Heimen und Dienstleistungszentren.

Von besonderer Bedeutung sind dabei Angebote gegen geringe Gebühr oder kostenlose Angebote im Stadtteil, wie z. B. die Schnupperangebote der Sportvereine. Eine Entmischung durch die Bildung homogener Gruppen ist dabei zu vermeiden. Zu den Ergebnissen der Diskussionsforen zur Altenplan-Erstellung gehört die Ablehnung von zielgruppenspezifischen Angeboten zu geringsten Preisen, da sich hierin eine Stigmatisierung der Teilnehmenden ausdrücken würde. Stattdessen wurde gefordert, innerhalb einer großen Vielfalt der Angebote auch günstige Angebote vorzuhalten, die von älteren Menschen mit geringeren Einkommen dann zu nutzen wären.

Die Wohnberatung ist laut Expertenkommission „als bedeutsame Komponente der Prävention zu verstehen“ (Perspektiven, S. 11). Wohnung und Wohnumfeld gewinnen mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Ältere verbringen mehr Zeit in ihrer Wohnung oder in deren Nahraum als jüngere Menschen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Mobilität durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ab und Wohn-

nutzungsprobleme werden wahrscheinlicher. Von alten- und behindertengerechten Arrangements der Wohnverhältnisse hängt maßgeblich ab, ob auch bei Hilfe- und Pflegebedarf eine autonome Lebensführung möglich ist.

Ein Ziel der bremischen Altenpolitik ist, für ältere oder behinderte Menschen die Rahmenbedingungen zum längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung zu schaffen oder zu sichern. Zu den Aktivitäten und Maßnahmen, mit denen dieses Ziel verfolgt wird, gehören:

- die Beratung, Begleitung und Unterstützung bei Wohnungsanpassungsmaßnahmen,
- die Vermittlung von Altenwohnungen mit und ohne Serviceleistungen,
- die Versorgung in Haus- oder Wohngemeinschaften,
- eine Beratungsstelle mit Ausstellung „kom.fort“, die der Bevölkerung mit Wohnnutzungsproblemen Informationen und Beratungen zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen bietet.

In die Entwicklung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention sind auch betreuende und pflegende Angehörige einzubeziehen (vergleiche Perspektiven, S. 12). Im Land Bremen wird die Unterstützung von Angehörigen, die niedrigschwellige hauswirtschaftliche Versorgung durch Nachbarschaftshilfen durch Dienstleistungszentren in Bremen, Sozialstationen in Bremerhaven und verschiedene Beratungsstellen effektiv gewährleistet.

Insgesamt werden im Land Bremen 14.600 Personen im ambulanten Bereich versorgt, in der Stadt Bremen 11.250 Personen, zum größten Teil unter ausschließlicher Mitwirkung und Beteiligung von Angehörigen und/oder Bezugspersonen. Auch bei voll ausgeschöpften ambulanten Sachleistungen der Pflegekassen übernehmen pflegende Angehörige einen Teil der häuslichen Versorgung. Die pflegenden Angehörigen sind überwiegend Frauen. Pflegende Angehörige sind ein wesentlicher Bestandteil in der Sicherung der ambulanten Pflege und leisten einen nicht unerheblichen Beitrag zur Vermeidung stationärer Unterbringung.

Ein bekanntes Beispiel für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen ist die Demenz-Informations- und Koordinationsstelle DIKS. Die Beratungsstelle hat eine ausgeprägt vernetzende Funktion, die das gesamte Spektrum der ambulanten Versorgung erreicht und bis in den stationären Bereich hineinwirkt. Es wird Einzelberatung angeboten; es wurden Angehörigengruppen aufgebaut, die eine Begleitung erhalten; es werden Informationsebenen im Internet fortgeschrieben; Fortbildungsprogramme werden für verschiedene Zielgruppen angeboten, und zentrale Fachveranstaltungen werden durchgeführt.

Für Migrantinnen und Migranten hat das Gesundheitsamt Bremen neben anderen Aktivitäten zur Stärkung „kultursensibler Pflege“ gemeinsam mit Wohlfahrtsverbänden und der DIKS fremdsprachige Informationsbroschüren entwickelt, in denen allgemeinverständlich auf Hilfsangebote hingewiesen wird.

Der Senat stimmt der Feststellung der Expertenkommission zu, dass es mit Blick auf ambulante und stationäre Hospize sinnvoll ist, die Potentiale qualifizierter Ehrenamtlicher zu nutzen (vergleiche Perspektiven, S. 14). Um Sterbebegleitung angemessen und individuell zu gestalten, können Sterbende in Bremen und Bremerhaven sowohl in den Einrichtungen als auch zu Hause Unterstützung durch ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen der ambulanten Hospizarbeit erhalten. Die große Zahl der in den Hospizvereinen engagierten Ehrenamtlichen begleiten Sterbende und ihre Angehörigen vorwiegend zu Hause, zu einem beträchtlichen Teil aber auch im Krankenhaus sowie in Altenpflegeeinrichtungen und in einem stationären Hospiz. Im Land Bremen sind aktuell sechs Hospizvereine tätig. Insgesamt haben die Hospizvereine 713 Mitglieder, von denen 293 qualifizierte Begleitpersonen sind. Nur 15 dieser Begleitpersonen sind Männer. Von den im Land Bremen versterbenden Menschen werden fast 5 % von der ambulanten Hospizarbeit begleitet.

Der Geriatrie kommt bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen eine bedeutsame Rolle zu (vergleiche Perspektiven, S. 15 f.). Die Schwerpunktbildung der Geriatrie an drei Standorten in Bremen und einem Standort in Bremerhaven wird unter Berücksichtigung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenzen vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und

Soziales weiter entwickelt. Im ambulanten und im stationären Bereich sind die geriatrische Fort- und Weiterbildung zu verstärken und im stationären Bereich die konsiliarische Einbeziehung von Geriatern und Geriaterinnen zu fördern. Ärzte können sich auf Altersmedizin spezialisieren und hierin weiterbilden.

Im Land Bremen haben zwölf Ärzte und Ärztinnen, darunter zwei in Bremerhaven, die Zusatzbezeichnung „Geriatric“ erworben. Sie sind alle im stationären Bereich tätig, zum Teil in den geriatrischen Abteilungen der Bremer Krankenhäuser. Im niedergelassenen Bereich gibt es bisher keine Ärzte dieses Fachgebietes, aber mehrere engagierte Allgemeinärzte und Fachärzte, die sehr viel Erfahrung auf dem Gebiet der medizinischen Betreuung älterer und pflegebedürftiger Patienten haben. Zurzeit werden vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und dem Gesundheitsamt Modelle sondiert, die eine Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern bewirken können.

Auf die Bedarfe von älteren Menschen mit lebenslangen Behinderungen (Perspektiven, S. 18) hat der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales im Jahr 2006 mit einem Versorgungskonzept, insbesondere für die Tagesbetreuung, für alt gewordene geistig und mehrfach behinderte Menschen reagiert. Die Anzahl älterer geistig und geistig-mehrfach behinderter Menschen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen und diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Die demographische Lücke in den oberen Altersgruppen, vor allem zurückzuführen auf die Euthanasiepolitik im Nationalsozialismus, schließt sich in dem Maße, wie nach dem Krieg geborene behinderte Menschen in das Rentenalter kommen. Daneben profitieren geistig und geistig-mehrfach behinderte Menschen vom medizinischen Fortschritt und erreichen eine wesentlich verbesserte Lebenserwartung. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales schätzt, dass die Gruppe der über 65-Jährigen mehrfach Behinderten in den Jahren 2005 bis 2010 um etwa 40 % bis 50 % steigen wird.

Kernstück des Gesamtkonzepts ist das Modul „Tagesbetreuung für alte behinderte Menschen“, mit dem die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach Ablösung vorheriger Betreuung in Werkstätten für behinderte Menschen oder Tagesförderstättenbetreuung sichergestellt wurde. Eine Geldleistung richtet sich in ihrer Höhe nach der Gruppe mit vergleichbarem Hilfebedarf, in die der alte behinderte Mensch in der Regel im Rahmen der Wohnversorgung eingestuft ist. Eine Mischung der Angebote aus Wohneinrichtungen, teilstationären Einrichtungen und offenen Angeboten wird durch die zuständigen städtischen Dienste gemeinsam mit den behinderten Menschen und den beteiligten Trägern individuell festgelegt.

Auf die Entwicklung der Strukturen der Übergangspflege (Perspektiven, S. 18) legt der Senat besonderen Wert, um im Anschluss an Krankenhausaufenthalte unnötige oder verfrühte Pflegebedarfe und Heimaufenthalte zu vermeiden. Im System der Altenhilfe haben sich Angebote zwischen der ambulanten und stationären Versorgung etabliert und bewährt. Kurzzeitpflege, Tagespflege und Tagesbetreuung übernehmen häufig die Funktion des Bindegliedes zwischen häuslicher Versorgung und stationärer Unterbringung. Diese Hilfeformen wenden sich an Personen, die übergangsweise der Unterstützung und Pflege bedürfen, die zu Hause nicht realisiert werden kann, bei denen aber eine dauerhafte stationäre Versorgung nicht zwingend erforderlich ist. Ein abgestuftes System bedarfsgerechter Hilfen reduziert den Zwang zur Entscheidung zwischen ambulanten und stationären Hilfen. Damit verringert sich auch die Zahl der Personen, die im Heim „überversorgt“ und ambulant „unterversorgt“ sind. Mit der Erweiterung dieser Versorgungsangebote erhöhen sich die Chancen für die selbstbestimmte Lebensführung älterer Menschen.

Seit April 2006 gibt es in Absprache mit dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine neue Regelung der Pflegekassen bezüglich der Kurzzeitpflege. In der Krankenhausnachsorge sollen keine Streubetten mehr belegt werden. Die Sozialdienste in den Krankenhäusern und die Mitarbeiter/-innen der Pflege- und Krankenkassen sind daher angehalten, die Patienten/-innen nur in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag als Kurzzeitpflege zu vermitteln. Hiermit soll ein unnötiger Übergang in Dauerpflege vermieden werden, der sich bei den Streubetten durch einen Verbleib im Haus ergeben kann. Dadurch sollen Mobilisierung und Rehabilitation im Anschluss an den Klinikaufenthalt in der Kurzzeitpflege gestärkt werden.

2. Wird nach Ansicht des Senats eine mögliche Zunahme der Altersarmut durch gebrochene Erwerbsverläufe und entsprechende negative Auswirkungen auf die Gesundheit im Alter von der Expertenkommission ausreichend berücksichtigt?

Studien belegen, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage existiert, dass bestehende Belastungen aber auch zur Verfügung stehende Ressourcen Gesundheit und Krankheit beeinflussen. Im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird u. a. festgestellt, dass Arbeitslose ein höheres Niveau gesundheitlicher Beschwerden aufweisen. Ein Zusammenhang zwischen Altersarmut und gebrochenen Erwerbsverläufen ist naheliegend. Dem Senat liegen allerdings zurzeit keine Erkenntnisse über negative Auswirkungen auf die Gesundheit im Alter durch eine mögliche Zunahme der Altersarmut durch gebrochene Erwerbsverläufe in Bremen vor.

Eine mögliche Zunahme der Altersarmut durch gebrochene Erwerbsverläufe und entsprechende negative Auswirkungen auf die Gesundheit im Alter wird von der Expertenkommission nicht berücksichtigt.

Allerdings wird beobachtet werden müssen, ob es zu einer Zunahme der Altersarmut durch gebrochene Erwerbsverläufe kommt und ob dies zusätzliche gesundheitliche Probleme verursacht.

3. In welchen Punkten unterscheiden sich diese Thesen von den Formulierungen des Altenplans des Senats?

Die Empfehlungen der Expertenkommission und der Altenplan der Stadtgemeinde Bremen unterscheiden sich wesentlich voneinander.

Die Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“ unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Rita Süssmuth und unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Andreas Kruse „will das aktuelle gesellschaftliche Altersbild, welches von den Beeinträchtigungen und Belastungen des Alters bestimmt wird, korrigieren“. Die Kommission hat sich zur Aufgabe genommen, zum gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Umgang mit Fragen des Alterns Positionen zu entwickeln. „Bestehende Rahmenbedingungen des Alters werden analysiert. Darüber hinaus werden handlungsorientierte Empfehlungen zur Veränderung bestimmter Rahmenbedingungen im Bereich der Altenpolitik entwickelt“ (Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen, S. 20).

Bei der Entwicklung der „Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen“ wurde nach eigener Aussage der Expertenkommission die Auseinandersetzung mit den verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Positionen, die die bundesweite gesundheitspolitische Debatte prägen, bewusst vermieden. Stattdessen kam es der Kommission darauf an, wissenschaftlich fundiert die Positionsbestimmungen der bundespolitischen Akteure im Vorfeld der Gesundheitsreform zu beeinflussen. „Die Kommission hat sich dafür entschieden, in diesen Diskurs nicht einzutreten, sondern vielmehr grundlegende Anforderungen zu formulieren, die an die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen zu richten sind. Ihr geht es vor allem darum, dass bei den geplanten Reformen im Gesundheitssystem die Bedürfnisse älterer Menschen wie auch die hohen Potentiale einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung im Alter nicht übersehen und vernachlässigt werden“ (Perspektiven, S. 6).

Der Bremer Altenplan dagegen soll Planern, Praktikern und Bürgern Orientierungen zur kommunalen Altenpolitik und ihren Zielsetzungen ermöglichen. Er bezieht sich auf die Stadtgemeinde Bremen und macht Aussagen zu den Leitlinien der Altenpolitik und den Lebenslagen älterer Menschen aus der Sicht des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Der Altenplan beschreibt Angebote, die von älteren Menschen in Bremen genutzt und gebraucht werden. Die Weiterentwicklung dieser Angebote steht in einem größeren Gesamtzusammenhang, zu welchem

- die Folgen demografischer und anderer gesellschaftlicher Entwicklungen,
- die Bedarfe, Wünsche und Forderungen der Betroffenen,
- die fachliche Einschätzung und Bewertung der Behörden und der Fachöffentlichkeit

- sowie die Handlungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund der weiteren Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme
- und die Haushaltsgestaltung der Freien Hansestadt Bremen

gehören.

„Der Stand von Angeboten und Maßnahmen für ältere Menschen wird aufgezeigt und Entwicklungsbedarfe werden hervorgehoben. Den Beschreibungen beigeordnet sind Maßnahmevorschläge“ (Altenplan, S. 7). Hierbei stehen die fachlichen Einschätzungen und Handlungsmöglichkeiten des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales im Vordergrund.

Die zwanzigseitigen „Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen“ der Expertenkommission unterscheiden sich daher in Ansatz und Zielsetzung grundlegend vom über vierhundertseitigen Altenplan der Stadtgemeinde Bremen.

4. Welche Thesen in diesem Bericht stehen in deutlichem Widerspruch zu früheren Erkenntnissen in der Altenpolitik?

Der Senat hat keine Anhaltspunkte für eine Benachteiligung von hochbetagten Frauen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Land Bremen (vergleiche Perspektiven, S. 10). Aus dem Bericht des BIPS „Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen – eine geschlechtervergleichende Auswertung“ und der „Bremer Umfrage Gesundheit“ ist eine solche Benachteiligung nicht erkennbar. Allerdings wird auch in Zukunft beobachtet werden müssen, ob sich Benachteiligung von hochbetagten Frauen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Land Bremen herausbildet.

5. Welchen Einfluss werden die Ergebnisse der Kommission auf den Bremer Altenplan und damit auf die Politik des Senats haben?

Die Entwicklung eines neuen Altenplans für die Stadt Bremen wurde mit der Vorlage für die 32. Sitzung der städtischen Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration am 15. März 2007 abgeschlossen.

Der Senat greift die Empfehlungen der Expertenkommission auf, und wird sie in der weiteren Umsetzung der bremischen Altenpolitik berücksichtigen.