

Gesundheit und Pflege im Alter – Pflegekonferenz Eimsbüttel

**Grundlagenpapier und Konzept für die Initiierung
einer Gesundheits- und Pflegekonferenz
im Bezirk Hamburg Eimsbüttel**

**von
Ulrike Dapp**

Hamburg, August 2004

Ulrike Dapp

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Abt. Klinisch-geriatrische Forschung
Albertinen-Haus Hamburg,
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wiss. Einrichtung an der Universität Hamburg
Sellhopsweg 18 – 22, 22459 Hamburg
Telefon: 040 / 5581-1871

Inhaltsverzeichnis	Seite
1 Einleitung.....	3
2 Ausgangssituation.....	4
2.1 Demographischer Wandel.....	4
2.2 Auswirkungen der demographischen Entwicklung.....	6
2.2.1 Auswirkungen auf den Krankenhausbereich.....	6
2.2.2 Auswirkungen auf den Pflegebereich.....	11
2.3 Erfolgreiches Altern durch Gesundheitsförderung und Prävention.....	16
3 Einrichtung regionaler Pflegekonferenzen in Deutschland.....	20
3.1 Politischer Vorlauf und gesetzliche Grundlagen.....	20
3.2 Einrichtung bezirklicher Pflegekonferenzen in Hamburg.....	24
4 Konzept und Organisation der Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Hamburg Eimsbüttel.....	30
4.1 Der Untersuchungsraum Eimsbüttel.....	30
4.2 Erwartungen an die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel.....	31
4.3 Ziele und Aufgaben der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel....	32
4.4 Teilnehmer der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel.....	33
4.5 Organisation der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel.....	34
4.5.1 Die Geschäftsführung.....	34
4.5.2 Die Lenkungsgruppe.....	35
4.5.3 Die Arbeitsgruppen.....	37
5 Bisherige Aktivitäten der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel.....	38
5.1 Vorbereitungstreffen im Jahr 2003.....	38
5.2 Themenzentriertes Arbeiten in Fach- bzw. Arbeitsgruppen.....	40
5.2.1 AG Wohnen im Alter.....	40
5.2.2 AG Öffentlichkeitsarbeit.....	41
5.2.3 Sondierungsgespräche zum Aufbau eines GIS-gestützten Netzwerks für Gesundheit und Pflege im Alter.....	43
5.3 Vorbereitung der Auftaktveranstaltung am 09.08.2004.....	45
6 Weiteres Vorgehen der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel.....	47
Literatur.....	48

1 Einleitung

Die starke Alterung von Patienten erfordert zum einen gravierende Änderungen in der Struktur der Akutversorgung, da einige Diagnosegruppen ein hohes Wachstum aufweisen, andere (z.B. Erkrankungen, die mit einer Schwangerschaft in Verbindung stehen) rückläufig sind (vgl. Kapitel 2.1). Zum anderen wird sich die Nachfrage nach Pflegeleistungen stärker erhöhen und sich die Struktur hin zur stationären Versorgung verschieben. Dieser Trend könnte sich durch die Veränderung in den Familienstrukturen und durch die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen noch verstärken (vgl. Kapitel 2.2). Die erforderlichen Änderungen im Gesundheitssystem betreffen somit sowohl den medizinischen als auch den pflegerischen Bereich. Im Alter überwiegen heutzutage chronische Krankheiten. Solche Krankheiten können häufig durch das individuelle Verhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, soziale Kompetenz) beeinflusst werden. Der Information der Patienten sowie gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen hat damit aktuell und bekommt zukünftig einen hohen Stellenwert (vgl. Kapitel 2.3). Diese Überlegungen sollten aktiv in der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel aufgegriffen und erfolgreich miteinander vernetzt werden.

Bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung handelt es sich um eine gesamtwirtschaftliche Aufgabe. Ein Instrument zur Erfüllung dieser Aufgabe können Pflegekonferenzen im Sinne institutionalisierter regionaler Arbeitsgemeinschaften sein. Die gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene und auf Länderebene Hamburg werden hierzu in Kapitel 3 vorgestellt.

Auf Basis dieser gesetzlichen Grundlagen werden die regionale Anpassung und Ausgestaltung der Gesundheits- und Pflegekonferenz für den Bezirk Hamburg Eimsbüttel im Detail beschrieben. Konzept, Aufgaben, Ziele und Organisation der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel können in Kapitel 4 nachgelesen werden.

Im Anschluss daran werden in Kapitel 5 alle bisherigen Aktivitäten, die während der Initiierungsphase der Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Eimsbüttel stattgefunden haben, zusammengestellt und beschrieben. Insbesondere haben sich zwei Arbeitsgruppen zusammengefunden, um die Auftaktveranstaltung, die für September 2004 angesetzt wurde, zu planen. Abschließend wird ein Ausblick skizziert bezüglich des weiteren Vorgehens der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel (vgl. Kapitel 6).

2 Ausgangssituation

2.1 Demographischer Wandel

Die durchschnittliche Lebenserwartung (erwartete Lebensjahre eines neugeborenen Kindes bei Konstanz des derzeitigen Sterberisikos der Bevölkerung in den einzelnen Altersjahren) hat sich seit Anfang des 20. Jahrhunderts um etwa 30 Jahre erhöht. Die in den Jahren 1998 bis 2000 geborenen Jungen und Mädchen erwarten nun 74,8 bzw. 80,8 Lebensjahre. Für Personen, die ein bestimmtes Alter bereits erreicht haben, wird die Anzahl der weiteren Lebensjahre mit der durchschnittlich ferneren Lebenserwartung ausgedrückt. Auch diese erhöhte sich im Laufe der Jahre. Heute kann ein 60jähriger Mann im Durchschnitt damit rechnen, dass er noch 19,2 Jahre lebt. Eine Frau, die jetzt 60 Jahre alt ist, kann heute 23,5 weitere Lebensjahre erwarten.

Für das Individuum ist von ausschlaggebender Bedeutung, ob dieser Anstieg der Lebenserwartung und damit der Zugewinn an Lebensjahren mit Lebensqualität erfüllt ist oder nicht. Es kann angenommen werden, dass weitere Verbesserungen in der medizinischen und sozialen Versorgung der Bevölkerung künftig in Deutschland zu einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung führen. Gesundheitsbewusste Lebensweisen und geriatrische Versorgung unterstützen diesen Prozess, um so viele beschwerde- und behinderungsfreie Jahre wie möglich erleben zu können (vgl. Kapitel 2.3).

Die Veränderung der Altersstruktur in Deutschland seit 1950 zeigt Tabelle 2.1. Die bisherige Entwicklung der Bevölkerungszahl in Deutschland war langfristig gesehen positiv. Ende 2001 lebten in Deutschland 82,4 Mio. Menschen. Dieser Trend wird sich in Zukunft ändern. Langfristig wird die Bevölkerung schrumpfen, weil die Zahl der Sterbefälle die Zahl der Geburten übersteigt und das Geburtendefizit nicht durch Zuwanderung kompensiert werden wird. So werden für das Jahr 2050 etwa 75 Mio. Einwohner erwartet, mit einem relativ höheren Anteil der älteren Bevölkerung. Dieser Trend zeigt sich bereits seit vielen Jahren. Ende 1990 waren 20,4% aller in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Personen 60 Jahre oder älter, 80 Jahre und älter waren 3,8% der Gesamtbevölkerung. Ende 2001 lag der Anteil der über 60jährigen bereits bei 24,1% und der Anteil der 80jährigen und Älteren bei 3,9% (Statistisches Bundesamt, 2003, S. 31).

Tabelle 2.1: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands (Variante 5*)

	Insgesamt am Jahresende	Davon im Alter von ... bis ... Jahren			
		Unter 20	20 - 59	60 und älter	
	Millionen			in %	
1950	69,3	30,4	55,0	14,6	1,0
1970	78,1	30,0	50,1	19,9	2,0
1990	79,8	21,7	57,9	20,4	3,8
2001	82,4	20,9	55,0	24,1	3,9
2010	83,1	18,7	55,7	25,6	5,0
2030	81,2	17,1	48,5	34,4	7,3
2050	75,1	16,1	47,2	36,7	12,1

* Variante 5 = konstante Geburtenhäufigkeit von durchschnittlich 1,4 Kinder pro Frau, Erhöhung der Lebenserwartung bei Geburt bis zum Jahr 2050 für Jungen auf 81,1 Jahre und für Mädchen auf 86,6 Jahre und ein jährlicher positiver Wanderungssaldo von rund 200.000 Personen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg) Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003, S. 31.

War vor 50 Jahren jeder Dritte ein junger Mensch unter 20 und nur jeder Siebte älter als 59, so ist heute lediglich jeder Fünfte unter 20, dagegen erreicht schon fast jeder Vierte das Seniorenalter. In Zukunft wird sich diese Entwicklung noch stärker auswirken. Die mittlere Variante (Variante 5) der 10. Bevölkerungsvorausberechnung geht für das Jahr 2030 von 27,9 Mio. Personen (34,4%) der Gesamtbevölkerung aus, die 60 Jahre und älter sind. Für das Jahr 2050 werden dann 27,6 Mio. Einwohner (36,7%) ab 60 Jahre erwartet; d.h. jeder dritte Mensch wird dann älter als 60 Jahre alt sein. Mit der zunehmenden Lebenserwartung wird insbesondere die Zahl der 80jährigen und Älteren ansteigen. Heute leben in Deutschland 3,2 Mio. Personen (3,9%) dieser Altersgruppe, im Jahr 2050 wird diese Altersgruppe auf etwa 9,9 Mio. Personen oder 12,1% ansteigen. Fazit: Die Bevölkerung wird zukünftig insgesamt bis zum Jahr 2050 auf ungefähr 75 Millionen Menschen schrumpfen. Im gleichen Zeitraum wächst der Anteil der älteren Bevölkerung jedoch nicht nur absolut, sondern auch prozentual stark an (vgl. Tabelle 2.1).

Die steigende Lebenserwartung führt dazu, dass mit höherem Lebensalter auch vermehrt funktionelle Defizite und Behinderungen erworben werden können (Mathers CD, et al., 2001). Behinderung und Pflegebedürftigkeit in diesem wachsenden Anteil der älteren Bevölkerung haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesellschaft, da sie im Zusammenhang stehen mit intensiver Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen sowie einer zunehmenden Belastung pflegender Angehöriger (Vita AJ, et al. 1998). Von besonderer Bedeutung ist deshalb die Frage, wie Unabhängigkeit und Lebensqualität gefördert werden können. Somit wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion der Primär- und

Sekundärprävention neben der Behandlung, Rehabilitation und Pflege als vierter Säule im Versorgungssystem eine zukunftssträchtige Rolle zugeschrieben. Dem Verlust funktioneller Fähigkeiten soll durch geeignete Maßnahmen vorgebeugt werden, um die Lebenserwartung in gesunden Jahren (*healthy life expectancy*) zu steigern. Unklar ist indes, ob damit nur die Mortalität im höheren Lebensalter günstig beeinflusst werden kann oder auch Morbidität und Prävalenz von Behinderungen. Optimal wäre die Zunahme behinderungsfreier Lebensjahre über die gegenwärtig beobachtete Zunahme der Lebenserwartung insgesamt (Robine JM et al., 2002).

2.2 Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf Krankenhausaufenthalte und Pflegebedürftigkeit

Die demographische Alterung wird vor allem mit Blick auf die Finanzentwicklung der sozialen Sicherungssysteme mit Sorge betrachtet. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hat im Jahr 2000 Berechnungen vorgelegt, welche Auswirkungen die demographische Entwicklung auf die Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich haben könnten (DIW 2000) sowie im Jahr 2001 eine Vorausschätzung der Zahl der Pflegefälle bis zum Jahr 2050 (DIW 2001). Nachfolgend werden diese zusammengefasst wiedergegeben.

2.2.1 Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf den Krankenhausbereich

Nach der Krankenhausdiagnosestatistik betrug die Zahl der entlassenen vollstationär behandelten Patienten 1998 rund 15,9 Mio. Personen (Fallzahlen). 1998 entfielen von den Krankenhausfällen 33% auf die 65jährigen und Älteren. Angesichts der unterschiedlichen Lebenserwartung und der damit einhergehenden unterschiedlichen Besetzung in den höheren und höchsten Altersgruppen differieren auch die Anteile der Älteren an den Krankenhausfällen merklich zwischen den Geschlechtern. Bei den Frauen entfallen rund 22% der Krankenhausfälle auf die 75jährigen und Älteren, bei den Männern sind es nur 13%. Bezogen auf 1000 Einwohner in den jeweiligen Altersgruppen wird der Alterseffekt noch deutlicher. Bei den unter 15jährigen waren im Durchschnitt rund 11% Krankenhausfälle zu verzeichnen, bezogen auf die 65 bis unter 75jährigen waren es 35%, und bei den 75jährigen und Älteren waren es 50%.

Hält man die Fallquote für einen Krankenhausaufenthalt - differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht - konstant, so können die demographisch bedingten Veränderungen der Krankenhaufälle ermittelt werden. Danach werden die Krankenhaufälle bis zum Jahre 2020 um 15% steigen und im anschließenden Zeitraum bis 2050 um weitere 4% zunehmen. Insgesamt ist hiernach eine Zunahme der Krankenhaufälle bis 2050 um 3,3 Millionen zu erwarten.

Die Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen hängt neben dem Alter von der zugrunde liegenden Erkrankung ab. So unterscheiden sich die Behandlungsintensität, die Operationshäufigkeit sowie die Verweildauer zwischen den einzelnen Diagnosegruppen. Da ältere Patienten aufgrund anderer Diagnosen ins Krankenhaus überwiesen werden als jüngere, wird der demographische Wandel nicht nur generell zu einem steigenden stationären Versorgungsbedarf, sondern zu merklichen Verschiebungen in der Inanspruchnahme einzelner medizinischer Fachgebiete führen. Von den Tagen, die 75jährige und Ältere 1998 im Krankenhaus verbracht haben, entfielen bei den Männern rund ein Drittel und bei den Frauen immerhin noch 30% auf Krankheiten des Kreislaufsystems. An zweiter Stelle standen die Krebserkrankungen mit 14% bei Männern und rund 10% bei Frauen.

Bei einer konstanten altersspezifischen Diagnosestruktur würden sich bis zum Jahre 2050 wegen des Rückgangs der Geburten, sowie der Personenzahl in den jungen und mittleren Altersjahren bei einer gleichzeitigen Zunahme der älteren Patienten deutliche Verschiebungen der Krankenhaustage in den einzelnen Diagnosehauptgruppen ergeben. Bis 2050 dürften die Krankenhaustage insgesamt im Mittel über die einzelnen Diagnosehauptgruppen um rund ein Drittel zunehmen. Die Berechnungen liegen bei der Untergruppe der 65 bis unter 75jährigen in den einzelnen Diagnosehauptgruppen von 1998 bis 2050 bei einem Anstieg der Krankenhaustage von 30% bis 40%. Bei den 75jährigen und Älteren wird der Anstieg zwischen 160% bis 210% prognostiziert.

Zu den häufigsten stationär behandelten Krankheiten Älterer zählen auch Krankheiten, die nach einer Akutbehandlung des öfteren einen längerfristigen Versorgungs- und Pflegebedarf erfordern. So führen die Schlaganfallbedingten Krankheiten (ICD 430-438) häufig zu bleibenden Schäden, die nach einem stationären Aufenthalt weiterer Behandlung bedürfen. Oftmals sind gerade bei Älteren die Schäden nicht mehr vollständig durch rehabilitative und therapeutische Maßnahmen auszugleichen, so dass mit dauerhaften Einschränkungen bei allgemeinen täglichen Verrichtungen zu rechnen ist. Die demographisch bedingte Zunahme bei diesen Krankheiten hat neben der Erhöhung der Krankenhaustage auch weitreichende Folgen für die nachfolgende medizinische und pflegerische Infrastruktur.

Da die Krankenhausdiagnosestatistik neben den Diagnosehauptgruppen auch die Einzeldiagnosen enthält, konnte das DIW demographisch bedingte Entwicklungen für einzelne Diagnosen ermitteln. Aus den häufigsten, im hohen Alter auftretenden Diagnosen werden exemplarisch die Bereiche Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Oberschenkelhalsbruch, senile Psychosen und Zuckerkrankheit herausgegriffen. Der Anteil der Krankenhaustage der hier ausgewählten Krankheitsbilder an den gesamten Krankenhaustagen betrug 1998 rund 11%. Aufgrund der Altersstruktur wird dieser Anteil bis 2020 auf 13% steigen (vgl. Tabelle 2.2). In diesen Bereichen ist mit einer Zunahme um 9 Mio. Krankenhaustage zu rechnen. Den stärksten Zuwachs gibt es mit rund 75% wiederum bei der Gruppe der 75jährigen und Älteren. Betrachtet man die Krankenhausfälle, dann ist hier insgesamt mit einer Zunahme um rund 530.000 zu rechnen. Allein bei den 75jährigen und Älteren steigt die Fallzahl um 420.000, bei den 65 bis unter 75jährigen um 76.000 (vgl. Tabelle 2.3).

Damit ist nicht nur eine deutliche Zunahme bei den Krankenhausfällen, sondern auch bei der medizinischen und pflegerischen Nachsorge zu erwarten.

Tabelle 2.2: Entwicklung und Veränderung der Krankenhaustage in ausgewählten Diagnosen 1998 bis 2020

		Veränderung 2020/1998				
ICD 9	Diagnose in 1000 in %	1998	2010	2020	absolut	relativ (%)
Altersgruppen insgesamt						
428	Herzinsuffizienz	3 919	5 088	6 185	2 266	57,8
430- 438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	7 345	9 241	10 935	3 589	48,9
820	Fractura colli femuris (Oberschenkelhalsbruch)	2 554	3 199	3 860	1 305	51,1
290	Senile und präsenile organische Psychosen	1 531	1 980	2 416	885	57,8
250	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	3 067	3 583	4 018	951	31,0
	Insgesamt	18 417	23 091	27 413	8 996	48,8
75 Jahre und älter						
428	Herzinsuffizienz	2 448	3 344	4 332	1 883	76,9
430- 438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	3 556	4 859	6 293	2 737	77,0
820	Fractura colli femuris (Oberschenkelhalsbruch)	1 840	2 381	3 004	1 165	63,3
290	Senile und präsenile organische Psychosen	1 056	1 425	1 834	778	73,6
250	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	893	1 184	1 512	619	69,4
	Insgesamt	9 793	13 192	16 975	7 182	73,3
65 bis unter 75 Jahre						
428	Herzinsuffizienz	961	1 231	1 249	288	30,0
430- 438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	1 978	2 534	2 571	592	30,0
820	Fractura colli femuris (Oberschenkelhalsbruch)	421	522	528	106	25,3
290	Senile und präsenile organische Psychosen	315	397	402	87	27,7
250	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	805	1 012	1 025	219	27,3
	Insgesamt	4 480	5 695	5 774	1 294	28,9

Quelle: DIW 2000, Wochenbericht 44/00, Tabelle 10

Tabelle 2.3: Entwicklung und Veränderung der Krankenhausfälle in ausgewählten Diagnosen 1998 bis 2020

		Veränderung 2020/1998				
ICD 9	Diagnose in 1000 in %	1998	2010	2020	absolut	relativ (%)
Altersgruppen insgesamt						
428	Herzinsuffizienz	251 264	327 397	398 837	147 573	58,7
430- 438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	462 859	584 035	692 900	230 041	49,7
820	Fractura colli femuris (Oberschenkelhalsbruch)	116 263	145 115	174 605	58 342	50,2
290	Senile und präsenile organische Psychosen	55 072	72 020	88 603	33 531	60,9
250	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	205 998	236 826	262 614	56 616	27,5
	Insgesamt	1 091 456	1 365 393	1 617 559	526 103	48,2
75 Jahre und älter						
428	Herzinsuffizienz	157 406	216 171	280 661	123 255	78,3
430- 438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	227 580	311 948	404 660	177 080	77,8
820	Fractura colli femuris (Oberschenkelhalsbruch)	81 745	105 958	133 837	52 092	63,7
290	Senile und präsenile organische Psychosen	39 785	54 005	69 741	29 956	75,3
250	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	54 516	72 418	92 572	38 056	69,8
	Insgesamt	561 032	760 500	981 471	420 439	74,9
65 bis unter 75 Jahre						
428	Herzinsuffizienz	59 885	76 993	78 145	18 260	30,5
430- 438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	122 045	156 659	158 982	36 937	30,3
820	Fractura colli femuris (Oberschenkelhalsbruch)	18 660	23 129	23 397	4 737	25,4
290	Senile und präsenile organische Psychosen	10 355	13 099	13 276	2 921	28,2
250	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	48 139	60 520	61 302	13 163	27,3
	Insgesamt	259 084	330 401	335 102	76 018	29,3

Quelle: DIW 2000, Wochenbericht 44/00, Tabelle 10

2.2.2 Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf den Pflegebereich

Neben den im Alter häufiger als in jüngeren Altersjahren auftretenden Akuterkrankungen, die z.B. nach Akutversorgung und Rehabilitation eines Schlaganfalls zu weiterem Pflegebedarf führen können (vgl. Kapitel 2.2.1), gibt es einen größeren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, im Alter pflegebedürftig zu werden. Dies ist die Kumulation von Erkrankungen, die über den Lebenslauf erworben werden und schließlich zur Multimorbidität führen können. Die Zunahme chronischer Erkrankungen im Alter führen nicht zwingend zu Krankenseinweisungen, können jedoch stetig zunehmende Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zur Folge haben. Betroffen sind zunächst meist die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), d.h. der selbständigen Haushaltsführung (Kochen, Wäsche, Einkaufen, Verkehrsmittelnutzung, Umgang mit Geld etc.) gefolgt von Einschränkungen in den Basisaktivitäten (ADL), d.h. der eigenen Körperpflege (Baden / Duschen / Sich Waschen, Toilettengang, Gehen / Rollstuhlfahren, Transfer zwischen Bett und Stuhl etc.).

Auch wenn das Älterwerden und das Altsein per se nicht gleichzusetzen ist mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit, so dürfte die zunehmende Zahl der alten und sehr alten Menschen einen Einfluss auf die Entwicklung und Struktur der Pflegefälle haben, denn altersbedingte Funktionseinschränkungen in Kombination mit - im Alter vermehrt auftretenden - demenziellen Erkrankungen können die selbständige Lebensweise unmöglich machen.

Ende 1999 erhielten rund 1,83 Mio. Personen Leistungen aus der sozialen und 0,1 Mio. Personen Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung. Mit 1,35 Mio. wird der größte Teil der Pflegebedürftigen ambulant oder teilstationär betreut, 0,59 Mio. Personen werden vollstationär versorgt. In der sozialen Pflegeversicherung waren 1999 rund 48% der Pflegebedürftigen in die Pflegestufe I, 38% in die Pflegestufe II und 14% in die Pflegestufe III eingeordnet (private Pflegeversicherung: je 40% der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und II und 20% in Pflegestufe III). Rund 70% der Pflegebedürftigen sind 70 Jahre und älter. Knapp die Hälfte von ihnen ist zwischen 80 und 90 Jahre alt.

Bezieht man die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung (sozial und privat) im Jahr 1999 auf die Bevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen, so liegt das Risiko der Pflegebedürftigkeit (Prävalenzrate) bis zum 60. Lebensjahr unter einem Prozent, steigt dann bis zum 70. Lebensjahr auf 2% und bis zum 80. Lebensjahr auf 9,5% an. Ab dem 80. Lebensjahr ist ein merklicher Teil von Pflegebedürftigkeit betroffen, denn zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr sind rund ein Fünftel, zwischen dem 85. und 90. Lebensjahr über ein Drittel und ab dem 90. Lebensjahr fast 60% der Personen pflegebedürftig (vgl. Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4 Prävalenzraten nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht 1999

Prävalenzraten nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht 1999 ¹⁾												
in %												
Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III			Insgesamt		
	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt
Ambulant und teilstationär												
0 - 60 Jahre	0,20	0,18	0,19	0,18	0,16	0,17	0,08	0,07	0,08	0,46	0,41	0,44
60 - 70 Jahre	0,86	0,81	0,83	0,69	0,54	0,61	0,20	0,14	0,17	1,75	1,49	1,61
70 - 75 Jahre	1,85	2,07	1,98	1,56	1,19	1,34	0,44	0,28	0,35	3,85	3,55	3,67
75 - 80 Jahre	3,43	4,26	3,99	2,76	2,17	2,37	0,76	0,52	0,60	6,95	6,96	6,95
80 - 85 Jahre	6,21	8,50	7,83	4,80	4,31	4,45	1,23	1,00	1,07	12,24	13,81	13,35
85 - 90 Jahre	10,16	13,30	12,52	7,69	8,12	8,01	1,83	1,98	1,94	19,68	23,40	22,47
90 Jahre u.ä.	12,98	15,24	14,74	11,64	14,39	13,78	2,88	4,31	3,99	27,50	33,94	32,51
Insgesamt	0,58	1,12	0,85	0,48	0,73	0,61	0,15	0,21	0,18	1,21	2,06	1,65
Vollstationär												
0 - 60 Jahre	0,09	0,07	0,08	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,10	0,11
60 - 70 Jahre	0,23	0,17	0,20	0,15	0,14	0,15	0,08	0,09	0,09	0,47	0,40	0,43
70 - 75 Jahre	0,31	0,39	0,35	0,34	0,48	0,42	0,17	0,27	0,23	0,82	1,14	1,01
75 - 80 Jahre	0,52	0,99	0,84	0,71	1,36	1,15	0,37	0,70	0,60	1,60	3,06	2,58
80 - 85 Jahre	1,07	2,40	2,02	1,56	3,35	2,83	0,73	1,64	1,37	3,36	7,39	6,22
85 - 90 Jahre	2,44	4,84	4,24	3,35	7,10	6,17	1,38	3,31	2,83	7,17	15,26	13,25
90 Jahre u.ä.	4,14	7,29	6,59	6,06	13,99	12,23	2,29	7,41	6,28	12,48	28,70	25,10
Insgesamt	0,16	0,35	0,26	0,12	0,46	0,29	0,06	0,24	0,15	0,34	1,05	0,70
Insgesamt												
0 - 60 Jahre	0,29	0,25	0,27	0,20	0,18	0,19	0,10	0,09	0,09	0,59	0,51	0,55
60 - 70 Jahre	1,09	0,98	1,03	0,84	0,68	0,76	0,28	0,23	0,26	2,21	1,89	2,05
70 - 75 Jahre	2,16	2,46	2,33	1,89	1,68	1,77	0,62	0,55	0,58	4,67	4,69	4,68
75 - 80 Jahre	3,95	5,26	4,83	3,47	3,53	3,51	1,13	1,22	1,19	8,56	10,02	9,54
80 - 85 Jahre	7,28	10,90	9,85	6,35	7,66	7,28	1,97	2,64	2,44	15,60	21,20	19,57
85 - 90 Jahre	12,60	18,14	16,76	11,04	15,22	14,18	3,21	5,29	4,77	26,85	38,66	35,72
90 Jahre u.ä.	17,12	22,54	21,34	17,70	28,38	26,01	5,16	11,72	10,26	39,98	62,64	57,61
Insgesamt	0,73	1,47	1,11	0,60	1,19	0,90	0,22	0,45	0,34	1,55	3,11	2,35

1) Anteil der Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung an der Bevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen.
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW.

Pflegebedürftigkeit betrifft somit vornehmlich die alten und sehr alten Personen. Ab dem 70. Lebensjahr liegt die Prävalenzrate der Frauen über derjenigen der Männer. Angesichts der höheren Lebenserwartung der Frauen und damit der stärkeren Besetzung in den höchsten Altersklassen verstärkt sich dieser Trend mit zunehmenden Altersjahren.

Das DIW geht davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 von 1,93 Mio. (1999) auf 2,94 Mio. Personen zunehmen wird (vgl. Tabelle 2.5). Dies entspricht einer Steigerung von rund 1 Mio. (52%) bezogen auf die Pflegebedürftigen von 1999. Die durchschnittliche Wachstumsrate beträgt im Zeitraum 1999 bis 2020 rund 2%. Von 2020 bis 2050 wird die Zahl der Pflegebedürftigen nochmals um 1,8 Mio. Personen zunehmen. Dies entspricht in diesem Zeitraum einem jährlichen Wachstum von 1,6%. Bis 2050 ist somit insgesamt (1999-2050) mit einer Steigerung um 145% zu rechnen (vgl. Tabelle 2.5).

Betrachtet man die Entwicklung nach dem Grad der Behinderung, so wird der stärkste Zuwachs bis 2020 mit 55% für die Schwerpflegebedürftigen der Pflegestufe II erwartet, während sowohl die Personen mit erheblicher Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) als auch die Zahl der Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) um jeweils rund 50% zunehmen werden. In den darauf folgenden Jahren bis 2050 verschieben sich die Strukturen nochmals. In den Pflegestufen II und III werden dann die stärksten Zuwächse mit 66% bzw. 63% erwartet, gefolgt von der Pflegestufe I mit 56% (vgl. Tabelle 2.5).

Zusammengefasst werden zukünftig aufgrund der demographischen Alterung nicht nur die Anzahl der Pflegefälle zunehmen, sondern es wird auch der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit ansteigen. Der Versorgungsbedarf steigt somit stärker als die Fallzahlen, so dass die Nachfrage nach vollstationärer Betreuung dynamischer wachsen wird als nach ambulanter oder teilstationärer Versorgung. Bis 2020 wird die Zahl der Heimbewohner um 57%, die Zahl der ambulanten Pflegefälle um 50% zunehmen. Im Zeitraum bis 2050 wird im vollstationären Bereich mit einem Bedarfszuwachs von 73%, im ambulanten Bereich von 53% gerechnet (vgl. Tabelle 2.5). Damit steigt nicht nur der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit, sondern auch der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger. Dies bedeutet, dass bereits demographisch bedingt die Nachfrage nach professioneller Hilfe stärker zunehmen wird als die Zahl der Pflegefälle.

Verstärkt werden kann dieser demographische Trend durch die sich verändernden Familienstrukturen. Bis heute werden nach wie vor Pflegebedürftige, die in Privathaushalten leben, vornehmlich durch Familienangehörige betreut. Es wird jedoch damit gerechnet, dass der Trend der zunehmenden Berufstätigkeit anhält. Es wird für Mütter (speziell in Westdeutschland) zunehmend selbstverständlich, erwerbstätig zu sein und eine familienbedingte Unterbrechungsphase möglichst kurz zu halten. Zudem sinkt der Anteil der eher familienzentrierten Frauen mit drei und mehr Kindern und der Anteil kinderloser Frauen steigt weiter. Die Nachfrage nach außerfamiliären Pflegediensten dürfte umso höher ausfallen, je stärker sich diese beobachteten Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen auf die Pflegemöglichkeit innerhalb der Familie auswirken. Die geforderte zunehmende Flexibilität und Mobilität der Arbeitskräfte könnte zusätzlich die Pflegemöglichkeit einschränken.

Tabelle 2.5 Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger von 1999 bis 2050**Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger ¹⁾ nach Pflegestufen, Unterbringung und Geschlecht**

Jahre	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III			Insgesamt		
	Männer	Frauen	Ins-gesamt	Männer	Frauen	Ins-gesamt	Männer	Frauen	Ins-gesamt	Männer	Frauen	Ins-gesamt
Bestand in 1000												
Ambulant und teilstationär												
1999	230,6	471,4	702,1	191,8	307,6	499,4	62,1	88,1	150,1	484,5	867,1	1 351,6
2010	303,1	567,0	870,1	248,7	364,9	613,6	76,3	101,8	178,1	628,1	1 033,7	1 661,8
2020	391,1	671,4	1 062,5	317,7	434,0	751,7	92,9	119,6	212,5	801,7	1 225,0	2 026,7
2050	625,4	1 018,7	1 644,1	507,0	681,6	1 188,6	137,4	184,5	321,9	1 269,9	1 884,8	3 154,7
Vollstationär												
1999	63,6	147,6	211,2	47,0	193,9	240,9	24,5	101,1	125,6	135,1	442,6	577,7
2010	76,8	178,4	255,2	65,4	241,6	307,1	33,2	124,9	158,2	175,5	544,9	720,5
2020	96,7	215,0	311,7	93,6	302,6	396,2	45,1	155,9	201,0	235,5	673,5	908,9
2050	151,0	351,4	502,4	178,8	538,7	717,5	79,4	274,0	353,4	409,2	1 164,0	1 573,2
Insgesamt												
1999	294,2	619,1	913,3	238,8	501,5	740,3	86,6	189,2	275,7	619,6	1 309,7	1 929,3
2010	379,9	745,4	1 125,4	314,1	606,5	920,6	109,5	226,7	336,3	803,6	1 578,6	2 382,3
2020	487,8	886,5	1 374,2	411,4	736,5	1 147,9	138,0	275,5	413,5	1 037,2	1 898,5	2 935,7
2050	776,4	1 370,1	2 146,5	685,8	1 220,3	1 906,1	216,8	458,5	675,3	1 679,1	3 048,9	4 728,0
Veränderung in %												
Ambulant und teilstationär												
2020/1999	69,6	42,4	51,3	65,7	41,1	50,5	49,7	35,7	41,5	65,5	41,3	49,9
2050/2020	59,9	51,7	54,7	59,6	57,1	58,1	47,9	54,3	51,5	58,4	53,9	55,7
2050/1999	171,2	116,1	134,2	164,3	121,6	138,0	121,4	109,5	114,4	162,1	117,4	133,4
Vollstationär												
2020/1999	52,1	45,7	47,6	99,3	56,0	64,5	84,1	54,2	60,1	74,3	52,2	57,3
2050/2020	56,1	63,4	61,2	90,9	78,0	81,1	75,9	75,7	75,8	73,8	72,8	73,1
2050/1999	137,4	138,1	137,9	280,5	177,8	197,8	224,0	171,0	181,3	202,9	163,0	172,3
Insgesamt												
2020/1999	65,8	43,2	50,5	72,3	46,9	55,1	59,5	45,6	50,0	67,4	45,0	52,2
2050/2020	59,2	54,6	56,2	66,7	65,7	66,0	57,1	66,4	63,3	61,9	60,6	61,1
2050/1999	163,9	121,3	135,0	187,2	143,3	157,5	150,5	142,4	144,9	171,0	132,8	145,1

1) Leistungsempfänger der privaten und sozialen Pflegeversicherung.
 Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln;
 Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B).

Aktuelle Informationen über die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen, zum Bedarf an Hilfe und Pflege sowie zu Unterstützungsmöglichkeiten für eine selbständige Lebensführung liefert eine Repräsentativbefragung, die Infratest Sozialforschung München im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt hat. Die Erhebung ist der dritte Teil des Forschungsprojektes "Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" (MuG 3) und bezieht sich auf die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Erste Ergebnisse

hierzu gibt eine Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 07. November 2003 wieder (BMFSFJ, 2003). Demnach gibt es in Deutschland gegenwärtig rund 1,4 Mio. Pflegebedürftige, die in privaten Haushalten betreut werden. Von diesen befinden sich 56% in der Pflegestufe I, 33% in der Pflegestufe II und 11% in der Pflegestufe III. Hinzu kommen zusätzlich knapp 3 Mio. so genannte hauswirtschaftliche Hilfsbedürftige, die bei ihren alltäglichen Verrichtungen eingeschränkt sind. Knapp die Hälfte (46%) davon ist auf tägliche Hilfe, 36% auf wöchentliche Hilfe angewiesen.

Die Studie zeigt auch, dass in ganz überwiegendem Maße die näheren Angehörigen für die Betreuung Pflege- und Hilfsbedürftiger in Privathaushalten – meist unbezahlt – die Hauptverantwortung tragen. Nach wie vor ist es der engere Kreis der Familien, der die Hauptlast der regelmäßig zu erbringenden Hilfeleistungen trägt. 92% der Pflegebedürftigen werden privat in der Regel von näheren Familienangehörigen versorgt. 73% der Hauptpflegepersonen sind weiblich, 60% sind bereits 55 Jahre und älter. Gepflegt wird demnach nicht nur zwischen den Generationen, sondern zu einem erheblichen Teil auch innerhalb der gleichen Generation (vgl. Tabelle 2.6).

"Private Hilfe und Pflege ist mit erheblichen Belastungen für die Pflegepersonen verbunden," so Bundesministerin Renate Schmidt: "Über 80% der Hauptpflegepersonen fühlen sich eher stark oder sogar sehr stark belastet. Doch nur ein kleiner Teil der betroffenen Personen greift regelmäßig auf entlastende Beratungs- oder Unterstützungsangebote zurück. Um die häusliche Pflege auch in Zukunft abzusichern, ist es wichtig, niederschwellige Angebote zur Beratung, Qualifizierung und Unterstützung für pflegende Angehörige weiter auszubauen. Die vorhandenen professionellen Pflegeleistungen müssen noch besser als bisher durch entsprechende Angebote ergänzt sowie die bestehenden Strukturen vernetzt werden. Besondere Anerkennung verdient dabei die ehrenamtlich getragene Hilfe, wie beispielsweise Besuchsdienste. Die Erhebung zeigt, dass diese Form von Unterstützung nicht unterschätzt werden darf. 11% der Pflegehaushalte nehmen regelmäßig von Freiwilligen erbrachte Hilfeleistungen in Anspruch. Dieses Engagement müssen wir stärker fördern." (BMFSFJ, 2003).

Die große Mehrheit der Haushalte (71%) nimmt im Rahmen der Pflegeversicherung das monatliche Pflegegeld in Anspruch – als Geldleistung im Sinne einer Aufwandsentschädigung, um die familiär erbrachte Hilfe abzusichern. 55% der Pflegebedürftigen erhalten ausschließlich private Hilfeleistungen aus Familie und Bekanntschaft. Hinzu kommen weitere 9%, die die private Pflege durch selbst finanzierte hauswirtschaftliche Dienstleistungen (z.B. "Essen auf Rädern", Putzhilfe) ergänzen. 28% der

häuslich betreuten Pflegebedürftigen erhalten sowohl private als auch professionelle pflegerische Hilfe, die übrigen 8% nehmen ausschließlich professionelle Pflege in Anspruch (BMFSFJ, 2003).

Tabelle 2.6: Demographische Struktur der privaten Hauptpflegepersonen von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Demographische Charakteristika der privaten Hauptpflegeperson	Hauptpflegepersonen in Haushalten mit Pflegeperson (1)	
	Bei Pflegebedürftigen (2) Jahresende 2002 in %	Bei sonstigen Pflegebedürftigen (3) Jahresende 2002 in %
Geschlecht		
Männlich	27	30
Weiblich	73	70
Alter		
Bis 39 Jahre	11	13
40 bis 54 Jahre	27	26
55 bis 64 Jahre	27	23
65 bis 79 Jahre	26	28
80 Jahre und älter	7	4
k.A.	3	6
Familienstand		
Verheiratet	69	78
Verwitwet	12	8
Geschieden	5	4
Ledig	12	10
Erwerbsstatus		
Vollzeit	19	32
Teilzeit	15	15
Geringfügig beschäftigt	6	3
Nicht erwerbstätig	60	50

(1) Private Hauptpflegepersonen von Hilfs- und Pflegebedürftigen

(2) Leistungsbezieher der sozialen (SPV) und der privaten Pflegeversicherung (PPV).

(3) Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI

Quelle: Infratest Repräsentativerhebung 2002 in DIW 2004: Wochenbericht 20/04, Tabelle 3

2.3 Erfolgreiches Altern durch Gesundheitsförderung und Prävention

Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter sind auf eine Kombination von medizinischen, funktionellen, psychosozialen und umgebungsbezogenen Faktoren zurückzuführen. Eine systematische Literaturrecherche und Analyse von 78 Studien bei älteren Personen, die in ihrem eigenen Zuhause lebten, benannte überwiegend lebensstilbasierte Faktoren wie z.B. Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährung (über- und / oder unterdurchschnittlicher Body Mass Index), wenig körperliche Bewegung oder ein limitiertes soziales Netz, die assoziiert sind mit

dem Risiko für funktionelle Verluste (Stuck et al., 1998). Viele dieser Faktoren stehen in Wechselwirkung zueinander, so dass die Fokussierung auf einzelne Risikofaktoren wenig erfolgversprechend scheint. Erfolgreiche Modelle der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter beruhen deshalb auf multidimensionalen Ansätzen.

Für den älteren Menschen bedeutet Gesundheitsförderung bestehende Reserven auszubauen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu gewinnen oder psychosoziale Benachteiligung durch körperliche Einschränkungen zu verhindern. Gesundheitsförderung ist ein übergeordneter Begriff, der es erlaubt, gleichzeitig bei einer Person Maßnahmen der primären, sekundären oder tertiären Prävention und / oder der Rehabilitation anzuwenden. Um sowohl Reserven als auch Defizite standardisiert zu erfassen, stehen verschiedene valide Instrumente zur Verfügung. Ihre Anwendung, Interpretation und Umsetzung in einen (Be-)Handlungsplan ist eine wichtige Voraussetzung geriatrischen Handelns (Dapp, 2004).

Da die Begriffe von Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention häufig in einem Atemzug genannt werden, und die Abgrenzungen dann nicht scharf dargestellt sind, werden nachfolgend die Definitionen wiedergegeben, die inzwischen von allen wesentlichen Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen als richtungsweisend akzeptiert werden.

Gesundheitsförderung (laut WHO Ottawa-Charta, 1986)

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl das Individuum als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und nicht als vorrangiges Lebensziel zu verstehen. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden (Franzkowiak P, Sabo P, 1998).

Begriffsdefinitionen der Prävention (Definiton aus: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001)

Primärprävention umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen. Gesundheitspolitisches Ziel ist, die Inzidenzrate (Neuaufreten) einer Erkrankung in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.

Sekundärprävention umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien (Früherkennungsmaßnahmen, Gesundheits-Check up, Vorsorgeuntersuchungen) asymptomatischer Krankheitsstadien und ihrer erfolgreichen Frühtherapie. Zentral ist die Forderung nach gesichertem Zusatznutzen der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung, da andernfalls Früherkennung unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursacht. Als Sekundärprävention wird in jüngster Zeit auch die Verhinderung einer Wiederholungserkrankung bzw. einer identischen Zweiterkrankung nach behandelter Ersterkrankung bezeichnet (z.B. Reinfarkt nach Herzinfarkt). Gesundheitspolitisches Ziel ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.

Tertiärprävention kann im weiteren Sinne verstanden werden als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich bestimmte Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von *Rehabilitation* ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen, zu erhalten und bleibende Einbußen bzw. Behinderungen zu verhüten.

Sowohl der *krankheitsorientierte Ansatz* der Prävention als auch der *ressourcenorientierte Ansatz* der Gesundheitsförderung zielen - wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien - auf die verbesserte Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.

Gesundheitsförderung im Speziellen zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. In diesem Zusammenhang stellt die WHO fünf Kernziele der Gesundheitsförderung mit den dazugehörigen Handlungsfeldern heraus (Naidoo J, Wills J, 2003):

Kernziel 1: Gesundheitsförderung umfasst die gesamte Bevölkerung und nicht nur die Menschen mit einem spezifischen Krankheitsrisiko.

Handlungsfeld 1: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

Kernziel 2: Aktivitäten der Gesundheitsförderung zielen auf die Ursachen und Rahmenbedingungen der Gesundheit, um zu gewährleisten, dass die gesamte Umwelt der Gesundheit förderlich ist, auch die, auf die der Einzelne keinen direkten Einfluss hat.

Handlungsfeld 2: Schaffung unterstützender Umwelten für Gesundheit.

Kernziel 3: Gesundheitsförderung verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Methoden. Dazu gehören Kommunikation, Erziehung, Gesetzgebung, steuerliche Maßnahmen, Veränderungen von Organisationen, Kommunalentwicklung und Gemeinwesenarbeit sowie spontane lokale Aktionen gegen Gesundheitsgefährdungen.

Handlungsfeld 3: Entwicklung von Kompetenzen des Einzelnen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, inkl. Informations- und Bewältigungsstrategien.

Kernziel 4: Gesundheitsförderung zielt auf die aktive Mitarbeit der Bevölkerung, unterstützt die Selbsthilfebewegung und fördert die Kompetenzen der Menschen, damit sie auf die Gesundheit ihrer unmittelbaren Umgebung mehr Einfluss nehmen können.

Handlungsfeld 4: Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, inkl. der sozialen Unterstützung und Netzwerkbildung.

Kernziel 5: Gesundheitsförderung ist nicht nur eine Aufgabe für die im Gesundheits- und Sozialbereich Tätigen, sondern eine für alle gesellschaftlichen Bereiche relevante Aufgabe. Dennoch fällt den Gesundheitsberufen, insbesondere den in der primären Gesundheitsversorgung Tätigen, eine besonders wichtige Rolle bei der Unterstützung und Ermöglichung der Gesundheitsförderung zu.

Handlungsfeld 5: Neuorientierung der Gesundheitsdienste über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus und Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind somit in jedem Alter wirksame Strategien, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern. Gesamtgesellschaftliches Ziel ist es, die Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Maßnahmen der *Gesundheitsförderung* und *Prävention* sind als *vierte eigenständige Säule* des Gesundheitssystems zu begreifen neben den drei Säulen *Behandlung*, *Rehabilitation* und *Pflege*.

3 Einrichtung regionaler Pflegekonferenzen in der Bundesrepublik Deutschland

3.1 Politischer Vorlauf und gesetzliche Grundlagen

Bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung handelt es sich um eine gesamtwirtschaftliche Aufgabe. Die gesetzliche Grundlage für die Zusammenarbeit im pflegerischen Bereich findet sich in § 8 des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI). Dort werden Länder und Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen ausdrücklich zur Zusammenarbeit angehalten. Beispiele für die Umsetzung dieses Zusammenarbeitsgebotes sind u.a. die gesetzlichen Bestimmungen über die Rahmenverträge (§ 75 SGB XI) und die Landespflegeausschüsse (§92 SGB XI). Auf der Landesebene kooperieren im wesentlichen die Verbände (Landesverbände der Pflegekassen, Vereinigungen der Träger im Land) sowie die Sozialhilfeträger und die zuständigen Landesbehörden im Landespflegeausschuss. Gewährleistet werden soll eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Ein Instrument zur Erfüllung dieser Aufgaben kann eine institutionalisierte regionale Arbeitsgemeinschaft sein - eine Pflegekonferenz - wie es von der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung gefordert wird (Oldemeier, 2000).

Durch das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) sind wichtige Ausführungsregelungen in die Zuständigkeit der Landesgesetzgebung gelegt worden. Das heißt auch, dass die Ausgestaltung der kommunalen Verantwortung den einzelnen Landespflegegesetzen überlassen bleibt. Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe aller an der Pflege Beteiligten kann nur realisiert werden, wenn die Akteure gemeinsam und gleichberechtigt an der Verantwortung für die Versorgung beteiligt werden. Hierfür müssen Organisationsformen für die Zusammenführung der Akteure am Pflegemarkt gefunden werden. Durch die Landespflegegesetze sind diese Organisationsformen zu konkretisieren. In den Ausführungsgesetzen der Länder wird diese Kooperation sehr unterschiedlich festgelegt. Nach dem Verwaltungsrecht unterscheidet man zwischen "verbindlichen Regelungen", "Sollvorschriften" und Regelungen mit Orientierungscharakter, den "Kannvorschriften". Tabelle 3.1 gibt einen Überblick der Regelungen aller Landespflegegesetze aller Bundesländer in Hinblick auf den Landespflegeausschuss (LPFA) und die Infrastrukturplanung auf örtlicher Ebene im Sinne der Initiierung von regionalen Pflegekonferenzen. Im Hamburgischen Landespflegegesetz (HmbLPG) wird in § 2 Abs. 2 die Bildung von Pflegekonferenzen thematisiert. Es handelt sich hierbei jedoch lediglich um eine „Kannvorschrift“. Im Gegensatz hierzu sieht z.B. Nordrhein-Westfalen eine „verbindliche Regelung“ vor (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Erwähnung von Landespflegeausschuss (LPFA) und Pflegekonferenz in den Landespflegegesetzen (1/3)

Bundesland	Erwähnung Landespflegeausschuss (LPFA) in Landespflegegesetz	Grad der Verbindlichkeit in Bezug auf die örtliche Pflegeinfrastruktur	Wenn Erwähnung in Landespflegegesetz Text zu Kooperationsform bzw. der Einrichtung von Pflegekonferenz
Baden-Württemberg	Der LPFA hat die Aufgabe, über Fragen der pflegerischen Versorgung zu beraten und ist an der Aufstellung des Landespflegeplanes beteiligt. Über den §92 SGB XI hinaus ist die Teilnahme von Verbänden der Pflegeberufe, Körperschaften der Ärzte und Betroffenenverbände vorgesehen. Die Geschäftsordnung wird durch eine Rechtsverordnung geregelt.	Ohne Erwähnung	-
Bayern	Der Landespflegeausschuss wird nicht thematisiert.	Ohne Erwähnung	-
Berlin	Der LPFA ist an der Aufstellung eines Landesplans zur Bedarfsermittlung und Angebotsanpassung beteiligt.	Ohne Erwähnung	-
Brandenburg	Der LPFA wird bei der Erstellung des Landespflegeplans angehört.	Ohne Erwähnung	-
Bremen	Der LPFA wird bei der Erstellung des Landespflegeplans angehört.	Ohne Erwähnung	-
Hamburg	Der LPFA wird nicht thematisiert.	Kann-Vorschrift	Zur Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur sowie zur Regelung des unmittelbaren Übergangs von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung zu einer notwendigen Pflege durch zugelassene Pflegeeinrichtungen können Pflegekassen, MDK, Träger der ambulanten, teilstationären und vollstationären pflegerischen Versorgung sowie die zuständigen Behörden Pflegekonferenzen einrichten und gemeinsam und einheitlich Vereinbarungen abschließen.
Hessen	Der LPFA wirkt bei der Aufstellung eines Rahmenplanes zur Pflegeversorgung mit.	Soll-Vorschrift	Über die Regelungen des SGB XI hinausgehend ist lediglich der Verweis auf die beratende Mitwirkung der „im Pflegewesen tätigen Verbände und Organisationen“ bei der Bedarfsplanung.

Tabelle 3.1: Erwähnung von Landespflegeausschuss (LPFA) und Pflegekonferenz in den Landespflegegesetzen (2/3)

Bundesland	Erwähnung Landespflegeausschuss (LPFA) in Landespflegegesetz	Grad der Verbindlichkeit in Bezug auf die örtliche Pflegeinfrastruktur	Wenn Erwähnung in Landespflegegesetz Text zu Kooperationsform bzw. der Einrichtung von Pflegekonferenz
Mecklenburg-Vorpommern	Mit dem LPFA ist das benehmen bzgl. des Landespflegeplans herzustellen. Eine Rechtsverordnung regelt das Nähere dazu.	Ohne Erwähnung	-
Niedersachsen	Der LPFA ist zum Landespflegeplan anzuhören. Darüber hinaus sind die Empfehlungen des LPFA beim Abschluss von Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Leistungsträger und den Verbänden der Träger der Einrichtungen pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Versorgung sowie der medizinischen Rehabilitation angemessen zu berücksichtigen.	Kann-Vorschrift	Zur Beratung und Koordinierung von Fragen der pflegerischen Versorgung, der notwendigen Infrastruktur und der Leistungsangebote können Pflegekonferenzen eingerichtet werden, die durch Vertreter der Kommunen, der Verbände, der Pflegekasse in gleicher Zahl zu besetzen sind. Die Pflegekonferenzen sollten zur Hälfte mit Frauen besetzt werden.
Nordrhein-Westfalen	Der LPFA gibt Empfehlungen zur Bedarfsermittlung an ambulante Pflegedienste, komplementäre Dienste, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfehlungen für die Entwicklung geeigneter Wohnformen.	Verbindliche Regelung	Zur Umsetzung der §§8 und 9 SGB XI ist die Einrichtung von Pflegekonferenzen vorgesehen. Deren Aufgabe besteht in der Mitwirkung an der Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur einschließlich der notwendigen komplementären Hilfen. Mitglieder der Pflegekonferenzen sind neben den Kreisen und kreisfreien Städten, VertreterInnen der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen und des MDK, der kommunalen Seniorenvertretung sowie der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Selbsthilfegruppen Pflegebedürftiger, Behinderter und chronisch Kranker. Andere an der Pflege Beteiligte können hinzugezogen werden.

Tabelle 3.1: Erwähnung von Landespflegeausschuss (LPFA) und Pflegekonferenz in den Landespflegegesetzen (3/3)

Bundesland	Erwähnung Landespflegeausschuss (LPFA) in Landespflegegesetz	Grad der Verbindlichkeit in Bezug auf die örtliche Pflegeinfrastruktur	Wenn Erwähnung in Landespflegegesetz Text zu Kooperationsform bzw. der Einrichtung von Pflegekonferenz
Rheinland-Pfalz	Der LPFA wird bei der Bedarfsplanung angehört.	Kann-Vorschrift	Jeder Landkreis und jede Kommune soll zur Beratung bei der Umsetzung der ihnen nach dem Gesetz obliegenden Aufgaben und zur Weiterentwicklung des Angebotes an ambulanten und stationären Hilfen Arbeitsgemeinschaften bilden, denen insbesondere Vertreter der freigemeinnützigen und privaten Träger der Einrichtungen, der Pflegekassen, der kommunalen Gebietskörperschaften und anderer Sozialleistungsträger angehören. Darüber hinaus obliegt den Sozialstationen die Beratung von Pflegebedürftigen und die Koordinierung von Hilfsangeboten.
Saarland	Der LPFA wird nicht thematisiert.	Kann-Vorschrift	Landkreise und Städte sollen in den entsprechenden Ausschüssen zusammenarbeiten, in denen – auf der Grundlage des Rahmenplans für das Land – die Detailplanung für die Pflegeinfrastruktur erfolgt.
Sachsen	Der LPFA ist bei der Fortschreibung der Pflegekonzeption anzuhören.	Ohne Erwähnung	-
Sachsen-Anhalt	Der LPFA ist bei der Erstellung des Rahmenplanes zur Pflegeversorgung zu beteiligen.	Verbindliche Regelung	§2 des Landesgesetzes sieht ein Zusammenwirken der Beteiligten (insbesondere der Landesbehörden, Landkreise und kreisfreien Städte sowie der Sozialhilfeträger, der Träger der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen und des MDK) vor.
Schleswig-Holstein	Der LPFA wird nicht thematisiert.	Ohne Erwähnung	-
Thüringen	Der LPFA wird nicht thematisiert.	Ohne Erwähnung	-

Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach Oldemeier U, 2000

3.2 Einrichtung bezirklicher Pflegekonferenzen in Hamburg

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, wirken die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und der MDK eng zusammen. Eine ergänzende Form der Zusammenarbeit sieht das Hamburgische Landespflegegesetz (HmbLPG) von 1996 in § 2 Abs. 2 durch die Möglichkeit vor, Pflegekonferenzen zu bilden (vgl. Tabelle 3.1). Demnach können Träger von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und zuständige Behörden unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen eine solche Konferenz bilden, um die pflegerische Versorgungsstruktur zu sichern und qualitativ weiterzuentwickeln. Es besteht die Möglichkeit, andere an der pflegerischen Versorgung beteiligte Institutionen hinzuzuziehen. Diesbezüglich können verbindliche Vereinbarungen zwischen den Beteiligten getroffen werden. Im Gegensatz ist nicht festgeschrieben, ob die Pflegekonferenz auf Landes- bzw. Bezirksebene oder noch kleinräumiger arbeiten sollte. Grundsätzlich sind auch unterschiedliche Modelle für Hamburg vorstellbar.

Den Anfang in Hamburg machten die Pflegekonferenzen Hamburg Harburg und Hamburg Nord, deren Initiierungen im Jahr 1998 durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) im Rahmen von Modellprojekten gefördert wurden. Die Pflegekonferenz Harburg ist auf Anregung des Arbeitskreises „Psychosoziale Vernetzung“ entstanden, um eine Bestandsaufnahme der psychosozialen Versorgung vorzunehmen und daraus resultierend Empfehlungen abzugeben. Der Arbeitskreis empfahl zur Stärkung des Verbraucherschutzes und zur kompetenten Information von Entscheidungsträgern die Einrichtung einer bezirklichen Pflegekonferenz auf Grundlage des HmbLPG. Die Pflegekonferenz Hamburg Nord will einen gemeinschaftlich und regional orientierten Ansatz der Versorgung pflegebedürftiger Menschen voranzutreiben mit dem Ziel der engen Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen, Organisationen und Berufsgruppen. Eine bessere Abstimmung bei der Betreuung einzelner Personen sowie die Verbesserung einer stadtteilorientierten Vernetzung soll erreicht werden. Beide Modellprojekte wurden wissenschaftlich durch Frau Dr. Döhner, Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg begleitet. Weitere Informationen finden sich in den Abschlussberichten Hamburg Harburg (Lohse, Döhner, Kofahl 2002) und Hamburg Nord (Bezirksamt Hamburg Nord, 2002).

Am 19.12.2002 wurde in der Bezirksversammlung Eimsbüttel ein Antrag auf Einrichtung und Vernetzung einer Pflegekonferenz im Bezirk Eimsbüttel gestellt, der auf der Bezirksversammlung am 27.03.2003 konkretisiert wurde (vgl. Bezirksversammlung Eimsbüttel, 2003).

Inhalte aus dieser Tischvorlage für die Sitzung der BV am 27.03.2003, TOP 9a: Empfehlung des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Ehrenamt sind u.a.:

1. Auf bereits vorhandene Strukturen in allen Bereichen einer Pflegekonferenz soll ausdrücklich zurückgegriffen werden.
2. Eine nutzerorientierte, leistungsfähige bezirkliche und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre pflegerische Angebotsstruktur sowie die Mitarbeit aller im Bereich Pflege Beteiligten soll sichergestellt und fortentwickelt werden.
3. Die Möglichkeit für sportliche und kulturelle Aktivitäten älterer und behinderter Menschen soll sinnvoll abgestimmt werden.
4. Gesundheitsförderung und Förderung von Prävention und Rehabilitation sollen durch die Schaffung und Verbesserung einer geriatrischen Infrastruktur gestärkt werden.

Mit diesen vier Forderungen werden für die Initiierung der Pflegekonferenz Eimsbüttel neue Maßstäbe gesetzt, die über die im HmbLPG geforderte „*Sicherung und qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur*“ hinausgehen. Somit wird es andere Strukturen und Inhalte in Eimsbüttel geben als in den bisherigen Pflegekonferenzen Harburg und Nord.

In Tabelle 3.2 findet sich eine vergleichende Übersicht dreier Pflegekonferenzen. Gegenüber gestellt werden erstens die Pflegekonferenz Hamburg Harburg, die auf eine neue Kultur des Helfen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zuzüglich der Abstimmung pflegerischer Angebotsstrukturen im Bezirk Harburg zielt. Zweitens wurden Angaben zu der Kreispflegekonferenz Unna (Nordrhein-Westfalen) recherchiert, die für die Planung der Pflegekonferenz Hamburg Altona als ein gutes Beispiel für eine funktionierende Kreispflegekonferenz dient. Als drittes Beispiel wird exemplarisch die Kreispflegekonferenz Soest (Nordrhein-Westfalen) vorgestellt, bei der sich die Organisatoren der Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg Eimsbüttel im Vorfeld informiert haben. Auch diese Pflegekonferenz ist laut Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (§ 2 PfG NW) dazu verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt berücksichtigende Angebotsstruktur sicherzustellen. Diesbezüglich ist in der dortigen Geschäftsstelle seit 1997 eine anwenderorientierte Datenbank (MS-Access) für den Kreis Soest aufgebaut worden. Aus dieser Adress-Datenbank ist zunächst ein sog. „Pflege-Atlas“ in Papierform entstanden, der auf eine hohe Akzeptanz stieß. Um den umfangreichen Datenbestand für alle Bürger jederzeit auf dem aktuellen Stand präsentieren zu können, wird diese Datenbank nun mit Hilfe einer Softwarefirma online angeboten (vgl. Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Gegenüberstellung dreier Pflegekonferenzen, Seite 1/4 (Stand: 29.03.2004/U. Dapp)

Charakteristika	Hamburg-Harburg	Kreis Unna, NRW	Kreis Soest, NRW
<p>Organisation und Zusammensetzung</p>	<p>Delegationsprinzip: Konsensusgremium, in dem Leistungsanbieter (Heime, Pflegedienste, Krankenhäuser, Ärzte), Leistungsträger (Kassen, Sozialamt), Bezirksamt (Altenhilfe, Heimaufsicht, Gesundheitsamt), Seniorenbeirat und Heimbeiräte vertrauensvoll zusammenarbeiten.</p> <p>In der Pflegekonferenz wirken die in §2 des Hamburgischen Landespflegegesetzes festgelegten Stellen und darüber hinaus Vertreter von Seniorengremien, der Bezirksversammlung, der medizinischen Einrichtungen und der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zusammen. Auch geeignete Selbsthilfegruppen sollen zur Mitwirkung aufgefordert werden. Die vertretenen Stellen entsenden nach einem geeigneten Bewilligungsverfahren Delegierte (vgl. „Mitglieder“). Die vertretenen Organisationen benennen ihre Delegierten selbst und sichern ein geeignetes, kooperatives Auswahlverfahren zu.</p> <p>Die Pflegekonferenz wählt aus ihrer Mitte für 3 Jahre eine Geschäftsführung mit je einem Vertreter der ambulanten Pflegedienste, der stationären Pflegeeinrichtungen, der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, der Verwaltung, der Bezirksversammlung und der Seniorengremien. Die Geschäftsführung wählt einen Koordinator und legt die Geschäftsstelle fest.</p> <p>Die Pflegekonferenz ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Beschlussfähig: Einstimmigkeit.</p>	<p>Delegationsprinzip: Das Delegationsprinzip ermöglicht die Beteiligung sämtlicher relevanter Bereiche. So kann vermieden werden, dass jede einzelne Einrichtung oder jeder einzelne Kostenträger beteiligt werden muss. Die Zahl der Delegierten würde sonst unweigerlich so hoch ausfallen, dass ein wirksames Arbeiten unmöglich wäre. Die Arbeit der Konferenz ist auf Konsensbildung ausgerichtet, so dass es ohnehin nicht erforderlich wäre, die Anzahl der Delegierten etwa nach Stimmrechten gleichmäßig zu gewichten. Andererseits entwickelte sich die Zusammensetzung seit 1995 dennoch passgerecht weiter.</p> <p>Zuständige demokratische Gremien wie der Sozialausschuss des Kreises bleiben unberührt. Es erfolgt aber zur Information u.a. regelmäßige Berichterstattung über die jährlich etwa vier Konferenzen in den Ausschusssitzungen.</p> <p>Den Vorsitz der Kreispflegekonferenz hat der Kreisdirektor und Sozialdezernent. Geschäftsstelle ist die Koordinierungsstelle Altenarbeit des Kreises.</p>	<p>Delegationsprinzip: Das Land NRW hat im § 2 PfG NW die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt berücksichtigende pflegerische Angebotsstruktur sicherzustellen. Sie sollen Pflegekonferenzen (Kooperationsgremium) einrichten und deren Geschäftsführung übernehmen (§ 3 PfG NW).</p> <p>Zur Pflegekonferenz gehören mindestens je ein Vertreter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Kreises oder der kreisfreien Stadt • der Pflegeeinrichtungen • der Pflegekassen • des MDK • der Seniorenvertretungen und • der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Selbsthilfegruppen. <p>Im Kreis Soest hat der Kreisausschuss Größe und Struktur der Pflegekonferenz festgelegt. Die Pflegekonferenz umfasst 22 Mitglieder (vgl. Mitglieder).</p> <p>Die Geschäftsstelle der Pflegekonferenz Soest setzt sich aus 5 Personen zusammen. Geschäftsführer der Pflegekonferenz ist der Sachgebietsleiter der Abteilung Sozialplanung des Kreises Soest. Er wird unterstützt von vier weiteren Personen aus dieser Abteilung.</p>

Tabelle 3.2: Gegenüberstellung dreier Pflegekonferenzen. S. 2/4 (Stand: 29.03.2004/U. Dapp)

Charakteristika	Hamburg-Harburg	Kreis Unna, NRW	Kreis Soest, NRW
Mitglieder	3 Delegierte: Einrichtungen der stationären Altenpflege 1 Delegierter: Wohngruppen der Eingliederungshilfe 3 Delegierte: Ambulante Pflegedienste 1 Delegierter: Einrichtungen teilstationärer Pflege 1 Delegierter: Rehabilitationseinrichtungen 1 Delegierter: Krankenhäuser 1 Delegierter: Sozialdezernent 1 Delegierter: Gesundheits- und Umweltdezernent 2 Delegierte: Bezirksseniorenbeirat 2 Delegierte: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft 2 Delegierte: Heimbeiräte 1 Delegierter: Heimaufsicht 1 Delegierter: Altenhilfe 3 Delegierte: Fraktionen der Bezirksversammlung 2 Delegierte: Selbsthilfegruppen 2 Delegierte: Pflegekassen / Krankenkassen 2 Delegierte: MDK Zusammen: 29 Mitglieder insgesamt	4 Delegierte: Pflegekassen 1 Delegierter: MDK 3 Delegierte: Ärzteschaft 1 Delegierter: Krankenhäuser 6 Delegierte: Wohlfahrtsverbände, kirchliche bzw. frei-gemeinnützige und private Leistungsanbieter von ambulant bis stationär 8 Delegierte: Betroffenenbeteiligung 1 Delegierter: Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1 Delegierter: Ver.di 2 Delegierte: kreisangehörige Kommunen Zusammen: 27 Mitglieder insgesamt	1 CDU 1 SPD 1 Grüne Liste 1 BG 1 FDP 1 Freigemeinnützige ambulante Pflegedienste 1 Private ambulante Pflegedienste 1 Freigemeinnützige stationäre Pflegeeinrichtungen 1 Tagespflegeeinrichtungen 2 Pflegekassen 1 MDK 1 Seniorenvertreter 2 Arbeitsgemeinschaft der örtl. Selbsthilfegruppen Pflegebedürftiger, Behinderter, Chronisch Kranker 1 Landschaftsverband Westfalen-Lippe als überörtlicher Sozialhilfeträger 1 niedergelassene Ärzte 1 Krankenhaus- / Klinikärzte 1 Krankenhäuser 1 Beschäftigte in den Pflegeeinrichtungen 1 Kreis Soest Zusammen: 21 Mitglieder insgesamt
Rhythmus der Treffen	4 mal im Jahr in öffentlicher Sitzung Anlassbezogene und/oder nicht öffentliche Sitzungen sind möglich.	Etwa 4 mal im Jahr	Etwa 4 mal im Jahr

Tabelle 3.2: Gegenüberstellung dreier Pflegekonferenzen, Seite 3/4 (Stand: 29.03.2004/U. Dapp)

Charakteristika	Hamburg-Harburg	Kreis Unna, NRW	Kreis Soest, NRW
Themen bzw. Aufgaben	<p>Arbeitsschwerpunkte im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hinwirken auf transparente, kundenorientierte Leistungsangebote • Diskussion über Versorgungskonzepte • Interpretation von Bedarfs- und Nachfrageanalysen im Bezirk Harburg • Mitwirkung an bedarfsorientierter Planung und Weiterentwicklung des Angebotes an Pflegeeinrichtungen sowie zum Angebot an komplementären Hilfen, insbesondere Bestandsaufnahme der örtlichen Infrastruktur und Empfehlungen zur kommunalen Bedarfsplanung im Rahmen der Rechtsnormen • Entwicklung von Qualitätssicherungssystemen im Bezirk Harburg • Beschwerdemanagement • Aufgabenökonomie • Auffinden von Synergieeffekten und Lösung von Schnittstellenproblemen • Auffinden von problematischen Verfahrensabläufen • Förderung der geriatrischen Infrastruktur im Bezirk Harburg • Gesundheitsförderung und Förderung von Prävention und Rehabilitation <p>Zusammengefasst steht eine neue Kultur des Helfen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Vordergrund sowie die Abstimmung pflegerischer Angebotsstrukturen in Harburg.</p>	<p>Bisherige Themen der Pflegekonferenz Unna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demographische Entwicklung und Bedarfsentwicklung • Pflegeheimplanungen • Komplementäre Dienste • Pflegeberatung • Wohnberatung • Neue Ausbildung zur Hygienebeauftragten • Übergang Krankenhäuser – Kurzzeitpflege • Pflegeleistungsergänzungsgesetz • Projekt Zeitintensive Betreuung (ZiB) • Begutachtung MDK bzgl. Demenz • Projekt Psychosoziale Begleitung • Kampagne für Pflege - Pflegequalitätsnotstand • Ausbildungsnotstand Pflegefachkräfte • Gerontologische Tagesklinik • Novellierung Landespflegegesetz 	<p>Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegekonferenz Soest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordination und Kooperation zwischen den an der Pflege Beteiligten • Beteiligung bei der Pflegebedarfsplanung (§ 6 PfG NW) • Mitwirkung bei der Sicherung der pflegerischen Angebotsstruktur und komplementärer Hilfen • Bestandsanalyse und Bewertung der pflegerischen Infrastruktur, Planung und Bereitstellung pflegerischer Dienste und Einrichtungen, Entwicklung, Prüfung und Bewertung innovativer Pflegekonzepte • Vernetzung mit übrigen Angeboten der Alten- und Behindertenhilfe • Festlegung von Qualitätsstandards und Modifizierung der im Rahmen des § 80 SGB XI auf Bundesebene erstellten Qualitätsstandards • Unterstützung bei der Einrichtung von Qualitätszirkeln, Entwicklung von Instrumenten der Qualitätssicherung • regelmäßiger Informationsaustausch mit noch zu gründenden örtlichen Pflegequalitätssicherungsstellen (z.B. in Form von Verbraucherberatung, Ombudsleuten, Qualitätssicherungsstellen etc.) • Entwicklung von Standards für die Gestaltung von Pflegekursen für Angehörige und sonstige Pflegepersonen • Öffentlichkeitsarbeit

Tabelle 3.2: Gegenüberstellung dreier Pflegekonferenzen, Seite 4/4 (Stand: 29.03.2004/U. Dapp)

Themen bzw. Aufgaben			<ul style="list-style-type: none"> • Beratung von Einrichtungen und Pflegepersonen, Fort- und Weiterbildung des Personals, Einwirkung auf die Inhalte von Versorgungsverträgen, Zulassung von Pflegeeinrichtungen ohne Gebührenvereinbarung • Koordinierung an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich • Umsetzung der Grundsätze: Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Pflege • Harmonisierung der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der Kostenträger • Förderung der ehrenamtlichen und freiwilligen sozialen Tätigkeit, Abbau von bürokratischen Hemmnissen • Förderung vorgehaltener Logistik (z.B. Mittel zur Wohnungsanpassung, Hilfsmittellager)
Öffentlichkeitsarbeit	<p>Die Öffentlichkeitsarbeit der Pflegekonferenz erfolgt durch die Arbeitsgruppe Information. Der Koordinator der Arbeitsgruppe Information ist Sprecher der Arbeitsgruppe.</p>	<p>Wichtigste Arbeitsinhalte werden in Form von Pressemitteilungen weitergegeben. Die Protokolle und Informationen werden an rund 300 Multiplikatoren geschickt, damit die Erkenntnisse im jeweiligen Arbeitsalltag eingesetzt werden können. Die Kreispflegekonferenz informiert auch übergeordnete Gremien wie den Landespflegeausschuss. Die jüngsten Protokolle von der Kreispflegekonferenz sind im Internet verfügbar.</p>	<p>1997 wurde in der Geschäftsstelle der Pflegekonferenz des Kreises Soest eine anwenderorientierte Datenbank auf der Basis von MS-Access aufgebaut. Aus dieser Datenbank ist in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus den Pflegediensten und -einrichtungen zunächst der Pflege-Atlas in Papierform entstanden. Die hohe Akzeptanz sowie die Notwendigkeit, den großen Datenbestand jederzeit für alle Bürger hochaktuell präsentieren zu können, führte dazu, mit Hilfe der Firma KDVZ, die Informationen online anzubieten: www.pflege-atlas.de.</p>
Quelle	www.pflegekonferenz.de	www.kreis-unna.de	www.pflege-atlas.de/Pflegekonferenz.htm

4 Konzept und Organisation der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

4.1 Der Untersuchungsraum Eimsbüttel

Der Bezirk Eimsbüttel setzt sich aus neun Stadtteilen zusammen (Eidelstedt, Eimsbüttel, Harvestehude, Hoheluft-West, Lokstedt, Niendorf, Rotherbaum, Schnelsen, Stellingen). Zum 31.12.2002 lebten insgesamt 243.599 Personen im Bezirk, davon waren 40.926 Personen 65 Jahre und älter. Mit 4.865 Einwohner/inner je km² ist der Bezirk Eimsbüttel der am dichtesten besiedelte in Hamburg.

Der Bezirk Eimsbüttel hat heute gleichauf mit Hamburg Nord den höchsten Anteil (67,3%) von Bewohnern und Bewohnerinnen im eigentlichen Erwerbsalter (21-65 Jahre). Der Altersanteil liegt derzeit noch unter dem Hamburger Durchschnitt (vgl. Tabelle 4.1).

Eine genauere Betrachtung der Bevölkerungsgruppe < 65 Jahre zeigt aber, dass Eimsbüttel - dicht gefolgt von Wandsbek - unter allen Hamburger Bezirken den höchsten Bevölkerungsanteil der Altersgruppe 45-65 Jahre hat. D.h.: es entwickelt sich in den kommenden 10-15 Jahren ein überdurchschnittlicher Altersanteil. Die hohe Erwerbsquote von heute wird zur „Alterslast“ von morgen.

Dass diese Entwicklung tatsächlich so eintritt, hängt natürlich von verschiedenen Bedingungen ab. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Eimsbüttel unter den Hamburger Bezirken eine ziemlich niedrige Wohnmobilität hat und im übrigen eine besonders niedrige Sterblichkeit verzeichnen kann. Es erscheint sinnvoll, diesen Aspekt durch eine detailliertere Analyse der bezirklichen Altersstrukturen zu überprüfen.

Tabelle 4.1: Altersstruktur der Hamburger Bezirke, alle Angaben in %

	0-15	15-21	21-45	45-65	65 und älter	21-65
HAMBURG GESAMT	13,5	5,6	37,8	26,0	17,0	63,8
BEZIRK HAMBURG-MITTE	13,4	5,9	41,0	24,7	15,0	65,8
BEZIRK ALTONA	13,8	5,7	37,8	25,8	17,0	63,6
BEZIRK EIMSBÜTTEL	11,9	4,7	39,7	27,6	16,1	67,3
BEZIRK HAMBURG-NORD	10,4	4,5	42,6	24,7	17,8	67,3
BEZIRK WANDSBEK	14,2	6,0	33,5	27,5	18,8	61,0
BEZIRK BERGEDORF	16,9	6,8	35,7	25,1	15,5	60,9
BEZIRK HARBURG	16,1	6,7	35,2	25,1	16,9	60,3

Es ist daher zu erwarten, dass es in Eimsbüttel in der näheren Zukunft zu einem spürbar höheren Aufkommen an alterstypischen chronischen Erkrankungen kommt, für deren Bewältigung neben der medizinischen Behandlung und Pflege auch die Gestaltung eines aktivitätsfördernden Umfeldes und die Optimierung des sozialen Dienstleistungsangebotes wesentliche Voraussetzungen sind.

Die extreme Wohndichte im Bezirk Eimsbüttel und der Mangel an innerstädtischen Freiflächen in Verbindung mit überdurchschnittlich hohen Verkehrslasten bedeuten für Senioren ein erhöhtes Krankheitsrisiko aus sozialem Druck und Vereinsamung sowie aus Umfeldbedingungen, die einer aktiven Alltagsgestaltung im Wege stehen.

Beiden Aspekten muss im Wege einer langfristigen bezirklichen Stadt-, Gesundheits- und Sozialplanung Rechnung getragen werden (aus: Interner Unterlage des Gesundheitsamtes Eimsbüttel, zur Verfügung gestellt im März 2003).

4.2 Erwartungen an die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

Als Ergebnis zweier Vorbereitungstreffen im Herbst 2003 zur Installierung der Pflegekonferenz im Bezirk Eimsbüttel auf Basis des Beschlusses der Bezirksversammlung vom 19.12.2002 (vgl. Kapitel 3.2) haben die fast 30 Teilnehmer und Teilnehmerinnen (Bezirksamt, Parteien, Universität, Seniorenorganisationen, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, geriatrische Fachkrankenhäuser) übereinstimmend den Wunsch geäußert, den Namen „Pflegekonferenz“ zu überdenken und ggf. abzuändern in „Gesundheits- und Pflegekonferenz“.

Ausschlaggebend für diese zentrale Erwartungshaltung ist zum einen die demographische Veränderung (vgl. Kapitel 2.1) sowie zum anderen der zu erwartende Mehrbedarf an pflegerischen Leistungen (vgl. Kapitel 2.2). Diesbezüglich fordert die Bezirksversammlung, die Nutzung und Fortentwicklung bereits vorhandener Strukturen ambulanter und teilstationärer pflegerischer Angebote im Bezirk zu stärken und zu vernetzen. Darüber hinaus erhalten Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend Aufmerksamkeit, um gesund zu Altern (vgl. Kapitel 2.3). Somit lautet eine weitere Forderung der Bezirksverwaltung, auch der Mehrzahl der älteren Menschen im Bezirk, die in Gesundheit altern, durch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen verstärkt gerecht zu werden. Genannt werden in diesem Zusammenhang die Schaffung von Möglichkeiten zu sportlichen und

kulturellen Aktivitäten für ältere Menschen sowie die Stärkung und Verbesserung einer geriatrischen Infrastruktur (vgl. Kapitel 3.2).

Neben dieser zentralen Erwartung des Teilnehmerkreises vom 23.09.2003 wurden auch die folgenden Erwartungen an die Gesundheits- und Pflegekonferenz formuliert:

- Öffnung aller Beteiligten zu einer ganzheitlichen Sichtweise
- Vermittlung umfangreicher Kenntnisse über die Angebotsstruktur
- Forum zum Kennen lernen verschiedener Anbieter untereinander
- Forum zur Vorbereitung, Beratung und Kommentierung sozialpolitischer Entscheidungen
- Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Pflege bei älteren Menschen
- Fachliche Standards entwickeln
- Image: Pflege zu einer wertvollen Marke zu machen
- Pflege braucht Lobby! Schaffung eines öffentlichen Forums zur Lobbyarbeit
- Veränderung des Altersbildes: Altsein ist nicht gleich Krankheit und Behinderung
- Einflussgewinnung auf das öffentliche Meinungsbild zum Thema Alter und Altern

Abschließend bestand Konsens darüber, dass mit der Einrichtung einer Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Eimsbüttel nicht nur den Anforderungen der Politik genüge getan werden sollte (top down Strategie), sondern diese Einrichtung vor allem als Chance genutzt werden sollte zur aktiven Förderung der Vernetzung aller Beteiligten beginnend an der Basis (bottom up Strategie).

4.3 Ziele und Aufgaben der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

Zentraler Blickpunkt der Gesundheits- und Pflegekonferenz sollte sein, verbrauchernah und praxisorientiert an relevanten Themen in den Stadtteilen des Bezirks Eimsbüttel für gesunde, kranke und/oder behinderte ältere Menschen zu arbeiten. Hierfür bedarf es der vertrauensvollen Zusammenarbeit von Leistungserbringern (ambulant, teilstationär und stationär), Kostenträgern, Bezirksamt, Seniorenbeirat, sonstigen Seniorenorganisationen und Anbietern von Seniorenangeboten. Hieraus ergeben sich die folgenden Ziele und Aufgaben:

- Schaffung von Grundlagen für die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Beteiligten im Bezirk,
- Bestandsaufnahme vorhandener Angebote / bezirklicher Infrastruktur,
- Schaffung von Transparenz bzw. gegenseitige Information über die vorhandenen Angebote im Bezirk für ältere Bürger (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege),
- Erstellung neuer und Interpretation vorhandener Bedarfs- und Nachfrageanalysen,
- Vernetzung, Kooperation und Ausnutzung von Synergieeffekten zwischen allen Beteiligten,
- Information und Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen,
- Auffinden von Synergieeffekten und Lösungen von Schnittstellenproblemen,
- Förderung der geriatrischen Infrastruktur,
- Erarbeitung bzw. Übernahme von Qualitätsstandards,
- Beschwerdemanagement,
- Förderung des pflegerischen Nachwuchses, Schulung des Pflegepersonals,
- Verbesserung des Images der Pflegeberufe,
- Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch der Beteiligten untereinander mit dem Ziel der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Maßnahmen und ihre Anpassung an den medizinischen Fortschritt.

4.4 Teilnehmer der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

In der Gesundheits- und Pflegekonferenz wirken die in § 2 des Hamburgischen Landespflegegesetzes festgelegten Stellen und darüber hinaus Vertreter von Seniorengremien, der Bezirksversammlung, der medizinischen Einrichtungen und der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zusammen. Auch geeignete Selbsthilfegruppen sollen zur Mitwirkung aufgefordert werden. Als mögliche Mitglieder der Gesundheits- und Pflegekonferenz kommen folgende Vertreter und Vertreterinnen in Frage:

- Träger der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege (öffentlich, kirchlich, privat)
- Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (ambulant, teilstationär, stationär)
- Bezirksverwaltung
- Fraktionen der politischen Parteien im Bezirk
- Bezirksseniorenbeirat
- Sonstige Senioren- und Behindertenorganisationen

- Betroffene und Angehörige, ggf. von Selbsthilfegruppen
- Heimbeiräte
- Krankenkassen, Pflegekassen und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)
- Sport- und Kultureinrichtungen
- Aktionskreis Alter in Eimsbüttel
- Altenhilfe und sonstige Beratungsstellen für ältere Menschen
- Hausärzte, Internisten und sonstige für ältere Menschen bedeutsame Facharztgruppen
- Polizei
- Wohnungsbaugenossenschaften
- Hamburger Verkehrsverbund
- Wirtschaft
- Etc.

4.5 Organisation der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

Die Arbeit der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel ist auf Konsensbildung ausgerichtet. Das Delegationsprinzip anderer Pflegekonferenzen, nach dem die Beschlussfähigkeit häufig auf Einstimmigkeit basiert, ist in der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel nicht geplant. Favorisiert wird ein Aufbau, der sich in Geschäftsführung, Lenkungsgruppe und Arbeitsgruppen untergliedert. Diese verschiedenen Gremien arbeiten vertrauensvoll miteinander und können flexibel auf neue Aufgaben und Fragestellungen reagieren (vgl. Abbildung 4.1).

4.5.1 Die Geschäftsführung

Die Geschäftsstelle der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel befindet sich im Gesundheitsamt Eimsbüttel. Den Vorsitz hat der Amtsarzt. Er wird unterstützt von einer / einem Verwaltungsangestellten.

Die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel soll mindestens eine öffentliche Veranstaltung pro Jahr zu einem selbstgewählten Schwerpunktthema im Bezirk durchführen. Die Einladung hierzu erfolgt durch die Geschäftsstelle. Die Lenkungsgruppe sowie die

Arbeitsgruppen tagen unabhängig von dieser jährlichen Veranstaltung nach Bedarf. Die Arbeitsgruppen informieren die Lenkungsgruppe über ihre Aktivitäten, die Lenkungsgruppe informiert die Geschäftsführung. Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehören:

- Bearbeitung von telefonischen und schriftlichen Anfragen und Weiterleitung der Korrespondenz an die zuständigen Gremien und Lenkungsgruppe,
- Organisation der öffentlichen Veranstaltung (mindestens 1x jährlich) sowie von Sonderveranstaltungen (bei Bedarf),
- Erstellung und Versand der Einladungen, Festlegung des Themas, Protokollführung etc.,
- Verwaltung des Budgets,
- Pflege des Adressverteilers (bezirkliche Netzwerk-Datenbank),
- Zeitnahe Information der politischen Gremien,
- Initiierung der wissenschaftlichen Begleitforschung,
- Einberufung neuer Arbeitsgruppen.

4.5.2 Die Lenkungsgruppe

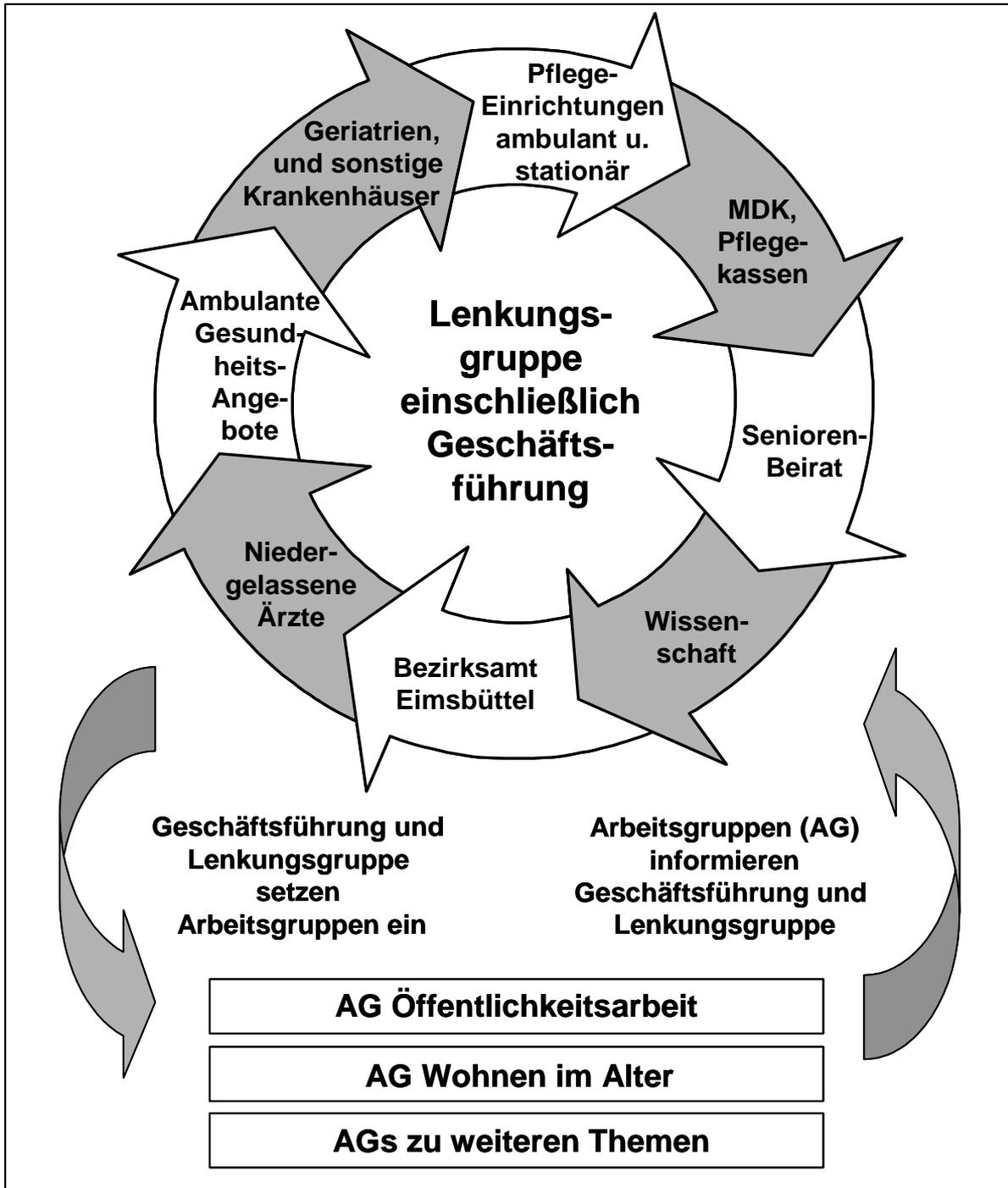
Die Lenkungsgruppe setzt sich aus 5 bis 8 Personen zusammen, die alle Bereiche abdecken, die im Hamburgischen Landespflegegesetz gefordert werden. Dies sind:

- Träger von Pflegeeinrichtungen,
- Pflegekassen,
- Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen,
- Gesundheitsamt Eimsbüttel,
- Beteiligung des MDK.

Darüber hinaus sollten auch Bereiche vertreten sein, die den Akzent auf „Gesundheit“ in der Lenkungsgruppe einer Gesundheits- und Pflegekonferenz setzen. Dies sollten sein:

- Niedergelassene Ärzte
- Bezirksseniorenbeirat,
- Sonstige Seniorenvertretungen / -organisationen,
- Anbieter gesundheitsfördernder und präventiver Dienstleistungen.
- Wissenschaft und Forschung.

Abbildung 4.1: Organisation der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel



Die Lenkungsgruppe setzt sich zusammen aus dem Bestand der im Dezember 2003 eingerichteten Arbeitsgruppen „Öffentlichkeitsarbeit“ und „Wohnen im Alter“. Sie behält sich vor, weitere Mitglieder aufzunehmen. Zu den Aufgaben der Lenkungsgruppe zählen u.a. die:

- Koordination aller Arbeitsgruppen der Gesundheits- und Pflegekonferenz,
- Erstellung von Unterlagen für die Information der politischen Gremien,
- Erstellung von Unterlagen für die Öffentlichkeitsarbeit nach außen,
- Erstellung sonstiger Informationsmaterialien für Bürger und Professionelle,
- Planung, Erstellung und Pflege des Internetauftritts (Design, Inhalte etc.),
- Inhaltliche Vorbereitung von Tagungen und Veranstaltungen.

4.5.3 Die Arbeitsgruppen

Die Geschäftsführung der Gesundheits- und Pflegekonferenz richtet zur Bearbeitung von Themen und Aufgabenstellungen Arbeitsgruppen ein. Diese Arbeitsgruppen können ständig oder temporär eingesetzt werden. Eine ständig zu implementierende Arbeitsgruppe ist beispielsweise die Arbeitsgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“. Alle Arbeitsgruppen arbeiten themenzentriert und informieren die Geschäftsführung zeitnah über ihre Tätigkeiten und Ergebnisse. Das themenzentrierte Arbeiten der bisher eingesetzten Arbeitsgruppen wird in Kapitel 5.2 beschrieben.

5 Bisherige Aktivitäten der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

Der Dezernent des (damaligen) Gesundheits- und Umweltamtes Eimsbüttel hat mit Schreiben vom 02. September 2003 erstmals Professionelle eingeladen, an der Initiierung der Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Eimsbüttel mitzuwirken. Seit dem haben die folgenden Aktivitäten bis zur Auftaktveranstaltung am 08. September 2004 stattgefunden (vgl. Tabelle 5.1), die nachfolgend erläutert werden.

Tabelle 5.1: Bisherige Aktivitäten der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

Datum	Themen
23.09.2003	1. Vorbereitungstreffen zur Einrichtung einer Pflegekonferenz Eimsbüttel
28.10.2003	2. Vorbereitungstreffen zur Einrichtung einer Pflegekonferenz Eimsbüttel
10.12.2003	1. Sitzung der Arbeitsgruppe „Wohnen im Alter“
18.12.2003	1. Sitzung der Arbeitsgruppe „Öffentlichkeit“
21.01.2004	2. Sitzung der Arbeitsgruppe „Wohnen im Alter“
27.01.2004	2. Sitzung der Arbeitsgruppe „Öffentlichkeit“
24.02.2004	3. Sitzung der Arbeitsgruppe „Wohnen im Alter“
26.02.2004	3. Sitzung der Arbeitsgruppe „Öffentlichkeit“
01.04.2004	4. Sitzung der Arbeitsgruppe „Öffentlichkeit“
27.05.2004	4. Sitzung der Arbeitsgruppe „Wohnen im Alter“ gemeinsam mit 5. Sitzung der Arbeitsgruppe „Öffentlichkeit“ => Lenkungsgruppe zur Vorbereitung der Auftaktveranstaltung
12.08.2004	5. Sitzung der Arbeitsgruppe „Wohnen im Alter“ gemeinsam mit 6. Sitzung der Arbeitsgruppe „Öffentlichkeit“ => Lenkungsgruppe zur Vorbereitung der Auftaktveranstaltung
06./07.2004	Drei Sondierungsgespräche zum Aufbau eines GIS-gestützten Netzwerkes für Gesundheit und Pflege im Alter 1) Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW), 2) Firma Dumrath & Fassnacht und 3) Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Amt für Gesundheit
08.09.2004	Auftaktveranstaltung der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

5.1 Vorbereitungstreffen 2003

Der Einladung des Dezernenten folgten rund 30 Personen aus Politik, Bezirksverwaltung, Wissenschaft, Seniorenverbänden sowie dem ambulanten, teilstationären und stationären

Versorgungsbereichs für ältere Menschen im Bezirk Eimsbüttel und nahmen an zwei Vorbereitungstreffen im Herbst 2003 teil. Das Gesundheitsamt informierte über Hintergründe, Aufgaben und potenzielle Vertreter der einzurichtenden Pflegekonferenz. Die Teilnehmer des ersten Vorbereitungstreffens teilten ihre Erwartungen an die Pflegekonferenz Eimsbüttel mit. Übereinstimmend wurde in der Initiierung einer Pflegekonferenz die Chance für eine Vernetzung von Professionellen und Bürgern im gesamten Bezirk Eimsbüttel gesehen, die über die Arbeit des Arbeitskreis Alter in Eimsbüttel (AKE) im Stadtteil Eimsbüttel hinausgeht. Der Einsatz des im Gesundheits- und Verbraucherschutzdezernats vorhandenen geographischen Informationssystems (GIS) wird angeregt. Auch wird übereinstimmend festgehalten, dass der Name der Pflegekonferenz zu überdenken ist.

An einem zweiten Vorbereitungstreffen stellte der selbe Teilnehmerkreis die Weichen für eine „Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel“. Der Amtsarzt wurde gebeten zu prüfen, ob diese Umbenennung erfolgen kann. Der Ausschuss für Grün, Umwelt und Gesundheit des Gesundheits- und Umweltausschusses des Bezirks Eimsbüttel sprach sich am 18. Mai 2004 einvernehmlich für das Vorgehen aus, den Titel für die Pflegekonferenz Eimsbüttel auszudehnen auf die Bezeichnung „Gesundheit und Pflege im Alter – Pflegekonferenz Eimsbüttel“ (Ausschuss für Grün, Umwelt und Gesundheit Bezirksamt Eimsbüttel, 2004: Niederschrift 1/XVII, Punkt 6).

Ein Delegationsprinzip wird übereinstimmend abgelehnt. Die Arbeit soll sich aus laufenden Prozessen in Arbeitsgruppen entwickeln und schrittweise Zwischenziele erreichen. Langfristig können sich hierdurch neue bzw. intensiviertere Vernetzungen ergeben. Ein hilfreiches Instrument hierfür könnten Einsatzmöglichkeiten eines GIS sein, die an diesem Treffen vorgestellt wurden. Zusätzlich wurde die Arbeitsweise der erfolgreich funktionierenden Kreispflegekonferenz Soest (NRW) vorgestellt (vgl. Tabelle 3.2).

Um die grundsätzliche Ausrichtung und Aufgabenstellung der „Gesundheits- und Pflegekonferenz“ Eimsbüttel sowie die Beteiligung einer breiten Plattform von Anbietern, die sich mit Gesundheits- und Pflege Themen befassen, zu fördern, soll eine Auftaktveranstaltung initiiert werden. Als Schwerpunkt der Auftaktveranstaltung wurde das facettenreiche Thema Wohnen im Alter gewählt. Für die Organisation der Auftaktveranstaltung ist zudem Öffentlichkeitsarbeit wichtig, so dass zwei Arbeitsgruppen – die AG „Wohnen im Alter“ und die AG „Öffentlichkeit“ aus der Taufe gehoben wurden.

5.2 Themenzentriertes Arbeiten in Fach- bzw. Arbeitsgruppen

Nachfolgend werden die Inhalte der beiden bisher eingesetzten Arbeitsgruppen „Wohnen im Alter“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ kurz vorgestellt. Außerdem werden die ersten Tätigkeiten und Sondierungsgespräche zur Initiierung der Arbeitsgruppe „Netzwerk Gesundheit und Pflege im Alter“ auf Basis eines geographischen Informationssystems (GIS) nachfolgend zusammengestellt.

5.2.1 AG Wohnen im Alter (bezirklicher Entwicklungsplan)

Die AG „Wohnen im Alter“ hat sich zur Initiierung der Auftaktveranstaltung der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel zusammengefunden. In einer der ersten Sitzungen stellte Herr Buff, Baudezernent im Bezirk Eimsbüttel das Instrument der bezirklichen Entwicklungsplanung (BEP) vor. Seit über 10 Jahren fasst die Bezirksverwaltung Eimsbüttel Planungskonzepte und Entwicklungsvorhaben der unterschiedlichen Fachabteilungen im Bezirksentwicklungsplan zusammen. Der Bezirksentwicklungsplan wird im Abstand von einigen Jahren überarbeitet. Jährlich findet im Rahmen der Bezirksentwicklungsplanung ein Workshop zu einem Schwerpunktthema statt. Im Jahr 2003 lautete das Thema „Leitbild für Eimsbüttel“ (5. BEP Workshop). Der Bezirkssenioresenbeirat merkte damals kritisch an, dass die Zielgruppe Senioren in der bezirklichen Entwicklungsplanung nicht eigens ausgewiesen sei. Von der Stadtplanungsabteilung wurde daraufhin ein Fachbericht in Auftrag gegeben, der sich schwerpunktmäßig mit der Wohnsituation der älteren Bürgerinnen und Bürger befasst und inzwischen unter dem Titel „Lebensqualität für Senioren in Eimsbüttel unter besonderer Berücksichtigung der Wohnsituation der älteren Bürgerinnen und Bürger“ (Al-Mazraawi A, ohne Jahr) vorliegt. Der Bericht weist auf den Wunsch der großen Mehrzahl der Senioren hin, auch im hohen Alter in den eigenen vier Wänden zu leben und auch in der langjährig vertrauten Umgebung bleiben zu können. Der aktuelle Wohnraumbestand werde diesen Bedürfnissen nur sehr eingeschränkt gerecht. Der Fachbericht schlägt eine Wohnexpertenkonferenz vor, die sich mit der Frage befassen soll, wie die baulichen und sonstigen Voraussetzungen für ein im o.g. Sinne seniorengerechtes Wohnen geschaffen werden können. Der 6. BEP Workshops 2004 griff dieses Thema auf und lud ein zu dem Schwerpunktthema „Jung und Alt in Eimsbüttel“ mit den Unterthemen „Wohnen in Eimsbüttel“ sowie „Gesundheit und Bewegung“.

Die AG „Wohnen im Alter“ schlägt vor, an der Auftaktveranstaltung zur Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel am 08.09.2004 anhand des BEP, des Fachberichtes Lebensqualität für Senioren sowie der in den BEP Workshops 2003 und 2004 erarbeiteten Unterlagen den IST-Zustand in Eimsbüttel darzustellen. Als Referent zu diesem Thema konnte Herr Buff gewonnen werden.

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppen „Wohnen im Alter“ (in alphabetischer Reihenfolge):

- Herr Buff, Bauamt Eimsbüttel
- Herr Dr. Dirksen-Fischer, Gesundheitsamt Eimsbüttel
- Frau Hillmer, Gesundheitsamt Eimsbüttel
- Herr Lorentz, Gesundheitsamt Eimsbüttel
- Frau Maier-Riemer, Gesundheits- und Pflegekonferenz Altona
- Herr Müller, Seniorenbeirat Eimsbüttel
- Frau Schmidt, LAB
- Frau Schwarzloh, Sozialstation Lokstedt/Stellingen
- Herr Sonntag, Martha-Stiftung
- Frau del Valle Rivera, Gesundheitsamt Eimsbüttel

5.2.2 AG Öffentlichkeitsarbeit

Die AG Wohnen im Alter hat sich zur Initiierung der Auftaktveranstaltung der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel zusammengefunden. Als kurzfristige Ziele werden gesetzt:

- Erstellung eines Adressverteilers für die Einladung zur Auftaktveranstaltung
- Erstellung eines Datenblattes für die Übernahme der Daten in die Netzwerkdatenbank
- Organisation der Auftaktveranstaltung: Termin, Raum, Versand der Einladung
- Abstimmung der Inhalte der Auftaktveranstaltung mit der AG „Wohnen im Alter“

Vorbereitet wurde eine Adress-Sammlung relevanter Institutionen im Bezirk Eimsbüttel. Hierzu gehören neben der im Hamburgischen Landespflegegesetz relevanten Institutionen auch politische Vertreter, die Wirtschaft, die Wohnungswirtschaft, insbesondere auch Wohnungsbaugenossenschaften sowie Institutionen, Vereine und Organisationen, die ein gesundes Altern unterstützen (z. B. Sportvereine, LAB, Barrierefrei Leben e.V., Jung und Alt in Zuwendung, HVV etc.). Auszüge der Netzwerkdatenbank „Aktive Gesundheitsförderung im

Alter“ des Albertinen-Hauses fließen hier ein. Weitere Kontaktadressen können auch aus dem Ratgeber „Aktiv im Alter“ der Behörde für Soziales und Familie entnommen werden sowie dem „Seniorenwegweiser Eimsbüttel“ des Arbeitskreises Altern in Eimsbüttel (AKE). Weiterhin sollen beteiligt werden: die Presse, WHO, Pharmakonzerne, Fraunhofer-Institut, Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärzte, Pflegedienstanbieter und andere. All die oben angeführten Institutionen sollen in einem gemeinsamen Verteiler geführt werden und zur Auftaktveranstaltung eingeladen werden.

Nach Abschluss der Adress-Sammlung setzt sich der aktualisierte Adress-Verteiler für die Gesundheits- und Pflegekonferenz aus 670 Adressen des Ärzteverzeichnisses sowie 468 sonstiger Adressen im Bezirk Eimsbüttel zusammen. Die Zusammenstellung aller Adressen, die von den Mitgliedern der AG „Öffentlichkeit“ übermittelt wurden, die Übernahme und evtl. Aktualisierung der Adressbestände, die im Bezirksamt vorliegen sowie den Versand der Einladung (Juli 2004) an den zusammengestellten Verteiler von über 1000 Personen und Institutionen übernahm freundlicherweise Frau del Valle Rivera im Gesundheitsamt Eimsbüttel.

Jeder Einladung wurde ein Datenblatt beigelegt, mit der Bitte um Freigabe der Angaben der Einrichtung für die Datenbank der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel. Folgende Angaben werden über das Datenblatt standardisiert erhoben:

- Anschrift der Einrichtung und des Trägers,
- Korrespondenzadresse für die Gesundheits- und Pflegekonferenz,
- Angaben zu Angebot(en) der Einrichtung,
- Erreichbarkeit mit dem Öffentlichen Nahverkehr.

Geplant ist, dass diese Angaben nicht nur in eine Netzwerkdatenbank (MS Access wird präferiert) einfließen, sondern es wird auch eine graphische und thematische Aufarbeitung über ein geographisches Informationssystem (GIS) angestrebt. Weitere Informationen hierzu finden sich in Kapitel 5.2.3.

Der Termin für die Auftaktveranstaltung wird auf den 09. September 2004 von 14.00 bis 17.30 Uhr im Hamburg-Haus festgelegt. Das Konzept für den Ablauf der Auftaktveranstaltung wird in Absprache mit der AG „Wohnen im Alter“ festgelegt. Die Räumlichkeiten werden gebucht, das Catering organisiert, die Referenten angefragt (vgl. Kapitel 5.3).

Die Teilnehmer der AG „Öffentlichkeitsarbeit“ (in alphabetischer Reihenfolge):

- Frau Bandick, Mobile Pflegeambulanz
- Frau Dapp, Albertinen-Haus
- Frau Diedrichsen-Brandt, Seniorenzentrum Hagenbeckstraße
- Herr Dr. Dirksen-Fischer, Gesundheitsamt Eimsbüttel
- Frau Hillmer, Gesundheitsamt Eimsbüttel
- Herr Janzen, Seniorenzentrum St. Markus
- Herr Müller, Seniorenbeirat
- Frau Schmidt, LAB
- Frau del Valle Rivera, Gesundheitsamt Eimsbüttel

5.2.3 Sondierungsgespräche zum Aufbau eines GIS-gestützten Netzwerkes für Gesundheit und Pflege im Alter

Bereits während der Vorbereitungstreffen im Herbst 2003 sowie während der Arbeit in der AG „Öffentlichkeitsarbeit“ ist mehrfach die Idee aufgegriffen worden, das geographische Informationssystem (GIS), das im Bezirk Eimsbüttel für die Erarbeitung und graphische Umsetzung verschiedener Fragestellungen standardmäßig genutzt wird, auch für bestimmte Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel einzusetzen. Insbesondere die Aufgaben und Ziele der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel, d.h. die Bestandsaufnahme der vorhandenen Angebote, ihre Vernetzung, die Kooperation und Koordination untereinander sowie die Information Professioneller und Laien über diese Angebotspalette im Bezirk (vgl. Kapitel 4.3) können via GIS über die Erfassung dieser raumbezogenen Daten, deren Verwaltung, Analyse und Präsentation realisiert werden. Hinzu kommt, dass die Daten der Gesundheits- und Pflegekonferenz kombiniert werden können mit bereits vorhandenen Daten der Bezirksverwaltung wie beispielsweise

- Einwohnerdaten (Anzahl und räumliche Verteilung),
- Daten zur Gesundheitsberichterstattung,
- Daten aus dem Flächennutzungsplan,
- Daten zum Straßennetz,
- Daten zum Öffentlichen Nahverkehr,
- Daten aus dem bezirklichen Entwicklungsplan,
- Etc.

Dieser ganzheitliche Ansatz hilft, ähnlich wie das Instrument bezirklicher Entwicklungsplan, das Ressortdenken zu überwinden und gemeinsam Aspekte aus verschiedenen Blickwinkeln zu thematisieren und analysieren.

Im Rahmen eines Forschungs- und Entwicklungsprojektes am Fachbereich Geomatik wurde im Jahr 2000 die räumliche Verbreitung der Gesundheitseinrichtungen in der Hansestadt Hamburg untersucht. Dabei sollten neue Erkenntnisse gewonnen werden, die von den zuständigen Gesundheitsplanern und anderen interessierten Zielgruppen als Entscheidungsgrundlage verwendet werden können. Krankenhäuser, niedergelassene Vertragsärzte, Rettungsdienste incl. Feuerwehren sowie Apotheken wurden für das Stadtgebiet erfasst und auf einer rasterbasierten, digitalen Stadtkarte verortet. Die Ergebnisse wurden in Form eines „Gesundheitsatlases Hamburg“ zusammengefasst und liegen an der HAW in digitaler Form als Informationssystem vor (Traub K-P, 2002). Ein erstes Sondierungsgespräch mit Herrn Professor Dr. Traub, Fachbereich Geomatik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) ergab das grundsätzliche Interesse des Fachbereiches Geomatik der HAW, sich an der Erstellung eines „Senioren-GIS“ für Hamburg zu beteiligen.

In einem weiteren Kontakt mit der Firma Dumrath & Fassnacht KG wurde die Möglichkeit für ein Public Private Partnership (PPP) erörtert. Die Firma hat bundesweit die erste elektronische Ausgabe der Gelben Seiten, die netzwerkfähig ist, für die Stadt Hamburg auf CD-ROM herausgebracht. Ein Auszug aus der Readme-Datei dieser CD-ROM gibt einen Eindruck, welche Funktionen über ein geographisches Informationssystem (GIS) möglich sind (Dumrath & Fassnacht KG, 2004):

„Das Herzstück der CD-ROM 'GelbeSeiten für Hamburg' ist das Branchenverzeichnis in den Sprachen Deutsch und Englisch. Sie können hier sowohl im Bereich Hamburg als auch im Umgebungsbereich nach Einträgen recherchieren. Recherchen mit einer komfortablen Suchmaske über Branchen, Namen, Marken, Straßen, PLZ, Orte / Stadtteile, Sprachkenntnisse (nur im Ärzteverzeichnis) und Standort-Suchumkreis sind möglich. Zusätzlich können über den Filter 'aktive Links' Firmen mit aktivierten Online-Adressen gesondert selektiert werden. Wählen Sie einen Eintrag per Mausclick auf der Branchenergebnisseite aus, stehen Ihnen folgende Funktionen zur Verfügung: Telefonnummernansage, Stadtplananzeige, Zusatzinformationsanzeige oder Notizbuch. Wenn Sie über einen Internetanschluss verfügen, können Sie über aktivierte Internetadressen direkt auf die Homepage der entsprechenden Firma gelangen. Sie können die recherchierten Daten

ausdrucken und bis zu 50/150 Adressen mit/ohne Telefonnummer exportieren. Im Stadtplan, der auch separat gestartet werden kann, können Sie unterschiedliche Routingfunktionen nutzen, sich auf dem Weg liegende Geschäfte, Tankstellen u.a. anzeigen lassen oder Luftbilder aus einigen Bereichen Hamburgs anschauen. Der jeweilige Bildausschnitt des Stadtplans kann ausgedruckt werden.“

Im Rahmen der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel wurde in einem dritten Gespräch in der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Amt für Gesundheit die Idee einer potentiellen Ausweitung des für den Bezirk Eimsbüttel entwickelten Modells einer GIS gestützten Datenbank auf ganz Hamburg bewegt. Hierbei wird von der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Amt für Gesundheit ein Stufenmodell favorisiert, das sukzessive verschiedene Angebotssegmente unter festzulegender Methodik und Systematik integriert.

5.3 Vorbereitung der Auftaktveranstaltung (08.09.2004, Hamburg-Haus)

Die Auftaktveranstaltung am 08.09.2004 wurde im Detail von den beiden Arbeitsgruppen „Wohnen im Alter“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ vorbereitet. Die Ankündigung der „Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Eimsbüttel“ über eine Auftaktveranstaltung zum Thema „Wohnen im Alter“ inklusive dem Datenblatt zur Erfassung relevanter Marker für die Datenbank der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel ging am 22.07.2004 über 1.000 Personen / Institutionen im Bezirk zu.

Die Auftaktveranstaltung der „Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Hamburg Eimsbüttel“ wird mit dem Schwerpunktthema „Wohnen im Alter“ und einer begleitenden Ausstellung organisiert. Wohnungsbaugenossenschaften, Sanitätshäuser, Firmen und Beratungsstellen können sich an diesem Markt der Möglichkeiten zum Thema „Wohnen im Alter“ darzustellen. Geplant ist der folgende inhaltliche Ablauf der Auftaktveranstaltung:

14.00 – 14.30	Eintreffen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen Markt der Möglichkeiten zum Themen „Wohnen im Alter“
14.30 – 15.00	Grußwort des Bezirksamtsleiter <i>Herr Dr. Mantell, Bezirksamtsleiter</i> Grußwort einer prominente Persönlichkeit aus dem Bezirk Eimsbüttel (angefragt)
15.00 – 15.30	Vorstellung der Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Eimsbüttel <i>Herr Dr. Dirksen-Fischer, Gesundheitsamt</i> <i>Geschäftsführung Gesundheits- und Pflegekonferenz</i>
15.30 – 16.00	Pause Markt der Möglichkeiten zum Themen „Wohnen im Alter“
16.30 – 17.30	Themenschwerpunkt „Wohnen im Alter“ Bezirklicher Entwicklungsplan Eimsbüttel (BEP) <i>Referent, Baudezernat</i> Stellungnahme des Seniorenbeirates Bezirk Eimsbüttel <i>Herr Neuwerk, Vorsitzender</i> Abschlussdiskussion
17.30	Ende der Veranstaltung Markt der Möglichkeiten zum Themen „Wohnen im Alter“

6 Weiteres Vorgehen: Zweite Veranstaltung im Herbst 2005

Die Gremien der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel - d.h. die Geschäftsführung, die Lenkungsgruppe und die Arbeitsgruppen - werden die Ergebnisse der Auftaktveranstaltung des 08. September 2004 im Detail analysieren und Anregungen aus den Diskussionsbeiträge integrieren. Auch neue Akteure, die sich aktiv einbringen möchten, sind willkommen.

Die zweite öffentliche Veranstaltung ist für den Herbst 2005 vorgesehen. Das Thema der Veranstaltung wird von der Geschäftsführung nach Rücksprache mit der Lenkungsgruppe frühzeitig festgelegt werden. Neben der Vorstellung und Diskussion zu dem Schwerpunktthema sollten an der zweiten öffentlichen Veranstaltung zur Orientierung aller Teilnehmer zudem kurze Status-quo-Berichte der Geschäftsführung, der Lenkungsgruppe sowie der verschiedenen Arbeitsgruppen für die Orientierung aller Teilnehmer erfolgen.

Die Arbeitsgruppen „Wohnen im Alter“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ werden weiterhin themenzentriert arbeiten. Die Geschäftsführung behält sich vor, darüber hinaus zukünftig weitere Arbeitsgruppen einsetzen. Erste Interessenbekundungen wurden bereits für die folgenden Themenbereiche eingereicht:

- AG GIS-gestütztes Netzwerk zur Gesundheit und Pflege im Alter
- AG Ambulante Pflege
- AG Ambulant vor Stationär
- AG Finanzierung und gesetzliche Grundlagen der Pflege
- AG Gesundheit und Bewegung
- AG Jobbörse (Ehrenamt, Kontakt)
- AG Zukunft älterer Menschen in Eimsbüttel

Die Initiatoren der „Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel“ wünschen sich eine engagierte Arbeit der verschiedensten Akteure (Professionelle und Laien) im Bezirk Eimsbüttel und hoffen hierdurch an der Veränderung des Altersbildes in der Gesellschaft positiv mitwirken zu können. Ein Einfluss auf das Meinungsbild wird als realistisch eingeschätzt, Effekte auf versorgungspolitische Änderungen werden kurzfristig nicht erwartet.

Literatur

Al-Mazraawi A (ohne Jahr): Lebensqualität für Senioren in Eimsbüttel unter Berücksichtigung der Wohnsituation der älteren Bürgerinnen und Bürger. Fachbericht zum Bezirksentwicklungsplan Eimsbüttel.

Ausschuss für Grün, Umwelt und Gesundheit Bezirksamt Eimsbüttel, 2004: Niederschrift 1/XVII über die Sitzung des Ausschusses für Grün, Umwelt und Gesundheit am 18. Mai 2004 im Bezirksamt Eimsbüttel, Grindelberg 66, 20144 Hamburg.

Bezirksamt Hamburg Eimsbüttel (2002): Bezirkliche Entwicklungsplanung Eimsbüttel (BEP). Projektgruppe BEP, Hamburg, April 2002.

Bezirksversammlung Eimsbüttel (2003): Tischvorlage für die Sitzung der Bezirksversammlung (BV) am 27.03.03.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Deutschland. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu den "Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten". Pressemitteilung Nr. 106, Veröffentlicht am 7. November 2003. Download www.soziales-netz.hamburg.de.

Dapp U (2004): Erfolgreiches Altern durch Gesundheitsförderung und Prävention. In: v. Renteln-Kruse W (Hrsg): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Steinkopff Darmstadt 2004, S. 23-37.

DIW (2000): Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich – Modellrechnung bis zu Jahr 2050. Wochenbericht des DIW Berlin 44/00. Download www.diw.de.

DIW (2001): Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Diskussionspapier Nr. 240. Download www.diw.de.

Dumrath & Fassnacht (2004): CD-ROM Gelbe Seiten für Hamburg 2004/2005.

Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Verlag Peter Sabo, Mainz.

Lohse S (2002): Erfahrungen und Ergebnisse einer bezirklichen Pflegekonferenz als Modellprojekt in Hamburg. Abschlussbericht über die Harburger Pflegekonferenz. Hamburg 2002. Download www.pflegekonferenz.de.

Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001): Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet* 357:1685-1691.

Naidoo J, Wills J (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Deutsche Ausgabe. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Oldemeier U (2000): Einrichtung von regionalen Pflegekonferenzen zur Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur. Institut für Pflegerecht und Gesundheitswesen. Download www.pflegenet.com.

Robine JM, Romieu I, Michel J-P (2002): Trends in Health Expectancies. In: Robine JM et al. (Eds) Determining Health Expectancies. Wiley-VCH Verlag, Weinheim, S. 9-12.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention Nutzerorientierung und Partizipation.

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2003): Bevölkerung Deutschland bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003, S. 31.

Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC (1998): Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 48:445-469.

Traub K-P (2002): GIS zur Analyse der ärztlichen Versorgung. Beispiele aus dem Gesundheitsatlas Hamburg. GIS, Nr. 3, S. 6-10.

Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF (1998): Aging, health risks, and cumulative disability. *N Engl J Med* 338:1035-1041.