

# 60plus aktuell

Baden -  
Württemberg

SPD

Informationen der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer  
Seniorinnen und Senioren (SPD 60plus) Baden-Württemberg

Nr. 01/2008

## VORWORT

Liebe Genossinnen, liebe Genossen, heute erhaltet Ihr die neue Ausgabe unseres Info-Blattes. Das Layout hat sich seit dem letzten Heft verändert, das Erscheinungsbild ist moderner - und wie wir finden - gefälliger geworden.

Seit der letzten Ausgabe ist einige Zeit vergangen. Vieles hat sich inzwischen ereignet, über das wir in dieser Ausgabe berichten wollen.

Schon zur Tradition geworden ist unser Neujahrsempfang, zu dem wir Ende Januar in den Kleinen Kursaal nach Stuttgart-Bad Cannstatt eingeladen hatten.

Dazu konnten wir den Präsidenten des Bundesrechnungshofs, Dieter Engels, als Gastredner begrüßen, der uns die „Perspektiven deutscher Haushaltspolitik“ erläuterte.



Konstanze Wegner

Die Fachkonferenz „Leben und Wohnen im Alter“ im Juni zeigte uns, wie groß das Interesse an diesem Thema aufgrund des demographischen Wandels ist. In der Nachbereitung dieser Konferenz hat die SPD 60 plus Thesen aufgestellt, die wir Euch zur Unterstützung für den Kommunalwahlkampf vor Ort zur Verfügung stellen. In diesem Zusammenhang möchte ich Euch auf ein Seminar der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) zur kommunalen Seniorenarbeit hinweisen, das für September geplant ist. Außerdem in diesem Heft: ein Artikel unseres stellv. Landesvorsitzenden Dietmar Braun zur Wechselwirkung von Medikamenten bei älteren Patienten. Viel Spaß beim Lesen wünscht Euch

*Konstanze Wegner*

Dr. Konstanze Wegner  
Landesvorsitzende SPD 60plus

## FACHKONFERENZ

### LEBEN UND WOHNEN IM ALTER

#### Großes Interesse an Fachkonferenz der SPD 60 plus in Stuttgart

„Leben und Wohnen im Alter“ - ein Thema, das rund 100 Interessierte zur Fachkonferenz am 11. Juni 2008 in den Stuttgarter Ratskeller lockte.

Nach der Begrüßung durch Konstanze Wegner, Landesvorsitzende der SPD 60 plus, und der thematischen Einführung durch Hansjörg Seeh folgten Referate von Matthias Hahn, Bürgermeister der Stadt Stuttgart, Stefan Möhrke von der GBG Mannheim, und Nikolaus Teves, Geschäftsführer der Handwerkskammer Mannheim Rhein-Neckar-Odenwald. Matthias Hahn zeigte gelungene Beispiele für lebenswerte Stadtplanung und Wohnungsbau in Stuttgart. Zum Thema „Wohnqualität ist Lebensqualität“ erläuterte Stefan Möhrke, wie für die GBG Mannheim seniorengerechter Wohnungsbau aussieht und welche Maßnahmen zur Wohnungsanpassung sowie zur Beratung für Mieterinnen und Mieter angeboten werden. Nikolaus Teves gab den Anwesenden Tipps zur seniorengerechten Umgestaltung der eigenen Wohnung und zur Auswahl geeigneter Handwerker.

Nach der Mittagspause wurden drei Beispiele für neue Wohnformen im Alter vorgestellt: das Wohnprojekt WABE, Burgholzhof Stuttgart, von Hildegard Rohde (Vorstandsmitglied bei WABE), die Mehrgenerationenwohnanlage „Unter den Linden“ in Biberach von Ute Poss sowie das Mehrgenerationenwohnhaus Palmenhof in Heidelberg von Jörg Hinner, Dipl.-Gerontologe am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Es schloss sich eine lebhaftes Plenumsdiskussion an, bei der Katrin Altpeter MdL, Mitglied der Enquetekommission „Demographischer Wandel - Herausforderung an die Landespolitik“ ein Statement zur Lage in Baden-Württemberg abgab.



Katrin Altpeter MdL, Sprecherin für Demographischen Wandel der SPD-Landtagsfraktion, bei der Fachkonferenz „Leben und Wohnen im Alter“

## INHALT

Vorwort	SEITE 1
Fachkonferenz	SEITE 1
Neujahrsempfang	SEITE 2-3
Termine	SEITE 2
Positionspapier	SEITE 4-6
Thesen	SEITE 6-8
Veranstaltungshinweise	SEITE 8
Rückblick	SEITE 8

## PERSPEKTIVEN DEUTSCHER HAUSHALTPOLITIK

**Zusammenfassung der Rede von Prof. Dr. Dieter Engels, Präsident des Bundesrechnungshofs. Der genaue Wortlaut der Rede kann bei der Landesgeschäftsstelle angefordert werden (Tel. 0711/61936-37 oder per E-Mail an gudrun.igelmann@spd.de)**

Eingeladen hatte der Vorstand der AG SPD 60 plus in den Kleinen Kursaal Stuttgart-Bad Cannstatt. Professor Engels sprach eindrücklich, spannend und kritisch zu einem Thema, das allgemein als trocken und uninteressant angesehen wird.

Haushaltspolitik ist nach Voltaire der Nerv von Politik überhaupt. Gute und solide Haushaltspolitik schafft erst Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit für den Staat nach innen wie nach außen.



Prof. Dr. Dieter Engels

Verschuldung schränkt beides ein. Wenn man dieses Axiom zugrunde legt, ist es um das Nervensystem unseres Staates nicht gut bestellt. Seit dem Jahre

1969 hat sich nämlich ein Schuldenberg von 1,5 Billionen Euro aufgehäuft, d.h. jeder Bundesbürger, ob Greis oder Neugeborenes, ist mit 18.000 Euro Schulden belastet. Der erstmals im Jahre 2007 wieder ausgeglichene Bundeshaushalt ändert nichts an der drückenden Schuldenlast als Zukunftshypothek.

### KERNAUSSAGEN DES REFERENTEN

1. Im Nachkriegsjahrzehnt der Bundesrepublik Deutschland hielten sich Einnahmen und Ausgaben die Waage. Das Jahr 1969 schloss erstmals mit Schulden in der Höhe von ca. 28 Milliarden Euro ab.

2. Im Jahr 2007 betrug die Schulden des Bundes allein ca. 925 Milliarden Euro, also Zweidrittel der gesamten öffentlichen Verschuldung. Dazu trugen alle Regierungen bei.

3. Schulden dieser Größenordnung beinhalten Probleme mit großer politischer Sprengkraft. Sie sind Hypotheken ohne ersichtlichen Nutzen für die Zukunft und für die nachfolgenden Generationen. Der Bundeshaushalt kommt auch auf absehbare Zeit nicht ohne Kreditaufnahme aus.

4. Die Zinszahlungen betragen derzeit 15% des Bundeshaushalts, das sind 42 Milliarden Euro pro Jahr mit dem Resultat einer gigantischen Umverteilung von unten nach oben.

5. Grundübel war und ist: Projekte der öffentlichen Hände werden beschlossen, in Angriff genommen und auf Pump finanziert, ohne dass ihr Zweck immer gerechtfertigt ist. Abschreibungen werden in Kauf genommen und Bundesvermögen über Jahre veräußert ohne Beitrag zur Schuldentilgung.

6. Laufenden Verbindlichkeiten umfassen Versorgungsansprüche der Beamten und einer wachsenden Zahl von Rentnern sowie stetig steigende Ausgaben für das Gesundheitswesen. Dazu werden Schlupflöcher zur Kreditaufnahme riesigen Umfangs genutzt,

so das Bundesverfassungsgericht. Die Ursache, es fehlt eine gesetzlich geregelte Schuldenbremse.

7. Hoffnung auf Besserung verbindet sich mit der Föderalismuskommission, wenn die sich zu den Verträgen von Maastrich (*finanzpolitisches Kriterium: Defizitquote <3% und Schuldenstandsquote <60% des Bruttoinlandsprodukts als dauerhaftes Kriterium*) oder zur Schuldenbremse nach finanzpolitischen Maßstäben der Schweiz durchringt nämlich einer in Zahlen gegossenen Politik als Rahmen für staatliches Wirtschaften und Handeln.

8. Es war eine richtige, wenn auch unpopuläre Entscheidung der Bundesregierung, zur Verbesserung der Einnahmenseite die Mehrwertsteuer zu erhöhen, die Entfernungspauschale unter 20 km zu streichen und anderes mehr; dieses zur Konsolidierung des Staatshaushaltes durch Erhöhung von Einnahmen und einer zukunftsgerichteten Begrenzung der Ausgaben.

9. Begehrlichkeiten vor allem aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich darf nicht unbesehen nachgegeben werden. Die Ausgaben des Sozialbereichs belasten den Staatshaushalt bereits zu ca. 50%. Zugegeben, diese Ausgaben dienen dem sozialen Frieden; er ist als hohes Gut zu wahren. Allerdings ist auch hier finanzpolitisches Augenmaß angesagt.

10. Die Erhöhung der Mehrwertsteuer und die verbesserte Lage am Arbeitsmarkt haben eine spürbare Entlastung der Haushalte bewirkt. Es wäre aber fatal, jetzt dem Ruf nach Steuererleichterung oder Steuersenkung nachzugeben. Der derzeitige Schuldenstand erlaubt keine Entwarnung.

### DER BUNDESHAUSHALT

1. Der Haushalt 2008 beläuft sich auf 283 Milliarden Euro. Darin enthalten sind eine Nettokreditaufnahme von 11,9 Milliarden Euro und Erträge aus dem Bundesvermögen sowie nicht gedeckte Ausgaben von 23 Milliarden Euro.

2. Der Haushalt muss Zukunftsbelastungen berücksichtigen. Das sind Zuschüsse an die gesetzlichen Krankenversicherungen von heute 2,5 Milliarden Euro

### TERMINE

- 15.10.08 60plus-Landesvorstand, Stuttgart und „Zukunft des Staates Israel“ mit Rudolf Dreßler, Stuttgart
- 19.11.08 60plus-Landesvorstand, Stuttgart
- 17.12.08 60plus-Landesvorstand, Stuttgart
- 14.02.09 Landesparteitag zur Bundestagswahl, Singen

und steigender Tendenz auf 14 Milliarden Euro bis zum Jahre 2016, das Elterngeld, Zuschüsse an die Bundesagentur für Arbeit sowie an Entwicklungsausgaben. Investitionen in Forschung und Entwicklung und in die Jugend sind die eigentlich zukunftsweisenden Ressourcen. Verantwortungsvolle vorsorgende Finanzplanung schließt deshalb Spekulationen über Steuererleichterungen aus.

3. Ein vorsorgender Finanzplan muss sein Augenmerk auf die Einnahmenseite legen und geltende Steuergesetze strikt anwenden. Die Anwendung geltender Steuergesetze birgt jedoch Anlass zur Kritik an den Ländern, denen diese Aufgabe obliegt.

4. Die Prüfung von Jahreseinkommen über 500.000 Euro ist unzureichend. Dieser Personenkreis soll nach einer bundeseinheitlichen Verordnung regelmäßig von der Außenprüfung der Finanzämter geprüft werden. Die Prüfquote lag aber lediglich bei 15% und führte allein zu Mehreinnahmen von ca. 135.000 Euro.

5. Die Prüfquote von Umsatzsteuererklärungen liegt im Bundesdurchschnitt bei lediglich 2%. So müssen Unternehmen und Betriebe statistisch gesehen nur alle 50 Jahre mit Sonderprüfungen rechnen.

6. Dieser Sachstand verlangt nach einer Bundessteuerverwaltung. Der widersetzen sich CDU und die Mehrzahl der Länder. Nach Schätzungen der Beratungsfirma Kienbaum würde eine Bundessteuerverwaltung Mehreinnahmen von ca. 11,5 Milliarden Euro pro Jahr erwarten lassen.

7. Fazit: die gegenwärtig lückenhafte Steuerprüfung untergräbt die Steuermoral, verteilt die Lasten ungleich und führt zur Unterfinanzierung im Bund. Der Bundesrechnungshof stellte zudem fest, dass jährlich ca. 2 Milliarden Euro aus Nachlässigkeit, fehlender Sachkenntnis oder Überforderung verschwendet werden.

Die Jahresausgabenstruktur des Bundes umfasst

- Sozialausgaben von 140 Milliarden Euro darin enthalten sind 78 Milliarden Euro für die Rentenkasse und 36 Milliarden Euro für die Grundsicherung, also das ALG II,
- Zinsen von 42 Milliarden Euro für 1,5 Billionen Euro Schulden. Sozialausgaben und Zinsen verschlingen zusammen 65% des Bundeshaushaltes.
- Personalausgaben in Höhe von 38 Milliarden Euro, davon 20 Milliarden Euro für aktiv Beschäftigte und 18 Milliarden Euro für Pensionäre.
- Investitionen in der Höhe von lediglich 25 Milliarden Euro.

Die fixen Kostenblöcke machen demnach 85% des Bundeshaushaltes aus. Damit erhebt sich die Frage nach den Einsparungsmöglichkeiten.

Zinszahlungen für aufgelaufene Schulden sind rechtmäßige Ansprüche, sie müssen bedient werden. Personalausgaben sind ebenfalls gesetzlich verankert. Investitionsausgaben sind unverzichtbar und zukunftsweisend. Sozialausgaben könnten zurückgefahren, sollten aber nicht angetastet werden.

So bleibt als Hoffnungsträger allein die Konjunktur mit weiter sinkender Erwerbslosenzahl, und mit Erwerbstätigen, deren Einkünfte zum Lebensunterhalt ausreichen.

## AUSBLICK UND NOTWENDIGE VERÄNDERUNGEN

Ein dauerhafter Finanzausgleich ist schwierig. Konsequente Haushaltspolitik muss die Ausgabenseite unter Kontrolle

bringen. Ihr sind tatsächliche Einnahmen gegenüberzustellen. Dazu bedarf es einer realistischen Ausgabenschätzung, die nach Auffassung des Bundesrechnungshofes für das Jahresbudget anders als bisher auf der Frühjahrsschätzung fußen sollte. Praktische Erfahrung vergangener Jahrzehnte ist, dass Bund, Länder und Kommunen bisher in umgekehrter Richtung gewirtschaftet haben. Es muss der Mut zur Deckelung von Ausgaben gemäß Budgetvorgaben aufgebracht und die Einhaltung der Haushaltsdisziplin verbindlich werden. Außerdem ist zu fragen, ob an hergebrachten Ausgabenstrukturen festgehalten werden kann und, ob einmal beschlossene finanzielle Zuwendungen gewohnheitsmäßig weiter geschleppt werden. Dies gilt für überholte Strukturen in Behörden. Es gilt auch für eine Finanzkultur, die sich an Prioritäten statt an Posterioritäten orientiert.

Oberstes Gebot der Bundesverwaltung muss der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit werden. Dass diesem Grundsatz nicht entsprochen wird, ergab die Überprüfung von 40.000 finanzwirksamen Massnahmen durch den Bundesrechnungshof. Davon waren 85% keiner vorherigen Berechnung auf Stichhaltigkeit unterzogen worden. Häufige Praxis ist, die Länder ordern Bestellungen und der Bund übernimmt die Kosten. Dieses Vorgehen führt zur Kostenausuferung, eine strikte Kontrolle wird unmöglich. Deshalb empfahl der Bundesrechnungshof der Föderalismuskommission, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung konsequent in jeweils ein und dieselbe Hand zu geben, also entweder in die Zuständigkeit des Bundes oder die der Länder. Es ist nicht ersichtlich, warum Bund-Länder-Zuständigkeiten im Interesse der Sparsamkeit als unantastbar gegen sinnvolle Veränderungen angesehen werden sollten. Das gilt für Aufgaben, die mehrfach oder gar 16-fach wahrgenommen werden. Beispiele sind das Bundesamt für Verfassungsschutz und das Statistische Bundesamt mit den entsprechenden Landesämtern.



Gebot der Stunde ist, das Haushaltsrecht zu reformieren, das parlamentarische Budgetrecht zu stärken, die Transparenz des Haushalts zu verbessern, mehr Informationen bereit zu stellen, die die Kontrolle des Haushaltsvollzugs stärken. Kostenfresser müssen mit kaufmännischen Instrumenten besser erkannt, Risiken für den Haushalt mit detailliertem Berichtswesen klarer erfasst und detaillierte Vermögensrechnung sowohl für Ressourcenverbrauch als auch für zukünftige Belastungen registriert werden können. Ein modernes Haushalts- und Rechnungswesen liefert das Handwerkszeug zu einem zukunftsfesten Bundeshaushalt und zur Haushaltsdisziplin. Der Entscheid des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungsmäßigkeit des Haushalts 2004 impliziert die Entwicklung neuer Regeln und Methoden für eine wirksame Bekämpfung der Staatsverschuldung, eine dem Gesetzgeber aufgegebene, bisher unerfüllte politische Aufgabe.

Text: Dietmar G. Braun



## ARZNEIMITTELBEHANDLUNG ÄLTERER MENSCHEN – PROBLEMZONE IM MEDIZINISCHEN ALLTAG

Die Verordnung von Arzneimitteln bei älteren Menschen stellt in der Praxis tätige Ärzte vor erhebliche Herausforderungen. Denn die Behandlung geriatrischer\* Patienten mit Arzneimitteln ist mengenmäßig eine der häufigsten medizinischen Interventionen. Eine richtige und sachgerechte Verordnung ist schwierig.

### DIE PROBLEMATIK

Der Arzt muss sich Klarheit darüber verschaffen, ob ein älterer Mensch nach den Kriterien eines geriatrischen Patienten behandelt werden muss. Geriatrische Patienten weisen zumeist Vielfacherkrankungen, eine geriatritypische Multimorbidität\* auf. Sie haben nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten und sind in der Regel 60 Jahre und älter.

Geriatritypische Multimorbidität liegt dann vor, wenn mindestens zwei von vierzehn ausgesuchten Symptomen nebeneinander bei einem Patienten bestehen, die dafür charakteristisch sind, z. B. zum Beispiel eine Arthrose\*, ein Bluthochdruck, eine chronische Bronchitis, ein Diabetes mellitus\* und eine Osteoporose\*. In einem solchen Fall werden zehn, zwölf oder gar fünfzehn verschiedene Medikamente verordnet.

In einer Zeit des demografischen Wandels ist diese Situation medizinischer Alltag, wie verschiedene umfangreiche Veröffentlichungen der vergangenen zwei bis drei Jahre in führenden Fachjournals gezeigt haben. Das Resümee dieser Studien: in vielen, wenn nicht sogar in der Mehrzahl der Fälle besteht Unklarheit darüber, ob so viele Medikamente tatsächlich wirksam sind, ob dadurch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) provoziert werden und ob weniger Medikamente nicht mehr an Wirksamkeit entfalten würden.

Kurzum die Frage welche und wie viele Arzneimittel einem alten Menschen nützen – ist nicht wirklich beantwortet. Sie sollte deshalb mit hoher Dringlichkeit durch gezielte klinische Studien erarbeitet und belegt werden, um verbindliche Leitlinien für medikamentöse Therapien in der geriatrischen Medizin zu erstellen.

Der kürzlich vorgestellte Arzneiverordnungsreport\* 2007 ergab, dass in Deutschland die über 60-Jährigen mehr als die Hälfte aller verordneten Tabletten einnehmen; diese Altersgruppe macht aber nur ein Viertel der Bevölkerung aus. Danach nehmen Menschen zwischen 75 und 85 Jahren im Durchschnitt drei bis vier Arzneien pro Tag ein, jeder Dritte in dieser Altersgruppe sogar mehr als acht Medikamente, in Einzelfällen sogar 30 und mehr verschiedene Wirkstoffe (Multimedikation\*).

Beunruhigend, ja bestürzend ist, dass verordnende Ärzte oft gar nicht hinreichend beurteilen können, wie Arzneimittel in fortgeschrittenem Alter wirken: dazu fehlen schlicht die erforderlichen kontrollierten klinischen Studien.

### ARZNEIMITTELPROFILE

Arzneimittelprofile\* werden von der pharmazeutischen Industrie\* an einzelnen Wirkstoffen und für sehr spezifische Indikationen in Kombinationsstudien für zwei, maximal drei Wirkstoffe mit Indikationsnachweis erstellt und dies nur an Patientengruppierungen im Alter von maximal 60 bis 65 Jahren, also deutlich unter der geriatrischen Altersgruppe. Eine sorgfältige Analyse von Daten aus Hausarztpraxen mag hier ein erster Ansatz zur Beantwortung der Frage sein, ob Medikamente im Alltag andere Effekte als erwartet haben und welche Effekte von Medikamentenkombinationen zu erwarten sind (Petra Thürmann, Universität Witten/Herdecke). Den international gültigen Kriterien zur Validierung\* neuer Medikamente und von Medikamentenkombinationen entspricht dieses Vorgehen allerdings nicht.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) in der Geriatrie

Die Physiologie\* geriatrischer Patienten weist Eigenschaften auf, die bei der Medikamenteneinnahme eine veränderte Pharmakokinetik\* und Pharmakodynamik\* bedingen. Deshalb wäre nach strengen Kriterien die Erfassung der wesentlichen geriatritypischen pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Parameter Voraussetzung für die Erstellung eines dem einzelnen Patienten zugute kommenden Dosierungsschemas bezüglich Initial-, Einzel-, Einzelmaximal-, Tages-, Tagesmaximal-, Norm- und Erhaltungsdosis wünschenswert, ein im medizinischen Alltag nicht zu erfüllendes Anforderungsprofil. Es bleibt deshalb die vornehmliche und verantwortungsvolle Aufgabe behandelnder Ärzte, Dosierungsempfehlungen (Beipackzettel) der Hersteller für den einzelnen Patienten anzupassen.

Jedes wirksame Pharmakon\* hat jenseits geprüfter und empfohlener Dosisbereiche dosisbezogene Nebenwirkungen und kann zu UAW führen. Ältere Patienten sind davon in besonderem Maße betroffen. UAW können in von Mensch zu Mensch unterschiedlichen Dosisbereichen auftreten, die – so eine Arbeitshypothese – mit der Anwendung einer personalisierten Medizin als Zukunftsvision vermieden werden könnten. Denn es setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die im Handel verfügbaren Medikamente bei etwa der Hälfte der Patienten nicht optimal wirksam sind; bei manchen Wirkstoffen ist die Erfolgsquote sogar noch kleiner und entsprechend Ursache für UAW.

Es stellt sich also die Frage nach einer für jedes Medikament und für bestimmte Medikamentenkombinationen adäquaten Diagnostik zur optimalen geriatrischen Pharmakotherapie. Altersabhängige Veränderungen in der Pharmakokinetik sind als Folge einer relativen Abnahme der Körperflüssigkeit und der Muskelmasse einerseits und einer relativen Zunahme des Körperfettgewebes andererseits zu erwarten. Daraus ergeben sich je nach Wirkstoffart veränderte Verteilungsvolumina. Im Alter ist oft die Nierenfunktio-

on eingeschränkt; die Folge ist eine Verminderung der Wirkstoffausscheidung und seine unerwünschte Anreicherung mit verstärkter Wirkung. Nicht selten liegt isoliert oder zusätzlich eine gestörte Leberfunktion vor; sie bedingt eine verzögerte Metabolisierung\* verabreichter Wirkstoffe und verändert die Pharmakodynamik. Die klinische Konsequenz können UAW mit bedrohlicher toxischer Symptomatik sein. So kann die Verordnung gängiger Schmerz- und Entzündungshemmer (NSAID\*) gegen Arthrose die Nierenfunktion bei Hochbetagten gänzlich zum Erliegen bringen, und Beruhigungs- und Schlafmittel vom Typ des Valiums (Benzodiazepine\*) oder auch Antidepressiva\* können Verwirrtheit und Stürze mit schwerwiegenden Folgen verursachen.

Nicht unerwähnt bleiben dürfen Wirkstoffe, die Patienten ohne Wissen ihres Arztes dazukaufen; sie können ein bestehendes UAW-Risiko erhöhen. Das Johanniskraut etwa begünstigt die Überdosierung bestimmter Herzmedikamente vom Digitalistyp. Der Alkoholgehalt im Melisengeist potenziert die Wirkung von Psychopharmaka\*. Ginkgo-Präparate steigern die mit Aspirin verbundene Gefahr zu inneren Blutungen. Alkoholkonsum verstärkt die Wirkung von Beruhigungs- und Schlafmitteln.

Angaben zur Non-Compliance\* bei geriatrischen Patienten schwanken zwischen 26% und 75%. Weil sich der Befund zunehmender Einnahmefehler bei einer wachsenden Zahl gleichzeitig verordneter Medikamenten durch die Literatur zieht, besteht unter Geriatern\* der Konsens, nicht mehr als vier Medikamente gleichzeitig zu verordnen. UAW häufen sich bei Multimedikation und Wechselwirkungen nehmen mit der Zahl gleichzeitig verordneter Medikamente exponentiell zu. Eine populationsbasierte Studie 70-Jähriger und Älterer ergab bei Multimedikation Wechselwirkungsprofile, die schon bei einer Kombination von fünf Wirkstoffen mit dem Auftreten von wenigstens einer potentiell verstärkenden oder abschwächenden UAW belastet sind.

## LEITSÄTZE GERIATRISCHER MEDIKAMENTÖSER BEHANDLUNG

Medikamentöse Verordnungen für geriatrische Patienten müssen die Abnahme der Sehschärfe, der Feinmotorik

(Verpackung von Medikamenten), des Durstgefühls und der Flüssigkeitsaufnahme (Pharmakokinetik), des kognitiven Leistungsvermögens (komplexe Therapievorschriften), der Compliance\* (Medikationsfehler) beachten und zudem mit einer fortschreitenden Multimorbidität rechnen, ein Umstand, der die Zahl behandelnder Ärzte (Spezialisten) sowie das Ausmaß der Selbstmedikation mit OTC-Präparaten\* vergrößert.

Diese Erfahrungen und Erkenntnisse verlangen:

1. strenge Indikationsstellung mit Priorisierung der Behandlungsoptionen,
2. vollständige und regelmäßige Erhebung der Medikamentenanamnese,
3. gründliche Kenntnis der Pharmakologie\*,
4. niedrige Anfangsdosierung mit langsamer Dosisanpassung,
5. Vermeidung von Multimedikation,
6. wiederholte Auslass- und Absetzversuche,
7. Erfassung und lückenloses Berichtswesen unerwünschter Wirkungen und Wechselwirkungen,
8. Aufklärung, Information und Beratung der Patienten und/oder der Angehörigen und Bezugspersonen sowie
9. einfache und verständliche Dosierungsanweisungen und Verwendung von Dosierungshilfen.

Notwendig ist unter Wahrung der Persönlichkeitssphäre die uneingeschränkte Datentransparenz und Informationspflicht zwischen Arztpraxen zum Wohle des einzelnen Patienten, wenn er von verschiedenen Ärzten gleichzeitig behandelt wird.

Hausärzte sind zunehmend die entscheidende Schnittstelle zur Validierung der Arzneitherapie bei alten Menschen, solange die Arzneimittelhersteller sich dieser Verpflichtung entziehen können. Ihnen sollte der Besuch von pharmakotherapeutischen Fortbildungsveranstaltungen in regelmäßigen zeitlichen Abständen Verpflichtung sein. Zudem sollte allen in der Praxis tätigen Ärzten eine allgemein gültige, verbindliche und aktualisierte Software über bekannte Potenzierungen, Abschwächungen und Interaktionen von pharmazeutischen und natürlichen Wirkstoffen zur Verfügung gestellt werden. Die elektronische Patientenkarte würde bei stan-

dardisierter, sorgfältiger Erhebung und Dokumentation aller relevanten Patientendaten eine erhebliche Risikoverminderung bei der medikamentösen Behandlung des Einzelfalles schaffen.

**Dietmar G. Braun**

stellv. Vorsitzender SPD 60 plus



Dietmar Braun

### Verwendete Fachausdrücke\*

*Antidepressiva:* Medikamente gegen Depression.

*Arzneiverordnungsreport 2007:* ist die Auswertung aller mit den gesetzlichen Kassen abgerechneten Rezepte im Jahre 2007.

*Arzneimittelprofil:* die Gesamtheit der für ein Arzneimittel typischen Wirkung

*Arthrose:* chronische Gelenkerkrankung.

*Benzodiazepine:* Arzneimittel vom Typ „Valium“ sind Psychopharmaka.

*Compliance:* Befolgung von Dosis- und Verabreichungsvorschriften.

*Diabetes mellitus:* Zuckerkrankheit; Vorkommen als Typ 1 und Typ 2.

*Geriatr:* Spezialarzt für Geriatrie.

*Geriatric:* Alterskunde; der geriatric Patient ist der betagte Patient.

*Non-Compliance:* Nichtbefolgung von Dosis- und Verabreichungsvorschriften.

*Metabolisierung:* Umsetzung durch Stoffwechselprozesse.

*Multimedikation:* gleichzeitige Einnahme verschiedener Medikamente.

*weiter auf Seite 6*

Fortsetzung von Seite 5

**Multimorbidität:** Zustand bei Vorliegen mehrerer Krankheiten; die geriatrische Multimorbidität ist die Entsprechung bei alten Menschen.

**NSAID:** nicht steroidale Arzneimittel zur Entzündungshemmung.

**Osteoporose:** Knochenschwund.

**OTC-Präparate:** Over-the-Counter-, d. h. frei verkäufliche Arzneimittel.

**Pharmakologie:** Arzneimittelkunde.

**Pharmakodynamik:** die Pharmakon-Rezeptor-Wechselwirkung und die sich anschließenden Vorgänge (Signaltransduktion), an deren Ende der pharmakologische (Medikamenten-) Effekt steht.

**Pharmakokinetik:** beschreibt Teilprozesse der Wirkstoffaufnahme, -verteilung und -ausscheidung.

**Pharmakotherapeutische Fortbildung:** Fortbildung zur indikationsgerechten Verschreibung von Arzneimitteln.

**Pharmakon:** der pharmakologische Wirkstoff, das Arzneimittel.

**Pharmazeutische Industrie:** Herstellung und Vertrieb von Arzneimitteln.

**Physiologie:** Lehre von den Lebensvorgängen.

**Psychopharmakon:** Substanz, die vor allem die Gehirnaktivität mit Wirkung auf die Psyche beeinflusst.

**Validierung von Arzneimitteln:** Nachweis beanspruchter Wirkstoffeigenschaften.



## THESEN

### LEBEN UND WOHNEN IM ALTER

#### EINFÜHRUNG

Der demographische Wandel wird in den kommenden Jahren unsere Gesellschaft nachhaltig verändern. Nach einer Vorausberechnung des statistischen Landesamtes wird die Zahl der 60-Jährigen und Älteren von gegenwärtig rund 2,5 Millionen in Baden-Württemberg auf 3,7 Millionen Menschen bis 2030 ansteigen. 35 % der Landesbevölkerung werden dann 60 Jahre oder älter sein. Die unter 20-Jährigen werden mit einem Anteil von 17 % nur noch halb so stark in unserer Bevölkerung vertreten sein wie die ältere Generation. Mit dem demographischen Wandel verändern sich auch Familien- und Wohnformen.

Der Trend zu kleineren Haushalten wird sich fortsetzen und immer mehr Menschen werden in Ein-Personen-Haushalten leben. Bereits heute beträgt der Anteil der Ein-Personen-Haushalte im Landesdurchschnitt 36 %, in größeren Städten z.T. über 50 %.

Heute leben knapp 200.000 Hochbetagte in Baden-Württemberg, die über 85 Jahre oder älter sind. 2030 werden es voraussichtlich 420.000 Personen sein und im Jahr 2050 bis zu 770.000. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird von heute 225.000 bis 2030 auf 347.000 ansteigen.

#### 1) WOHNEN IM ALTER- IN DER EIGENEN WOHNUNG

Der Verbleib in der eigenen Wohnung ist der Wunsch nahezu aller älteren Menschen. Sowohl die Wohnung, als auch die Umgebung, müssen für ältere Menschen jedoch bestimmte Kriterien erfüllen, damit diese auch dann noch weitgehend normal weiterleben können, wenn ihre Mobilität ab- und ihre Hilfebedürftigkeit zunimmt.

Wichtig ist: Die Wohnung muss ebenerdig oder über einen Aufzug erreichbar sein.

Damit man sich mit Gehhilfen oder dem Rollstuhl sicher bewegen kann, dürfen keine Stufen und Schwellen vorhanden sein. Dazu gehört auch eine Türbreite von mindestens 80 cm. Die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, fußläufig erreichbare Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung und Treffpunkte sozialer und gesellschaftlicher Art erleichtern den Alltag und steigern die Lebensqualität.

#### 2) WOHNBERATUNG FLÄCHENDECKEND ANBIETEN

In vielen Fällen lässt sich der Wunsch nach dem Verbleib in den eigenen vier Wänden durch einen altersgerechten Umbau der Wohnung verwirklichen. Eine geeignete Alternative ist der Umzug in eine andere altersgerechte Wohnung, da schätzungsweise jede dritte Wohnung durch ihre Lage oder Einrichtung für das Leben im Alter nicht geeignet ist.

Wir fordern deshalb die Einrichtung von Wohnberatungsstellen in allen Stadt- und Landkreisen, sowie in größeren Gemeinden.

Die Planungsverantwortung einschließlich einer finanziellen Unterstützung soll bei der jeweiligen Kommune bzw. beim Landkreis liegen. Die Trägerschaft von Beratungsstellen kann bei den Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden und den Wohnbaugesellschaften liegen. Die Beratungsstellen sollen bei einer zentralen, vom Land finanzierten Koordinierungsstelle angesiedelt sein, die für deren Beratung und Vernetzung zuständig ist. Gemeinsam mit der Kreishandwerkerschaft sollten seniorenfreundliche Handwerkerleistungen organisiert werden.



### 3) LANDESFÖRDERPROGRAMM FÜR BEZAHLBAREN MIETWOHNUNGSBAU AUFLEGEN

Es ist bekannt, dass der Bedarf an bezahlbaren Mietwohnungen zunimmt. Die nahezu vollständige Einstellung der Förderung des Mietwohnungsbaus durch die Landesregierung Baden-Württemberg ist jedoch im Blick auf die demografische Entwicklung die falsche Antwort.

Wir fordern deshalb die Wiederaufnahme der Förderung eines barrierefreien Mietwohnungsbaues für Familien und Senioren durch das Land. Auch die Kommunen sind gefordert, bedarfsgerecht und einkommensabhängig mit zu finanzieren.

### 4) VORAUSSCHAUENDE STADTPLANUNG MIT MEHR BÜRGERBETEILIGUNG BETREIBEN

Eine vorausschauende Stadtplanung sieht bereits im Flächennutzungsplan neue Flächen für Mietwohnungen für Familien und Senioren und für den Gemeinbedarf vor. Sie muss darauf achten, dass die erforderliche Infrastruktur, wie Öffentlicher Personennahverkehr, Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung usw., dabei geplant und auch verwirklicht werden.

Wir wollen barrierefreies Bauen und die barrierefreie Gestaltung öffentlicher Räume und Verkehrsmittel erreichen, denn Barrierefreiheit dient nicht nur Senioren, sondern auch Familien mit Kindern oder Menschen mit Behinderung.

Kostengünstiges Wohnen muss auch in integrierter und attraktiver Lage möglich sein. „Mittendrin zu Hause sein“ sollte auch für Familien mit Kindern und Senioren mit geringem Einkommen gelten.

### 5) NEUE WOHNFORMEN FÖRDERN- BEWÄHRTE WOHNANGEBOTE WEITERENTWICKELN

Wir brauchen eine neue Initiative, um den akzeptierten Grundsatz: „Ambulant vor stationär“ auch verstärkt in die Tat umzusetzen. Generationen übergreifendes Wohnen, Mehrgenerationenhäuser, gemeinschaftliche Wohnprojekte, Betreute Wohngemeinschaften sind wichtige neue Formen, die Beratung und finanzielle Unterstützung verdienen. Wohnungsanpassung an veränderte Bedürfnisse, betreutes Wohnen zu Hause und betreutes Wohnen in einer Wohnanlage mit Qualitätsstandards sind für die Mehrheit der Älteren bewährte Wohnformen, die jedoch konzeptionell weiterentwickelt werden können.

Eine Gemeinschaftsinitiative des Landes, der Stadt- und Landkreise sowie der Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften wird dazu eingefordert. Eine zukunftsfähige Politik muss die Wohnversorgung der Menschen verantwortlich gestalten.

### 6) BÜRGERSCHAFTLICHES ENGAGEMENT FÖRDERN- MEHR BETEILIGUNGSRECHTE EINRÄUMEN

Ältere Menschen engagieren sich überdurchschnittlich in der Familie, im klassischen Ehrenamt bei Wohlfahrtsverbänden und in Vereinen, aber auch in vielen eigenverantwortlichen Initiativen. Sie sind ein wesentlicher Träger des bürger-

gesellschaftlichen Engagements. Dieses Bürgergesellschaftliche Engagement muss generationenübergreifend gefördert werden, es ist eine gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe.

Wir fordern darüber hinaus die Beteiligungsrechte älterer Menschen in der Kommunalpolitik auszubauen. Auch ältere Migranten sollten angemessen in Seniorenvertretungen oder Beiräten vertreten sein.

Die bewährte Arbeit der Stadt- und Kreiseniorenräte muss sich verstärkt auf kommunalpolitische Entscheidungen auswirken können. Derartige Beteiligungsrechte können in der Hauptsatzung der Kommunen geregelt werden. Positiv zu bewerten sind hier die diesbezüglichen gemeinsamen Empfehlungen der kommunalen Landesverbände und des Landeseniorenrates von 2003, die von den Kommunen verbindliche Regelungen verlangen, um die Seniorenräte in sie betreffende Entscheidungen mit einzu beziehen.

Wir fordern die Direktwahl der Seniorenbeiräte als die demokratische Form der Beteiligung aller älteren Menschen in einer Kommune.

Darüber hinaus fordern wir, sachkundigen älteren Bürgerinnen und Bürgern, mehr als bisher die Möglichkeit zu bieten, auf SPD Listen für die Kommunalwahlen und Kreistagswahlen auf aussichtsreichen Plätzen zu kandidieren.

### 7) GESUND ALT WERDEN- MENSCHENWÜRDIGE UND GANZHEITLICHE PFLEGE UND BETREUUNG SICHERN

Prävention und Gesundheitsförderung besitzen eine große Bedeutung für die Vermeidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Deshalb müssen bereits in frühen Lebensjahren gesundheitsförderliche Verhaltensweisen verstärkt werden, in der Familie, im Kindergarten und in der Schule. Sich gesundheitsförderlich zu verhalten, ist als eine lebenslange, individuelle und gesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Prävention bleibt auch im Alter wichtig. Bis ins höchste Alter wirken sich gesundheitsförderliche Verhaltensweisen positiv auf die Leistungsfähigkeit und selbständige Lebensführung aus. Auch



Hansjörg Seeh  
Erster Bürgermeister  
a.D. der Stadt Freiburg

das „Etwas für Andere tun“ und das „Gebrauchtwerden“ steigern die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit.

Die Sicherung einer menschenwürdigen und ganzheitlichen Pflege und Betreuung ist eine wichtige Zukunftsaufgabe unseres Sozialstaates. Eine zentrale Rolle kommt dabei der 1995 eingeführten Pflegeversicherung zu. Derzeit erhalten in der Bundesrepublik Deutschland über zwei Millionen Pflegebedürftige jeden Monat Versicherungsleistungen. Bis 2030 werden etwa drei Millionen Menschen pflegebedürftig sein. Der Hilfebedarf wird immer komplexer; neben körperlichen Einschränkungen treten immer mehr geistige und psychische Defekte bis hin zu schweren Demenzerkrankungen auf.

Ziel des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ist es, die Lebenssituation der pflegebedürftigen Menschen, der pflegenden Angehörigen und der Pflegekräfte zu verbessern. Das bedeutet aber auch, dass nicht nur die Zuschüsse für Pflegebedürftige erhöht werden, sondern dass auch die Pflegeentgelte für die Träger von Einrichtungen angemessen angehoben werden, um die steigenden Personalkosten, Sach- und Energiekosten finanzieren zu können.

Wir begrüßen, dass mit dem Gesetz aktivierende Pflege und Rehabilitation besser gefördert werden sollen. Auch der eigene Leistungsanspruch von Demenzerkrankten ist ein wichtiger Fortschritt, hin zu einer weitergreifenden Definition der Pflegebedürftigkeit.

Wir fordern die zügige Einführung von wohnortnahen Pflegestützpunkten, die sicherstellen sollen, dass bestehende Angebote vor Ort besser aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt werden. Gleichzeitig soll dort eine qualifizierte und unabhängige Beratung angeboten werden.

Auf Antrag des Landes Baden Württemberg sind die Pflegestützpunkte von den Pflege- und Krankenkassen einzurichten.

Wir fordern das Land Baden-Württemberg auf, die Investitionskostenförderung von Einrichtungen der stationären Altenhilfe über das Jahr 2010 hinaus, fortzuführen bis eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur im Land erreicht ist.

Wir fordern über die bundesgesetzlichen Regelungen im Pflegeweiterentwicklungsgesetz hinaus:

1. Die bezahlte kurzzeitige Freistellung zur Organisation der Pflege
2. Die solidarische Finanzierung der Pflege, auch durch Ausgleichszahlungen der privaten Pflegeversicherung an die gesetzliche Pflegeversicherung.
3. Für die Zukunft fordern wir mit Nachdruck eine von allen, unter Einbeziehung aller Einkommensarten, finanzierte Bürgerversicherung Pflege.

#### FAZIT:

Wer ein Altern in Würde, in Selbstverantwortung und Mitverantwortung ermöglichen will, muss Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe der älteren Generation erhalten, fördern und stärken.

## VERANSTALTUNGSHINWEISE

Die SPD 60 plus Baden-Württemberg lädt ein zu ihrer Veranstaltung

### „Zukunft des Staates Israel“

am Mittwoch, 15. Oktober 2008, um 17:00 Uhr, im Kleinen Kursaal in Stuttgart-Bad Cannstatt. Mit dem ehemalige Botschafter der Bundesrepublik Deutschland in Tel Aviv und Parlamentarischen Staatssekretär a.D., Rudolf Dressler, konnten wir einen exzellenten Kenner der Verhältnisse als Referent gewinnen.

Wir freuen uns auf zahlreiches Erscheinen und eine rege Diskussion. Anmeldungen bitte an den SPD-Landesverband, Gudrun Igel-Mann, Fax 0711/61936-20 oder per email an [gudrun.igel-mann@spd.de](mailto:gudrun.igel-mann@spd.de)

Die Arbeitsgemeinschaften der SPD Baden-Württemberg laden ein zu einer gemeinsamen Veranstaltung

### „Kommune der Zukunft - mit der SPD gestalten!“

am Samstag, 25. Oktober 2008 um 10:30 Uhr, im Kleinen Kursaal in Stuttgart-Bad Cannstatt.

Nach der Begrüßung durch Ute Vogt MdL und einem Impulsreferat des Ulmer Oberbürgermeisters und Vorsitzenden des baden-württembergischen Städtetags Ivo Göner, werden in Workshops wichtige Impulse vermittelt, die Kandidatinnen und Kandidaten in ihrer Gemeinde aufgreifen und umsetzen können.

Das genaue Programm wird in Kürze verschickt werden.

## RÜCKBLICK

Am 12./13. September 2008 fand im Bildungszentrum Schloß Flehingen in Obererdingen das Seminar der Friedrich-Ebert-Stiftung „Kommunale Seniorenarbeit - Konzepte, Projekte, Umsetzungsmöglichkeiten“ statt, an dem u.a. Mitglieder des Landesvorstands und Kreisvorsitzende der SPD 60 plus Baden-Württemberg teilnahmen. Die Seminarleitung hatten Dagmar Heilsberg und Roland Helber. Am Freitagabend war Michael Lucke, Bürgermeister in Tübingen und stellvertretender SGK-Landesvorsitzender, zu Gast und stand den Teilnehmenden Rede und Antwort. Am Samstagmorgen führte Katrin Altpeter MdL, stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD-Landtagsfraktion, in das Thema „Älter werden in der Kommune“ ein. Danach wurde in Arbeitsgruppen die Umsetzung konkreter Projekte erarbeitet und Vorschläge für publikums- und medienwirksame Aktionen vorgestellt.

Gudrun Igel-Mann

## IMPRESSUM

Herausgeber:  
SPD-Landesverband Baden-Württemberg

Redaktionsanschrift  
Wilhelmsplatz 10, 70182 Stuttgart  
Tel. 0711/61936-0  
Fax 0711/61936-20

Internet SPD: <http://www.spd-bw.de>,  
Internet SPD 60plus: <http://spd60plus-bw.de>

Layout: Dr. Gudrun Igel-Mann

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des Verfassers, nicht aber (unbedingt) die Meinung der Redaktion wieder.