

## Gesundes Altern

# Ein individuelles und gesellschaftliches Anliegen

Für älter werdende Menschen sind Autonomie, Selbstorganisation und Lebensqualität Ziele in einer Lebensphase, in der sie gesund altern und bei Bedarf physische und/oder psychische Unterstützung in Anspruch nehmen wollen. Unterstützungsmaßnahmen für gesundes Altern befinden sich an der Schnittstelle von Eigenverantwortung, Verantwortung der Kommunen und der Verantwortung der Systeme der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung. Gesundes Altern erfordert die Fokussierung auf sozialraum-orientierte Unterstützung, die generell vom Präventionsgedanken getragen ist. Demgegenüber herrscht heute – da durch die Zergliederung des Rechtsrahmens keine eindeutige Zuordnung der notwendigen Unterstützungsprozesse gegeben ist – immer noch ein „Prinzip vagabundierender Verantwortung“.

## Kommentar

Liebe Leserin,  
lieber Leser,

wieder einmal meldet sich die AG GESUNDHEIT 65 PLUS zu Wort. Seit rund 10 Jahren beschäftigt sie sich mit Fragen zum Thema „gesund älter werden“, insbesondere mit Chancen, das Alter autonom, in Selbstorganisation und guter Lebensqualität zu verbringen. Also: mit Chancen, das Leben möglichst bis zum Ende nach eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Die heutigen Rahmenbedingungen dafür, die quasi als „Handlauf“ fürs Älterwerden fungieren, sind fokussiert auf die Regelungen im SGB V und SGB XI. Beide Gesetzesbücher folgen aber der „Logik des Ernstfalls“, d. h. sie greifen im Wesentlichen erst, wenn man krank oder pflegebedürftig geworden ist. Präventive Unterstützung? – Eher Glückssache.

Deshalb hat es die AG GESUNDHEIT 65 PLUS besonders interessiert, welche Ideen der aktuellen Regierungskoalition zur Unterstützung gesunden Alterns besonders taugen könnten. Der Koalitions-Vertrag nennt da u. a. die Community Health Nurse, die Gemeindegeschwester, den Gesundheitskiosk. Was ist da zu erwarten?

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS hat diese Ideen in 2022 diskutiert und dazu eine Einschätzung formuliert.

Ihr

**Thomas Brauner**  
für die AG GESUNDHEIT 65 PLUS



Thomas Brauner  
65 PLUS

>> Der Gesetzgeber hatte 2015 mit der Verabschiedung eines „Gesetz(es) zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG)“, in das u. a. Schlussfolgerungen aus den Beratungen der „AG Gesundheitsziele“ eingegangen sind, versucht, einen entsprechenden Rechtsrahmen zu schaffen, ist aber aus heutiger Sicht an dem Anspruch gescheitert, für diesen Aufgabenbereich quasi ein „Gesamtkunstwerk“ zu entwickeln. Tatsächlich schafft dieses Gesetz im Wesentlichen einen administrativ-sozialpolitischen Overhead in Form einer nationalen Präventionskonferenz aus Vertreter:innen von Bund, Ländern, Kommunen, aller Sozialversicherungsträger, Sozialpartnern, BA, Interessenvertretungen der Patient:innen in der Hoffnung, dass anhand der Zielsetzung einer nationalen Präventionsstrategie die Kooperation der Beteiligten dazu führt, dass eine Grundlage für die Umsetzung konkreter Maßnahmen gelegt wird. Auch die in diesem Rahmen in den Ländern getroffenen Rahmenvereinbarungen führen nicht zu lokal wirkenden Verbesserungen.

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS bedauert, dass aus diesem Kontext trotz Erweiterung bzw. Einfügung wichtiger Regelungen in das SGB V (insbes. §§ 20 – 20g) und SGB XI (z. B. § 5 (4)) keine Impulse entstanden sind, die bisherigen „Logiken“ der Systeme, nämlich eingetretener Krankheitsfall resp. eingetretener Pflegebedarf, im Sinne einer Verzahnung niedrigschwelliger medizinischer und pflegepräventiver Angebote aufzubrechen.

Die Bundesregierung erwägt nun, in diesem Sinne neue ambulante niedrigschwellige medizinische Versorgungs- und Unterstützungsangebote zu etablieren, die u. a. geeignet sein sollen, Pflegebedarf zu vermeiden oder mindestens hinauszuzögern, die sog. „Community Health Nurse“ und „Gesundheitskioske“.

## Community Health Nurse

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS sieht in dem Tätigkeitsfeld einer „Community Health Nurse (CHN)“ analog zur „Gemeindegeschwester“ einen Mix aus konkreter Patientenversorgung und Versorgungsmanagement. Die CHN/Gemeindegeschwester substi-

tuert ambulante ärztliche Tätigkeit. Sie steht nicht in Konkurrenz zur Arbeit von Sozialstationen, Pflegestützpunkten oder Beratungsdiensten, sondern muss mit diesen ein multiprofessionell arbeitendes, integriertes Angebot ohne Kommunikation behindernde Schnittstellen bilden.

Die CHN/Gemeindegeschwester gehört zur staatlichen Daseinsvorsorge. Die Anbindung könnte an Gesundheitsämter erfolgen. Die Investitions- und Basisfinanzierung erfolgt durch die Kommune.

Die Leistungsfinanzierung durch die Krankenkassen.

Die Unterstützung/Versorgung durch eine CHN/Gemeindegeschwester muss als Leistungsanspruch in den einschlägigen Sozialgesetzen abgesichert werden. Eine Regelung, die es mit Verweis auf die kommunale Anbindung den Ländern überlässt, Gemeindegeschwester einzusetzen, ergäbe nach Überzeugung der AG einen bundesweiten „Flickenteppich“.

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS sieht hinsichtlich der erforderlichen Qualifizierung einer CHN/Gemeindegeschwester keinen zwingenden Bedarf für eine Akademisierung. Die Bemühungen um die Schaffung höherer Attraktivität des Berufsbildes durch pflegerische Karriereoptionen sollten von den Aktivitäten zur zeitnahen Implementierung der Gemeindegeschwester (exam. Pflegefachkraft) getrennt werden.

## Gesundheitskioske

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS sieht in der avisierten Institution „Gesundheitskiosk“ ein ggf. sinnvolles niedrigschwelliges Beratungs- und Koordinationsangebot in *sozial benachteiligten Stadtteilen und speziell definierten Regionen*. Eine flächendeckende Einführung nach Bevölkerungsschlüssel, wie in ersten Eckpunkten des Bundesministeriums für Gesundheit vorgeschlagen (1:80.000) ist von daher nicht geboten.

Die bisher geplante Aufgaben- und Organisationsstruktur des Kioskmodells entspricht in vielen Bereichen Aufgaben von Hausärzt:innen (Lotsenfunktion) und des ÖGD (vgl. Gesundheitsdienstgesetze der Länder).

Unbedingt zu vermeiden ist die Schaffung kostspieliger Doppelstrukturen u. a. mit der Folge zunehmender Desorientierung der Klientel, die eigentlich erreicht werden soll.

Kioske müssen bei Erforderlichkeit in Quartierskonzepte integriert werden.

Zu vermeiden ist auch, dass in der Folge des geplanten „Initiativrechts“ der Kommunen zur Gründung von Gesundheitskiosken und einem faktischen „Kontrahierungsgebot“ für die Krankenkassen mit asymmetrischer Kostenverteilung (74,5% GKV; 5,5% PKV; 20% Kommune) die Kommunen ermuntert werden, bestehende Angebote des ÖGD als Kioske zu etikettieren und derart die kommunalen Haushalte auf Kosten der Krankenkassen zu entlasten, ohne dass dadurch ein erweitertes Angebot entstünde.

## Bestehende Gestaltungsoptionen

SGB V und SGB XI bieten nach Überzeugung der AG GESUNDHEIT 65 PLUS über die oben genannten Hinweise hinaus diverse Optionen, niedrigschwellige medizinische und pflegepräventive Angebote sowie innovative Versorgungsformen zu entwickeln.

Im ärztlichen Bereich sieht die AG Gestaltungsmöglichkeiten z. B. im hausärztlichen Bereich (u. a. nach dem Ende der Budgetierung der hausärztlichen Vergütung) durch die Option, Versorgungsassistent:innen („VERAH“), nicht-ärztliche Praxisassistent:innen („NäPA“), mobile Praxisassistent:innen („MoPA“) und fortgebildete MFA („Moni“) einzubinden.

Modellvorhaben (§§ 63 ff SGB V) und aus dem Innovationsfonds geförderte Projekte (§§ 92 u. 92a SGB V) böten Aufsetzpunkte, Unterstützungsangebote im Überschneidungsbereich von Medizin und Pflegeprävention zu platzieren.

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS bemängelt, dass bei bisher über 500 aus dem Innovationsfonds geförderten Projekten (lt. G-BA/PROGNOS) bislang keine Angebote bekannt geworden sind, die entsprechend der Zielsetzung des Innovationsfonds tatsächlich in die Regelversorgung übergeleitet worden wären. Es entsteht der Eindruck, dass mit dem Fonds eher für diverse Träger und universitäre Einrichtungen eine „Spielwiese“ im den Versorgungssystemen vorgelagerten Bereich ohne nennenswerte Auswirkung auf die Regelversorgung geschaffen wurde. Verträge zur „besondere(n) Versorgung“ (insbes. nach § 140a (3)

Nr. 3 und 3a) erreichen nach Wahrnehmung der AG GESUNDHEIT 65 PLUS ebenfalls nicht das Ziel, im Rahmen der Regelversorgung verstetigt zu werden.

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS bedauert, dass diese neben der geplanten Implementierung von CHN und Gesundheitskiosken schon bestehenden Gestaltungsspielräume zur Unterstützung und Versorgung nicht stärker genutzt werden.

## Technologische Unterstützung

Ein integriertes, multiprofessionell arbeitendes Angebot medizinischer und pflegepräventiver Unterstützung und Versorgung muss (s. o.) nach Überzeugung der AG GESUNDHEIT 65 PLUS sozialräumlich orientiert und den Besonderheiten der Quartiere, in die es implementiert ist, angepasst werden. Es verzahnt (niedrigschwellige) Medizin, Pflegeprävention und Pflege und sollte von einem gemeinsamen Overhead mit technologischer Unterstützung gesteuert werden.

Im Zeitalter großer Digitalisierungsprojekte macht die AG GESUNDHEIT 65 PLUS darauf aufmerksam, dass Quartiersbezug auch bedeutet, eine technologische Unterstützung ohne diverse Schnittstellen zu entwickeln. Das (abschreckende) Beispiel stationärer Versorgungseinrichtungen, die im Normalfall eine mittlere zweistellige Zahl von Software-Systemen beheimaten, zeigt, dass die Versorgungs- und Unterstützungsziele durch derart „komplexe“ technologische Anordnungen stark beeinträchtigt werden.

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS ist sich bewusst, dass im Sinne einer Option für effektive Gesundheits- und Pflegeberichterstattung Möglichkeiten eröffnet werden müssen, sozialraumbezogene Daten in ein Evaluationssystem einzubringen, das Aussagen zum Status quo und zur Formulierung von Planungszielen zulässt.

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS plädiert für einen übergeordneten „Ordnungsrahmen technologische Unterstützung“, der einen zertifizierten Standard der Technologie definiert. Über diesen Standard sollte – wie mit einem „Generalschlüssel“ (wie z. B. QR-Codes) – der Zugriff auf sozialraumfokussierte Systeme erfolgen können. <<

von:  
Thomas Brauner,  
Berlin

## Hinweis

Die ARBEITSGEMEINSCHAFT GESUNDHEIT 65 PLUS mischt sich aktiv in die gesellschaftliche Diskussion über die Gesundheitsversorgung älterer Menschen ein. Dazu sucht sie den Dialog mit Betroffenen, Leistungserbringern, Politik und Wissenschaft in Workshops, Projekten und Veröffentlichungen. Alle Mitglieder verbindet die Bereitschaft und das gemeinsame Interesse, an Lösungen für gesundheitsrelevante Probleme älterer Menschen mitzuwirken.

**65 PLUS Leitungsteam:** Karsten Köhler (Luckau/Görlsdorf), Rudolf Bals (Wustermark/OT Elstal).

**Postanschrift:** Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS c/o Rudolf Bals, Heide Weg 12, 14641 Wustermark/OT Elstal, E-Mail: bals@gesundheit-65plus.de Website: www.gesundheit-65plus.de

## AUSZÜGE

### aus: „Mehr Fortschritt wagen“ (Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit) – Koalitionsvertrag 2021-2025

#### Gesundheitsförderung

*Zu Gunsten verstärkter Prävention und Gesundheitsförderung reduzieren wir die Möglichkeiten der Krankenkassen, Beitragsmittel für Werbemaßnahmen und Werbebeschenke zu verwenden.*

#### Ambulante Gesundheitsversorgung

*Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindefachstellen und Gesundheitslotsen aus. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.*

*Wir stellen gemeinsam mit den KVen die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf. Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab. Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden.*