

# **Auf dem Weg zu einem solidarischen Gesundheitssystem**

Faszination und Herausforderungen des Alterns

Thesen und Empfehlungen von Expert:innen  
aus dem Gesundheitswesen

## Expertenworkshop in der Hamburger Landesvertretung, Berlin – Januar 2025

In einer alternden Gesellschaft gewinnt das gesunde Altern als gesundheitspolitische Leitlinie zunehmend an Bedeutung. Wie lässt sich das Ziel einer guten Gesundheit im Alter für möglichst viele Menschen erreichen? Welche Rolle spielt Gesundheit als Voraussetzung von gesellschaftlicher Teilhabe? Welche gesundheitspolitischen Maßnahmen sind notwendig, um vorhandene Defizite in der Versorgung älterer Menschen zu beheben? Diese Fragen standen im Mittelpunkt eines Workshops mit Expert:innen aus Gesundheitswesen, Wissenschaft und Zivilgesellschaft, der am 22.01.2025 in Berlin stattgefunden hat: „Auf dem Weg zu einem solidarischen Gesundheitssystem: Faszination und Herausforderung des gesunden Alterns“.

Anfang Januar 2025 wurde der Neunte Altersbericht der Bundesregierung vorgestellt. Welche Konsequenzen folgen aus diesem Bericht? Unter dem Titel „Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen“ beschreibt der Bericht unterschiedliche Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland, wobei die Gesundheitsversorgung eine besondere Rolle spielt. Demnach ist die physische und psychische Gesundheit bei älteren Menschen hochrelevant für Teilhabechancen. Gleichzeitig kommt der Bericht jedoch zu dem Ergebnis, dass die Chancen auf gute Gesundheit im Alter in Deutschland ungleich verteilt sind, abhängig von Faktoren wie Geschlecht, sozioökonomischem Status und Region.

# Auf dem Weg zu einem solidarischen Gesundheitssystem – Faszination und Herausforderungen des Alterns

In einem Impulsvortrag gab **Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse** (em. Direktor des Instituts für Gerontologie, Seniorprofessor distinctus der Universität Heidelberg) zunächst einen einführenden Überblick über zentrale Begriffe und konkrete inhaltliche Aspekte, die bei der Entwicklung eines solidarischen Gesundheitssystems zu beachten sind.

Anschließend standen in einer von **Wolfgang Branoner** (Geschäftsführender Gesellschafter SNPC) moderierten Diskussionsrunde konkrete Problemstellungen und mögliche Lösungsansätze für das Altern im Mittelpunkt. Mitdiskutiert haben **Hermann Allroggen** (Vorstand BAGSO, Leitung Fachkommission „Gesundheit und Pflege“), **Dr. Michael**

**Brinkmeier** (Vorsitzender Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe), **Irina Cichon** (Senior Expertin Bosch Health Campus), **Christina Claußen** (Senior Director Patient Advocacy Pfizer), **Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich** (Vorsitzende Eva Luise und Horst Köhler Stiftung), **Dr. Ruth Hecker** (Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.), **Marcus Jogerst-Ratzka** (Bundesvorsitzender Bochumer Bund, die Pflegegewerkschaft), **Dr. Barbara Keck** (Geschäftsführerin BAGSO Servicegesellschaft), **Dr. Bernadette Klapper** (Bundesgeschäftsführerin Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe), **Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse** und **Joachim Maurice Mielert** (Generalsekretär Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.).





## Impulsvortrag von Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

1. Ein solidarisches Gesundheitssystem kann nicht losgelöst von **Anthropologie** und **Ethik** gedacht werden. Somit sind zentrale Aussagen zur Anthropologie und Ethik zu treffen. Es wird nicht die Annahme vertreten, dass es eine „altersspezifische“ Anthropologie und Ethik gebe. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Aspekte einer allgemeinen Anthropologie und Ethik mit Blick auf das hohe Alter besondere Akzentuierungen erfahren.
2. Anthropologie ist zu definieren als **Gesamt der Grundlagen des Menschseins**; dabei wird in die Anthropologie auch die Gestaltung der Umwelt des Menschen einbezogen. Unbedingt spielen Aspekte wie „Kontingenzt“ (im Sinne von Unbestimmtheit und Unvorhersagbarkeit einzelner Entwicklungen), „Vulnerabilität“ (Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit, die in tatsächliche Verletzung münden kann), „Fragilität“, aber auch Entwicklungspotenziale – selbst in der Auseinandersetzung mit Grenzsituationen des Lebens – sowie Ich-Du-Beziehungen, Sorgebeziehungen und Lebensrückblick eine große Rolle: dies schon in früheren Lebensaltern, aber erst recht in späteren Lebensaltern. Dies muss bei der anthropologischen Betrachtung berücksichtigt werden, und auf diese Betrachtung haben auch Reflexionen über ein solidarisches Gesundheitssystem Bezug zu nehmen. Hinzu tritt die **Wertwelt der einzelnen Person**; auch in ihrer sozialkulturellen Formung. Die Wertwelt des Individuums darf in keiner tiefergreifenden Behandlung und Begleitung außer Acht gelassen werden; dies gilt selbstverständlich und besonders für die Behandlung und Begleitung schwer kranker Menschen, vor allem am Lebensende.

3. Ethik ist zu definieren als die Frage nach den **Grundlagen eines „guten Lebens“**. Dabei lässt sich von einer eher gesellschaftlich-kulturellen und einer eher personalen Perspektive auf ethische (sittlich-normative) Themen blicken. Beide Perspektiven sind für das Thema des solidarischen Gesundheitssystems essenziell. Wie blickt eine Gesellschaft auf die Versorgungsleistungen für alte Menschen; dies auch im „Wettbewerb“ mit Versorgungsleistungen für junge Menschen? Besteht gesellschaftlicher Konsens darüber, dass der Zugang zu medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen *nicht* an das Lebensalter gebunden sein darf, mithin alte Menschen nicht allein (oder primär) aufgrund ihres Lebensalters von bestimmten Leistungen ausgeschlossen werden dürfen (Diskriminierungsverbot)? Die personale Perspektive beschreibt vor allem das Wertesystem der einzelnen Person, das in vielerlei Hinsicht ein dynamisches ist. Das heißt: Die Wertehierarchie kann sich in einzelnen Situationen – vor allem in Grenzsituationen – erheblich verändern. Menschen können zum Beispiel konstatieren: Im Falle einer demenziellen Erkrankung oder im Falle einer zum Tode führenden körperlichen Erkrankung möchte ich möglichst rasch sterben können. Wenn aber einmal eine solche Situation eingetreten ist, dann ist es durchaus möglich, dass sich die Werte der Person erheblich verschieben: noch möglichst viele Tage erleben zu können, gilt dann vielleicht als ein hohes Gut. Dies heißt: Die **Wertehierarchie** der Person muss kontinuierlich erfasst und ausgewertet werden.

4. Mit Blick auf ethische Fragen spielen natürlich auch

die Verantwortungsbezüge der Person eine wichtige Rolle: hier schlage ich den Begriff der „**coram-Struktur**“ von Verantwortung vor (coram, lat., = vor den Augen) und differenziere zwischen vier Verantwortungsbezügen: Selbstverantwortung, Mitverantwortung (im Sinne der Sorge für, Sorge um andere Menschen), Gemeinwohlverantwortung und Schöpfungsverantwortung. Wir haben am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg zahlreiche Befunde gewonnen, die zeigen, wie wichtig für die Erhaltung der Lebensbindung (existenziellen Bindung) auch im hohen Alter die Überzeugung ist, noch eine wichtige Aufgabe wahrnehmen, das eigene Leben in den Dienst von etwas stellen zu können, was man nicht selbst ist (also in den Dienst eines anderen Menschen, einer Idee, der Schöpfung oder der Gesellschaft).

Der **Aufgabencharakter des Lebens** – und zwar im Sinne von Mit-, Gemeinwohl- und Schöpfungsverantwortung – geht im Kern auch im Alter nicht zurück; Intensität und Extensität der Aufgaben mögen zurückgehen aber nicht die fundamentale Erfahrung und Überzeugung, auch im Alter eine bedeutende Aufgabe zu haben. Für die gesundheitliche Situation, auch für die gesundheitliche Versorgung ist diese Thematik von großer Bedeutung.

5. Es wird im Titel von **Altern** und nicht von Alter gesprochen. Damit ist angedeutet, dass der gesamte Lebenslauf eines Individuums (Biografie) in den Blick genommen werden soll; denn es wird davon ausgegangen, dass Altern ein über die gesamte Biografie sich erstreckendes

Geschehen darstellt, mithin die seelische und körperliche Gesundheit im höheren Lebensalter zutiefst beeinflusst ist von der „Gesundheits-“ und „Krankheitsgeschichte“ **über den gesamten Lebenslauf** des Individuums. Eine solche Sichtweise legt Erörterungen sowohl über die Gesundheitsförderung als auch über die Prävention nahe. Zudem sind Erörterungen über die möglichen Folgen früh eingetretener Krankheiten und Schädigungen in ihrem Einfluss auf den Alternsprozess und das Leben im hohen Alter anzustellen.

6. Obwohl im Titel ausdrücklich von Altern gesprochen wird, ist doch der Schwerpunkt der Analyse auf das hohe Lebensalter zu richten. Es geht dann nicht mehr um eine Medizin oder – umfassender – um eine Versorgung für das hohe Alter, sondern auch im hohen Alter. Damit ist der Kern der Geriatrie und der rehabilitationsorientierten Pflege(wissenschaft), aber auch weiterer Disziplinen, wie Psychologie, Soziologie und Soziale Arbeit angesprochen. **Die Leitbilder (oder: Leitlinien) einer Geriatrie, einer aktivierenden Pflege für alte Menschen, einer psychosomatisch und psychosozial gerahmten Versorgung sind anzusprechen.** Die Leitbilder orientieren sich an folgenden Konstrukten, es handelt sich nur um eine Auswahl: Plastizität, Veränderungskapazität, funktionelle Kapazität, Restitutionskapazität, Resilienz, Flourishing, Entwicklungspotenziale, Lebensbindung, existenzielle Stimmigkeit, funktionelle Einbußen, Multimorbidität, Frailty, physische, kognitive und emotionale Vulnerabilität, körperliche und neurokognitive Verluste, soziale Integration und Partizipation, Einsamkeit

und Isolation, Rückgang oder Verlust von Lebensbindung und existenzieller Stimmigkeit.

7. Es ist bei einer umfassenden Anthropologie – die die unterschiedlichen Dimensionen der Person (physische, sensomotorische, funktionelle, alltagspraktische, kognitive, seelische, existenzielle, soziale und sozial-kommunikative, ästhetische Dimension) in den Blick nimmt – von einem **umfassenden Konzept der Gesundheitserhaltung, der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs sowie der Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit** auszugehen. Das bedeutet: Eine Person ist nie „nur“ krank; Störungen, Krankheiten, Einschränkungen und Einbußen beziehen sich immer auf einzelne Dimensionen bzw. einzelne Merkmale dieser Dimensionen.
8. Mit Blick auf ein **solidarisches Gesundheitssystem** ist auch der sozialen Ungleichheit in unserer Bevölkerung Aufmerksamkeit zu schenken; dies auch vor dem Hintergrund der gegebenen vs. nicht-gegebenen Chancen auf ein hohes Lebensalter und im hohen Lebensalter. Es ist ein immer wieder berichteter soziologischer und sozialmedizinischer Befund, dass Menschen aus unteren Sozialschichten im Durchschnitt eine um bis zu zehn Jahre niedrigere Lebenserwartung aufweisen als Menschen aus den mittleren und oberen Sozialschichten. Diese Benachteiligung mit Blick auf die Lebenserwartung hat vor allem damit zu tun, dass Menschen aus unteren Sozialschichten eine deutlich geringere Gesundheitsbildung (health literacy) aufweisen, was



sie empfänglicher für gesundheitliches Risikoverhalten macht. Zudem haben sie aufgrund deutlich geringerer beruflicher Aufstiegschancen sehr viel häufiger körperlich hoch belastende Tätigkeiten wahrzunehmen; sie haben aufgrund geringerer materieller Ressourcen in deutlich geringerem Maße die Möglichkeit, gesundheitsförderlichen Freizeitbeschäftigungen nachzugehen; sie wohnen mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit in einer räumlichen Umwelt, die geringere sanitäre Standards erfüllt. Schließlich leben sie vielfach in städtischen oder ländlichen Vierteln (Regionen), in denen eine erkennbar schlechtere Dienstleistungsstruktur besteht. Menschen aus unteren Sozialschichten sind, wie epidemiologische Daten ausweisen, von deutlich früher auftretenden, chronischen Erkrankungen bedroht (siehe vor allem Diabetes mellitus Typ 2); die frühe Krankheitsexposition ist dabei für die erkennbar erhöhten Krankheitsrisiken im hohen Alter mitverantwortlich zu machen. Vielfach zeigen diese Menschen „alternde Krankheiten“ mit deutlichen Schädigungen des Gefäßsystems oder des muskuloskelettalen Systems.

9. Es ist zu thematisieren, dass Pflegebedürftigkeit – ein im Kern viel zu vager Begriff – zumeist den „Endpunkt“ chronisch-progredienter Erkrankungen – vielfach gepaart mit „Frailty“ – bildet. Dies aber bedeutet, dass Konzepte und konkrete Handlungsstrategien entwickelt werden, die in den Prozess der Ausbildung einer Pflegebedürftigkeit bei schweren, chronischen Erkrankungen einzugreifen und diesen abzumildern versuchen. Hier ist also ein dynamisches Verständnis von Pflegebedürftigkeit wie auch von Versorgung angesprochen. Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege müssen als Bausteine einer Versorgungskette begriffen werden; dies mit der Intention, das Fortschreiten eines Funktionsverlustes wie auch das allmähliche Eintreten einer Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder sogar zu verhindern. Derartige Versorgungsketten sind auch in der Hinsicht wichtig, als dass Diagnostik, Therapie, Assessment und Pflege (jeweils immer im Zusammenhang mit Rehabilitation gedacht: Rehabilitation sowohl in der Therapie als auch in der Pflege, ja, auch in der Palliative Care) eine „Komplexgröße“ darstellen, die in der Lage ist, „Komplexdiagnosen“



zu definieren, die auf einer nosologischen und einer funktionellen Perspektive beruhen. Es wird keine strenge Abgrenzung vorgenommen zwischen einer medizinischen Diagnose einerseits und einem pflegewissenschaftlichen Assessment andererseits; vielmehr werden Diagnose und Assessment systematisch zusammengeführt und: -geschaut.

- 10.** Die Vorläufer, die Frühformen und die mittelgradigen oder schweren Formen der Demenzen müssen ebenfalls thematisiert werden. Zum einen geht es um das Präventionspotenzial bei einer bestimmten Gruppe von Demenzen: den gefäßbedingten Demenzen. (Dabei ist auf erste Annahmen und Befunde mit Blick auf Präventionspotenziale bei Alzheimer-Demenzen hinzuweisen.) Zum anderen geht es um das Rehabilitationspotenzial bei allen, mithin auch bei neurodegenerativen Demenzen: Inwieweit kann es gelingen, durch eine systematisch in die Pflege integrierte Rehabilitation auf Symptomebene zunächst Verbesserungen zu erzielen und später eine Linderung

des Voranschreitens (Aggravation) der Symptome? Hier ist auch der Ort, um über die nonverbale (mimische, gestische) Ausdrucksebene – vor allem bei den schweren Formen der Demenz – zu sprechen sowie über die Lebensqualität und -bindung von Menschen mit Demenz. Es ist bedeutsam, sich von der kognitiven Betrachtung mehr und mehr zu lösen und der emotionalen Ebene eine wachsende Aufmerksamkeit zu schenken: denn die emotionale Ebene scheint jene Ebene zu sein, auf der die Menschen mit einer Demenz über einen langen Zeitraum Potenziale aufweisen. Die fachlich wie human angemessene Ansprache, die sich auf diese emotionale Ebene konzentriert, kann durchaus dazu beitragen, dass Lebensqualität und Lebensbindung bis in die spätesten Phasen der Demenz erhalten bleiben (wenn auch in qualitativ gewandelter Form). Dieser Aspekt ist auch aus einer ethischen, einer sittlich-normativen Perspektive wichtig: Wir dürfen dem Menschen niemals Würde absprechen, dessen Würde niemals in Frage stellen.

# Wie gelingt mehr Solidarität im Gesundheitswesen? *Was muss getan werden?*

Die Autor:innen dieses Thesenpapiers setzen sich aktiv dafür ein, den Wandel hin zu einem solidarischen Gesundheitssystem mitzugestalten. Inspiriert von der Faszination und den Herausforderungen des Alterns, möchten sie durch ihr eigenes Engagement andere dazu ermutigen, Veränderungen in ihren Bereichen anzustoßen. Indem sie bewährte Modelle auf neue Aufgabengebiete übertragen und gemeinsam innovative Lösungen für eine umfassende Partizipation entwickeln, leisten sie einen Beitrag zur nachhaltigen und gerechten Gesundheitsversorgung für alle Generationen.



**Hermann Allrogen**

Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Seniorenorganisationen (BAGSO)

Die Lebenssituation älterer Menschen ist aktuell durch eine schwierige Ausgangslage geprägt: steigende Lebenshaltungskosten, Fachkräftemangel, fehlende Pflegeplätze, unzureichende Krankenhauskapazitäten und die mangelnde Anpassung von Infrastrukturen erschweren ein Altern in Würde. Besonders betroffen sind auch ländliche Regionen, wo Digitalisierung und lokale Mobilität oft hinterherhinken.

Die Gesamtverantwortung für die Sicherstellung von Mindeststandards in Gesundheit, Prävention, Sorge und Pflege kann nur von Kommunen übernommen werden. Sie kennen die lokalen Verhältnisse, Bedarfe und Versorgungsnotwendigkeiten am besten. Kurzfristig müssen sie durch Bedarfsanalysen, partizipative Sozialplanung und die Einrichtung von Beratungsstellen wie Senioren- oder Quartiersbüros die Grundlagen schaffen. Begegnungsstätten wie Mehrgenerationenhäuser fördern zudem den sozialen Austausch. Langfristig erfordert dies die Überprüfung des Pflegesystems, ressortübergreifende Konzepte und präventive Strukturen. Klare Landesregelungen und rechtlich bindende Verantwortlichkeiten für Kommunen sind dabei unerlässlich, um die Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig zu sichern.



**Wolfgang Branoner**  
SNPC GmbH

Wir befinden uns in einer Phase politischer, wirtschaftlicher sowie gesellschaftlicher Unsicherheiten und Umbrüche. Gesundheit hat, im Kanon der nationalen und internationalen Herausforderungen, in der aktuellen politischen Debatte an Relevanz verloren.

Gesundes Altern geht uns alle an, auch wenn das gerne vergessen wird. Eine Jede und ein Jeder sollte ein intrinsisches Interesse haben, unser System nachhaltig und langfristig auszurichten. Es ist daher unabdingbar, den Stimmen der Patientinnen und Patienten sowie Fachkräften mehr Reichweite und Kraft zu verleihen. Ziel ist, mit klaren Botschaften an die Entscheidungsträgerinnen und -träger heranzutreten.

Komplexität reduzieren und auf das Wesentliche fokussieren. Primär sollte Prävention als Thema der nächsten Legislatur, möglichst frühzeitig und ganzheitlich, adressiert werden. Krankheiten vermeiden statt Kurieren. Vorsorge geht vor Nachsorge!

Politisch muss es darum gehen, mit Weit- und Zuversicht ein klares Ziel zu definieren und einen Weg aufzuzeigen, um aus der Unsicherheit hin zu mehr Vertrauen und Hoffnung in die Zukunft zu kommen.



**Dr. Michael Brinkmeier**  
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Eine rein medizinisch gedachte Versorgung reicht nicht. Gerade bei altersbedingten Erkrankungen gehen gesundheitliche Probleme oft mit sozialen und organisatorischen Herausforderungen einher. Die Menschen erleben ein Gesundheitssystem, in dem sie hin und her geschoben werden. Das „Kümmern“ bleibt auf der Strecke, das Vertrauen in ein funktionsfähiges System schwindet.

Innovative Versorgungsmodelle wie die Patientenlotsen setzen genau dort an. Der Wechsel von der Anbieter- zur Betroffenenperspektive bei der Organisation des Versorgungspfades ist der entscheidende Schritt. Als Betroffener fühlt man sich nicht mehr allein gelassen und nimmt die Wegweisung des Lotsen dankbar an: Erhöhung der Gesundheitskompetenz, ein als besser erlebter Versorgungspfad und eine effektiver arbeitende Versorgungslandschaft sind die Folge. Tausende von Schlaganfall-Patienten, die einen Lotsen an ihrer Seite hatten, können dies bestätigen.



**Irina Cichon**  
Bosch Health Campus

Gesundes Altern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Unsere steigende Lebenserwartung sollte nicht nur zusätzliche Jahre, sondern vor allem mehr gesunde Lebensjahre bedeuten. Dafür brauchen wir einen Wandel: weg von rein kurativer Versorgung hin zu einem präventiven, personalisierten und digital unterstützten Versorgungskontinuum. Dies erfordert Offenheit für neue Technologien, eine ganzheitliche und sektorenübergreifende Versorgung sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz bei allen Menschen. Durch gemeinsames Handeln aller Akteure im Gesundheitswesen und konsequente Innovationsförderung können wir eine hohe Lebensqualität im Alter sichern und den Grundstein für ein nachhaltiges, zukunftsfähiges Gesundheitssystem legen.



**Christina Claußen**  
Pfizer Pharma GmbH

Wir lernen alle am besten von Menschen in unserer Umgebung, die von gleichen Herausforderungen betroffen sind. Das gilt im privaten Bereich ebenso wie in unserem beruflichen Umfeld. Deshalb arbeiten wir bei Pfizer eng mit allen zusammen, die einerseits medizinische Hilfe brauchen und andererseits genau diese im Gesundheitsbereich leisten.

Im Rahmen des Pfizer-Patienten-Dialogs entwickeln wir gemeinsame Initiativen, wie beispielsweise [www.hilfefuermich.de](http://www.hilfefuermich.de) und [www.ichbeimarzt.de](http://www.ichbeimarzt.de). Wir vernetzen dabei internationale Wissenschaft und schaffen funktionsübergreifende Zusammenarbeit für und mit Patientinnen und Patienten – auch im Hinblick auf das Älterwerden, das uns alle betrifft!



**Prof. Dr. Annette Grütters-Kieslich**  
Eva Luise und Horst Köhler Stiftung



**Dr. Ruth Hecker**  
Aktionsbündnis Patientensicherheit

Fast jeder vierte Mensch in Deutschland ist bereits über 65 Jahre alt und 50% der Patienten in Krankenhäusern gehören zu dieser Altersgruppe. Daher müssten Krankenhäuser prioritär auf die Versorgung älterer Menschen ausgerichtet sein, doch angefangen von der Erreichbarkeit über die Orientierung in den Kliniken bis zur Zeit für Zuwendung gibt es Defizite. Dabei wären viele dieser Fälle, die über die Notaufnahmen kommen, vermeidbar, wenn die ambulante Versorgung durch Hausärzte, Pflegedienste und Pflegeheime besser aufgestellt wäre.

Maximalversorger, z.B. Universitätskliniken, sind aufgrund von fehlenden personellen Ressourcen in ihren Möglichkeiten limitiert, die älteren Menschen entsprechend ihrer Bedürfnisse aufgrund körperlicher oder mentaler Beeinträchtigungen zu versorgen. Ein Dilemma, das für Patienten wie für die versorgenden Ärzte und Pflegenden frustrierend ist. Daher ist es essentiell, in der Neuordnung des Gesundheitssystems all diese Aspekte in den Fokus zu stellen.

Präventive Maßnahmen wie Aufklärungen (Impfen über 60), Vorsorgeuntersuchungen (Sehen, Hören, Demenz) und auch Anpassungen in der Umgebung (Sturzrisiko) helfen, die Risiken zu reduzieren. Ebenso wichtig ist die aktive Einbindung älterer Patient:innen sowie ggf. ihrer pflegenden Angehörigen oder Betreuungspersonen in Behandlungsentscheidungen (Shared Decision Making), um die Behandlung den individuellen Wünschen und Lebensverhältnissen anzupassen, Missverständnisse und Fehler zu vermeiden. Die demografische Alterung verstärkt diese Herausforderungen erheblich, da der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung kontinuierlich steigt.

Ein „Nationaler Aktionsplan für Patientensicherheit“ würde dieser Entwicklung Rechnung tragen, indem er hochzuverlässige Systeme fordert, die speziell auf die Bedürfnisse älterer Patient:innen zugeschnitten sind. Dabei wird nicht nur die sichere Medikation betont, sondern auch die Förderung einer Sicherheitskultur und präventive Ansätze zur Schadenminimierung. Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist essenziell, um den steigenden Anforderungen im Gesundheitssystem gerecht zu werden und eine respektvolle, sichere Versorgung für alle Patient:innen zu gewährleisten.



**Marcus Jogerst-Ratzka**  
Bochumer Bund

Pflegefachpersonen brauchen Verlässlichkeit in der Gesetzgebung und eine Entlastung vom hohen Arbeitsdruck. Grundsätzlich ist die Politik mit der Einführung des neuen Personalbemessungssystems (PeBeM) einen Schritt in die richtige Richtung gegangen. Allerdings ist zur Umsetzung viel ausgebildetes Hilfspersonal notwendig. Dieses wurde in der Vergangenheit nicht im notwendigen Umfang ausgebildet und das Pflegeassistenzeinführungsgesetz ist noch nicht umgesetzt. Trotzdem senken einzelne Bundesländer bereits die Fachkraftquote in diesem Bereich ab. Dies führt zu einem höheren Arbeits- und Verantwortungsdruck auf die Pflegefachpersonen und ist voreilig und kontraproduktiv.

Zudem gilt das neue Personalbemessungssystem nur für die stationäre Langzeitpflege. Für die ambulanten und teilstationären Einrichtungen sind diese noch nicht einmal entwickelt. Die Entlastung vom Arbeitsdruck, die Schaffung attraktiver Arbeitsplätze mit hoher Identifikationskraft und Kompetenz sowie endlich eine angemessene Entlohnung sind unerlässliche Pfeiler, um hier in Zukunft eine Verbesserung zu erreichen.



**Dr. Barbara Keck**  
Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Seniorenorganisationen (BAGSO)

Wir brauchen ein Umdenken im Gesundheitswesen. Was kann ich als Patientin oder Patient selber zu meiner Gesundheit beitragen? Wie können Heilberufe dabei unterstützen? Diese Grundhaltungen müssen noch stärker im Fokus stehen. Patientengerechte Information und Kommunikation sind dabei essentiell, z.B. verständliche Arztgespräche und Arztbriefe oder anschauliche Patienteninformation in gedruckter und digitaler Form. Zudem können evaluierte digitale Angebote Prävention alltagstauglich und dauerhaft unterstützen.

Neue Entwicklungen wie die elektronische Patientenakte oder digitale Gesundheits-Apps bieten vielfältige Chancen. Sie müssen aber auch allen zugänglich sein und setzen digitale Gesundheitskompetenz voraus. Hier besteht großer Handlungsbedarf in Deutschland. Besonders ältere Menschen benötigen flächendeckend digitale Erfahrungsorte sowie Online-Veranstaltungen, um neue digitale Chancen kennenzulernen, darüber zu diskutieren und den Nutzen für sich zu bewerten.





**Dr. Bernadette Klapper**

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Wir müssen zuallererst dafür sorgen, dass möglichst wenig Bedarf an Pflege entsteht. Das bedeutet, die Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, außerdem die systematische Verhinderung von Pflegebedürftigkeit durch die Eindämmung bekannter Risikofaktoren wie zum Beispiel die Sturzgefahr. Pflegende An- und Zugehörige müssen besser in ihrer Aufgabe von Pflegeprofis unterstützt werden. Diese „Pflege des Pflege-Settings“ braucht Vernetzung vor Ort, die Community Health Nurses aufbauen und sichern. Die Arbeit in den ambulanten und stationären Bereichen sollte an pflegeprofessionellen Kompetenzen ausgerichtet werden, das heißt, mehr Eigenständigkeit in der professionellen Berufsausübung zu ermöglichen anstatt Einzelleistungen fragmentiert bürokratisch zu regeln. Und schließlich braucht es eine Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen, so dass nicht kleinste medizinische Anlässe zu Krankenhauseinweisungen führen. Das ließe sich nachweislich durch die Erhöhung des Anteils akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen verhindern.



**Joachim Maurice Mielert**

Aktionsbündnis Patientensicherheit

Mission Patient Safety: Patientensicherheit muss in der Gesundheitswirtschaft und -politik als fest verankerte Leitplanke verstanden werden. Diesem ethischen und sozialen Anspruch folgt die Arbeit des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Jede gesundheitspolitische Steuerung und jeder einzelne Therapieansatz müssen sich an dieser Tatsache messen lassen. Neue, sich fortentwickelnde Arbeitsprozesse in Diagnostik, Therapie und Kommunikation stellen in Deutschland mehr als in anderen Staaten einen Kulturwandel dar. Hier braucht es eine starke und verlässliche Stimme für Patientensicherheit, die interdisziplinär dem APS zugeschrieben wird.

Patientensicherheit muss aufwandunabhängig Vorrang vor jeder ökonomischen oder gar rationalen Idee haben. Das APS adressiert dieses Mindset täglich neu.



## Was ist zu tun?

# Lösungsansätze auf dem Weg zu einem solidarischen Gesundheitssystem

## Gestaltungspotenzial älterer Menschen fördern und gesellschaftlich nutzen

Die vielfältigen Potenziale älterer Menschen werden in der Gesellschaft oft nicht erkannt oder genutzt. Häufig dominieren negative Altersbilder, die ältere Menschen als hilfsbedürftig oder passiv darstellen. Hier ist Umdenken gefragt. Negative Altersbilder behindern nicht nur die gesellschaftliche Teilhabe, sondern führen auch dazu, dass wertvolle Erfahrungen und Kompetenzen verloren gehen.

**Lösungsansatz:** Einseitig-negative Altersbilder müssen aufgebrochen werden. Es gilt, die hohe Diversität des Alterns und vor allem des hohen Lebensalters zu berücksichtigen und die vorhandenen Gestaltungspotenziale zu erkennen. Generationenübergreifende Projekte und die aktive Einbindung älterer Menschen in kommunale Entscheidungsprozesse, etwa durch Seniorenvertretungen mit Stimmrechten, können Vorurteile abbauen und das Bewusstsein für die Vielfalt des Alters stärken. Solche Maßnahmen fördern gleichzeitig die soziale Integration und Wertschätzung älterer Generationen.

## Soziale Beziehungen, sich geachtet und wertgeschätzt fühlen

Der Rückzug älterer Menschen aus sozialen Netzwerken und die zunehmende Individualisierung der Gesellschaft führen bei vielen zu einem Verlust von sozialen Beziehungen und Sinnhaftigkeit. Nicht wenige beklagen, dass sie sich nicht mehr wertgeschätzt, nicht mehr gebraucht fühlen.

**Lösungsansatz:** Die Förderung einer Sorgeperspektive im Sinne von verantwortungsvollen Aufgaben ist im hohen Lebensalter enorm wichtig. Hierzu können soziale Projekte wie Begegnungsstätten, Mehrgenerationenhäuser, Ehrenamtsprojekte und Quartiersbüros beitragen, indem sie soziale Kontakte fördern und das Zugehörigkeitsgefühl stärken. Gezielte und bedarfsgerechte Angebote ermöglichen älteren Menschen eine aktive Rolle in der Gesellschaft. Die Förderung von Beziehungen und Aufgaben, wie die Unterstützung von Nachbarn oder die Weitergabe von Wissen an Jüngere, trägt wesentlich zu einem sinnerfüllten Leben und einer besseren Lebensqualität bei.



## Anerkennung der Würde jedes Lebensalters

Der Begriff Würde wird oft abstrakt verwendet, ohne in der Praxis greifbare Maßnahmen zu implementieren, die diese Würde sichern. In der Altenpflege kommt es immer wieder zu Situationen, in denen die Selbstbestimmung und der Respekt vor den Bedürfnissen älterer Menschen verletzt werden.

**Lösungsansatz:** Grundlegend muss gelten, dass der Mensch eine fundamentale Würde besitzt und das Recht darauf hat, dass dieser Würde mit Respekt begegnet wird – in jeder Lebenssituation. Würde sollte in der Gesundheits- und Pflegepolitik konkretisiert werden, beispielsweise durch verbindliche Qualitätsstandards in der Pflege und den Zugang zu altersgerechten Gesundheitsangeboten. Die Förderung von Selbstbestimmung durch Shared Decision Making und der Schutz vor sozialer Isolation sind dabei zentrale Elemente.



## Versorgung vor Ort und im häuslichen Umfeld stärken

Viele ältere Menschen wünschen sich, möglichst lange in ihrem häuslichen Umfeld zu bleiben, sehen sich jedoch mit einer fehlenden Unterstützung durch ambulante Dienste oder unzureichenden finanziellen Hilfen für pflegende Angehörige konfrontiert. Hinzu kommt, dass soziale Isolation insbesondere in ländlichen Gebieten ein wachsendes Problem darstellt.

**Lösungsansatz:** Ein Ausbau mobiler Pflegedienste sowie die Förderung von Nachbarschaftshilfen und Quartiersprojekten können die Versorgung vor Ort stärken. Die Stärkung flexibler Unterstützungsprogramme für pflegende Angehörige – finanziell wie organisatorisch – könnte die Belastung von Familien reduzieren. Eine bessere Integration von digitalen Lösungen wie Telemedizin und Pflege-Apps trägt dazu bei, eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen und die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Angehörigen zu erleichtern.

## Kommunale Rahmenbedingungen und Gesundheitsstrukturen verbessern

Viele Kommunen stehen vor erheblichen finanziellen und strukturellen Herausforderungen, um die notwendigen Standards für die Versorgung älterer Menschen zu gewährleisten. Gleichzeitig behindern bürokratische Hürden die Entwicklung innovativer, lokal abgestimmter Gesundheits- und Pflegeprojekte, die den Bedürfnissen vor Ort gerecht werden könnten.

**Lösungsansatz:** Versetzen wir Kommunen in die Lage, gesundheitliche Gesamtverantwortung zu übernehmen. Eine kommunale Sozialplanung, partizipativ gestaltet unter Einbeziehung von Vertreter:innen der älteren Generation wie der Kommune, kann die Bedürfnisse der Bevölkerung aktiv integrieren und flexibel auf Veränderungen reagieren. Versorgungsmanagement und konkrete Versorgung vor Ort sollten gedanklich stärker getrennt werden.

## Ökonomische Sicht: Investitionen in Prävention und Pflege

Die steigenden Kosten für Pflege und Gesundheitsversorgung belasten die Sozialkassen sowie die Gesellschaft. Dabei entsteht oft der Eindruck, dass eine gerechte Verteilung der finanziellen Ressourcen nicht gewährleistet ist. Insbesondere präventive Maßnahmen und häusliche Pflege werden unzureichend gefördert, obwohl sie langfristig Kosten senken und die Lebensqualität verbessern könnten.

**Lösungsansatz:** Investitionen in Präventionsmaßnahmen und häusliche Pflege sollten priorisiert werden, da diese kosteneffizient sind und den Bedarf an stationärer Versorgung reduzieren können. Gleichzeitig sind innovative Finanzierungsmodelle wünschenswert, die eine gerechte Verteilung der Mittel ermöglichen und die langfristige Stabilität des Systems sichern. Hierbei können solidarische Ansätze wie einkommensabhängige Beiträge oder zusätzliche Fonds für Pflegeinnovationen hilfreich sein.



## Austausch der Generationen fördern

Der demografische Wandel führt nicht nur zu einer Alterung der Gesellschaft, sondern auch zu einer zunehmenden Spaltung zwischen den Generationen. Es fehlt an Dialog und gemeinsamen Projekten, die das Verständnis füreinander stärken und die Potenziale eines generationenübergreifenden Austauschs nutzbar machen.

**Lösungsansatz:** Mehr Austausch zwischen Jung und Alt. Der Austausch von Wissen und Erfahrungen zwischen den Generationen kann nicht nur die Gesellschaft bereichern, sondern auch die Lebensqualität aller Altersgruppen verbessern. Denn von besseren Angeboten für ältere Menschen profitieren langfristig auch jüngere Generationen.

## Shared Decision Making

Patienten und Angehörige werden oft nicht ausreichend in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen einbezogen, was zu einer geringen Akzeptanz von Behandlungsplänen und einem Gefühl von Fremdbestimmung führen kann. Besonders ältere Menschen fühlen sich häufig übergangen.

**Lösungsansatz:** Shared Decision Making sollte als Standard etabliert werden, um die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten stärker in den Mittelpunkt zu stellen. Dies erfordert eine bessere Schulung von Pflege- und Gesundheitspersonal sowie die Entwicklung von Tools, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung erleichtern. Dieser Ansatz verspricht eine Verbesserung von Eigenverantwortung, Compliance und Behandlungsqualität.

## Fazit

Der Workshop beleuchtete in einem interaktiven Prozess zentrale Herausforderungen und Lösungsansätze für ein altersgerechtes, solidarisches Gesundheitssystem. Die Diskussionen konzentrierten sich auf die Rolle der Werte, die Würde älterer Menschen sowie die Verantwortung der Kommunen und der Gesellschaft insgesamt. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst:

Die Teilnehmer betonten die Notwendigkeit eines solidarischen und nachhaltigen Gesundheitssystems, das dem demografischen Wandel und der Diversität im hohen Alter gerecht wird und die Würde des Menschen in jeder Lebenssituation bewahrt. Ein ganzheitlicher Ansatz, der soziale, gesundheitliche und ökonomische Faktoren integriert, ist unabdingbar. Besonders hervorgehoben wurde, dass Kommunen als zentrale Akteure agieren müssen, um lokale Lösungen für altersgerechte Angebote zu schaffen. Die Politik wird aufgefordert, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Kommunen diese Verantwortung effektiv übernehmen können.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Bedeutung eines solidarischen Gesundheitssystems. Der Begriff der Würde wurde intensiv diskutiert und als Grundpfeiler der Gesundheitsversorgung definiert. Würde bedeutet nicht nur Respekt vor der Selbstbestimmung, sondern auch die Förderung von Teilhabe und sozialer Integration. Gleichzeitig wurde die individuelle Verantwortung älterer Menschen betont, die durch Bildung und aktive Einbindung gestärkt werden sollte.

Die Versorgung vor Ort und im häuslichen Umfeld wurde als ein essenzieller Aspekt gesunder und würdevoller Alterung identifiziert. Der Workshop unterstrich, dass Familien und lokale Netzwerke gestärkt werden müssen. Mobile Dienste, Quartiersprojekte und niedrigschwellige Unterstützungsangebote sollten stärker ausgebaut werden, um den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden und gleichzeitig pflegende Angehörige zu entlasten.

Ein zentrales Ergebnis war die Forderung, ältere Menschen nicht nur als Empfänger von Leistungen zu sehen, sondern ihr Gestaltungspotenzial anzuerkennen und zu fördern. Intergenerationelle Projekte und Mitbestimmungsrechte auf kommunaler Ebene sind wichtige Ansätze, um ältere Menschen aktiv in die Gesellschaft einzubinden. Ihre Erfahrungen und ihr Wissen sollten als Ressource anerkannt und stärker genutzt werden.

Abschließend wurde der dringende Bedarf an effizienten und gerechten Finanzierungsmodellen hervorgehoben. Dabei sollten Ressourcen gezielt für präventive Maßnahmen und vulnerable Gruppen eingesetzt werden. Die Nutzung digitaler Technologien, die Förderung des generationenübergreifenden Dialogs und Shared Decision Making als Standard können dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung zukunftsfähig und an den individuellen Bedürfnissen orientiert zu gestalten.



*Wir bedanken uns bei allen Teilnehmenden  
unseres Expertenworkshops für ihre inhaltlichen Impulse*

**Hermann Allroggen**

*Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Seniorenorganisationen (BAGSO)*

**Dr. Michael Brinkmeier**

*Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe*

**Irina Cichon**

*Bosch Health Campus*

**Christina Claußen**

*Pfizer Pharma GmbH*

**Prof. Dr. Annette Grüters-  
Kieslich**

*Eva Luise und Horst Köhler Stiftung*

**Dr. Ruth Hecker**

*Aktionsbündnis Patientensicherheit  
e.V.*

**Dr. Barbara Keck**

*Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Seniorenorganisationen (BAGSO)*

**Dr. Bernadette Klapper**

*Deutscher Berufsverband für  
Pflegeberufe*

**Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse**

*Institut für Gerontologie der  
Universität Heidelberg*

**Marcus Jogerst-Ratzka**

*Bochumer Bund, die  
Pflegegewerkschaft*

**Joachim Maurice Mielert**

*Aktionsbündnis Patientensicherheit  
e.V.*

*Moderation:*

**Wolfgang Branoner**

*SNPC GmbH*

**Herausgeber:**

*SNPC GmbH  
Knesebeckstraße 59 – 61  
10719 Berlin*

**Autoren & Redaktion:**

*Christoph Gattner  
Berater und Projektmanager SNPC GmbH  
Dr. Oliver Burgard  
Wissenschaftsjournalist*

**Gestaltung & Produktion:**

*Cleverworx Marketing Solutions  
Projektverantwortlich Moritz Leidel  
Bahnhofstraße 17, 35037 Marburg*

**Fotos:**

*Hanns Schmelzer  
Videographer & Storyteller*

**Redaktionsschluss:** Februar 2025

