

Weltgesundheitstag 1999

– Dokumentation –

Herausgeber:
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Bundesvereinigung für Gesundheit
wird institutionell gefördert vom
Bundesministerium für Gesundheit.

Redaktion:
Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für
Gerontologie der Universität Heidelberg



BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT E.V.
HEILSBACHSTRASSE 30 · 53123 BONN
TEL. 02 28 / 9 87 27-0 · FAX 02 28 / 6 42 00 24

Welt- Gesundheitstag 1999

– Dokumentation –



durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Vorwort

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Jahr 1999 unter das Motto „Aktiv leben – gesund alt werden“ gestellt. Als wesentliche Botschaft wurden von der WHO die Empfehlungen formuliert,

- Alter als Chance und Erfolg zu werten,*
- Altern unter dem Aspekt des Zugewinns an Lebensqualität zu gestalten und*
- ein positives Bild vom Altern und vom Alter zu entwickeln.*

Um diese Botschaften zu realisieren, hat die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe) – vom Bundesgesundheitsministerium mit der Durchführung der Kampagne zum WHO-Motto in Deutschland beauftragt – Empfehlungen für zwei Zielgruppen entwickelt:

Zum einen gibt es Empfehlungen, die sich an jeden einzelnen richten. Sie sind von Prof. Dr. Andreas Kruse, Universität Heidelberg, erstellt und unter dem Titel „Regeln für gesundes Älterwerden“ publiziert worden.

*Zum anderen gibt es **Empfehlungen an die Politik**. Diese sind auf der Grundlage der Vorträge und Diskussionsergebnisse der Eröffnungsveranstaltung zum Weltgesundheitstag am 7.4.1999 formuliert worden – und diese Veranstaltung wird mit der hier vorliegenden Publikation dokumentiert.*

Die in den einzelnen Foren erarbeiteten Kernaussagen zielen – vor dem Hintergrund eines mehrdimensionalen und positiven Verständnisses von Gesundheit – auf die Forderungen, die Prävention auszubauen, dem Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ mehr Geltung zu verschaffen und die Erkenntnisse der Altersforschung systematisch in alle Disziplinen und Bereiche des Gesundheitswesens zu integrieren. Diese Forderungen haben Eingang in die politischen Empfehlungen gefunden, die in dieser Publikation auf den Seiten 91–95 ausführlich nachzulesen sind.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. dankt den Referentinnen und Referenten sowie allen weiteren Mitwirkenden, ohne die die Entwicklung politischer Empfehlungen nicht möglich gewesen wäre, insbesondere aber Herrn Prof. Dr. Kruse für das fundierte Lektorat der vorliegenden Dokumentation.

*Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
Dr. Hans-Peter Voigt
Präsident*

Inhalt

Seite

**Rede des Staatssekretärs im Bundesministerium
für Gesundheit, Erwin Jordan, anlässlich der
Eröffnungsveranstaltung zum Weltgesundheitstag 1999
am 7. April 1999 in Bonn**

5

Ein lebenslaufbezogenes Verständnis von Gesundheit
Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg

15

Forum I

**Alter im Lebenslauf: Was können wir bereits
in früheren Lebensjahren tun, um ein gesundes und
kompetentes Alter zu erreichen?**

Einführung durch Prof. Dr. Erhard Olbrich, Erlangen

37

Einführung durch Prof. Dr. Peter Oster, Heidelberg

41

**Auf- und Abbau von Gesundheit im Lebenslauf –
zur Bedeutung von Sozialstruktur und Ressourcen
der Person im kommunalen Raum**

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Köln

44

Forum II

**Selbständigkeit und Kompetenz im Alter erhalten,
wiedererlangen und fördern –
der Beitrag der Rehabilitation zum gesunden Alter**

Prof. Dr. Hans-Peter Meier-Baumgartner, Hamburg

49

Forum III

**Seelische Gesundheit im Alter – Behandlungs-
ansätze und Behandlungserfolge der Psychotherapie
und Psychosomatik**

Prof. Dr. Gereon Heuft, Münster

53

Forum IV

Qualitätssicherung und Case Management bei der Betreuung von chronisch erkrankten Menschen

Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Berlin

57

Forum V

Lebenskompetenzen älterer Menschen erkennen und nutzen – Wege zu einem positiven Altersbild, dargestellt am Beispiel von Praxisprojekten

Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg

59

Initiative Zweite Lebenshälfte – für mehr Lebensqualität

Monika Nachtwey, Boehringer Ingelheim Pharma KG

61

Die Stärken älterer Menschen im Dialog der Generationen

Dr. Uwe Kleinemas, Bonn

69

Mitverantwortliches Leben im Alter – das Modellprogramm Seniorenbüro

Beate Fachinger, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn

73

Kreatives Leben bei geistiger Behinderung im Alter – das Förderkonzept des Heilpädagogischen Centrum Augustinum

Markus Rückert, Vorstand Collegium Augustinum, München

81

Überblick über die in den Foren erarbeiteten Kernaussagen

85

Politische Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit

91

Rede des Staatssekretärs im Bundesministerium für Gesundheit, Erwin Jordan, anlässlich der Eröffnungsveranstaltung zum Weltgesundheitstag 1999 am 7. April 1999 in Bonn

Sehr geehrter Herr Dr. Voigt,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Sie heute bei der Eröffnungsveranstaltung zum diesjährigen Weltgesundheitstag begrüßen zu dürfen. Das von der WHO vorgegebene Motto „Active aging makes the difference“ wurde für Deutschland mit „Aktiv leben – gesund alt werden“ übersetzt. Darin wird deutlich, daß das Alter nicht als eine isolierte Lebensphase zu betrachten ist, sondern in engem Zusammenhang mit dem gesamten Leben eines Menschen steht.

Auch das Motto des von den Vereinten Nationen für 1999 ausgerufenen Jahres der Senioren weist auf diesen Zusammenhang hin. Es lautet: „Eine Gesellschaft für alle Lebensalter“. Die Bundesregierung, und hier federführend das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, unterstützt dieses Jahr durch zahlreiche Veranstaltungen und Aktionen. Ihr Ziel ist es, angesichts des demographischen Wandels einen neuen gesellschaftlichen Konsens darüber zu finden, was unsere Gesellschaft von den Älteren erwartet und umgekehrt. Dazu gehört der Blick auf alle Generationen, denn die Zukunft kann nur im solidarischen Miteinander aller bewältigt werden.

Ich bin sehr zuversichtlich, daß es gelingen wird, diese Solidarität der Generationen aufrechtzuerhalten, und daß ein „Krieg der Generationen“, wie er vor einigen Jahren in der US-amerikanischen Diskussion als Schlagwort auftauchte, nicht zu befürchten ist. Es gibt sicherlich Interessensgegensätze zwischen Alt und Jung. Aber die Tatsache, daß auch die Jungen von heute in nicht allzu ferner Zukunft zu den Alten einer Gesellschaft gehören werden, bildet die Basis für eine gemeinsame Politik.

Ein Ziel des heutigen Tages ist die Erarbeitung von Empfehlungen an die Politik zum Thema „Gesundes Altern“. Ich möchte den Ergebnissen nicht vorgreifen, will aber dennoch auf einige aus meiner Sicht zentrale Themen einer Politik für ältere Menschen eingehen.

Demographische Entwicklung

Unsere Gesellschaft verändert sich. Nicht nur der einzelne wird älter, auch die Gesellschaft insgesamt altert. Gute Bedingungen im Bereich der Ernährung, der Hygiene, der Bildung sowie der medizinische Fortschritt und eine effektive Gesundheitsversorgung haben in Deutschland dazu geführt, daß die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen ist. Sie betrug im 19. Jahrhundert noch 40 Jahre. Heute steuern wir auf 80 Jahre zu. Das ist eine Verdoppelung der Lebenserwartung in 100 Jahren!

Im Jahr 2030 wird der Anteil der über 60jährigen an der Bevölkerung auf ca. 35% angestiegen sein. Diese veränderte Zusammensetzung der Gesellschaft ist eine große Herausforderung für die Politik insgesamt, nicht nur für die sozialen Sicherungssysteme.

Zur Lebenslage älterer Menschen

Unser Blick auf das Alter hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Die empirische Forschung hat aufgezeigt, daß das Alter als Lebensphase sehr unterschiedlich ausfallen kann. Dies betrifft sowohl die körperliche und geistige Gesundheit als auch die materielle Absicherung und die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen.

Längst überholt ist jedenfalls das Bild von alten Menschen als ausschließlich hilfsbedürftig, unselbständig und defizitär. Inzwischen wird auch in den Medien ein neues Bild vom aktiven Altwerden gezeichnet. Die sogenannten jungen Alten prägen mittlerweile die Berichterstattung. Auch die Werbung hat ältere Menschen als einen neuen Kundenkreis entdeckt, den es gezielt anzusprechen gilt, und zwar nicht nur für Produkte wie Gebißreiniger oder Herztropfen. Dieser veränderte Blick auf das Alter birgt jedoch die Gefahr in sich, daß die Realität alter Menschen ebenso einseitig dargestellt wird, wie dies früher der Fall war, als Gebrechlichkeit und Krankheit die Sicht auf das Alter beherrschten.

Aber nicht nur die objektiven Lebenslagen alter Menschen unterscheiden sich, sondern vor allem auch das subjektive Empfinden. Die *Berliner Altersstudie*, die 1996 veröffentlicht wurde und Senioren von 70–100 Jahren befragt hatte, bestätigt, daß das Alter sehr unterschiedliche Facetten hat. Alte Menschen sind demnach nicht häufiger klinisch depressiv oder unzufrieden mit ihrem Leben als jüngere. Sie leben aktiv

in der Gegenwart und hängen zumeist nicht der Vergangenheit nach. Und obwohl 96% der über 70jährigen an mindestens einer ärztlich diagnostizierten Krankheit litten, 30% sogar fünf oder mehr Diagnosen aufzuweisen hatten, fühlten sich die meisten Alten und auch Hochbetagten nicht krank. Die subjektive Bewertung ihrer eigenen Gesundheit fiel bei immerhin zwei Dritteln sehr gut bis befriedigend aus. Die eigene Einschätzung der Lebensverhältnisse und der Umgang mit ihnen stellt also einen entscheidenden Faktor für das persönliche Verhältnis zum Altwerden dar.

Diesen unterschiedlichen Bedürfnissen und Problemlagen muß die Politik differenziert Rechnung tragen. Dies gilt sowohl für die objektiven Lebensbedingungen alter Menschen als auch für ihre subjektive Auseinandersetzung mit diesen. Das bedeutet auch, es gibt keine einfachen politischen Lösungen.

Einkommen

Daten zur Einkommensverteilung lassen erkennen, daß Armut im Alter mittlerweile eher zu einem Minderheitenproblem geworden ist. Es gibt zwar Ältere, die arm sind, und ihre Anzahl wächst mit der wachsenden Zahl alter Menschen insgesamt. Das mittlere Einkommensniveau der älteren Bevölkerung steigt jedoch, und die Einkommensungleichheit ist unter der älteren Bevölkerung ähnlich der der erwerbstätigen Bevölkerung. Der Anteil der Einkommensärmeren, denen weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens aller Haushalte zur Verfügung steht, bewegt sich unter der älteren Bevölkerung wie beim Durchschnitt der Bevölkerung bei etwa 10% mit rückläufiger Tendenz. Es sind jedoch weiterhin in erster Linie ältere Frauen, die aufgrund ihrer unsteten Erwerbsbiographien nur über ein geringes Einkommen im Alter verfügen.

Ein neues Armutsrisiko liegt allerdings in der Pflege. Die Einweisung ins Pflegeheim bedeutet für viele auch das Angewiesensein auf Sozialhilfe. Die Sozialhilfeempfänger-Quote in den Alten- und Pflegeheimen beträgt im Westen zwischen 70 und 80% und im Osten vermutlich fast 100%.

Es ist deshalb eine wichtige Aufgabe für die Politik, die sozialen Sicherungssysteme, die weiterhin wesentlich den materiellen Versorgungsspielraum älterer Menschen bestimmen, armutsfest zu machen. Die Rentenversicherung muß stärker den sich wandelnden Biographien der Menschen angepaßt werden, insbesondere sind wirksame Maßnahmen gegen die

Altersarmut von Frauen erforderlich. Der Vorschlag zur Einführung einer bedarfsorientierten Grundsicherung als Sockel in der Rente weist in die richtige Richtung.

Tätigkeit im Alter

Unser Blick auf das Alter wird entscheidend geprägt vom Verhältnis unserer Gesellschaft zur Arbeit. „Arbeit“ wird fast immer gleichgesetzt mit Erwerbsarbeit, über die die Teilhabe in unserer Gesellschaft organisiert ist. Je weniger es an Erwerbsarbeit gibt, um so mehr steigt jedoch offenbar ihre subjektive Bedeutung für die Menschen. Eine Altersphase ohne Erwerbsarbeit erscheint daher zunächst wie eine von jeglicher Tätigkeit entleerte Phase. Dies entspricht jedoch nicht der Lebensrealität alter Menschen in unserer Gesellschaft.

Wir brauchen deshalb einen erweiterten Arbeitsbegriff, der auch Tätigkeiten umfaßt, die nicht unmittelbare Erwerbsarbeit sind. Gerade Frauen waren schon immer in hohem Maße tätig, sowohl auf dem Erwerbsarbeitsmarkt als auch innerhalb der Familie. Sie erbringen immer noch den größten Anteil sowohl der Betreuung kleinerer Kinder als auch der Pflege älterer Menschen zu Hause. Diese Tätigkeiten müssen eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung erhalten.

Neben gleitenden Übergängen zwischen Erwerbsarbeit und Ruhestand ist es vor allem wichtig, neue Tätigkeitsfelder für ältere Menschen zu erschließen. Daß alte Menschen hieran ein großes Interesse haben, zeigen zum Beispiel die in Baden-Württemberg zahlreich vorhandenen Senioren-genossenschaften. Hier können ältere Menschen sinnvoll aktiv werden und erhalten zugleich ein Anrecht auf Gegenleistungen in den Bereichen, in denen sie selbst Hilfe und Unterstützung benötigen. Solche Ansätze bürgerschaftlichen Engagements, wie es sie inzwischen in allen Ländern gibt, gilt es zu fördern und auszubauen.

Bildung und Kultur

Zu einem selbstbestimmten Leben gehören neben bürgerschaftlichem Engagement auch Bildung und andere kulturelle Aktivitäten. Sie tragen dazu bei, die eigene Lebensgeschichte zu bewältigen, aber auch künstlerische und gestalterische Fähigkeiten neu zu entfalten.

Bislang haben vor allem kommerzielle Anbieter wie z.B. Reiseveranstalter diesen Markt erschlossen. Öffentliche Bildungseinrichtungen wie Volkshochschulen oder Universitäten beginnen erst langsam, sich auf die veränderten Bedürfnisse alter Menschen einzustellen. In der bildungspolitischen Diskussion spielt dieser Bereich bislang kaum eine Rolle. Wichtig ist vor allem, daß neue Programme den Charakter der Betreuung verlieren und statt dessen der Selbstgestaltung älterer Menschen neuen Raum geben.

Gesundheitspolitik

Auch in der Gesundheitspolitik müssen wir uns auf neue Anforderungen einstellen, denn die demographische Entwicklung bewirkt einen veränderten Bedarf an Gütern und Dienstleistungen und damit verbunden an ökonomischen und sozialen Ressourcen und Kosten. Dies betrifft sowohl das Krankheitsspektrum als auch die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, den Pflegebedarf und die Pflegebedürftigkeit sowie die Gesundheitsförderung und Prävention.

Gesundheitliche Lage der alten Bevölkerung

Für die Bundesrepublik Deutschland kann festgestellt werden, daß sich die gesundheitliche Lage der alten Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert hat. Der größte Teil der älteren Menschen führt ein selbständiges Leben. Vereinfachend kann festgestellt werden, daß die heutigen Alten gesünder sind als die Alten vergangener Zeit.

Weiterhin sind jedoch die Lebensbedingungen der Menschen in den verschiedenen Phasen der Entwicklung für die Gesundheit im Alter entscheidend. Immer noch besteht ein Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Gesundheitszustand im Alter. Ernährungsbedingungen, Wohnbedingungen, Bildungsstand und Art des ausgeübten Berufs sind Merkmale, die sich auf die Gesundheit im Alter auswirken. Hier gilt es anzusetzen.

Unter den Rahmenbedingungen der Bundesrepublik Deutschland kann erwartet werden, daß sich der positive Trend in der Gesundheitslage der alten Menschen fortsetzen wird. Man kann davon ausgehen, daß die „Lebenserwartung im gesunden Zustand“ weiter zunehmen wird. Aller-

dings nimmt durch die längere Lebenserwartung auch das Risiko der Pflegebedürftigkeit im hohen Alter erkennbar zu.

Aktiv leben

Die Grundlagen eines gesunden Alters sind eine lebenslange Aktivität, eine gesundheitsbewußte Lebensführung, adäquate kurative Behandlung und ggf. Rehabilitation.

Gesundes Älterwerden bedeutet vor allem, sein Leben aktiv selbst zu gestalten. Darunter ist ein selbständiges, selbst- und mitverantwortliches Leben zu verstehen mit Engagement für Angehörige, Nachbarn, in Vereinen sowie im Ehrenamt. Voraussetzung für die aktive Lebensgestaltung sind zum einen die Fähigkeiten und Interessen der Menschen. Daneben sind jedoch auch die gesellschaftlichen Bedingungen wie die materielle und soziale Sicherung, die Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt, aber auch die Einstellung der Gesellschaft gegenüber älteren Menschen von großer Bedeutung.

Auch auf den Wert der körperlichen Aktivität sowohl zur Prävention als auch als Therapeutikum haben viele Untersuchungen hingewiesen. Und die Notwendigkeit geistiger Aktivität für eine Lebensqualität im Alter ist ebenfalls unbestritten. Geistig aktive Menschen mit einem breiten Interessenspektrum und vielen Sozialkontakten erreichen häufig ein höheres Lebensalter bei guter Lebensqualität.

Durch gesundheitsbewußtes Verhalten, also durch gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung, Verzicht auf Nikotin, den verantwortungsbewußten Umgang mit Alkohol und den ärztlich kontrollierten Medikamentenkonsum, kann die körperliche und geistige Aktivität bis ins hohe Alter aufrechterhalten werden.

Prävention

Um Gesundheit im Alter erreichen zu können, ist es wichtig, sich schon früh im Leben mit dem eigenen Körper auseinanderzusetzen. Eine Reihe von chronischen Erkrankungen, die im mittleren und höheren Lebensalter auftreten, geht auf gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zurück, die sich zum großen Teil schon in Kindheit und Jugend eingepägt haben.

Diese Erkrankungen, z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, könnten vermieden, hinausgeschoben oder in ihrer Symptomatik gelindert werden, wenn Menschen schon im frühen Lebensalter gesundheitsbewußt gelebt hätten und/oder wenn rechtzeitig auf eingetretene Risikofaktoren eingewirkt worden wäre. Deshalb ist frühzeitige Prävention notwendig. Unsere Gesellschaft muß dafür Sorge tragen, daß die junge Generation in gesundheitsförderlichen Verhältnissen heranwächst, daß sie ganz selbstverständlich lernt, auf welche Weise man sich gesund und fit erhalten, wie man am besten bestimmte Risiken meiden und wie man sich mit Streß und Belastungen auseinandersetzen kann. Besonders wichtig ist es, die Gesundheitschancen von Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu verbessern.

Deshalb wird der Ausbau von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung ein zentraler Teil der Gesundheitsreform 2000, an der wir derzeit arbeiten. Es wird wieder zum Aufgabenbereich der Krankenkassen gehören, ihren Versicherten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung anzubieten. Wir werden die Voraussetzungen dafür schaffen, daß Wirksamkeit und Qualität dieser Angebote gewährleistet sind und der Nutzen für die Versicherten im Mittelpunkt steht und nicht der Kassenwettbewerb. Um die Transparenz der Angebote zu verbessern, ist auch der Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Patientenrechte vorgesehen.

Wenn es auch aus Expertensicht am besten ist, vom Lebensbeginn an gesund zu leben und durch Früherkennungsuntersuchungen Heilungschancen bei Krankheiten zu verbessern, so ist auch unumstritten, daß es nie zu spät ist, den eigenen Lebensstil positiv zu verändern. Auch bereits eingetretene Risikofaktoren, z.B. Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Übergewicht, lassen sich durch Verhaltensänderungen verringern.

Rehabilitation vor Pflege

Bei der ambulanten Versorgung und Betreuung älterer Patienten muß insbesondere der ganzheitliche Blick geschärft werden, denn Kennzeichen vieler älterer Patienten ist das gleichzeitige Vorliegen mehrerer voneinander unabhängiger Krankheiten, die eine sehr individuelle Behandlung des einzelnen Patienten erforderlich machen. Durch gezielte Behandlung und Rehabilitation können diese Menschen ein großes Maß an Selbständigkeit, Lebensqualität und Beschwerdefreiheit wiedererlangen.

Die Rehabilitation kann dazu beitragen, daß dem älteren Patienten möglichst viel Selbständigkeit und Lebensqualität erhalten bleiben und Behinderung und Pflegebedürftigkeit weitgehend verhindert werden. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist der richtige Weg, wo immer er möglich ist. Er liegt im Interesse der Menschen, weil er verhindert, daß sie zu früh von anderen abhängig sind. Es ist aber auch der wirtschaftlichere Weg, weil Kosten verringert bzw. vermieden werden können. Deshalb muß der gesetzlich festgelegte Anspruch auf Rehabilitation für ältere Menschen auch in der Praxis selbstverständlich werden. Hier bestehen noch Defizite in der Umsetzung der Pflegeversicherung.

Bisher findet die Rehabilitation älterer Menschen vorrangig in stationären Reha-Einrichtungen statt. Ambulante Reha-Strukturen sind kaum vorhanden, sie müssen dringend aufgebaut und erprobt werden. Auch fehlt eine enge Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Krankenbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege.

Rolle des Hausarztes

Angesichts der Multimorbidität und der häufig komplexen Problemkonstellation bei zu Hause lebenden älteren Patienten kommt dem Hausarzt eine besondere Rolle zu. 90% aller älteren Menschen werden kontinuierlich durch einen Hausarzt medizinisch versorgt. Er betreut diese Patienten häufig über viele Jahre und hat damit die Möglichkeit, die Patienten bei ihrer Vorbereitung auf das Älterwerden zu unterstützen und ihnen die Wichtigkeit der Prävention nahezu legen.

Der Hausarzt hat darüber hinaus eine wichtige Steuer- und Koordinierungsfunktion bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Spezialisten sowie den stationären bzw. teilstationären geriatrischen Einrichtungen und den Pflegediensten bzw. den pflegenden Angehörigen. Die Stärkung der beratenden und steuernden Funktion der Hausärzte ist deshalb ein wichtiges Ziel der Gesundheitsreform.

Selbsthilfepotentiale der älteren Menschen

Auch kranke Menschen wollen nicht nur Objekte des Gesundheitssystems sein, sondern sind auch bereit, aktiv Verantwortung zu übernehmen. Sie stellen zunehmend die berechnete Forderung, als Experten in eigener

Sache in die Planung und Durchführung aller sie betreffenden gesundheitsbezogenen Maßnahmen einbezogen zu werden.

Wer in Selbsthilfegruppen gemeinsam mit anderen aktiv wird, wer dadurch mehr Selbstbestimmung in der Bewältigung des eigenen Alltags erreicht und seine Erfahrungen weitergibt, verhindert, vom professionellen Gesundheitssystem und seinen betreuenden Diensten weitgehend abhängig zu sein.

Aus vielen Befragungen ist bekannt, daß die grundsätzliche Bereitschaft zum Engagement in Selbsthilfegruppen und Projekten deutlich höher ist als die tatsächliche Beteiligung. Hier liegen ganz offensichtlich noch erhebliche Mängel in der Information über Möglichkeiten und persönlichen Nutzen. Wir brauchen eine leichter zugängliche, die Selbsthilfe fördernde und unterstützende Infrastruktur. Dazu gehören auch Angebote für gemeinsames Wohnen von Jungen und Älteren oder die Einrichtung von Seniorenbüros.

Für die Bundesregierung ergibt sich die Verpflichtung, die gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen für eine Verankerung der Selbsthilfe im Gesundheitssystem zu schaffen bzw. zu verbessern. Sie müssen stärker als bisher in das Versorgungssystem integriert werden. Dazu gehört, daß solche Aktivitäten auch entsprechend von den Krankenkassen in den genannten Maßnahmenkatalog aufgenommen und finanziert werden.

Versorgung psychisch kranker älterer Menschen

Die Verbesserung der gesundheitlichen Lage alter Menschen insgesamt darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß insbesondere im sehr hohen Alter ein erhebliches Krankheitsrisiko besteht. Besonders die Demenz nimmt ab dem 80. Lebensjahr erheblich zu.

Am Beispiel der Demenzerkrankungen wird deutlich, daß auch im Bereich der häuslichen und stationären psychiatrischen Krankenpflege noch Handlungsbedarf besteht. Eine ursächliche Behandlung dieser Erkrankungen, z.B. auch der Alzheimer-Krankheit, steht gegenwärtig nicht zur Verfügung. Es kommt sehr rasch nicht nur zu Einschränkungen oder dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten, sondern auch zu Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen.

Mehr als ein Drittel aller Demenzkranken wird in Deutschland in ihren Familien – und insbesondere von den Töchtern und Schwiegertöchtern – betreut. Die oft langjährige Pflege bedeutet für die pflegenden Angehörigen eine starke emotionale Belastung, materielle Einschränkungen und den Verzicht auf wesentliche Bereiche der eigenen Selbstverwirklichung. Unsere Gesellschaft darf diese Menschen – die Erkrankten wie auch die Angehörigen – nicht allein lassen.

In der Vergangenheit war die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen Gegenstand einiger erfolgreicher Modellmaßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums. Jetzt kommt es darauf an, die in den Modellprojekten gewonnenen Erkenntnisse flächendeckend umzusetzen. Wie dies auch mit Mitteln der Pflegeversicherung geschehen kann, prüfen wir zur Zeit.

Abschluß

Dies waren nur einige Schlaglichter, die aufzeigen, welchen Beitrag die Politik zu einem aktiven Altwerden leisten kann und muß. Ich denke, wir sind uns einig, daß Politik für ein besseres Altern nicht allein Politik für ältere Menschen sein kann. Viele, insbesondere materielle, aber auch gesundheitliche Bedingungen für ein menschenwürdiges Alter werden in früheren Lebensabschnitten geschaffen. Eine Politik für das Alter muß sich daher auf den gesamten Lebensverlauf und alle gesellschaftlichen Bereiche beziehen.

Darüber hinaus bleibt es Aufgabe des einzelnen, sich für ein gesundes Alter selbst zu engagieren. Die zum Weltgesundheitstag von Herrn Prof. Kruse vorgelegten 15 Regeln für ein gesundes Älterwerden geben dafür wichtige Anregungen.

Sicher waren meine Ausführungen zur Politik für alte Menschen nur unvollständig. Deshalb bin ich gespannt auf die Empfehlungen an die Politik, die Sie im Laufe der heutigen Veranstaltung erarbeiten wollen.

Zum Schluß möchte ich mich ganz herzlich bei der Bundesvereinigung für Gesundheit für die bewährte gute Vorbereitung dieser Veranstaltung bedanken.

Ein lebenslaufbezogenes Verständnis von Gesundheit

Andreas Kruse, Heidelberg

Der folgende Beitrag beginnt mit einer Definition von Gesundheit, die deren verschiedene Dimensionen hervorhebt (*Kapitel 1*).

In einem weiteren Schritt soll ein lebenslauforientiertes Verständnis von Intervention dargelegt werden, aus dem hervorgeht, inwieweit Gesundheit, Aktivität und Kompetenz im Alter auf günstige Entwicklungsbedingungen sowie auf Lebensstile und Lebensformen des Menschen in den verschiedenen Lebensaltern zurückgeführt werden können (*Kapitel 2*). Altern ist zwar ein natürlicher, gesetzmäßiger Prozeß als Funktion der Zeit (in der Literatur wird auch der Begriff der „Biomorphose“ zur Veranschaulichung dieses Prozesses gewählt), doch vollzieht sich Altern nicht „an uns“ (im Sinne eines rein schicksalhaften Geschehens), sondern vielmehr „durch uns“: Wir tragen durch unsere Lebensstile und Lebensformen dazu bei, wie wir altern. Lebensstile und Lebensformen sind von der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt, in der wir leben, beeinflußt: Inwieweit gehen von dieser Anregungen und Anforderungen aus? Weiterhin übt die Gesellschaft Einfluß auf Lebensstile und Lebensformen in den verschiedenen Lebensaltern aus: Welche sozialen Rollen und Funktionen ordnet sie dem Menschen in den verschiedenen Lebensaltern zu? Welche Leitbilder eines „guten Lebens“ herrschen in der Gesellschaft sowie in den verschiedenen sozialen Schichten vor?

Dem lebenslauforientierten Verständnis von Intervention folgt eine Bewertung der heute bestehenden Interventionsangebote: In welcher Hinsicht müssen diese verbessert und ausgebaut werden (*Kapitel 3*)?

1. Verschiedene Dimensionen von Gesundheit

In der *Ottawa-Deklaration* definiert die *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* 1986 gesundes Älterwerden als „aktive Lebensgestaltung“ und interpretiert diese als das Ergebnis eines gelungenen Zusammenwirkens der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen (hier kann auch von personalen Ressourcen gesprochen werden) mit den Anregungen, Anforderungen und Hilfen der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt (hier kann auch von Umweltressourcen gesprochen werden).

Der Begriff der aktiven Lebensgestaltung weist enge Bezüge zu einer von mir vorgeschlagenen Definition von Kompetenz auf. Kompetenz beschreibt danach die „Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, selbstverantwortlichen und persönlich sinnerfüllten Lebens in einer anregenden, unterstützenden und die selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit Anforderungen, Aufgaben und Belastungen fördernden Umwelt“.

Das Verständnis von Gesundheit im Sinne von aktiver Lebensführung oder von Kompetenz leugnet nicht die Bedeutung fehlender vs. bestehender Erkrankungen oder fehlender vs. bestehender Funktionseinschränkungen für die Gesundheit, im Gegenteil: Diese werden ausdrücklich berücksichtigt. Doch soll gleichzeitig deutlich gemacht werden, daß sich Gesundheit nicht auf fehlende Erkrankungen und auf erhaltene Funktionstüchtigkeit beschränkt und daß Menschen nicht global als „krank“ angesehen werden können, wenn Erkrankungen und Funktionseinschränkungen bestehen, denn neben jenen Bereichen des Organismus und der Person, in denen Störungen eingetreten sind, gibt es andere Bereiche, in denen keine Störungen erkennbar sind.

Dieses erweiterte Verständnis von Gesundheit läßt sich durch das Konzept der „Salutogenese“ veranschaulichen, das *Antonovsky* in die medizinische Diskussion eingeführt hat und das in bedeutsamer Weise durch den Freiburger Onkologen *Nagel* ergänzt worden ist. *Antonovsky* versteht unter Salutogenese alle physischen, psychischen und sozialen Ressourcen der Person, die diese in die Lage versetzen, eingetretene Störungen der Gesundheit zu bewältigen. Mit den sozialen Ressourcen sind die Beziehungen zwischen Person und Umwelt angesprochen, die zum einen im Sinne der sozialkommunikativen Kompetenz der Person, zum anderen im Sinne der Anregung, Förderung und Unterstützung, die von ihrer Umwelt ausgeht, gedeutet werden können.

Nagel geht von diesem Verständnis der Salutogenese aus, zugleich schlägt er eine wesentliche Ergänzung vor: Auch wenn Menschen an einer irreversiblen, fortschreitenden körperlichen Erkrankung leiden, heißt dies nicht, daß sie organisch „nur krank“ wären. Ein Teil ihres Organismus ist gestört, ist „krank“. Doch andere Teile des Organismus sind nicht gestört, sind „gesund“. *Nagel* richtet an die Patienten die Frage, in welchem Maße sie sich „krank“ und in welchem Maße sie sich „gesund“ fühlen. Er will mit dieser Frage zur persönlichen Reflexion über die gesunden Anteile des Organismus und zur Aufrechterhaltung oder Entwicklung einer persön-

lichen Einstellung anregen, die nicht nur auf die bewußte Annahme eingetretener Grenzen, sondern auch auf die Ausschöpfung bestehender Ressourcen gerichtet ist. Die vom Konzept der Salutogenese ausgehenden Überlegungen sollten bei Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Beratung älterer Menschen vermehrt genutzt werden.

Wir neigen dazu, als charakteristische Merkmale des hohen Alters Multimorbidität, Polypathie, multiple Funktionseinschränkungen anzuführen, ohne auf die bestehenden Bereiche des Organismus hinzuweisen, in denen keine Störungen erkennbar sind, oder – umfassender betrachtet – ohne die physischen, psychischen und sozialen Ressourcen älterer Menschen zu berücksichtigen, die diese zum einen in die Lage versetzen, eingetretene Erkrankungen und Funktionseinschränkungen zu verarbeiten, und die ihnen zum anderen als Grundlage für ein selbständiges, selbstverantwortliches und persönlich sinnerfülltes Leben dienen.

Die nachfolgende Abbildung nennt Merkmale der Gesundheit, die bei dem Versuch, zu einem erweiterten Verständnis von Gesundheit zu gelangen, berücksichtigt werden müssen.

- **Körperliches und seelisches Wohlbefinden**
- **Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit**
- **Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben**
- **Selbständigkeit im Alltag**
- **Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung**
- **Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen**
- **Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen**
- **Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten**
- **Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste**
- **Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste**

Merkmale der Gesundheit (erweitertes Verständnis von Gesundheit)

Diese Merkmale verbinden Aspekte des klassischen Gesundheitsverständnisses – körperliches und seelisches Wohlbefinden, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit – mit Aspekten der aktiven Lebensgestaltung. Es wird dabei zwischen verschiedenen Funktionsbereichen der Person differenziert und gefragt, in welchen Bereichen keine Störungen bestehen und in welchen Bereichen Störungen erkennbar sind (die ab einem bestimmten Schweregrad Krankheitswert besitzen).

Vor dem Hintergrund dieses mehrdimensionalen Ansatzes ist Gesundheit im Alter als komplexer Prozeß zu verstehen, der (a) die aktive Lebensführung, (b) das gesundheitliche Wohlbefinden, (c) das gesundheitsbewußte Verhalten und (d) die positive Lebenseinstellung umfaßt.

(a) Unter **aktiver Lebensführung** sind körperliche, geistige und soziale Aktivität, selbständige und selbstverantwortliche Lebensführung, die Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben, Offenheit für neue Anregungen und Anforderungen sowie die aktive psychische Auseinandersetzung mit Anforderungen, Belastungen und Konflikten zu verstehen.

(b) **Gesundheitliches Wohlbefinden** umfaßt sowohl den objektiven als auch den subjektiven Gesundheitszustand. Der objektive Gesundheitszustand beschreibt die medizinisch und psychologisch bestimmte körperliche und seelische Gesundheit, der subjektive Gesundheitszustand die erlebte Gesundheit. Dabei ist unter gesundem Älterwerden auch die positiv erlebte Gesundheit trotz organischer und funktioneller Einschränkungen zu verstehen.

(c) **Gesundheitsbewußtes Verhalten** setzt sich aus folgenden Merkmalen zusammen: der Aufrechterhaltung der körperlichen und seelisch-geistigen Aktivität, der Vermeidung von Risikofaktoren (vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuß, Drogenkonsum, falsche Ernährung, Übergewicht, mangelnde Bewegung, unkontrollierte Medikamenteneinnahme), dem rechtzeitigen Einwirken auf schon eingetretene Risikofaktoren und der Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen.

(d) Mit **positiver Lebenseinstellung** ist die Fähigkeit des Menschen angesprochen, sich an schönen Dingen im Alltag zu erfreuen und auch in belastenden Situationen eine tragfähige Zukunftsperspektive zu erhalten.

Im folgenden seien einige Beispiele für die Notwendigkeit dieses mehrdimensionalen Verständnisses von Gesundheit genannt:

□ Es sind körperliche Erkrankungen aufgetreten, die Fähigkeit zu einem aktiven, selbständigen und selbstverantwortlichen Leben ist jedoch in vollem Umfang erhalten.

□ Es sind gesundheitliche und funktionelle Einschränkungen aufgetreten, die zur Hilfsbedürftigkeit geführt haben; die betreffende Person ist jedoch nicht in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, sie ist weiterhin aktiv (im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben), sie führt weiterhin ein selbstverantwortliches Leben (im Sinne der selbstbestimmten Alltagsgestaltung und Lebensplanung).

□ Es sind bleibende Einschränkungen und Verluste aufgetreten, und trotzdem ist die Person offen für neue Erfahrungen und Anregungen. Sie besitzt die Fähigkeit, Einschränkungen und Verluste psychisch zu verarbeiten und in Teilen zu kompensieren.

Diese Beispiele machen zum einen deutlich, daß es verschiedene Formen von Gesundheit gibt. Sie zeigen weiterhin, daß ein aktives, selbständiges und selbstverantwortliches Leben im Alter auch dann möglich ist, wenn Erkrankungen eingetreten sind. Die therapeutischen Ansätze sind nicht allein auf die Krankheit und die Krankheitssymptome gerichtet, sondern auch auf die Selbständigkeit und Selbstverantwortung des Menschen sowie – im weiteren Sinne – auf seine spezifischen Aktivitäten, Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Die genannten Merkmale von Gesundheit sind durch unsere Erlebnisse, Erfahrungen und Verhaltenweisen im Lebenslauf beeinflusst – in dieser Hinsicht kann von einer Kontinuität der physischen und psychischen Entwicklung im Lebenslauf ausgegangen werden. Damit wird aber auch zum Ausdruck gebracht, daß wir durch unsere Lebensführung sowie durch die Art und Weise, wie wir mit Anforderungen im Alltag umgehen, mit darüber entscheiden, in welchem Umfang wir ein selbständiges, selbstverantwortliches und persönlich sinnerfülltes Leben im Alter führen.

Nicht wenige Erkrankungen im Alter gehen auch auf die Einwirkung von Risikofaktoren in früheren Lebensabschnitten zurück – zumindest werden deren Schwere und deren Verlauf durch Risikofaktoren beeinflusst. Zu nennen sind hier zum Beispiel Arteriosklerose, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen (vor allem der Diabetes mellitus) sowie bestimmte Karzinome (vor allem Bronchial- und Lungenkarzinome).

In der Bundesrepublik Deutschland hat die Prävention von Erkrankungen nicht jenes Gewicht wie die Therapie und Rehabilitation. Dabei könnten durch den Ausbau der Prävention – zu der auch Anstöße des Menschen zur vermehrten Reflexion über langfristige Folgen seines Gesundheitsverhaltens gehören – Erkrankungen im Alter entweder vermieden oder in ihrem Verlauf beeinflusst werden. Wir sollten uns in der öffentlichen Diskussion nicht allein darauf konzentrieren, die steigende Lebenserwartung zu betonen. Vielmehr sollten wir zusätzlich darauf hinweisen, daß uns auch in bezug auf die Gesundheit das Leben „aufgegeben“ ist, daß wir also mitverantwortlich dafür sind, ob wir ein hohes Alter erreichen und ob wir dieses in einer guten gesundheitlichen Verfassung erreichen.

Allerdings dürfen dabei nicht die Lebensbedingungen des Menschen – d.h. der Bildungsstand, die Berufstätigkeit, die finanziellen Ressourcen, die Wohnbedingungen – außer acht gelassen werden. Zumindest für das „junge Alter“ lassen sich Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Anzahl chronischer Erkrankungen nachweisen: Bei Angehörigen der sozioökonomischen Grundschichten besteht eine höhere Anzahl von chronischen Erkrankungen als bei Angehörigen der Mittel- und der Oberschicht.

Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und Anzahl chronischer Erkrankungen sind im hohen Alter (d.h. ab dem neunten Lebensjahrzehnt) nicht mehr erkennbar. Für dieses Ergebnis ist auch die Tatsache verantwortlich zu machen, daß Menschen mit einer höheren Anzahl an Risikofaktoren und Erkrankungen mit höherer Wahrscheinlichkeit das neunte Lebensjahrzehnt nicht mehr erreichen. Menschen, die das neunte Lebensjahrzehnt erreicht haben, bilden also in gewisser Hinsicht eine besondere Gruppe mit vergleichsweise hohen physischen Ressourcen.

2. Zum lebenslauforientierten Verständnis von Intervention

Lehr unterscheidet – in Anlehnung an eine Arbeit von *P. Baltes* und *Danish* – zwischen vier Bereichen der Interventionsgerontologie: (a) der Optimierung von Entwicklungsbedingungen, (b) der Prävention von Erkrankungen und der Prophylaxe altersbedingter Verluste, (c) der Rehabilitation und (d) der Erhaltung bestehender Kompetenzen und Lebensbedingungen trotz eingetretener, irreversibler Einschränkungen und Verluste.

Nachfolgend werden die vier Bereiche der Intervention ausführlicher dargestellt und diskutiert.

(a) Optimierung der Entwicklungsbedingungen

Damit wird das Ziel beschrieben, die biologischen Potentiale des Menschen möglichst weit zu verwirklichen, die neuronale Plastizität möglichst weit zu nutzen und damit die Grundlage für ein möglichst breites Spektrum von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu schaffen. Dieser Bereich der Interventionsgerontologie gewinnt besondere Bedeutung in Kindheit und Jugend, da in diesen Lebensaltern die Weichen für die weitere Entwicklung gestellt werden.

Zu nennen ist zum Beispiel die Entwicklung der neuronalen Grundlagen unserer Wahrnehmung und Motorik sowie unseres Denkens und Gedächtnisses. Leben Kinder und Jugendliche in einer anregenden, fordernden und stimulierenden Umwelt, so wirkt sich dies positiv auf das neuronale Wachstum (vor allem auf das Wachstum von Dendriten) sowie auf die neuronale Verschaltung (durch Synapsen) aus. Diese Kinder und Jugendlichen zeigen im Durchschnitt erkennbar bessere Leistungen in Wahrnehmung, Motorik, Denken und Gedächtnis als jene Kinder und Jugendlichen, die in Umwelten mit geringem Anregungsgehalt und geringem Stimulationsgrad aufgewachsen sind.

Das genannte Beispiel kann auch auf das höhere Lebensalter übertragen werden. Geringer Anregungsgehalt und geringer Stimulationsgrad der Umwelten verstärken altersbedingte Verluste im Zentralnervensystem. Diese Verluste zeigen sich unter anderem in einer deutlichen Abnahme der Denk- und Gedächtnisleistungen, wobei diese Verluste nicht mehr rückgängig gemacht werden können, wenn die ungünstigen Entwicklungsbedingungen über einen langen Zeitraum andauern.

Neben diesen Entwicklungsbereichen sind alltagspraktische und sozial-kommunikative Fertigkeiten, der Umgang mit Anforderungen, Aufgaben und Belastungen sowie Interessen zu nennen, die ebenfalls ihren Ursprung in Kindheit und Jugend haben und deren Entwicklung durch Anregungen sowie durch Förderung in diesen Lebensaltern positiv beeinflusst wird. Um hier nicht falsch verstanden zu werden: Mit der Betonung von Kindheit und Jugend als Lebensalter, in denen die Weichen für die Entwicklung im gesamten Lebenslauf gestellt werden, wird nicht das Entwicklungspotential in späteren Lebensaltern in Frage gestellt.

(b) Prävention und Prophylaxe

Diese beschreiben das Ziel, Risikofaktoren und gesundheitliche Störungen zu vermeiden sowie altersbedingte Einbußen der kognitiven und physischen Leistungsfähigkeit möglichst lange hinauszuschieben. Dieser Bereich der Intervention zielt vor allem auf das frühe, mittlere und höhere Erwachsenenalter, er besitzt jedoch auch für das Jugendalter Relevanz. Lebensstile, die mit Risiken für unsere Gesundheit verbunden sind (vor allem Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuß, fehlerhafte Ernährung, mangelnde Bewegung), haben nicht selten ihren Ursprung im Jugendalter.

In bezug auf Prävention und Prophylaxe im Erwachsenenalter sind fünf Aspekte besonders hervorzuheben:

- (1) das gesundheitsbewußte Verhalten mit dem Ziel, Risikofaktoren für die Gesundheit zu vermeiden (neben den bereits genannten Risikofaktoren sind die Vermeidung von Schadstoffen am Arbeitsplatz sowie die übermäßige körperliche und seelische Belastung zu nennen);
- (2) das rechtzeitige Erkennen bereits eingetretener gesundheitlicher Störungen mit dem Ziel, die Ausbildung von (Folge-)Erkrankungen zu verhindern;
- (3) körperliches Training mit dem Ziel, die physische Leistungsfähigkeit möglichst lange zu erhalten;
- (4) geistiges Training mit dem Ziel, die kognitive Leistungsfähigkeit möglichst lange zu erhalten;
- (5) die rechtzeitige Vorbereitung auf das eigene Alter bei der Lebens- und Zukunftsplanung.

(c) Rehabilitation

Diese beschreibt das Ziel, die Grundlagen für eine weitgehend selbständige und selbstverantwortliche Lebensführung wiederherzustellen. Die Rehabilitationansätze sind sowohl auf die Person als auch auf ihre Umwelt gerichtet. Sie lassen sich untergliedern in

- (1) die Förderung von Funktionen und Fertigkeiten (zum Beispiel im sensorischen, alltagspraktischen und kognitiven Bereich);

- (2) die Linderung von Störungen (zum Beispiel im Bereich der Sprache, der Motorik, der Wahrnehmung und der Informationsverarbeitung);

- (3) die Kompensation von irreversiblen Einbußen (durch andere Funktionen und Fertigkeiten sowie durch Prothetik);

- (4) die Förderung der psychischen Verarbeitung der Erkrankung und ihrer Folgen.

Das Rehabilitationspotential älterer Menschen wird im allgemeinen unterschätzt. Aus diesem Grunde werden nicht selten Anträge auf Rehabilitation abgelehnt, obwohl ein ausreichendes Rehabilitationspotential gegeben wäre. Auf der anderen Seite wäre es zu einfach, bei allen alten Menschen von einem hohen Rehabilitationspotential auszugehen – ohne Berücksichtigung der Erkrankungen und ihrer Dynamik, des affektiven und kognitiven Status, des Grades der Selbständigkeit und der Persönlichkeit. Vielmehr ist für jeden Patienten ein differenziertes und umfassendes geriatrisches Assessment zu fordern, auf dessen Grundlage das Rehabilitationspotential bestimmt werden kann. Dabei besteht Einigkeit in der Altersmedizin, daß das geriatrische Assessment mehrdimensional aufgebaut sein muß, d.h. neben physischen und psychischen Erkrankungen werden Grad und Form der Selbständigkeit vs. Hilfsbedürftigkeit, spezifische sensomotorische und alltagspraktische Funktionen und Fertigkeiten, der physische, affektive und kognitive Status, die Persönlichkeit sowie der Grad der Krankheitseinsicht und die Art der Krankheitsverarbeitung erfaßt.

Man mag einwenden, daß ein solches geriatrisches Assessment zu umfassend sei, da es zu viel Zeit in Anspruch nehme und eine größere Anzahl von Untersuchungen sowie die Integration von Befunden aus verschiedenen Disziplinen erfordere. Doch erstens ist zu berücksichtigen, daß ein erweitertes Verständnis von Gesundheit – dessen Notwendigkeit heute eigentlich nicht mehr in Frage gestellt werden darf – ein umfassendes, mehrdimensional und multidisziplinär konzipiertes geriatrisches Assessment erfordert. Und zweitens müssen die Aussagen zum Rehabilitationspotential des einzelnen Patienten eine solide empirische Grundlage besitzen. Allein auf dieser Basis kann eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob eine Rehabilitation eingeleitet werden sollte oder nicht.

Die Tatsache, daß das Rehabilitationspotential älterer Menschen oft unterschätzt wird, ist vor allem darauf zurückzuführen, daß ein fachlich begründetes geriatrisches Assessment – in dem das Rehabilitationspotential

bestimmt wird – vielfach nicht erfolgt und somit die empirischen Grundlagen der Entscheidung für oder gegen die Rehabilitation eben nicht gegeben sind. Die in der Geriatrie wiederholt aufgestellte Forderung, daß kein Patient ohne geriatrisches Assessment und darauf gründender Beurteilung des Rehabilitationspotentials in ein Pflegeheim entlassen werden dürfe, sei an dieser Stelle mit Nachdruck unterstrichen. Zugleich darf jedoch nicht übersehen werden, daß es Grenzen des Rehabilitationspotentials gibt, die auch die Frage nahelegen, ob im Einzelfall die Rehabilitation sinnvoll ist oder nicht und wie umfassend die Rehabilitation angelegt sein sollte. Diese Entscheidung muß in jedem Fall verantwortlich, d.h. auch empirisch begründet getroffen werden. Bei der Entscheidung gegen die Rehabilitation muß ausführlich begründet werden, warum eine Rehabilitation nicht als sinnvoll erscheint, d.h. die Entscheidungskriterien sind darzulegen. Diese Kriterien müssen fundiert sein – zum Beispiel kann es nicht ausreichen, allein mit Hinweis auf das Alter eines Patienten den Erfolg und damit die Sinnhaftigkeit einer Rehabilitation in Frage zu stellen.

An späterer Stelle (siehe Kapitel 3) soll auf drei Aspekte näher eingegangen werden, durch die erst ein vollständiges Rehabilitationskonzept geschaffen wird:

- (1) die Rehabilitation von Menschen, die an einem hirnorganischen Psychosyndrom oder an einer Demenz erkrankt sind;
- (2) die Integration der Gerontopsychosomatik und der Psychotherapie für ältere Menschen in die Rehabilitation;
- (3) die Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung im Sinne der Erhaltung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in früheren Lebensjahren ausgebildet wurden, sowie der Unterstützung bei der Ausbildung neuer Interessen und der Bewältigung von Anforderungen, die das Leben im Alter an den Menschen stellt.

(d) Erhaltung bestehender Kompetenzen und Lebensbedingungen trotz eingetretener, irreversibler Einschränkungen und Verluste

In einer Untersuchung von *Ermini-Fünfschilling* und *Meier* zu den Wirkungen von Gedächtnistraining als Bestandteil einer Milieuthherapie bei Patienten mit Alzheimer-Demenz fanden sich zwar keine Leistungsverbesserungen in der Patientengruppe, doch waren in der Kontrollgruppe, die kein

Gedächtnistraining erhalten hatte, bedeutsame Leistungsrückgänge erkennbar. Dieses Beispiel macht deutlich, daß sich der Rehabilitationserfolg nicht nur in absoluten Verbesserungen, sondern auch in der Erhaltung von Fähigkeiten und Fertigkeiten oder in der Verzögerung von Verschlechterungen ausdrücken kann. Weiterhin konnten *Ermini-Fünfschilling* und *Meier* in der Patientengruppe eine Verbesserung des seelischen Befindens sowie eine Zunahme der Zufriedenheit nachweisen. Das Training von Fertigkeiten scheint sich auch in jenen Fällen, in denen die Erkrankung fortschreitet, positiv auf die Überzeugung des Patienten auszuwirken, seine Situation durch eigene Aktivität in Teilen beeinflussen zu können. Darüber hinaus ist die Aktivierung sensorischer und kognitiver Funktionen für das seelische Befinden bedeutsam, denn sie fördert Bewußtseinsleistungen – wie z.B. Orientierung.

Als weiteres empirisches Beispiel sind Ergebnisse aus Untersuchungen zu nennen, die im Arbeitskreis von *M. Baltes, Neumann, Wahl* und *Zank* zu den Wirkungen der selbständigkeitsorientierten (d.h. die erhaltenen Funktionen und Fertigkeiten akzentuierenden) Pflege ausgerichtet wurden. Unter den Bedingungen dieses Pflegekonzepts nahm die Selbständigkeit hilfs- und pflegebedürftiger Menschen bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens zu. Die Motivation des hilfsbedürftigen oder pflegebedürftigen Menschen zur möglichst selbständigen Ausführung jener Aktivitäten, die er noch selbständig ausführen kann, ist eine Grundlage der aktivierenden Pflege. Als weitere Grundlage ist die Unterstützung bei der Kompensation geschädigter Funktionen und eingeschränkter Fertigkeiten zu nennen. Dieses Beispiel macht deutlich, daß auch im Falle bestehender Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit die Frage nach möglichen Kompetenz-Performanz-Unterschieden gestellt werden muß. Inwieweit regt die Umwelt den Menschen zur Umsetzung seiner Kompetenz an? Was kann getan werden, damit die Ressourcen des Menschen (also seine Kompetenz) tatsächlich in Verhalten (also in Performanz) umgesetzt werden?

In diesem Kontext ist die Bedeutung der räumlichen Umwelt für die Kompensation geschädigter Funktionen hervorzuheben: Schon durch die Beseitigung von Barrieren in der Wohnung, durch die Veränderung von Armaturen in Küche, Bad und WC, durch Arbeitshilfen in der Küche werden wertvolle Möglichkeiten der Kompensation von Einschränkungen geschaffen, durch die viele Menschen in die Lage versetzt werden, ein weitgehend selbständiges Leben zu führen. Die Innovationen im Bereich der Technik erweitern das Spektrum der Kompensationsmöglichkeiten erheblich.

3. In welcher Hinsicht müssen bestehende Interventionsangebote verbessert und ausgebaut werden?

Bei der Beantwortung dieser Frage orientiere ich mich an der bereits vorgenommenen Differenzierung zwischen den vier Bereichen der Intervention. Ergibt sich in den einzelnen Bereichen die Notwendigkeit zur Verbesserung oder Erweiterung der Interventionsangebote, und wenn ja, in welcher Hinsicht?

(a) Überlegungen zur Optimierung der Entwicklungsbedingungen im Kindes- und Jugendalter

Zunächst ist festzustellen, daß gute Ernährungs-, Bildungs- und Wohnbedingungen, eine fordernde und fördernde Erziehung, ein gutes emotionales Klima im Elternhaus sowie eine ansprechende medizinische Versorgung (zu der auch Vorsorgeuntersuchungen zu zählen sind) zentrale Bedingungen für das Erreichen eines hohen Lebensalters sowie für Gesundheit, Kompetenz und Aktivität im Alter darstellen. „Erfolgreiches Altern“ kann auch als langfristige Folge günstiger Entwicklungsbedingungen im Kindes- und Jugendalter betrachtet werden, da in den frühen Lebensjahren die Weichen für die weitere Entwicklung im Lebenslauf gestellt werden.

Die Verbesserung der Lebensbedingungen – und damit der Entwicklungsbedingungen für Kinder und Jugendliche – in jenen Familien, die in Armut oder am Rande der Armut leben, ist zwar ein sehr allgemein formuliertes, doch für die Chancen der nachfolgenden Generationen bedeutsames Ziel. (In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß heute vor allem alleinerziehende Mütter mit mehreren Kindern über geringe Ressourcen verfügen oder sogar von – relativer – Armut bedroht sind.) Es handelt sich bei dem hier angesprochenen Ziel natürlich nicht um eine Erweiterung des Interventionsangebotes. Und doch wird dieses Ziel hier ausdrücklich genannt, weil mit seiner Umsetzung erste Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß ein wachsender Anteil der Bevölkerung ein hohes Alter bei erhaltener Gesundheit, Kompetenz und Aktivität erreicht.

Als bedeutende Erweiterung des Interventionsangebotes für Jugendliche ist die Vermittlung von „Gesundheitswissen“ zu verstehen. In welcher Hinsicht trage ich durch meinen Lebensstil – zu dem auch gesundheitsbewußtes Verhalten gehört – und durch mein Interessenspektrum zur Lebensqualität in nachfolgenden Lebensaltern sowie zum Erreichen eines

hohen Lebensalters bei? Zusammenhänge zwischen Lebensstil und Aktivität in früheren Lebensaltern und Lebensqualität in späteren Lebensaltern sollten aufgezeigt, erklärt und anhand von Beispielen illustriert werden. Blickt man heute in Unterrichtsmaterialien und Curricula aus dem Bereich der Biologie, gewinnt man den Eindruck, daß der Lebenslauf des Menschen sowie Einflußfaktoren der Lebenserwartung und der Lebensqualität im Alter entweder überhaupt nicht oder nur am Rande thematisiert werden. Mit anderen Worten: Es wird keine „Lebenslaufperspektive“ vermittelt, obwohl diese Perspektive die Überzeugung des jungen Menschen stärken könnte, ein hohes Maß an Verantwortung für die weitere Entwicklung zu tragen.

(b) Überlegungen zur Prävention und Prophylaxe

Es wurde bereits hervorgehoben, daß die Vermeidung von Erkrankungen durch gesundheitsbewußte Lebensführung sowie das zeitliche Hinausschieben und die Linderung altersbedingter Einbußen durch körperliche und geistige Aktivität möglich sind. Die schon im Jugendalter, vor allem aber im frühen und mittleren Erwachsenenalter erfolgende Aufklärung über die Bedeutung einer gesunden Ernährung, eines ausreichenden Maßes an Bewegung, der Vermeidung von Nikotin, des verantwortlichen Umgangs mit Alkohol und Medikamenten für die Aufrechterhaltung der Gesundheit bildet einen zentralen Bereich der Prävention, der in Zukunft noch stärkeres Gewicht erhalten sollte. Dabei sollte auch dargestellt werden, wie Risikofaktoren bei der Entstehung chronischer Erkrankungen (z.B. Arteriosklerose, Osteoporose, Arthrose und Arthritis, Diabetes mellitus) mitwirken.

Um hier nicht falsch verstanden zu werden: Es ist nicht sinnvoll und fördert auch nicht die psychische Verarbeitung einer Erkrankung, wenn Patienten, die an einer der genannten chronischen Erkrankungen leiden, der Vorwurf gemacht wird, in früheren Lebensaltern nicht gesundheitsbewußt gelebt zu haben. Vielmehr unterstreichen diese Aussagen zur Prävention die Notwendigkeit, Menschen bereits im Jugendalter sowie im frühen und mittleren Erwachsenenalter für den Einfluß ihres Verhaltens auf die weitere gesundheitliche Entwicklung zu sensibilisieren.

Weiterhin sollte den Menschen bereits früh vor Augen geführt werden, daß der Alternsprozeß nicht nur als etwas Schicksalhaftes verstanden wird, das man nicht beeinflussen kann, sondern daß er auch als Ergebnis des individuellen Lebensstils interpretiert wird, auf den man durchaus

Einfluß nehmen kann. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß es viele gelungene Praxisprojekte zur Prävention von Erkrankungen sowie zur Prophylaxe altersbedingter Einbußen gibt, aus denen hervorgeht, daß die Sensibilisierung des Menschen für gesundheitsbewußtes Verhalten auch ohne „erhobenen Zeigefinger“ möglich ist, Prävention und Prophylaxe also nicht belehrenden Charakter haben müssen.

Das entscheidende Merkmal gelungener Projektangebote besteht darin, daß sie Elemente – wie zum Beispiel körperliches und kognitives Training, Bildung und Information, Kreativität, Austausch mit anderen Menschen – enthalten, die in optimaler Weise fördern und fordern, die die Überzeugung eigener Leistungsfähigkeit und Kreativität stützen, die aufklären und die zugleich Informationen über die Bedeutung des eigenen Lebensstils für Kompetenz, Gesundheit und Aktivität in späteren Lebensabschnitten vermitteln.

Es ist zu hoffen, daß die Initiativen zur Prävention und Prophylaxe, die mittlerweile angestoßen und systematisch ausgebaut wurden, in der Öffentlichkeit bekannt gemacht und aufgegriffen werden. Zum Beispiel könnte die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. in Zusammenarbeit mit Experten-Kommissionen die Aufgabe übernehmen, Informationen über solche Initiativen zusammenzutragen, die gewonnenen Informationen systematisch auszuwerten und auf dieser Grundlage ein Handbuch guter Praxismodelle für Prävention und Prophylaxe zu erstellen.

In bezug auf die Prävention und Prophylaxe ist weiterhin die große Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen, des frühzeitigen Erkennens von Risikofaktoren und der rechtzeitigen therapeutischen Intervention mit dem Ziel, die Entstehung von Erkrankungen oder Folgeerkrankungen zu vermeiden, hervorzuheben. Auch hier stellt sich die Frage nach zusätzlichen Anreizen für die konsequente Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Schließlich sind Prävention und Prophylaxe auch unter dem Aspekt einer Veränderung des Lebensstils bei bereits eingetretenen Erkrankungen und Einbußen zu betrachten und in der Öffentlichkeit darzustellen. Mit anderen Worten: Es sollte betont werden – und in den Regeln für gesundes Älterwerden wurde auch dies versucht –, daß es für eine Veränderung des Lebensstils in Richtung auf Stärkung der gesunden Anteile, der Kompetenz und der Aktivität nie zu spät ist. Prävention und Prophylaxe dürfen also nicht im Sinne eines „biographischen Determinismus“ ver-

standen werden, der aus einem über Jahre hinweg bestehenden Lebensstil das Festgelegtsein auf diesen sowie die Unveränderbarkeit der Situation ableitet.

(c) Überlegungen zur Rehabilitation

Die erfolgreiche Umsetzung der Rehabilitation erfordert eine angemessene Infrastruktur von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten. Wo diese Infrastruktur nicht gegeben ist, ist es für den Arzt praktisch nicht möglich, die innerhalb eines umfassenden Rehabilitationsansatzes notwendigen Leistungen einzuleiten und zu koordinieren. Damit sind strukturelle Mängel angedeutet.

Drei strukturelle Mängel möchte ich an dieser Stelle hervorheben:

(1) Bei der Akutbehandlung werden rehabilitative Elemente in aller Regel nicht in den Behandlungsplan aufgenommen. Die Abgrenzung kurativer stationärer Versorgung und stationärer Rehabilitation in meist räumlich getrennten Einrichtungen weist auf einen strukturellen Anpassungsbedarf hin.

(2) Stationäre und ambulante Rehabilitation sind nur sehr selten aufeinander abgestimmt. Dies hat auch damit zu tun, daß notwendige Zwischenformen – vor allem Tageskliniken – fehlen. Die Integration der verschiedenen Rehabilitationsangebote gehört zu den dringend erforderlichen strukturellen Verbesserungen.

(3) Die Hilfsmittelverordnungen sind ebenfalls nicht immer angemessen. Die in der Klinik angebotenen Übungen zum korrekten Gebrauch finden nicht selten ohne Einbeziehung der Angehörigen statt. Vor allem aber unterbleiben oftmals die unter fachlicher Anleitung stehenden Übungen nach Rückkehr des Patienten in seine Wohnung.

Die genannten strukturellen Mängel bilden eine wesentliche Ursache dafür, daß die gegebenen Rehabilitationspotentiale nicht in vollem Umfang genutzt werden.

Eine weitere Grenze der Rehabilitation hängt mit dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) und seiner praktischen Umsetzung zusammen. In diesem Gesetz wird unter der Maßgabe „Rehabilitation vor Pflege“ der Rehabilitation ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Jedoch ist für die Finanzie-

rung die Krankenversicherung und nicht die Pflegeversicherung zuständig. Dadurch entsteht das Dilemma, daß die Pflegekassen die Rehabilitation anregen, die Krankenkassen diese jedoch bezahlen. Die bestehende Kompetenzverteilung hat negative Auswirkungen: Das frühzeitige Einsetzen rehabilitativer Maßnahmen (und damit auch die Aussicht auf Rehabilitationserfolg) wird durch Auseinandersetzungen über die Zuständigkeit in der Leistungserbringung verzögert. Die damit angesprochene Schnittstellenproblematik zwischen SGB V und SGB XI erfordert dringend eine Neuregelung, zum Beispiel in dem Sinne, daß die Rehabilitationsleistungen von der Pflegeversicherung finanziert werden, da diese von der Rehabilitation profitiert.

Ein Problem bildet die wachsende Tendenz zur Verlagerung der stationären Rehabilitation auf die ambulante Rehabilitation bei einem Mangel an entsprechender Infrastruktur. Es besteht die Gefahr, daß nur ein sehr eingeschränktes Rehabilitationsspektrum verwirklicht werden kann, wenn im ambulanten Bereich die infrastrukturellen Voraussetzungen für eine umfassende Rehabilitation nicht gegeben sind und zudem die Frage der Koordination von Rehabilitationsleistungen unbeantwortet bleibt.

Den Zahlen einiger geriatrischer Rehabilitationskliniken zufolge ist die Anerkennungsrate von Anträgen auf stationäre Rehabilitation seit einiger Zeit rückläufig. Wenn überhaupt, so wird vorwiegend eine ambulante Rehabilitation bewilligt. Während aber die geriatrische Rehabilitation im vollstationären Bereich gut ausgebaut ist, bestehen bei den wohnortnahen ambulanten Angeboten erhebliche infrastrukturelle Defizite, da sich die Angebote in den meisten Fällen auf die Psychotherapie beschränken.

Ich hatte darauf hingewiesen (siehe Kapitel 2), daß es im Kontext der Rehabilitation drei Bereiche gibt, in denen der Ausbau der Rehabilitationsangebote dringend notwendig ist.

(1) Den ersten Bereich bildet die rehabilitative Versorgung jener Menschen, die an einem hirnganischen Psychosyndrom oder an einer Demenz erkrankt sind.

Es wird zu wenig darauf geachtet, daß Menschen mit einem hirnganischen Psychosyndrom und mit einer Demenz in vielen Fällen über Restfertigkeiten verfügen, die gestützt und gefördert werden müssen. In diesem Zusammenhang ist kritisch anzumerken, daß eine Diagnostik, die auf eine differenzierte Erfassung erhaltener und geschädigter Funktionen

und Fertigkeiten sowie der Persönlichkeit zielt, häufig nicht erfolgt. Damit sind aber denkbar schlechte Voraussetzungen für eine kompetenzorientierte, d.h. aktivierende, erhaltende und fördernde Versorgung dieser Menschen, gegeben.

Es wird weiterhin übersehen, daß es verschiedene Formen des hirnganischen Psychosyndroms und verschiedene Formen der Demenz (mit unterschiedlicher Ätiologie, unterschiedlicher Symptomatik und unterschiedlichem Verlauf) gibt, die spezifische Formen des Trainings und der Begleitung erfordern. Durch die rehabilitative Versorgung dieser Patientengruppe könnte dazu beigetragen werden, daß Restfertigkeiten über einen längeren Zeitraum erhalten bleiben und daß Techniken entwickelt werden, mit denen einzelne kognitive Einbußen in Teilen kompensiert werden können (zu nennen ist hier die Nutzung einer externen Gedächtnisstütze zur Kompensation der Schädigungen des Kurzzeitspeichers), wodurch die Selbständigkeit erhöht wird.

(2) Den zweiten Bereich bildet die psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen.

Zunächst ist festzustellen, daß sich die psychischen Erkrankungen im Alter nicht auf Psychosen beschränken, sondern auch psychoreaktive und psychosomatische Erkrankungen umfassen. Hinzu kommen Fixierungen somatischer Erkrankungen aufgrund ungelöster psychischer Konflikte und Probleme – es wird hier von somatopsychosomatischen Erkrankungen gesprochen. Bei 11–12% der älteren Menschen werden neurotische Erkrankungen – also Angstneurosen, phobische Neurosen, neurotische Depression, andere Neurosen – diagnostiziert. Über den Anteil psychosomatisch oder somatopsychosomatisch erkrankter Menschen liegen bis heute keine zuverlässigen Zahlen vor, doch wird geschätzt, daß deren Anteil bei 10–15% liegt. Obwohl psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungskonzepte mit Erfolg bei älteren Menschen angewendet werden können, sind die 65jährigen und Älteren in der psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtgruppe ambulant psychotherapeutisch betreuter Patienten liegt lediglich bei 0,5%.

Für diese mangelnde Versorgung werden mehrere Faktoren verantwortlich gemacht: Zum einen die bei vielen Psychotherapeuten bestehende Auffassung, daß die „psychische Plastizität“, d.h. Veränderungen im Erleben und Verhalten, bei älteren Menschen so gering sei, daß eine psychothera-

peutische Behandlung nicht in Frage komme – diese Annahme ist, wie aus psychologischen Studien hervorgeht, falsch. Zum anderen scheinen ältere Menschen keine „attraktiven“ Patienten zu sein – dies hat vor allem damit zu tun, daß das Alter mit Verlustsituationen konfrontiert, die die psychische Situation des älteren Menschen zusätzlich belasten und damit auch zusätzliche Anforderungen an den Psychotherapeuten stellen. Und schließlich konfrontiert die Psychotherapie mit älteren Menschen in besonderer Weise mit Problemen der „Gegenübertragung“: Es kann für einen jüngeren Psychotherapeuten schwierig sein, einem älteren Patienten Hilfe anzubieten und diesen im Kontext der therapeutischen Hilfe mit Konfliktthemen zu konfrontieren, die ihm nicht bewußt sind oder deren Thematisierung er ausweicht.

Es ist zu hoffen, daß die Ausbildung in Psychosomatik und Psychotherapie auch systematisch Fragen des Alters und daraus folgende Anforderungen an die Behandlungskonzepte behandelt. Nur auf diese Weise kann erwartet werden, daß sich die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen in Zukunft quantitativ und qualitativ verbessern wird.

(3) Den dritten Bereich bilden schließlich Förderkonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung.

Bei der Entwicklung dieser Konzepte ist darauf zu achten, daß

- an die früheren Förderansätze angeknüpft wird, d.h. Nutzung und Training spezifischer Funktionen und Fertigkeiten im Alter fortgesetzt wird;
- auch nach Ausscheiden aus der Werkstätte ein ausreichendes Maß an Tagesstrukturierungen, persönlich sinnerfüllter Aktivität und Kreativität besteht, da dies für die Erhaltung der Orientierung und Kompetenz von größter Wichtigkeit ist. Der Kreativität behinderter Menschen ist im Alter genauso wenig eine Grenze gesetzt wie in früheren Lebensaltern, zu nennen sind z.B. kreative Leistungen im künstlerischen Bereich;
- Möglichkeiten zum körperlichen Training (vor allem: Ausdauer, Kraft, Geschicklichkeit) bestehen, damit möglichen Gefährdungen der Selbständigkeit entgegengewirkt wird;
- Möglichkeiten des systematischen geistigen und alltagspraktischen Trainings angeboten werden, und damit die im Lebenslauf entwickelten

Fertigkeiten im Alter erhalten bleiben. Fehlen systematische Anregung oder systematisches Training, besteht bei behinderten Menschen die besondere Gefahr, daß die im Lebenslauf entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten rasch verlorengehen. Aus diesem Grund ist für diese Menschen das Training besonders wichtig, weil sonst alle früheren Erfolge in Frage gestellt werden;

bei der Umweltgestaltung die Merkmale „Barrierefreiheit, optimaler Anregungsgehalt, Prothetik“ berücksichtigt werden.

Eine grundlegende Herausforderung sehe ich darin, für ältere Menschen mit geistiger Behinderung (wie auch mit anderen Arten der Behinderung) auch nach Ausscheiden aus der Werkstätte Wohnangebote in ausreichender Anzahl und Qualität zu schaffen und sicherzustellen, daß auch weitere Fördermaßnahmen mit dem Ziel der Kompetenzerhaltung angeboten werden.

(d) Überlegungen zur Pflege

Die bestehenden Pflegekonzepte können den Anspruch erheben, personen- und kompetenzorientiert zu sein. Zum einen werden in diesen Konzepten die verschiedenen Dimensionen des Menschen (die körperliche, die seelisch-geistige und die soziale Dimension) sowie deren Bezüge zur räumlichen und sozialen Umwelt berücksichtigt („personenorientierte Pflege“), zum anderen wird der Erhaltung und Förderung von Funktionen und Fertigkeiten (durch Aktivierung und Mobilisierung sowie durch Schaffung einer anregenden räumlichen und sozialen Umwelt) große Bedeutung beigemessen („kompetenzorientierte Pflege“).

Ein entscheidendes Problem für die Praxis der Pflege sehe ich darin, (a) daß diese Pflegekonzepte nicht generell (d.h. im Sinne von allgemein verbindlichen Standards) in die Ausbildung eingehen, (b) daß ausgebildete Pflegerinnen und Pfleger oftmals nicht die Möglichkeit haben, ihr Wissen und ihre Fertigkeiten im beruflichen Alltag einzusetzen, und (c) daß der Pflegeberuf aufgrund einer (auch durch SGB XI geförderten) Konzentration auf die Grundpflege an „Anreizen“ für Mitarbeiter/innen einbüßt. Für diese Probleme sind vielfach strukturelle Mängel verantwortlich zu machen, von denen nachfolgend einige kurz angesprochen werden sollen.

Die Reform des Altenpflegegesetzes mit dem Ziel, eine bundeseinheitliche Regelung für die Ausbildung zum Altenpfleger/zur Altenpflegerin zu

schaffen, ist dringend nötig. In diesem Zusammenhang sind die Stichworte „dreijährige Ausbildungszeit“ und „Ausbildungsvergütung“ ausdrücklich zu nennen. Erst durch die Schaffung einer bundeseinheitlichen Regelung ist gewährleistet, daß die in der Pflegeforschung entwickelten Konzepte auch tatsächlich in der Ausbildung vermittelt werden.

Das zahlenmäßige Verhältnis von examinierten Altenpflegern (oder verwandten Fachkräften) und Altenpflegehelfern sollte zugunsten von examinierten Altenpflegern verändert werden – auf jeden Fall ist die Veränderung zugunsten von Altenpflegehelfern zu vermeiden. Die Altenpflege ist ein nicht nur menschlich, sondern auch fachlich anspruchsvolles Geschehen, das die Beschäftigung einer ausreichend hohen Anzahl examinierter Pflegekräfte erfordert.

In den Pflegesatzverhandlungen ist das Prinzip der Leistungsbezogenheit viel stärker zu berücksichtigen, da erst durch dieses Prinzip die Umsetzung ausreichend differenzierter Pflegekonzepte verwirklicht wird. Damit wird auch eine bedeutende Grundlage für die Profilbildung der einzelnen Einrichtungen – und zwar in dem Sinne, daß in ihnen spezifische, personen- und kompetenzorientierte Pflegekonzepte umgesetzt werden – geschaffen. Die Möglichkeit zu dieser Umsetzung widerum wirkt sich positiv auf das Berufsbild der Mitarbeiter/innen aus.

Es ist weiterhin zu berücksichtigen, daß in den stationären Einrichtungen Anzahl und Anteil schwerstpflegebedürftiger und demenzkranker Menschen immer weiter zunehmen. In vielen Fällen sind Altenheime zu Pflegeheimen geworden. Dafür gibt es mehrere Gründe, die im Kern positiv zu bewerten sind. Zum einen leben ältere Menschen heute unter deutlich besseren ökonomischen Bedingungen und Wohnbedingungen als in der Vergangenheit. Damit verbunden ist ein höherer Grad an Selbständigkeit, der die Aufrechterhaltung eines eigenen Haushaltes auch bei eingetretenen Einschränkungen ermöglicht. Zum anderen hat die Qualität der medizinischen Versorgung sowie der Betreuung durch ambulante Dienste und Sozialstationen zugenommen. Auch diese Entwicklung wirkt sich positiv auf die Selbständigkeit aus.

Die Tatsache, daß in den Alten- und Pflegeheimen ein wachsender Anteil von schwerstpflegebedürftigen und demenzkranken Menschen lebt, ist im Grunde nicht zu beklagen – denn diese Menschen sind in besonderem Maße auf eine fachlich und menschlich anspruchsvolle Pflege angewiesen, d.h. sie bilden eine (und zwar bedeutende) Zielgruppe der Altenpflege.

Allerdings ist auch zu fordern, daß die Mitarbeiter/innen in ausreichendem Maße auf die veränderten Anforderungen, die mit dieser Entwicklung in der stationären Altenhilfe verbunden sind, vorbereitet werden. Als eine bedeutende Grundlage für diese verbesserte Vorbereitung sehe ich den Ausbau rehabilitations- und pflegenaher Forschung mit dem Ziel,

Einblick in das Erleben jener Menschen zu geben, mit denen eine verbale Kommunikation kaum oder nicht mehr möglich ist (hier sind vor allem demenzkranke Menschen zu nennen);

Möglichkeiten und Grenzen des Veränderungspotentials gesondert für die einzelnen psychischen Erkrankungen aufzuzeigen, da diese auf Entscheidungen über Formen und Grade der Aktivierung Einfluß haben;

Zusammenhänge zwischen Erleben und Verhalten psychisch erkrankter Menschen und den gegebenen Verhältnissen in der räumlichen und sozialen Umwelt aufzuzeigen.

Zur Auswahl der Foren

Der Weltgesundheitstag soll vor allem dem Ziel dienen, die in den verschiedenen Bereichen der Intervention entwickelten Konzepte zu bewerten und auf dieser Grundlage Empfehlungen an die Politik zu formulieren, die sich auf die Schaffung von Rahmenbedingungen für die Ergänzung oder Erweiterung bestehender Interventionskonzepte beziehen.

Wir haben uns bei der Vorbereitung dieses Weltgesundheitstages für fünf Foren entschieden, die einzelne Bereiche der Interventionsgerontologie repräsentieren:

Forum I: „Alter im Lebenslauf: Was können wir bereits in früheren Lebensjahren tun, um ein gesundes und kompetentes Alter zu erreichen?“ repräsentiert vor allem die beiden zuerst genannten Bereiche der Interventionsgerontologie, also die „Optimierung von Entwicklungsbedingungen“ und die „Prävention“. In diesem Forum sollen die in den verschiedenen Lebensaltern gegebenen Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt in ihrer Bedeutung für gelungenes Alter aufgezeigt und dabei sowohl an die Verantwortung des einzelnen Menschen als auch an die Verantwortung unserer Gesellschaft für ein gelingendes Alter appelliert werden.

Forum II: „Selbständigkeit und Kompetenz im Alter erhalten, wiedererlangen und fördern – der Beitrag der Rehabilitation zum gesunden Alter“ gibt Einblick in Konzepte und Ergebnisse der Rehabilitationsforschung und in die politischen Rahmenbedingungen der Rehabilitation. Es soll aufgezeigt werden, welche Merkmale der Person und ihrer Umwelt das Rehabilitationspotential eines Menschen konstituieren und somit im geriatrischen Assessment erfaßt werden müssen.

Forum III: „Seelische Gesundheit im Alter – Behandlungsansätze und Behandlungserfolge der Psychotherapie und Psychosomatik“ fragt zunächst nach lebenslaufbezogenen (biographischen) und aktuellen (situativen) Ursachen für psychoreaktive und psychosomatische Störungen. Es soll deutlich gemacht werden, daß das Konzept der „Entwicklungsaufgaben“ auch für das Verständnis von psychoreaktiven und psychosomatischen Störungen fruchtbar gemacht werden kann: Diese Störungen sind zum Teil dadurch verursacht, daß es Menschen nicht gelingt, die spezifischen Anforderungen (oder Entwicklungsaufgaben) des Alters zu bewältigen.

Forum IV: „Qualitätssicherung und Case Management bei der Betreuung von chronisch erkrankten Menschen“ verbindet Erkenntnisse aus der Rehabilitations- und Pflegeforschung mit Anforderungen an die strukturellen Rahmenbedingungen von Rehabilitation und Pflege. Welche personellen und infrastrukturellen Bedingungen müssen erfüllt sein, damit innovative Rehabilitations- und Pflegekonzepte verwirklicht werden können? Welche Formen der Kooperation zwischen Vertretern verschiedener Disziplinen sind heute in der Praxis erkennbar? In welcher Weise können diese verbessert werden?

Forum V: „Lebenskompetenzen älterer Menschen erkennen und nutzen – Wege zu einem positiven Altersbild, dargestellt am Beispiel von Praxisprojekten“ soll verdeutlichen, in welcher Weise ältere Menschen mit ihren Kompetenzen zum Humanvermögen unserer Gesellschaft beitragen, d.h. die Entwicklung unserer Gesellschaft und Kultur fördern. Dabei wird der Akzent vor allem auf den aktiven Beitrag älterer Menschen in den intergenerationellen Beziehungen gelegt. Weiterhin soll aufgezeigt werden, daß auch bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung das Potential zu einem kreativen, persönlich sinnerfüllten und sozial konstruktiven Leben besteht, und daß die Entwicklung von Förderkonzepten für diese Menschen ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet der Interventionsgerontologie bildet.

Forum I

Alter im Lebenslauf: Was können wir bereits in früheren Lebensjahren tun, um ein gesundes und kompetentes Alter zu erreichen?

Einführung durch Erhard Olbrich, Erlangen

Auf diese Frage wurden Antworten aus der Perspektive **(1)** der Medizin, **(2)** der Sozialpolitik und **(3)** der Psychologie gegeben.

(1) Die Medizin betont primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, um Gesundheit und Kompetenz im Alter zu erreichen. Jede Form der Prävention kann und soll in jedem Lebensalter ansetzen; der primären Prävention wird dabei besondere Aufmerksamkeit beigemessen. Erfahrungen weisen allerdings darauf hin, daß Prävention bei jüngeren Menschen seltener als notwendig erkannt wird als bei älteren. Im höheren Lebensalter wird nicht nur deren Notwendigkeit deutlicher, im Alter lassen sich auch Erfolge der Prävention eindeutiger belegen. Ausdrücklich richtet sich Prävention sowohl auf die Vermeidung von Krankheiten als auch auf die Verringerung von Funktionsstörungen der Person sowie auf die Reduktion von sozialen Benachteiligungen.

(2) Die Sozialpolitik sieht die Person in einen Kontext von natürlichen, technischen, ökonomischen, aber auch von sozialen und kulturellen Umweltbedingungen. Über den Lebenslauf hinweg wandeln sich die personalen Bedingungen der Gesundheit; in den verschiedenen Lebensaltern verändern sich auch die materiellen und die nichtmateriellen Bedingungen der Lebenssituation. Aufgaben der Sozialpolitik liegen nicht allein in der Beeinflussung der Verteilung von Ressourcen, um strukturelle Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter zu sichern. Sie erstrecken sich auch auf eine Regelung des Zusammenwirkens der Person mit den Ressourcen ihres näheren und weiteren sozialen Umfeldes. Dies schließt das Zusammenwirken von Selbstverantwortung mit gesellschaftlicher Verantwortung – vom kommunalen bis hin zum gesamtstaatlichen Bereich – ein.



(3) Aus der Perspektive der *Psychologie* wird der Kompetenz besondere Beachtung geschenkt. Kompetenz ist nicht etwa ein personologisches Konstrukt. Vielmehr wird sie durch die im individuellen Fall gegebene Möglichkeit bestimmt, jene Prozesse mit der Umgebung auszuüben, die eine Bedingung dafür darstellen, sich zu erhalten, sich wohlfühlen und sich weiterzuentwickeln. Gesundheitliche Kompetenz ist Teil der Kompetenz von Menschen, und auch Gesundheit wird durch ein aktives Zusammenwirken der Person mit ihrer gesamten sozialen und physischen Umwelt erreicht und erhalten.

Krankheit wird in allen drei Perspektiven nicht allein als ein somatisches Geschehen verstanden – wenngleich sie sich auch primär in somatischen Prozessen niederschlägt. Und Krankheit hat auch nicht allein körperliche Ursachen. Die relativ junge Disziplin der Gesundheitspsychologie weist neben physischen auf psychische Einflüsse hin, und Arbeiten zur „Sozialen Psychosomatik“ belegen die Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entstehung von Krankheit ebenso wie die Bedeutung von sozialem Austausch und sozialer Unterstützung für Gesundheit.

Es ist bekannt, daß Menschen, die Krankheitsverhalten zeigen, nicht immer eine somatisch nachweisbare Krankheit haben und eine ärztliche Behandlung benötigen. Pointiert ausgedrückt: Wir unterscheiden zwischen Krankheit und (weitgehend krankheitslosem) Krankheitsverhalten. Auf der Seite der Persönlichkeit beschreibt ein Komplex von Merkmalen, die durch „negative Affektivität“ zu kennzeichnen sind, Korrelate des Krankheitsverhaltens.

Die Hinweise auf soziale und persönliche Einflüsse auf Krankheitsverhalten sind nicht neu. Sie werden aber weder diagnostisch noch therapeutisch ausreichend berücksichtigt.

Welche Konsequenzen haben diese Aussagen für die heutige und zukünftige Praxis?

Gesundheitsverhalten ist ein selbstverständlicher Teil des Alltagsverhaltens von Menschen. Gesundheitliche Kompetenz kommt vor allem im sozialen und im psychischen Bereich zum Tragen, sie wirkt sich auf Krankheitsverhalten ebenso wie auf Erkrankungen aus. Das spricht für eine Ausweitung eines nur pharmakologisch-instrumentell orientierten somatischen Gesundheitssystems, für eine Ausweitung, wie sie eine „Soziale Psychosomatik“ nahelegt. Es spricht für die Beachtung von Personen mit

ihrer Kompetenz, von sozialen Netzwerken, von Selbsthilfe-Initiativen oder kommunalen Aktivitäten bei der Prävention im Alltag, bei sozialer Unterstützung, bei der Selbstbehandlung, genauso wie bei der persönlichen und sozialen Konfliktbewältigung, bei der Familienpflege, der Nachbarschaftshilfe und den vielen anderen Formen des gesundheitsbezogenen Handelns von Laien. Diese existieren und sie sind wirksam.

Die Verbindung von professionellem Handeln und Laienhandeln verdient mehr Aufmerksamkeit. Laien haben oft ausgeprägte Überzeugungen von gesundheitsförderndem oder -schädlichem Verhalten, sie haben sozialpsychosomatische „Gesundheitstheorien“, nach denen sie ihr Verhalten ausrichten. Die Verbindung zwischen professionellen und Laiensystemen kann nur als Interaktion, als gegenseitige Ergänzung, gelingen. Auf eine solche Verbindung ist noch zu wenig Wert gelegt worden. Dabei hat sich vor allem das professionelle Gesundheitssystem dem „kompetenten Patienten“ – besser, dem gesundheitskompetenten Menschen – noch zu wenig angenähert. Gesundheitsverhalten ist nicht nur Compliance oder reaktives Verhalten; für den kompetenten Menschen ist es aktiver Austausch. Vor allem für die Prävention gilt, daß weniger die Compliance und mehr die Kompetenz ihren Erfolg bestimmt. Dies führt zur Empfehlung, gesundheitliche Kompetenzen von Menschen in allen Lebensaltern zu stärken.

Nicht nur Austauschprozesse zwischen Person und Umgebung werden in unserem Gesundheitssystem zu wenig beachtet, es mangelt auch am Verständnis seiner Vernetzungen. Das hat praktische Gründe, manchmal aber ist es auf „Barrieren in den Köpfen“ zurückzuführen: Nur ein System von ineinandergreifenden und aufeinander bezogenen Informationen, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, vor allem aber von konkreten Realisierungen kann dem abhelfen. Es erscheint notwendig, systematisch an der Verbesserung von Vernetzungen zu arbeiten, komplementäre Konzepte in den Teilbereichen des Gesundheitssystems zu suchen und so das Zusammenwirken innerhalb eines Gesamtsystems zu verbessern. Dies darf sich nicht allein auf Institutionen beziehen, vielmehr müssen Kompetenzen von Personen ebenso angesprochen werden wie soziale und institutionelle Kommunikation.

Vernetzungen zwischen den verschiedenen medizinischen Disziplinen werden durch Spezialisierungen in Lehre, Forschung und Praxis, durch zu eindeutig abgrenzende „Definitionen“ einzelner Bereiche, aber auch durch spezifische Akzentuierungen von Methoden und aktuellen Theorien und nicht zuletzt durch Überforderung von Fachkollegen erschwert.

Vernetzungen zwischen Grundlagenforschung, anwendungsbezogener Forschung und Praxis werden zu wenig gesucht. Das wird etwa erkennbar, wenn ein Praktiker nach Statistiken mit brauchbaren und aussagekräftigen Daten sucht, wenn umfassende Epidemiologie gefragt ist oder wenn Daten benötigt werden, die über Themenbereiche hinausgehen, an denen einzelne Interessengruppen arbeiten. Die Datenlage ist zudem nach wie vor oft von den Finanzierungsgrundlagen der Erhebungen, weniger von den Fragen der Praxis und der Betroffenen geprägt.

Ungenügende Vernetzungen zwischen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Betrieben erschweren sowohl Professionellen als auch Laien die Erhaltung von Gesundheit durch Prävention, Rehabilitation und Therapie. Vernetzungen zwischen Laiensystemen und professionellen Systemen müssen durch beidseitig offene Kommunikation verbessert werden.

Verbindungen zwischen dem kompetenten Individuum und dem öffentlichen Sicherungssystem leiden nicht nur durch Institutionalisierungen, ihnen steht auch eine Orientierung entgegen, die Kompetenz nicht genügend zur Kenntnis nimmt. Verschreibungen werden oft dem aktiven Gesundheitsverhalten vorgezogen. Es ist bekannt, daß auch „health promotion“ erst bei Beachtung der Lebenswelt von Menschen wirksam wird.

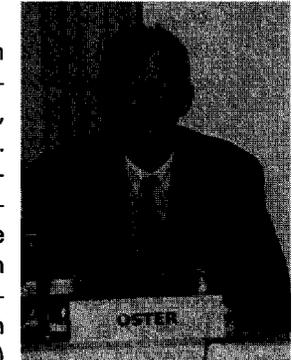
Nicht verbindliche neue Regulationen, nicht neue Institutionen sind notwendig, sondern eine Aktivierung von Austauschprozessen im professionellen Gesundheitssystem und in den Laiensystemen, eine Aktivierung und Optimierung des Zusammenwirkens von kompetenten Bürgerinnen und Bürgern mit den Gruppen, die forschen und Daten bereitstellen, mit der Vielzahl von Disziplinen und Gruppen, die im Lebensalltag von Menschen Gesundheitsverhalten stärken.

Einführung durch Peter Oster, Heidelberg

Es hat seinen guten Grund, wenn ein Psychologe, ein Sozialwissenschaftler und ein Mediziner dieses Symposium gemeinsam gestaltet haben, während Gesetzgeber und Kostenträger den Anschein erwecken, als ließen sich Krankheiten mit einer ICD-Nummer ausreichend charakterisieren. Aus der beschränkten medizinischen Sicht ergeben sich verschiedene Betrachtungsweisen.

Gedanklich findet eine primäre Prävention vor Eintreten einer Krankheit statt. In Phase 1 stand dabei die Prävention übertragbarer Krankheiten im Vordergrund, z.B. durch Trinkwasseraufbereitung oder Impfungen. Phase 2 beschäftigt sich mit der Prävention chronischer Krankheiten, z.B. nach der Identifikation der kardiovaskulären Risikofaktoren wie Rauchen, fettreiche Ernährung und Bewegungsmangel. Nun treten wir in Phase 3 ein mit einer positiven Sicht auf einen gesunden Lebensstil, verbunden im erweiterten Sinn auch mit Gesundheitserziehung („health promotion“) in persönlicher Motivation und Verantwortung. Die sekundäre Prävention will die bereits eingetretene Krankheit lindern; die tertiäre Prävention versucht, Krankheitsfolgen wie Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Nach dem sehr interessanten Konzept von *Verbrugge* ist auch eine quaternäre Prävention in die Überlegungen einzubeziehen mit dem Ziel, Funktionen zu erhalten oder wiederherzustellen und geeignete Rehabilitationsstrategien zu entwickeln.

Zeitlich können entsprechende Maßnahmen in verschiedenen Lebensaltern einsetzen: in der Jugend, im mittleren Erwachsenenalter, bei jungen Alten oder bei alten Alten. Besonders das Gebiet der geriatrischen Prävention rückt mehr und mehr in den Vordergrund. Dies hängt damit zusammen, daß präventive Bemühungen im jüngeren Lebensalter schon lange mit wechselndem Erfolg eingesetzt werden und darüber hinaus der Erfolg von geriatrisch präventiven Bemühungen nachweisbar ist. So nutzt eine Beendigung des Rauchens auch noch mit 65, verbessern präventive Hausbesuche den Gesundheitszustand alter Menschen oder führt eine Umsetzung der Erkenntnisse des geriatrischen Assessments zu einem verbesserten Gesundheitszustand. Verwirrheitszustände nach Aufnahme alter Patienten ins Krankenhaus können durch Beachtung einfacher Maßnahmen deutlich reduziert werden.



Inhaltlich kann die Prävention auf die Vermeidung von Krankheiten zielen (der „klassische“ medizinische Ansatz im ICD-Konzept) oder im erweiterten Sinn auf die Vermeidung von Funktionsstörungen oder eines Handicaps in der Gesellschaft (ICIDH-Konzept). Die umfassendere Sichtweise ist unbedingt erforderlich, um im Sinne von individueller Lebensqualität ein gesundes und kompetentes Alter zu erreichen; den Weg wird teilweise der klassische medizinische Ansatz weisen. Grundsätzlich soll sich aber mit zunehmendem Alter der Schwerpunkt präventiver Bemühungen weg von Krankheiten und hin zu funktionellen Defiziten bewegen. Ein Maß ist dabei nicht nur das Alter, sondern auch der individuelle Gesundheitszustand und die individuelle Lebenserwartung. Als Beispiel mag die gerade erschienene Untersuchung von *Rantanen et al.* dienen; hier konnte mit Hilfe der im mittleren Lebensalter gemessenen Handkraft der spätere Gesundheitszustand vorhergesagt werden.

Die Ausgangsdatenlage ist beschränkt und häufig bestimmt von kommerziell nutzbaren Studien, noch weniger Daten gibt es in bezug auf die Umsetzung (beispielsweise liegen Studien zur Osteoporose-Prophylaxe durch Bewegung und vernünftige Ernährung nicht vor, jedoch Studien zur Osteoporose-Prophylaxe durch Medikamente). Hier muß die Gesundheitspolitik gemeinsam mit der Wissenschaft Abhilfe schaffen (und nebenbei auch erkennen, daß die Beschaffung von Drittmitteln nicht automatisch mit wissenschaftlicher Qualität gleichzusetzen ist). In diesem Kontext sind Klasse A-Empfehlungen zum Screening für Brustkrebs und erhöhten Blutdruck, gegen das Rauchen und für Impfungen gegen bestimmte Infektionskrankheiten auszusprechen (siehe unten). Vernünftige Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung sind ebenso wichtig wie ausreichende ökonomische Sicherung, geistige Aktivität und Wohlbefinden. Dazu gibt es noch eine Vielzahl von weiteren Empfehlungen, die vermittelt und auf individueller Basis befolgt werden sollten.

Bereiche der Prävention

Impfungen	Infektionskrankheiten
Verkehrserziehung	Unfälle
Seelische Gesundheit	Suizid, neurotische Entwicklungen
Vernünftige Ernährung/Gewicht	Herz-Kreislauf, Krebs
Körperliche Bewegung	Herz-Kreislauf, Osteoporose
Pharmakovigilanz	Arzneimittelnebenwirkungen
Bildung/Beruf	Zufriedenheit, ökonomische Möglichkeiten
Familie/Freundeskreis	Soziale Einbindung
Gesunder Lebensstil	Schäden durch Stress, Lärm, Rauchen etc.
Screening	Brustkrebs, hoher Blutdruck

Hier ist erneut die Gesundheitspolitik gefordert, für entsprechende Umsetzung zu sorgen. Die Spanne der Umsetzungsmöglichkeiten reicht vom Kindergarten über den Biologieunterricht in der Schule über Einflußnahme in den Medien bis hin zu speziellen Beratungsangeboten – beispielsweise durch den Hausarzt bei Eintritt in die Menopause, bei belastenden Lebensereignissen, in Sportvereinen oder Seniorenzentren.

Die von der Politik geschaffenen allgemeinen Lebensbedingungen sind ein essentieller Bestandteil der Gesundheit.

Daraus ergeben sich vier Forderungen, die sich nicht auf Einzelansätze beziehen, sondern prinzipielle Gesichtspunkte betonen:

(1) Entdeckung und Förderung der im hohen und höchsten Lebensalter sogar effektiveren Prävention (auch der tertiären und quaternären) – dies im Sinne der Erkennung und Behandlung häufig auftretender funktioneller Probleme und subjektiver wie objektiver Gesundheitsstörungen. Diese Forderung thematisiert auch die Umsetzung bekannter geriatrischer Erkenntnisse mit entsprechender gesetzlicher Absicherung.

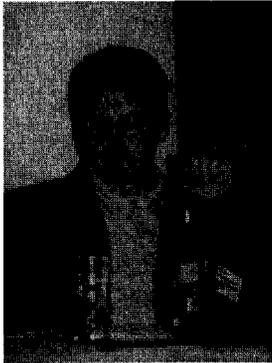
(2) Bestandsaufnahme geriatrischer und gerontologischer Forschungsbefunde in Deutschland (z.B. anhand von Publikationen in internationalen Zeitschriften), Feststellung der Defizite im medizinischen Bereich und entsprechende Bereitstellung von Forschungsmitteln.

(3) Bestandsaufnahme von Gesundheitskosten im Sinne des „case management“ als Grundlage von Wissenschaft/Forschung und Ökonomisierung vor dem Hintergrund der schlechten Datenlage, gerade auch bei den Kostenträgern (z.B. personenbezogen getrennte Buchführung Krankenkasse/Pflegekasse, ambulanter/stationärer Bereich).

(4) Fachlich qualifizierte Umsetzung geriatrisch-gerontologischer Erkenntnisse in den verschiedenen Gesellschaftsstrukturen – vom Biologieunterricht in der Schule bis hin zum städtischen Seniorenzentrum.

Die Herausforderung, Lebensqualität im Sinne von „quality adjusted life years“ zu verbessern, beginnt weit vor dem Alter. Die vielfältigen möglichen Ansätze rechtfertigen eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Richtlinienkompetenz.

Auf- und Abbau von Gesundheit im Lebenslauf – zur Bedeutung von Sozialstruktur und Ressourcen der Person im kommunalen Raum



Frank Schulz-Nieswandt, Köln

Der Beitrag unterscheidet drei Analyseebenen:

(1) Grundüberlegungen zum Verhältnis von Person und Welt, insbesondere der sozialen Welt, (2) Betrachtung der Gesundheit und des Wohlbefindens im Lebenszyklus als Wechselspiel der Ressourcen, (3) Grundüberlegungen zur Bedeutung des kommunalen Kontextes und einer gemeindeorientierten Sozialpolitik.

Die sozialpolitikwissenschaftliche Argumentation geht von der Annahme der Selbstverantwortung der Person aus, fragt aber auch nach den sozialen Chancen auf Selbstgestaltung. Und hier kristallisiert sich die Verantwortung der Sozialpolitik im Prozeß des Alterns heraus. Hintergrund müssen die zahlreichen sozialepidemiologischen Befunde zur sozialen Ungleichheit bei Krankheit und Sterblichkeit sein. Das betrifft neben klassischen Schichtfaktoren eine Reihe weiterer sozialer Einflüsse nicht nur des Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens, sondern auch der Pflege- und Hilfebedürftigkeit.

Der Lebenszyklus und der darin stattfindende Prozeß des Auf- und Abbaus von Gesundheit wird als Wechselspiel des biochemisch-physiologischen Alterungsprozesses mit der biographischen Häufung verschiedener personaler, sozialer, ökonomischer und sozialinfrastruktureller Ressourcen verstanden.

Mensch und Raum

Mensch und Raum stehen in einer Wechselwirkung. Das Gelingen dieser Wechselwirkung bringt den Menschen zur personalen Existenz, indem beide Größen zu einem Passungsverhältnis entwickelt werden. Der Raum

wird dadurch zur Welt. Erst so wird der Mensch eben als Person „in der Welt“ sein. Der Raum wird zur Welt der Person, indem der Mensch den Raum sinnhaft besetzt. Dies ist eine Leistung von großer Bedeutung für das Wohlbefinden und für die Lebensqualität des Menschen. Andererseits ist der Raum schon vorgängig ein Raum von Möglichkeiten und Bindungen, von Begrenzungen und Freiheitsgraden, da der einzelne Mensch in die Welt „geworfen“ wird.

Diese allgemeinen anthropologischen Bemerkungen sind nicht altersspezifisch, sie erlangen aber immer in Verbindung mit Annahmen oder Befunden über besondere Verletzbarkeiten einzelner Personen- und Bevölkerungskreise personale und gesellschaftspolitische Bedeutung. Geht man davon aus, daß mit dem Lebenszyklus spezifische Verletzbarkeiten entstehen, kristallisieren sich sozialpolitische Fragen auch für ältere und alte Menschen heraus. Dieser gesellschaftliche Gestaltungs- oder Interventionsbedarf gilt auch dann, wenn man kalendarisches Altern nicht als hinreichende Vorhersagegröße für individuelles Altern ansieht. Der Lebenszyklus ist ein Wandel von Chancen und Risiken verschiedener Phasen des Alterns.

Lebenslagen und ihre Verteilung

Politik für, mit und durch ältere Menschen läßt sich in deren Welten als Gestaltung von Lebenslagen begreifen. Lebenslagen sind Handlungsspielräume, die von sozioökonomischen, sozialen und infrastrukturellen Ressourcen abhängen.

□ Die ökonomischen Ressourcen lassen sich weitgehend über Einkommen und Vermögen abbilden. Dabei spielen soziale Vererbungsprozesse ebenso eine große Rolle wie die Akkumulationschancen im erwerbsbiographischen Prozeß selbst.

□ Die sozialen Ressourcen sind, weit über Familie und Verwandtschaftssysteme hinaus und den Blick auf den isolierten Haushalt überwindend, netzwerkorientiert zu verstehen. Hier ist das Netzwerk als soziales Unterstützungssystem grundlegend angesprochen. Aus verschiedenen Gründen ist zunehmend die intergenerative Dimension im Netzwerk zu betonen.

□ Die soziale Infrastruktur betrifft die Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Akzeptierbarkeit von Einrichtungen, Diensten und sonstigen Angeboten im Raum des Menschen.

Auf diese Dimensionen beziehen sich die Sicherstellungsaufträge in der Sozialgesetzgebung. Hier ist der systematische Ort der Daseinsvorsorge. Die personalen Ressourcen müssen über stark ausdifferenzierte Dimensionen der Kompetenz des Menschen definiert werden. In sozialpolitisch zentraler Weise darf dabei u.a. die Nutzungskompetenz der Person gegenüber den Möglichkeiten der Umwelt betont werden. Auf die Inanspruchnahmepprofile hinsichtlich der sozialen Infrastruktur ist versorgungs- und verteilungspolitisch zu verweisen.

Insofern geht es insgesamt um die Verhaltensmuster der Person – als Art und Weise, wie mit den Herausforderungen des „In-der-Welt-Seins“ personal umgegangen wird. Bildung stellt hier eine kulturelle Ressource der Person dar, die, eng korreliert mit ökonomischen Ressourcen, eine zentrale Größe im lebensgeschichtlichen Prozeß des Erwerbs und des Ausbaus personaler Ressourcen ist. Aus gesellschaftlicher Sicht stellt sich aber umgekehrt auch die Frage der Nutzung dieser Ressourcen, die sich nun als Humanvermögen für die Gesellschaft darstellen.

Diese Ausführungen zur Lebenslage der Menschen und ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklungsdynamik verdichten sich in der Auffassung, daß es insgesamt um die Frage der Verteilung von Teilhabechancen der Menschen an den ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Gütern der Gesellschaft in den verschiedenen Phasen des Lebenszyklus, also bis in das hohe Alter hinein, geht. Die hiermit implizit aufgeworfenen Fragen zur Ethik des Alters betreffen beide Seiten dieser Ressourcenentwicklung: die individuellen Teilhabechancen und die gesellschaftliche Nutzung.

Sozialräume

Diese räumliche Perspektive wird als sozialräumliche bezeichnet, da sich der Raum nicht nur als dingliche Umwelt, sondern vor allem als geschichtliche Sinnwelt und als Ort sozialer Interaktionen darstellt. Mit *Saint-Exupéry* muß man den Menschen als Knoten von Beziehungen verstehen; und der Soziologe *Georg Simmel* begreift den Menschen, ausgehend von dem Apriori der Wechselwirkung, in der Kreuzung „sozialer Kreise“. Diese Perspektive erlaubt es in gewissen Grenzen, bei der Analyse der Alterungsprozesse und bei Betrachtung der damit einhergehenden gesellschaftlichen Herausforderungen das Individuum etwas zu dezentralisieren und den Kontext herauszustellen, in dem die Menschen eingebettet sind.

Dieser Kontext läßt sich als System konzentrischer Kreise begreifen. In verwandter Weise hat bereits der *Zweite Altenbericht der Bundesregierung* so gedacht: Die Person in ihrem Haushalt und in ihren haushaltsübergreifenden sozialen Vernetzungen wohnt an der Übergangsschwelle zum Wohnumfeld und zum umweltlichen Nahbereich des Wohnens. Zieht man nun die Kreise in Richtung auf die Bedeutung der Verfügbarkeit sozialer Infrastruktur und der Verkehrssystementwicklung weiter, so wird der kommunale Raum deutlich, in den die Person gestellt ist. Je nach Aktions- bzw. Mobilitätswert unterscheiden sich die Erlebniswelten als Ausschnitte dieses Raumes. Aber auch infolge der Dichte der Möglichkeiten und Bindungen in diesem Raum kristallisieren sich personale Aktionsräume heraus. Die öffentliche Sicherstellung der Dichte, der Erreich- und Verfügbarkeit sowie der Qualität sozialpolitisch relevanter Einrichtungen und Dienste, Vernetzungen und Übergänge im System der konzentrischen Kreise gehört hier zur Daseinsvorsorge.

Probleme

Auf der hohen Entwicklungsstufe des bundesdeutschen Gesundheitswesens siedeln sich deutlich Fragen der Fortentwicklung der Prozeßqualität an, die vor allem Fragen der Versorgungsübergänge und der Versorgungsverläufe in den Vordergrund stellen. Der augenblicklich zur Debatte stehende Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einer GKV-Strukturreform hat diese Probleme geradezu zum Zentrum einer globalbudgetierten Behandlungs- und Versorgungsintegration gemacht. In erster Linie geht es also um Fragen der Kooperation und Koordination in Verbindung mit Case Management, das lebenslagenbezogen an der Person und ihren Netzwerken orientiert sein muß. Beispielsweise der Krankenhausesektor wird sich in seiner zukünftigen Entwicklung an seinen institutionellen Innovationen messen lassen müssen, ob er diese Personenorientierung leisten kann. Im Vordergrund werden sicherlich verschiedene Varianten des Krankenhauses als Gesundheitszentrum stehen.

In der Literatur wird der „Elderly trapped in the no care-zone“-Effekt formuliert: Demnach treten ältere Menschen in die Falle einer Versorgungslücke. Auch hier erweist sich die Verfügbarkeit sozialer Netze, aber auch die örtliche Gesamtvernetzung stationärer und ambulanter Einrichtungen mit der häuslichen Lebenswelt, als entscheidender Vorhersagefaktor für problematische Institutionalisierungen. Aber nun wird deutlich, wie sich die Frage nach sozialräumlichen Unterschieden herausbildet. Es geht um die Frage, ob die Nahräume der Personen Charaktereigenschaften

ausgeglichener Funktionsräume aufweisen. Darunter ist die Chance zu verstehen, daß Personen auf der Grundlage eines gewissen maßvollen Rechts auf Immobilität (Recht auf lebensweltlich-räumliche Verwurzelung) vier anthropologische Daseinsfunktionen verwirklichen können: Wohnen, Freizeit, Erholung, Arbeit (Erwerbsarbeit sowie nach- oder außerberufliche Produktivitätsrollen). Und hier zeichnen sich räumliche Unterschiede und sozialpolitisch relevante Differenzierungen ab.

Siedlungsstrukturelle Aspekte

Die Räume, in denen die Menschen leben, müssen angemessen hinsichtlich ihrer typischen siedlungsstrukturellen Eigenschaften betrachtet werden. Im *Zweiten Altenbericht der Bundesregierung* ist dies ansatzweise unternommen worden. Die ältere Unterscheidung zwischen Stadt und Land als räumliche Kontexte des Alterns und die damit oftmals verbundenen stereotypen Annahmen über die Lebenssituation älterer Menschen sind zu differenzieren. Die Muster der gesellschaftlichen Raumnutzung haben sich verändert. Es fanden und finden Prozesse der Re-Urbanisierung und der Binnenwanderung sowie der De-Zentralisierung im Nahbereich der Großstädte und der städtischen Verdichtungsräume statt; die Teilräume altern demographisch unterschiedlich, und die Muster der kleinräumigen demographischen Alterung verschieben sich (mit signifikanten Unterschieden zwischen den alten und den neuen Bundesländern). Insbesondere das Thema des Alterns in ländlichen Räumen muß stärker – und gegenüber älteren stereotypen Bildern – differenziert werden. Im Vordergrund stehen dabei die netzwerkökonomischen und institutionell-professionellen Versorgungslandschaften, vor allem auch ihr Zusammenspiel in unterschiedlichen siedlungsstrukturellen Lagen.

Fazit

Ein gesundheitswissenschaftlicher Blickwinkel betrachtet den Prozeß des Alterns als Veränderung von Gesundheit und Wohlbefinden im Lebenslauf als Wechselspiel von Humanbiologie und Auf- sowie Ausbau verschiedener Ressourcen. Die Person – die „konkrete Mitte“ des Geschehens – ist immer auch zugleich in sozialen Figurationen eingebettet und muß aus diesen heraus zu verstehen sein.

Gesundes Altern ist ein soziales Geschehen; insofern kommt es zu maßgeblichen Schnittflächen von Gesundheitspolitik und lebenslagenverteilender Sozialpolitik als Teil der Gesellschaftspolitik.

Forum II

Selbständigkeit und Kompetenz im Alter erhalten, wiedererlangen und fördern – der Beitrag der Rehabilitation zum gesunden Alter

Hans-Peter Meier-Baumgartner, Hamburg

Das Forum begann mit einer gemeinsamen Vorstellungsrunde. Dabei zeigte sich, daß sowohl mehrere Berufe des geriatrischen Teams (Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Medizin, Sporttherapie) als auch Betroffene (Vertreter von Seniorenorganisation und Selbsthilfegruppen) als Teilnehmer erschienen waren.

Im ersten Teil dieses Forums wurde vom Seminarleiter eine Einführung in die Problematik der geriatrischen Rehabilitation gegeben. Insbesondere kamen dabei die Feststellungen über (a) mangelnde Aus-, Weiter- und Fortbildung, (b) Schnittstellenproblematik (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger) und (c) unterschiedliche Planung der Länder in bezug auf geriatrische Rehabilitation zur Sprache.

Immer wieder wurde darauf hingewiesen, wie unterschiedlich geriatrische Einrichtungen ausgestattet sind (Standards) und wie schwierig der Zugang zu einzelnen geriatrischen Kliniken, zum Beispiel durch die Errichtung der Fallpauschale, geworden ist. Insbesondere wurde durch die Kostenträger auf die unterschiedliche Behandlung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen, je nachdem, ob sie im Krankenhausbedarfsplan der Länder oder als Rehabilitationseinrichtungen arbeiten, hingewiesen.

Im zweiten Teil wurden die vom Seminarleiter vorgelegten politischen Forderungen diskutiert, verändert und ergänzt. Die Diskussion war außerordentlich lebhaft, interessiert und zeugte von persönlichem Engagement. Einmal mehr wurde klar, daß das Thema „Erfolgreiches Altern, erfolgreiches Altsein“ sowie rechtzeitige Prävention und Rehabilitation bei chronischen Krankheiten und Behinderungen in der zukünftigen Gesundheitsversorgung einen größeren Stellenwert haben müssen.



Dies setzt auch einen gesellschaftlichen Wertewandel voraus. Altwerden verpflichtet jeden Menschen, verantwortungsbewußt mit seinem Leben umzugehen (Prävention), verpflichtet aber auch die Gesellschaft, Bedingungen zu schaffen, die dies ermöglichen, und bei Eintritt von chronischer Krankheit und Behinderung frühzeitig und für jeden erreichbar rehabilitative Maßnahmen vorzusehen. Ziel ist größtmögliche Selbständigkeit und Zufriedenheit auch im höchsten Alter. Basis dafür muß eine neue Wertschätzung des Alterns und Alters an sich sein.

Die Zunahme der Hoch- und Höchstbetagten darf deshalb nicht als Alterslast und Rentenbürde, sondern soll als Chance für jeden einzelnen und für die Gesellschaft gesehen werden. In diesem Sinne sind die anschließenden Empfehlungen für die politischen Entscheidungsträger zu verstehen.

Wir empfehlen den Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik, die folgenden Feststellungen, Vorschläge und Ziele mit Nachdruck zu unterstützen:

(1) Altwerden verpflichtet die Gesellschaft, Bedingungen zu schaffen, daß dieser Lebensabschnitt in Gesundheit, Unabhängigkeit und sozialer Sicherung gelebt werden kann. Altwerden verpflichtet aber auch jeden einzelnen, dazu sein möglichstes beizutragen. Dazu müssen Auskunfts- und Koordinationsstellen geschaffen werden, an die sich sowohl Betroffene als auch Professionelle wenden können (z.B. mit Fragen zur Prävention und zur ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation).

(2) Der Prozeß des Alterns und das Auftreten von Krankheiten und Behinderungen im Alter müssen vermehrt beachtet werden. Dies erfordert Schulung und Aufklärung des einzelnen, der Ehrenamtlichen, Angehörigen und im besonderen der Professionellen, einschließlich der Gutachter.

(3) Es muß Aufgabe der niedergelassenen Ärzte werden, durch regelmäßige Screening-Untersuchungen auch bei Älteren sogenannte „Risikofaktoren“ (Hypertonie, Diabetes etc.), aber auch Behinderungen, die zu Unfällen und sozialer Beeinträchtigung führen (Sehstörungen, Hörstörungen, Gangstörungen, Inkontinenz), zu diagnostizieren und eine rechtzeitige Therapie und Rehabilitation einzuleiten, bevor irreversible Veränderungen eingetreten sind.

(4) Kommt es trotz aller präventiver und rechtzeitiger kurativer Maßnahmen zum Auftreten von Krankheiten, so ist besonders im Alter Reha-

bilitation gefordert. Wir fordern diesbezüglich, den Satz „Rehabilitation vor Pflege“ endlich leistungsrechtlich umzusetzen.

(5) Es gilt der Leitsatz „Ambulant vor stationär“. Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen und -einrichtungen sind deshalb zu fördern und gezielt zu evaluieren.

(6) Wir fordern die aktive Förderung der Verzahnung von akuter Behandlung der geriatrischen Patienten und ihrer ambulanten, teilstationären bzw. stationären geriatrischen Rehabilitation. Die Trennung von Einrichtungen nach § 111 und § 109 ist für die geriatrischen Patienten aufzuheben.

(7) Um rechtzeitig nach akuter Erkrankung, die einen stationären Aufenthalt erfordert, den geriatrischen Patienten einer Rehabilitation zuzuführen, muß an jedem großen Krankenhaus eine geriatrische Fachabteilung mit Tagesklinik eingerichtet werden. Das „Geriatrische Assessment“ ist so schnell wie möglich nach einer Akuterkrankung durchzuführen. Zweckmäßigerweise erfolgen so die Akutversorgung geriatrischer Patienten und die fallabschließende geriatrische Rehabilitation unter einem Dach im Krankenhaus. An kleineren Krankenhäusern ist die Schaffung von geriatrischen Substrukturen im Ausnahmefall denkbar.

Für Kliniken, die sich schwerpunktmäßig der rehabilitativen Geriatrie bzw. der geriatrischen Frührehabilitation widmen, ist eine enge Zusammenarbeit mit benachbarten Krankenhäusern erforderlich.

(8) Niemand sollte sich heute mit einer Pflegebedürftigkeit abfinden, ohne daß ein geriatrischer Rehabilitationsversuch durchgeführt wurde. Dazu sind die nötigen Bedingungen zu schaffen, sowohl im ambulanten wie auch im teilstationären und stationären Bereich. Rehabilitationshemmnisse, die im Leistungssystem der Pflegeversicherung liegen (höhere Leistung bei höheren Pflegestufen), sind im Sinne von Qualitätsverbesserungen (Bonussystem) abzubauen.

(9) Auch wenn Pflegebedürftigkeit auftritt und das Wohnen in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich ist, sollte in einer Pflegeinstitution eine möglichst wohnliche Umgebung und eine Rehabilitation angeboten werden. Diesbezüglich darf keine Kürzung der Beiträge zur Pflegeversicherung erfolgen, sondern ihre Nutzung zur strukturellen und personellen Qualitätsverbesserung in der aktivierenden Pflege. Hier ist insbesondere auf die Bedürfnisse dementiell Erkrankter einzugehen.

(10) Rehabilitation im Alter ist Teamarbeit und erfordert die Zusammenarbeit mehrerer Einrichtungen, Dienste und Berufe. Dazu gehören die Pflege, die Krankengymnastik und die Ergotherapie, die Logopädie, die Neuropsychologie, die Sozialarbeit, die Seelsorge und natürlich die Medizin wie auch Sport und Bewegungstherapien. Alle diese Berufe sind diesbezüglich aus-, weiter- und fortzubilden. Dafür ist die verstärkte Berücksichtigung geriatrischer Fragestellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten für alle oben genannten, im Bereich der Geriatrie tätigen Berufe durch die Errichtung qualifizierter Lehrangebote zu fordern.

(11) Wir fordern die Einführung von fachlichen Standards für geriatrische Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Heime) und die Sicherstellung einer ausreichenden Infrastruktur zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen.

(12) Wir wünschen die Institutionalisierung einer kontinuierlichen Berichterstattung „Gesundheit im Alter“.

(13) Alter und Grad einer Behinderung dürfen nie als Kontraindikation für geriatrische Rehabilitation gesehen werden. Die Plastizität des Nervensystems ermöglicht Rehabilitation auch im hohen Alter.

(14) Forderungen an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen –

Wir empfehlen:

- die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und MDK zu institutionalisieren;
- die Rehabilitationsempfehlungen des MDK dem Hausarzt transparent zu machen;
- die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit dahingehend zu ergänzen, daß bereits durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, ihre Art und ihre Ergebnisse präzise erfaßt werden;
- darauf hinzuarbeiten, daß die Empfehlungen für die Rehabilitation sich in der Regel nicht auf Einzelleistungen beschränken, sondern sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich Komplexmaßnahmen beinhalten.

Forum III

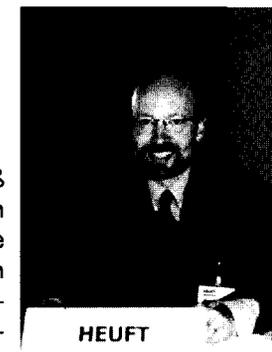
Seelische Gesundheit im Alter – Behandlungsansätze und Behandlungserfolge der Psychotherapie und Psychosomatik

Gereon Heuft, Münster

Epidemiologie und Bedarf

Die epidemiologischen Daten zeigen eindeutig, daß ältere Menschen genauso häufig unter psychogenen Störungen leiden wie jüngere Erwachsene. Daß ältere Menschen jedoch in allen westlichen Industrienationen nur in sehr geringem Umfang fachpsychotherapeutische Hilfe erhalten, ist erschreckend. Denn das Vorenthalten indizierter Fachpsychotherapie hat neben dem ethischen auch einen gesundheitsökonomischen Preis, da Menschen mit psychogenen Störungen oft unter funktionellen, organisch nicht erklärbaren Körperstörungen leiden. Diese Körperstörungen führen zu wiederholten diagnostischen Anstrengungen und, aufgrund der Erfolglosigkeit, zu einer Selbstdefinition des alten Menschen als chronisch krank, ohne daß adäquate Behandlungsperspektiven aufgezeigt würden.

In den letzten 10 Jahren wurden lebensabschnittspezifische Konzepte entwickelt, die von einem Defizit- und Defektmodell des Alters weg und hin zu Vorstellungen über neue Entwicklungsaufgaben in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens geführt haben. Eine zentrale Entwicklungsaufgabe jenseits des 60. Lebensjahres ist die Auseinandersetzung mit dem körperlichen Alternsprozeß. Für die Politik wird die Verpflichtung gesehen, die vorliegenden Konzepte psychotherapeutischer Versorgung auch für ältere Menschen aktiv zu unterstützen. Konkret bedeutet dies, daß bereits in den Tagessätzen stationärer internistisch-geriatrischer Versorgung konsiliarische Leistungen aus dem Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin oder Gerontopsychiatrie enthalten sein müßten. Im ambulanten Versorgungsbereich muß die fachpsychotherapeutische Versorgung Teil der wissenschaftlich abgesicherten medizinischen Versorgung der Älteren bleiben.



Wer soll die fachpsychotherapeutische Behandlung älterer Menschen übernehmen?

Da ältere Menschen in der Regel eine stabile Behandlungsbeziehung zu einem hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner oder Internisten haben, kommt diesem in der Differentialdiagnostik psychogener (Körper-)Störungen eine zentrale Funktion zu. Es sollte stärker als bisher eine – auch justitiable – Verpflichtung der Hausärzte gesehen werden, ggf. auch die psychosomatisch-fachpsychotherapeutische Behandlungsindikation ebenso sorgfältig abzuklären wie möglicherweise indizierte chirurgische Eingriffe.

Der psychotherapeutische Behandlungsplan erfordert auf Seiten des Fachpsychotherapeuten ein hohes Maß an speziellen Kenntnissen und Erfahrungen auch über den normalen somatischen Alternsprozeß und seine mit dem Alter steigende Variabilität. Hier hat die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) ihre Fachärzte in den letzten Jahren verstärkt weitergebildet, da Alterspsychotherapie ohne gerontopsychosomatische Kenntnisse nicht denkbar ist.

Studien haben gezeigt, daß selbst bei den Patienten, die zur Differentialdiagnostik von Gedächtnisstörungen im Alter eine spezialisierte Sprechstunde (Memory Clinic) aufsuchen, an das gesamte Spektrum psychogener Störungen gedacht werden muß: Ein Drittel der Patienten aus einer solchen Gedächtnisambulanz ist hirnormale gesund, leidet jedoch unter einer mit Fachpsychotherapie behandelbaren Symptomatik. Wenn psychologische Psychotherapeuten gerontopsychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen übernehmen, muß durch adäquate Ausbildung sichergestellt sein, daß auch tiefergehende somatisch-medizinische Kenntnisse erworben worden sind, um alte Menschen in ihren komplexen somatisch-psycho-somatischen Problemlagen ausreichend kompetent behandeln zu können. Im Versorgungsgebiet der Gerontopsychiatrie wurden in den letzten Jahren ebenfalls Anstrengungen unternommen, die notwendigen Vorbedingungen (Weiterbildung, Strukturqualität) psychotherapeutischer Interventionen in der Gerontopsychiatrie zu entwickeln.

Es besteht die Forderung an die Politik, für alte Menschen eine primäre Zugänglichkeit zumindest zu ärztlichen Fachpsychotherapeuten (Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin) in den nächsten Jahren zu erhalten, da derzeit noch viele Allgemeinärzte im Hinblick auf die fachpsychotherapeutischen Möglichkeiten für Menschen in diesem Lebensabschnitt un-

zureichend weitergebildet sind. Sollte ein älterer Mensch trotz verständlicher Schamgefühle etc. von sich aus die Indikation einer solchen Behandlung prüfen lassen wollen, sollte ihm auch der primäre Zugang möglich sein. Lebensaltersbezogene Rationierungen wären durch die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Alterspsychotherapie in keiner Weise zu rechtfertigen.

Weiterhin muß die Politik dafür Sorge tragen, daß Fachpsychotherapie generell als Teil einer wissenschaftlich fundierten Medizin ausreichend bezahlt wird. Die Gesundheitspolitik sollte auf die Vertragspartner einwirken, daß im stationären Bereich die strukturellen Voraussetzungen (Strukturqualität, ausreichende Behandlungszeiten) zur Durchführung qualifizierter psychotherapeutischer Behandlungen sowohl in Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin wie in Abteilungen für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie erhalten bleiben. Im ambulanten Bereich sollte der bisher noch beobachtbare Diskriminierung psychotherapeutischer Behandlungen älterer Menschen, die aufgrund der Komplexität somatischer und psychogener Störungen oft einen verstärkten Kooperationsaufwand erfordern, durch positive Leistungsanreize entgegengewirkt werden.

Welche psychotherapeutischen Grundverfahren sollten in der Alterspsychotherapie eingesetzt werden?

In Deutschland ist für die Kostenerstattung die Durchführung der Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren (psychoanalytische Psychotherapie vs. kognitiv-behaviorale Psychotherapie) geregelt. Dies ist sowohl aus klinischer als auch aus wissenschaftlicher Sicht angemessen und zweckdienlich. Jedoch sollten Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die auch über Kenntnisse in den sogenannten averbalen Therapieverfahren (z.B. Gestalttherapie oder Konzentrierte Bewegungstherapie = KBT) verfügen, im Rahmen von Praxisverbänden in die Lage versetzt werden, diese Methoden zusätzlich indizieren zu können. Dabei geht es ausdrücklich nicht darum, diese Therapiemethoden als eigenständige, wissenschaftlich fundierte Psychotherapieverfahren zu etablieren.

Forderung an die Politik ist, der Fachpsychotherapie auf dem heute bereits erreichten hohen, wissenschaftlich basierten Niveau einen weiteren Entwicklungsprozeß zu ermöglichen. Alle wissenschaftlichen psychotherapeutischen Fachgesellschaften, die in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) Mitglied sind, haben sich auf ein einheitliches Qualitätssicherungsprogramm geeinigt, das bereits auch in der Alterspsychotherapie erfolgreich eingesetzt wurde.

Schlußfolgerungen für die Aus- und Weiterbildung

Im Rahmen der universitären Lehre sollten innerhalb der scheinpflichtigen Fächer Innere Medizin/Geriatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch gerontopsychosomatische und alterspsychotherapeutische Basiskenntnisse vermittelt werden.

Für die Wahl des jeweiligen Therapieverfahrens in der Alterspsychotherapie gibt es bereits so weitgehende Erfahrungen, daß gut fundierte Empfehlungen in der fachärztlichen Weiterbildung und in der fachpsychologischen Ausbildung gelehrt werden können.

Forum IV

Qualitätssicherung und Case Management bei der Betreuung von chronisch erkrankten Menschen

Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Berlin

Den Ausgangspunkt einer fachlich ansprechenden Therapie, Rehabilitation und Pflege bildet das geriatrische Assessment. Neben Erkrankungen und Funktionseinschränkungen werden in diesem der körperliche, kognitive und psychische Status des Patienten, der Grad der Selbständigkeit im Alltag sowie Krankheitsinsicht und Art der Krankheitsverarbeitung bestimmt. Das geriatrische Assessment integriert Befunde aus verschiedenen an der Therapie, der Rehabilitation und der Pflege beteiligten Disziplinen. Case Management beschreibt den Prozeß der Integration aller Maßnahmen, die auf die Wiederherstellung der Gesundheit und Kompetenz des älteren Patienten zielen. Diese Maßnahmen beschränken sich nicht auf die medizinische Therapie, sondern sie umfassen auch ergotherapeutische, physiotherapeutische, logopädische, neuropsychologische, klinisch-psychologische sowie sozialarbeiterische Leistungen. Aus einer institutionellen Perspektive ist unter Case Management die Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Angebote zu verstehen. Diese Vernetzung – die in Deutschland nur in Ansätzen gegeben ist – stellt die Kontinuität in Therapie, Rehabilitation und Pflege sicher, da Leistungen nun aufeinander aufbauen können.

Im Zusammenhang mit der Vernetzung von Angeboten ist auch die Integration der Akutversorgung und der geriatrischen Rehabilitation zu nennen. Es besteht heute immer noch die Tendenz, kurative und rehabilitative Medizin voneinander zu trennen und mit der Rehabilitation erst nach Abschluß der Akutversorgung zu beginnen. Diese Trennung ist generell problematisch. Sie ist aber speziell bei der Behandlung älterer Menschen von großem Nachteil. Denn schon im Prozeß der Akutversorgung ist darauf zu achten, daß der ältere Patient seine Mobilität und Selbständigkeit bewahrt oder wiederherstellt. Dieses Ziel läßt sich nur bei frühzeitiger Integration rehabilitativer Maßnahmen in das Therapiekonzept erreichen.



Das Rehabilitationspotential älterer Menschen wird heute weitgehend unterschätzt. Dies hat vor allem damit zu tun, daß eine systematische Erfassung und Einschätzung jener Merkmale, die das Rehabilitationspotential konstituieren, oftmals unterbleibt. Aus diesem Grunde wurde in der Diskussion mehrfach auf die Notwendigkeit hingewiesen, zu Beginn der Behandlung und Rehabilitation ein umfassendes geriatrisches Assessment auszuführen, da auf dessen Grundlage das Rehabilitationspotential zuverlässig eingeschätzt werden kann. In diesem Zusammenhang wurde auch die Aussage getroffen, daß keinem Patienten ohne geriatrisches Assessment – also ohne Einschätzung des Rehabilitationspotentials – eine Rehabilitation vorenthalten werden darf.

Das geriatrische Assessment bildet auch die Basis für die Aussagen über die Qualität und den Erfolg der Therapie und Rehabilitation. Diese Aussagen sind nicht nur für den einzelnen Patienten wichtig. Sie bilden vielmehr auch die Grundlage für die Weiterentwicklung der Geriatrie in Forschung und Praxis. Darüber hinaus sind sie für die Kranken- und Pflegekassen von Bedeutung, da sie Einblick in die Potentiale und Grenzen der Therapie und Rehabilitation geben.

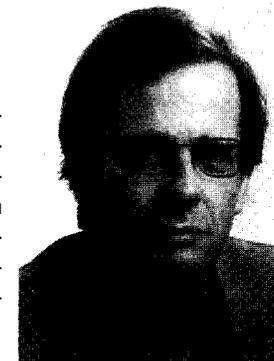
Die Diskussion machte weiterhin deutlich, an welche Bedingungen die Verwirklichung des Ziels, eine Qualitätssicherung in der Geriatrie zu erreichen, gebunden ist. Neben einer verbesserten infrastrukturellen Ausstattung – zu der unter anderem die Anbindung geriatrischer Abteilungen an Krankenhäuser, die Integration der Akutversorgung und der rehabilitativen Versorgung sowie die Integration stationärer, teilstationärer und ambulanter Angebote zu rechnen ist – sind vor allem die Vermittlung gerontologischen Wissens in den verschiedenen Gesundheitsberufen sowie eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung in Geriatrie zu nennen. Hinzu kommt die enge Kooperation verschiedener Disziplinen im Prozeß der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Geriatrie ist eine medizinische Disziplin mit zahlreichen Bezügen zu anderen Disziplinen der Gerontologie. In dem Maße, in dem diese Bezüge auch in der Praxis verwirklicht werden, wird ein Beitrag zur Qualitätssicherung geleistet. In diesem Zusammenhang ist auf die – häufig vernachlässigte – Notwendigkeit der vermehrten Einbeziehung von Angehörigen in die Rehabilitation (wie auch in die aktivierende therapeutische Pflege) hinzuweisen. Angehörige benötigen zum einen psychologische Beratung, die darauf zielt, die Verarbeitung belastender Eindrücke und Erfahrungen zu fördern. Zum anderen sollten sie in Techniken unterwiesen werden, durch die sie selbst dazu beitragen können, die Selbständigkeit des Patienten zu erhalten und zu fördern.

Forum V

Lebenskompetenzen älterer Menschen erkennen und nutzen – Wege zu einem positiven Altersbild, dargestellt am Beispiel von Praxisprojekten

Andreas Kruse, Heidelberg

Unter Lebenskompetenzen sind Fertigkeiten und Wissenssysteme zu verstehen, die Menschen im Lebenslauf ausgebildet haben und die sie in die Lage versetzen, mit Anforderungen des Lebens verantwortlich und kompetent umzugehen. Unter solchen Anforderungen sind zum einen berufsbezogene und alltagspraktische und zum anderen ethische und zwischenmenschliche zu nennen.



Die Weiterentwicklung der Gesellschaft ist auch davon beeinflusst, inwieweit es gelingt, die Daseinskompetenzen ihrer Mitglieder in einer konstruktiven Weise zu nutzen und Möglichkeiten bereitzustellen, durch die diese Kompetenzen umgesetzt werden können (siehe zum Beispiel Möglichkeiten bürgerschaftlichen Engagements).

Die Individualität des Menschen zeigt sich auch in der Verschiedenartigkeit von Fertigkeiten, Neigungen und Interessen. Wenn Beziehungen zwischen den Generationen thematisiert werden, so sollte zunächst der Blick auf diese Individualität gerichtet sein: Was kann der einzelne an Fertigkeiten, Erfahrungen und Wissen einbringen?

Der Generationenbegriff bringt zum Ausdruck, daß Menschen einer bestimmten Altersgruppe oder einem bestimmten Altersbereich angehören und zumindest zum Teil ähnliche historische und gesellschaftliche Erfahrungen gemacht haben; weiterhin werden mit dem Begriff der Generation Vorstellungen hinsichtlich der gesellschaftlichen Position verbunden. Doch darüber hinaus haben wir es mit individuellen Fertigkeiten, Erfahrungen und Wissen zu tun – und es geht zunächst um die Frage, wie das Individuum (unabhängig von seiner Generationenzugehörigkeit) seine Lebenskompetenzen in den gesellschaftlichen Diskurs einbringen kann.

Wie bereits angedeutet wurde, handelt es sich dabei um Kompetenzen in bezug auf verschiedenartige Anforderungen und Aufgaben des Lebens. Diese beschränken sich keinesfalls allein auf die Arbeitswelt und damit auf die berufliche Leistungsfähigkeit. Sie zeigen sich auch darin, wie Menschen in ethischen Fragen urteilen, was sie für andere tun, inwieweit sie Verantwortung für sich und für andere übernehmen oder zu übernehmen bereit sind. Derartige Fähigkeiten können mit dem Begriff der Lebenskompetenzen umschrieben werden.

Entscheidend für die Ausbildung solcher Kompetenzen ist die bewußte, verantwortliche Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Aufgaben, mit den Möglichkeiten und Grenzen des Lebens. In dem Maße, in dem sich Menschen im Lebenslauf bewußt mit diesen auseinandergesetzt haben, verfügen sie über Lebenskompetenzen, die sie als Humanvermögen in den gesellschaftlichen Diskurs einbringen können – die Beziehungen zwischen den Generationen sind ein Aspekt des gesellschaftlichen Diskurses.

Was heißt dies für das Thema „Alter“?

Auch Alter ist unter dem Aspekt der Ausbildung von Daseinskompetenzen und damit der potentiellen Bereitstellung von Humanvermögen zu betrachten: Ältere Menschen verfügen genauso wie jüngere über Lebenskompetenzen – und es sollte berücksichtigt werden, daß diese für unsere Gesellschaft nicht minder wichtig sind als jene jüngerer.

Forum IV

Initiative Zweite Lebenshälfte – für mehr Lebensqualität

Monika Nachtwey, Boehringer Ingelheim

Jeder von Ihnen hat sich in seinem Umfeld mit den Herausforderungen des Älterwerdens in unserer Gesellschaft auseinandergesetzt und eigene Lösungen oder Lösungsansätze gefunden. Welche Relevanz dieses Thema für ein pharmazeutisches Unternehmen hat und in welcher Weise Boehringer Ingelheim sich damit in den letzten sechs Jahren beschäftigt hat, möchte ich Ihnen heute berichten.



Dazu werde ich

1. eingangs auf die grundsätzlichen Motive im Unternehmen eingehen,
2. Ihnen in einigen Sätzen die Organisationsstruktur schildern,
3. beispielhaft einige Praxisprojekte darstellen,
4. auf der Grundlage der gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse politische Forderungen formulieren.

1. Motivation / Philosophie

Ein Wirtschaftsunternehmen, mit 7.000 Mitarbeitern allein in Deutschland, plant langfristig, um seine Erfolge zu sichern. Dazu entwickelte ein forschender Pharmahersteller traditionell gute Produkte – und der Umsatz war gesichert. Der Innovationsvorsprung bei neuen Medikamenten wird jedoch kleiner, je breiter das Angebot ist. Boehringer Ingelheim entschied sich deshalb bereits Anfang der 90er Jahre, den durch die demographische Entwicklung bedingten Veränderungen im Gesundheitswesen zu folgen.

Überlegungen bei der Einführung des daraus resultierenden Innovationsprojektes „Initiative Zweite Lebenshälfte – für mehr Lebensqualität“ im Jahr 1993 bezogen sich u.a. auf die folgenden fünf Punkte:

(1) Das Unternehmen will einen Beitrag zu einem eigenverantwortlichen und ganzheitlichen Verständnis von Gesunderhaltung, Prävention und Krankheitsbewältigung leisten.

(2) Es möchte seine Kenntnisse über Prozesse des Alterns erweitern, mit dem Bewußtsein, daß Weichen für eigenverantwortliche Gestaltung des Alterns spätestens in der Lebensmitte gestellt werden, weshalb in der „Initiative“ auch Projekte angeboten werden, die sich nicht ausschließlich an ältere Menschen wenden.

(3) Durch intensive und langjährige Zusammenarbeit mit Wissenschaft, Kommunen, Vereinen, Verbänden und der Gesundheitspolitik soll ein Profil geschaffen werden von einem Unternehmen, das besondere Leistungen für Menschen in der zweiten Lebenshälfte entwickelt, anbietet und sich mit dieser Expertise von seinen Mitbewerbern differenziert.

(4) In zunehmenden Maße werden Ärzten und Apothekern altersgerechte Behandlungskonzepte in den Bereichen Prävention, Rehabilitation, Therapie und Service unterbreitet und damit ein erweitertes Verständnis von Alter vermittelt.

(5) Schließlich versteht sich Boehringer Ingelheim als Unternehmen, das auch soziale Mitverantwortung trägt und zu einer altersfreundlichen Kultur beitragen kann.

2. Organisationsstruktur

Im Rahmen der Initiative Zweite Lebenshälfte werden soziale, sport- und bewegungsbezogene sowie medizinische Praxisprojekte für Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter entwickelt und gefördert, die einen Beitrag zum gesunden, zufriedenen und sozial-produktiven Altern leisten sollen.

Es wurden dazu zwei Modellstädte ausgesucht, Weinheim an der Bergstraße und Weimar in Thüringen. Diese Städte bieten alle infrastrukturellen Voraussetzungen und spiegeln zudem die Verschiedenheit sozial-struktureller Bedingungen in den alten und neuen Bundesländern wider. Gemeinsam mit den Oberbürgermeistern, Gemeinderäten, Sozial- und Kulturämtern der Städte, verschiedenen Verbänden und Bildungseinrichtungen sowie ambulanten und sozialen Diensten wurden von 1993 an Angebote entwickelt, gefördert und dokumentiert.

Die Beratung zur Förderungswürdigkeit von Projekten erfolgte durch einen wissenschaftlichen Beirat sowie durch die wissenschaftlichen Leiter der Projekte.

Entscheidend für die Förderung von Projekten waren vier Kriterien:

(1) **Innovation** – Inwieweit bereichern diese Angebote das bereits bestehende Leistungsspektrum für ältere Menschen in den beiden Städten sowie generell für die Bundesrepublik?

(2) **Bestandssicherung** – Sind Voraussetzungen gegeben, daß sich diese Angebote nach der Anschubförderung selbst tragen oder durch Dritte, zum Beispiel Krankenkasse oder Kommune, dauerhaft finanziert werden?

(3) **Übertragbarkeit** – Lassen sich diese Angebote auf andere Städte oder Gemeinden übertragen?

Dabei ist das Ziel, Handlungsleitfäden zu erarbeiten, die eine spätere, autonome Umsetzung ermöglichen. Mit einem eigens dafür entwickelten – für die Träger anfangs sehr gewöhnungsbedürftigen, danach geschätzten – professionellen Projektmanagement- bzw. Berichtssystem ist während der gesamten praktischen Durchführung auf dieses Ziel, die Übertragung, hingearbeitet worden.

(4) **Wissenschaftliche Evaluation** – Läßt sich die Effektivität durchgeführter Maßnahmen nachweisen und gibt es aus der praktischen Umsetzung heraus neue Erkenntnisse?

Die Projektträger wurden fachlich beraten und in der Pilotphase finanziell unterstützt. Es fanden Gespräche der Träger mit Mitgliedern des Wissenschaftsteams und einer Stadtkoordinatorin statt, um Vorgehensweise und Ergebnisse der Projektevaluation für die Wiederholung und für die spätere Übertragung zu diskutieren. Träger waren zum Beispiel die Arbeiterwohlfahrt, die Volkshochschulen, Caritas und Diakonie, Sportvereine, ein Stadt-seniorenrat und ehrenamtlich tätige Gruppen. In beiden Modellstädten war für die Projektkoordination und für die Beratung der Bürger ein „Initiative“-Büro, besetzt mit einer Stadtkoordinatorin, eingerichtet – in Weinheim bei der Volkshochschule, in Weimar beim Sozialamt. In Weimar bestand zudem die besondere Situation, daß das staatlich geförderte Seniorenbüro sich in den gleichen Beratungsräumen befand und hier eine enge Abstimmung der Angebote stattfinden konnte.

3. Projektinhalte

Der ganzheitliche Ansatz von Angeboten zu Prävention, Rehabilitation sowie zu Lebensqualitätsfragen führte zu einer Gliederung in drei umfassende, sich gegenseitig ergänzende Bereiche: (1) ein Sozialprojekt, (2) ein Sportprojekt und (3) ein Medizinprojekt.

(1) Im **Sozialprojekt**, dessen Leitthema „Soziale Integration“ bewußt breit gefaßt wurde, sind Angebote entwickelt und gefördert worden, die folgende Möglichkeiten eröffnen:

- intergenerationelle Beziehungen aufzubauen und voneinander zu lernen,
- ehrenamtliche Tätigkeiten auszuüben,
- sich für die Wahrnehmung des Ehrenamts oder die Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit zu qualifizieren,
- eigene Kompetenzen neu wahrzunehmen und zu entwickeln,
- Strategien zum besseren Umgang mit einer Krankheit – für Betroffene und pflegende Angehörige – zu entwickeln,
- Krisen im Lebenslauf (z.B. Arbeitslosigkeit) zu bewältigen.

Bei den Strategien zur Krankheitsbewältigung wird bereits die Vernetzung zwischen den Projektbereichen deutlich, denn neben psychosozialen Fragestellungen haben auch die Bewegungs- oder sportlichen Elemente einen wesentlichen Anteil.

(2) Im **Sportprojekt**, das unter dem Leitthema „Förderung der körperlichen Aktivität und Gesundheit“ steht, werden Bewegungs- und Trainingsprogramme angeboten, die zum einen präventive, zum anderen rehabilitative Funktionen erfüllen sollen. Der präventive Aspekt stand bei Projekten im Vordergrund, die auf körperliche Leistungsfähigkeit zielten, wobei großer Wert darauf gelegt wurde, auch Menschen anzusprechen, die bisher sportlich nicht aktiv waren. Die rehabilitative Komponente lag Projekten zugrunde, in denen Sport und Bewegung mit dem Ziel eingesetzt wurden, Selbständigkeit und Mobilität bei Menschen zu fördern, bei denen chronische Erkrankungen zu deutlichen Einschränkungen geführt hatten.

(3) Im **Medizinprojekt**, das unter dem Leitthema „Leben ohne Krankheit (also Prävention) und Leben mit der Krankheit (also Rehabilitation)“ steht, werden zum einen Reflexionsseminare für Ärzte und deren Patienten angeboten, zum anderen finden Informationsveranstaltungen zu spezifischen präventiven und rehabilitativen Fragestellungen für die breite Öffentlichkeit statt. Schließlich besteht ein reger Informationsaustausch mit Ärzten

in den Modellstädten und geriatrisch tätigen Ärzten bundesweit, in denen über die besondere Bedeutung bei der Behandlung älterer Patienten im Praxisalltag gesprochen wird.

Drei Beispiele aus der Projektarbeit möchte ich herausgreifen: (1) ein Bildungsprojekt, das auch die Komponenten Vorbereitung auf das Alter und Ehrenamt beinhaltet, (2) ein Beitrag zum Thema „Wohnen im Alter“ und (3) ein Präventionsprojekt.

(1) „55 plus – neue Perspektiven nach dem Berufsleben“ war der Titel dieses Projekts, das zweimal 12 Teilnehmer in die Volkshochschule Badische Bergstraße in Weinheim kommen ließ. Zuvor war dieser 6monatige Kurs zweimal ohne Erfolg unter dem Begriff „Neue Tätigkeitsfelder für Männer“ angeboten worden. Ursprünglich war er als Pendant gedacht zu dem ebenfalls von der VHS Weinheim angebotenen – und mittlerweile zum siebten Mal erfolgreich durchgeführten – Kurs „Neue Tätigkeitsfelder für Frauen in der zweiten Lebenshälfte“.

Es war der Wunsch der teilnehmenden Vorruheständler, daß Männer und Frauen gemeinsam diesen Kurs belegen und gegenseitig verstehen wollen, wie sie ihre derzeitige Rolle erleben. Es zeigt uns aber auch, daß Angebote lebensnah konzipiert werden müssen, um wahrgenommen zu werden. Das Ziel des Kurses war, sich kurz vor, während oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben auf einen Lebensabschnitt von weiteren 20–30 Jahren neu einzustellen. Dabei galt es herauszufinden, ob künftiges Engagement eher in neuen Feldern erfolgen sollte oder ob im Berufsleben gewonnene Erfahrungen nun im gesellschaftlichen Engagement (d.h. vorzugsweise ehrenamtlich) umgesetzt werden sollten.

Die Wissenschaftsleitung erarbeitete ein Interventionskonzept, in dem neben der Reflexion über die eigene Rolle und mögliche Entwicklungsaufgaben, medizinische und psychologische Erkenntnisse über Altern und Alter, aber auch – und das ist als innovativ zu werten – ein 3monatiges Praktikum im selbstgewählten Tätigkeitsfeld enthalten war. Die Teilnehmer haben uns, mehr als ein Jahr nach Abschluß des Seminars, berichtet, wie groß ihr Zugewinn an Lebensqualität, Selbstwert und Überzeugungskraft durch hinzugewonnene Kompetenzen gewesen ist. Bis dahin, daß sie ihren Gesundheitszustand subjektiv besser beurteilen als vorher. Eindrucksvoll aber auch die Schilderung des 57jährigen Technik-Ingenieurs, mit welchen inneren und äußeren Konflikten er auf seinem Weg zur „Grünen Dame“ konfrontiert war.

Das evaluierte Kurskonzept wird derzeit aufbereitet und liegt demnächst schriftlich vor. Dieser Kurs zeigt, daß es möglich ist, in relativ kurzer Zeit die Vorbereitung auf den Ruhestand erfolgreich vorzunehmen. Besser ist, früher damit anzufangen.

(2) Ein Thema, das als lebenslange Aufgabe zur Vorbereitung auf das Alter zu betrachten ist, betrifft die altersgerechte Wohnraumgestaltung. Rechtzeitige Veränderungen in der Wohnung tragen dazu bei, die Selbständigkeit zu erhalten.

Zentrale Aufgabe dieses Projekts, das mit dem Stadtseniorenrat in Weinheim durchgeführt wurde, war, Wohnberatung durch ehrenamtlich tätige Bürger durchzuführen und diese entsprechend zu qualifizieren. Dazu wurde ein übertragbares Curriculum erstellt und 12 Personen, älter als 60 Jahre, wurden geschult. Es gelang, ca. 250 Personen in Weinheim und Umgebung zu erreichen – entweder durch Beratung vor Ort, in der Beratungsstelle oder bei öffentlichen Informationsveranstaltungen. Der Projektträger nutzte mit hohem Engagement alle möglichen Anlässe, um immer wieder auf dieses Angebot hinzuweisen und so einen kontinuierlich wachsenden Nachfragesog zu stimulieren.

Die ehrenamtlichen Berater berichten über eine persönliche Bereicherung und eindeutig gestiegene Lebenszufriedenheit durch Kompetenzzugewinn. Andererseits zeigt uns diese Maßnahme auf, wie wichtig die Motivation Ehrenamtlicher ist, die in diesem Fall bei anfänglich zögerlicher Nachfrage der Ratsuchenden durch die Leiterin des Stadtseniorenrats immer wieder aktiviert wurde.

Durch begleitende Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel durch eine Ausstellung zu diesem Thema im Kreiskrankenhaus und durch Einbindung von Ärzten, konnte ein deutlich gestiegenes Problembewußtsein erreicht werden. Gerade beim Thema „Wohnen im Alter“ sind soziale und gesundheitliche Aspekte eng verknüpft. Spätestens wenn Erkrankungen wie ein Schlaganfall oder ein Morbus Parkinson vorliegen, wird der Arzt als Berater, eher noch als Koordinator oder Case Manager, aufgesucht.

Die enge Zusammenarbeit mit qualifizierten Wohnberatern und die umfassende Information der Ärzte – über medikamentöse Behandlungen hinaus – müssen zu diesem Thema intensiviert werden.

(3) In den in der „Initiative“ entwickelten Primär-Präventionsangeboten wie Walking, Aqua-Jogging, Fitneß für Männer oder Fitneß > 40 wurde, neben der Erfassung physiologischer Veränderungen, besonderer Wert darauf gelegt, Angebote mit niedrigen Nutzerbarrieren zu unterbreiten.

Ein Aqua-Jogging, einmal in der Woche angeboten, brachte selbst für die Sportwissenschaftler verblüffende Leistungsverbesserungen und schaffte den von Herrn Prof. Rost (Sporthochschule Köln) formulierten „Hilton-Effekt“. Das Hilton-Hotel in Weimar hatte sein Schwimmbad zur Verfügung gestellt und schaffte u.a. dadurch eine vielfach höhere Nachfrage als Kursplätze zur Verfügung standen. Dieser kostenpflichtige Kurs konnte ebenfalls als Dauerangebot weitergeführt werden.

Walking ist eine Sportart, die

- generationenübergreifend durchgeführt werden kann,
- angenehme, spaßbetonte Atmosphäre und damit sozialen Zugewinn beschert,
- für (Wieder-)Einsteiger bestens geeignet ist,
- als Hinführung zu weiterem Sportengagement dient,
- sich gut mit den Aktivitäten des täglichen Lebens verbinden läßt und
- die Ausdauerleistungsfähigkeit deutlich erhöht.

In Weinheim konnten in einem extra entwickelten „Sommerprogramm“ etwa 300 Personen motiviert werden, aus denen sich drei regelmäßig stattfindende Kurse mit Teilnehmern über 55 Jahre rekrutiert haben. Eine begleitende Untersuchung durch das Sportwissenschaftliche Institut der Universität Heidelberg hat gezeigt, daß 80% der „Walker“ in einem Sportverein, im Familien- oder Freundeskreis oder in einer neuen Walking-Gruppe weiterhin aktiv sind. Wichtig ist jedoch, gerade die Nicht-Aktiven zu erreichen.

Eine Befragung bei mehr als 200 über 60jährigen Weinheimer Bürgerinnen und Bürgern ergab, daß nur 24% der Befragten glauben, durch Sport und Bewegung ihre gesundheitliche Situation verbessern zu können. Mehr als zwei Drittel waren zum Zeitpunkt der Befragung in ärztlicher Behandlung – nur 5% hatten von ihrem Arzt eine derartige Empfehlung bekommen. Wenn also die Teilnahmequote an Bewegungsangeboten im Alter erhöht werden soll, müssen die behandelnden Ärzte weit mehr als bisher einbezogen werden.

4. Fazit und Empfehlungen

(1) Aus der Sicht von Boehringer Ingelheim konnten durch die multidisziplinäre Zusammenarbeit wertvolle Erkenntnisse zu Fragen des Alters und des Alterns gewonnen werden.

(2) Der eingesetzte Theorie-Praxis-Transfer ist schon heute als wesentlicher Erfolg zu werten.

(3) Mit den uns zur Verfügung stehenden Informationskanälen (Zugang zur Fach- und Laienpresse sowie ein Außendienst, der Ärzte besucht) können die gewonnenen Erfahrungen in erweiterte Präventions- und Therapiekonzepte einfließen.

(4) Ausgewählte, erfolgreich umgesetzte Pilotprojekte werden als evaluierte Kurskonzepte – mit Handlungsanweisung – für die Durchführung von Praxisprojekten erstellt.

(5) Die praktische Umsetzung solcher Angebote kann jedoch nur sinnvoll stattfinden, wenn

- in den Kommunen die Bereitschaft erhöht wird, vermehrt Angebote für die Vorbereitung auf das Alter und die Gestaltung des eigenen Alters aufzunehmen;
- die Bevölkerung bereit ist, mehr eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten zu übernehmen;
- dadurch mehr Präventionsangebote genutzt werden und
- letztendlich jeder (als Patient) mit seinem Hausarzt über das Älterwerden und über mögliche Aktivitäten im Alter spricht.

Um diese Voraussetzungen zu erreichen, ist Öffentlichkeitsarbeit nötig; darüber hinaus müssen zum Teil Gesetze oder Rahmenbedingungen angepasst werden.

Schließlich ist es erforderlich, geriatrisches Denken und Handeln in die Aus- und Weiterbildung der Ärzte zu integrieren und entsprechend zu honorieren.

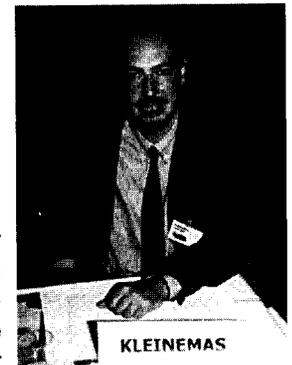
Zur problemlosen Umsetzung geriatrischer Behandlungskonzepte sind mehr Transparenz und mehr Vernetzung im Gesundheitswesen erforderlich. Es müssen dazu nicht immer wieder neue Strukturen geschaffen werden, sondern vorhandene Infrastrukturen effizienter genutzt werden.

Forum V

Die Stärken älterer Menschen im Dialog der Generationen

Uwe Kleinemas, Bonn

Den Dialog zwischen den Generationen heute zu fordern und zu fördern, macht nicht nur Sinn, sondern es gibt – vor allem in den kommenden Jahrzehnten – keine Alternative zum Miteinander von alten und jungen Menschen. Nach Einschätzung zumindest einiger Gerontologen wird die Gesellschaft gezwungen sein, in der Zukunft die Fähigkeiten, das Wissen und die Potentiale des Alters zu nutzen, weil immer weniger junge Menschen für die Übernahme einzelner Aufgaben zur Verfügung stehen werden.



Der Dialog der Generationen ist also nicht zuvorderst eine moralisch unterfütterte Freizeitbeschäftigung für Sozialromantiker, sondern eine wesentliche gesellschaftspolitische Herausforderung, deren Bewältigung nicht zuletzt der Bewahrung des sozialen Friedens dient.

In der Darstellung von Generationenbeziehungen in den Medien finden wir nicht selten eine Rhetorik der Angst, eine Kultur der Ressentiments, welche die sachbezogene Diskussion gesellschaftlicher Veränderung bisweilen von der Tagesordnung gestrichen hat. Die Kernaussagen derjenigen, die einen „Krieg der Generationen“ heraufziehen sehen, gruppieren sich stets um ähnliche Themen:

- Sozialbudget
- Pflegekosten
- Steuervorteile
- Arbeitsmarkt
- Politische Machtverteilung

Eine derartige Sicht der Beziehungen zwischen Jung und Alt ist aus mindestens drei Gründen problematisch:

(1) Eine einseitig an ökonomischen und Verteilungsgesichtspunkten orientierte Perspektive vernachlässigt, daß Generationenbeziehungen auch und gerade einen kulturellen Veränderungsprozeß spiegeln, der wesentlich für die Konturen des Zusammenlebens innerhalb einer Gesellschaft ist.

(2) Die Vertreter von Konfliktszenarios beschäftigen sich fast ausschließlich mit Fragen, die außerhalb des Einflusses der einzelnen Bürger liegen. Es entsteht damit der Eindruck, als ob Generationenbeziehungen geradezu schicksalhaft über uns hereinbrächen und als ob sie von den beteiligten Individuen kaum gestaltbar oder veränderbar wären. Das Gegenteil ist, wie wir wissen, der Fall. Es ist offensichtlich, daß gerade dieses Erleben eines Kontrollverlusts einen wesentlichen Anteil des Angstpotentials der Bedrohungsszenarien ausmacht.

(3) Die angesprochenen Themen und Thesen berühren kaum die Auseinandersetzung mit Lebensaufgaben, wie sie sich Jung und Alt im Alltag stellen. Es werden vielfach abstrakte Szenarien vorgetragen, die keine Antworten auf Fragen nach der konkreten Ausgestaltung des Zusammenlebens der Generationen bieten.

Wir sehen: Der Versuch einer Polarisierung ist wenig hilfreich, wenn es um die Auflösung scheinbarer und tatsächlicher Konflikte und die Entwicklung neuer Formen des gegenseitigen Umgangs geht. Dies kann nur im Dialog geschehen.

Der Schweizer Gerontologe *Hans-Dieter Schneider* hat in empirischen Untersuchungen allerdings auch herausgefunden, daß nicht alle Älteren in der Lage sind, generationsübergreifende Kontakte aufzunehmen. Und weiter: Nicht für alle Alten haben solche Kontakte positive Auswirkungen. *Schneider* betrachtet den Dialog der Generationen als einen Austauschprozeß, der für diejenigen, die über „Tauschgüter“ wie Wissen, Erfahrungen, Zeit, Geld, geistige Interessen oder ähnliches verfügen, überaus bereichernd sein kann. Umgekehrt seien diejenigen, deren Perspektive vorwiegend auf das Alter ausgerichtet bleibe, von Kontakten mit der Jugend nicht selten frustriert und fühlten sich unter ihresgleichen sicherer und zufriedener.

Voraussetzung dafür, die eigenen Stärken in den Dialog mit den Jüngeren erfolgreich einzubringen, scheint darüber hinaus die Fähigkeit zu sein, von eigenen Erfahrungen, Einstellungen und Meinungen abzusehen und die Perspektive wechseln zu können. Nicht ohne Grund gehört eine derartige

Haltung zu den wesentlichen Bestandteilen gerontologischer Vorstellungen von Kompetenz im Alter.

In der realen Lebenswelt gibt es hunderte von Beispielen für ein funktionierendes Miteinander der Generationen. Es existieren bedeutende Transfers zwischen den Generationen. Damit ist hier vor allem die immaterielle Seite gemeint, die zwischenmenschliche Begegnung jenseits von familiären Bindungen. Bindungen zwischen den Generationen können im Alltag vielfältige Formen annehmen – von Unterstützung über gemeinsame Freizeit- und Alltagsgestaltung bis hin zu einer engen Freundschaft.

Eines jedoch ist fast allen Initiativen gemeinsam: Aus gemeinsamen Projekten und Unternehmungen ergeben sich für Ältere und Jüngere bereichernde Erfahrungen. Die jüngere Generation kann dabei das Wissen und die Erfahrung Älterer für die eigenen (Lebens-)Aufgaben nutzen. Sie gewinnt Erkenntnisse über den Prozeß des Alterns, dem sie selbst entgegenstrebt. Sie erlebt „familiäre“ Bindungen, die vielfach verlorenzugehen drohen. Sie kann an „erlebter Geschichte“ teilhaben, die ihr in dieser Form sonst nicht vermittelt wird. Sie kann Unterstützung gewähren, wo sie nötig ist, und auf eine besondere Weise das Gefühl der Nützlichkeit und Sinnstiftung erfahren.

Und noch etwas können generationsübergreifende Initiativen leisten. Nach Schlüsselbefunden der *12. Shell-Jugendstudie* scheint es eine besondere Stärke gerade der älteren Generation zu sein, jüngere Menschen zu sozialer und gesellschaftlicher Aktivität ohne Zwangscharakter zu bewegen. Nicht selten bildet sich dabei das Bewußtsein heraus, daß Junge und Alte letztlich identische Interessen haben, die gemeinsam sogar besser durchgesetzt werden können. Hier die Jungen, deren Fähigkeiten und Potentiale von der Gesellschaft noch nicht nachgefragt werden – dort die Alten, deren Kompetenz und Wissen scheinbar nicht mehr benötigt wird.

Kontakte zwischen den Generationen, dies zeigen Forschungsarbeiten, sind heute trotz vieler positiver Ansätze weitaus weniger selbstverständlich als noch vor Jahrzehnten. Sie sind von einer Breitenbewegung noch weit entfernt. Sie müssen vielfach neu gestiftet werden, es fehlt die „Infrastruktur“ des Dialogs, welche die überkommenden Formen des Zusammenlebens den Generationen noch automatisch geboten haben. Institutionen wie das „Projektbüro Dialog der Generationen“ in Berlin können helfen, eine derartige Infrastruktur zu fördern.

Der Kultur der Ressentiments steht gegenwärtig, noch ein wenig bescheiden, eine Kultur des Ausgleichs und der Verständigung zwischen den Generationen gegenüber. Es ist eine Kultur der Neugier und der Wahrnehmungslust, die Vorstellungen positiver gesellschaftlicher Veränderungen ins Bewußtsein rücken kann. Veränderungen, nach denen die Fähigkeiten und Stärken auch der älteren Generation ihren Platz haben und nach denen Kooperation zwischen den Generationen auf der Wertschätzung je unterschiedlicher Vorzüge aufbaut: hier Erfahrung – dort Innovations- und Risikolust.

Damit wir uns nicht mißverstehen: Der Dialog der Generationen findet nicht auf dem Plüschsofa statt, er ist nicht ohne die manchmal streitbare Auseinandersetzung und schon gar nicht unter Verzicht auf die eigene Wahrheit zu haben. Diese Erkenntnis lehrt uns im Grunde schon der griechische Philosoph *Heraklit*, wenn er schreibt: „Erst wenn das Widerstreitende zusammentritt, entsteht aus den Absonderungen Harmonie ...“

Welche Empfehlungen ergeben sich an Gesellschaft und Politik?

(1) Stärkung der Infrastruktur des Generationendialogs, Ausbau und Förderung von Koordinierungsstellen für die Multiplikatorenarbeit (zum Beispiel „Projektbüro Dialog der Generationen“)

(2) Förderung von Modellprojekten, die den Zusammenhang zwischen generationsübergreifenden Aktivitäten und einem gesunden und kompetenten Altern beispielhaft illustrieren

(3) Förderung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evaluation im Kontext generationsübergreifender sozialer Arbeit

(4) Unterstützung von Grundlagenforschung zu Generationenbeziehungen als Träger eines kulturellen und sozialen Umbruchs im kommenden Jahrhundert

(5) Nutzung der vorhandenen Infrastruktur generationsübergreifender Projektarbeit für Gesundheitskampagnen

Forum V

Mitverantwortliches Leben im Alter – das Modellprogramm Seniorenbüro

Beate Fachinger, Bonn

1. Demographische Entwicklung und Wandel innerhalb der Gruppe der Älteren

Aufgrund langfristiger Entwicklungen verändert sich – nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland – die Altersstruktur der Bevölkerung. Bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenhäufigkeit steigt die Lebenserwartung. Heute beträgt der Anteil der älteren Menschen (60 Jahre und älter) nahezu 22% der Bevölkerung – dies entspricht etwa dem Anteil der unter 20jährigen. Prognosen zufolge wird der Anteil der Älteren im Jahre 2030 auf ca. 30% ansteigen, während der Anteil der unter 20jährigen auf ca. 16–17% sinken wird.

Ein heute 60jähriger Mann hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von 78,2 Jahren, eine altersgleiche Frau von 82,6 Jahren. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt heute unter 60 Jahren, d.h. beim Ausscheiden aus dem Erwerbsleben blicken die älteren Menschen auf eine weitere Lebensspanne von knapp (Männer) bis über 20 Jahre (Frauen). Im Vergleich zu früheren Alterskohorten starten sie in diesen „dritten Lebensabschnitt“ mit deutlich besseren Bedingungen bezogen auf Aspekte wie zum Beispiel Gesundheit, materielle Situation, Bildung. Sie verfügen über Lebenserfahrung und Zeitressourcen.

In diesem Zusammenhang stellen sich die Fragen: Wie wollen ältere Menschen ihre Ressourcen einsetzen und welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen begünstigen – oder verhindern – deren Einsatz?

2. Freiwilliges Engagement im Seniorenalter

Die Ergebnisse von Untersuchungen zum freiwilligen Engagement differieren zahlenmäßig (über alle Altersgruppen hinweg); dies ist vor allem auf



Unterschiede in der Definition des Engagements/des Ehrenamtes zurückzuführen und auf sonstige Erfassungsprobleme, die zum Beispiel durch unterschiedlich definierte Altersgrenzen die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen erschweren. Als durchgängiger Trend der Ergebnisse ist jedoch festzuhalten, daß in der mittleren Altersgruppe, in der Gruppe der Erwerbstätigen, der Anteil der freiwillig Engagierten höher ist als bei den Älteren; innerhalb der Gruppe der Älteren nimmt der Anteil der in Engagementbereichen Tätigen ab dem Alter von 75 Jahren deutlich ab.

Trotz hoher Zeitressourcen sind ältere Menschen also in geringerem Maße freiwillig engagiert als Jüngere. Dies wirft Fragen auf. Mag für die Altersgruppe ab 75 Jahren das Thema „körperliche Einschränkungen“ eine Rolle spielen, so ist dies bei den „jüngeren Alten“ in der Regel nicht zu erwarten.

3. Motivation zum Engagement

Seit längerem wird in der Fachliteratur ein Wandel beschrieben, der sich mit dem Stichwort „Neues Ehrenamt“ bezeichnen läßt; charakterisiert ist dieses durch Motivationsaspekte, die verstärkt in den Vordergrund treten: Nicht mehr Altruismus und karitative Motive, sondern ein „modifizierter Altruismus“, ein „Ehrenamt für sich und andere“ überwiegen. Man möchte durch sein Engagement anderen helfen, nützlich sein, ebenso soll das Engagement auch Gewinn für das eigene Leben bedeuten.

An vorderer Stelle stehen dabei die Mitgestaltung und Mitbestimmung über die Tätigkeit, freie Zeiteinteilung und Anerkennung der Tätigkeit. Letztere bedeutet für Seniorinnen und Senioren zunehmend weniger „Orden und Anstecknadel“; stärker im Vordergrund stehen Aspekte wie Weiterbildung, Kontakte, Erfahrungsaustausch. Zunehmend sind ältere Menschen am Aufbau eigener Projekte interessiert. Diese Erkenntnisse spiegeln sich in den Befragungen der Nutzer und Nutzerinnen der Seniorenbüros (die in der Folge näher beschrieben werden) wider.

Als Barrieren und Hemmnisse konnten in den Befragungen insbesondere herausgefiltert werden:

- mangelnde Information über Tätigkeitsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen
- Gefühl, als Ehrenamtliche/r nicht ernst genommen zu werden
- Befürchtung, nicht kompetent genug zu sein
- Vermutung, zu alt zu sein

Die von Verbänden thematisierten Forderungen nach Aufwandsentschädigungen, Steuererleichterungen, Versicherungsschutz, Rentenabsicherung spielten bei den vorliegenden Befragungsergebnissen aus den Seniorenbüros keine herausragende Rolle; dies kann daran liegen, daß die Seniorenbüros weitestgehend Aufwandsentschädigungen und Versicherungsschutz realisiert haben.

Obschon dies oft vermutet wird, ist der Gesundheitszustand für sich genommen keine Begründung für mangelndes Engagement. Der stärkste positive Zusammenhang findet sich zwischen Engagement und Bildungsstand. Die zukünftigen Alten werden über höhere Bildungsabschlüsse und auch verbesserte berufliche Bildung verfügen; daher kann auch mit einem Anstieg der Bereitschaft zum Engagement gerechnet werden. Dabei stellt sich die Frage nach den strukturellen Voraussetzungen für Engagementförderung, hier speziell Engagementförderung im Alter.

4. Wege der Engagementförderung am Beispiel des Modellprogramms Seniorenbüro des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Vorbemerkung

Einzelne Bundesländer (zum Beispiel Baden-Württemberg [„Senioren-genossenschaften“], Saarland, Sachsen und Brandenburg [„Aktion 55 plus“], Thüringen) engagieren sich vermehrt bei der strukturellen Förderung von ehrenamtlichen Initiativen Älterer. Die Regelförderung der ehrenamtlichen Initiativen und Träger obliegt bei der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland der Zuständigkeit von Ländern und Kommunen. Der Bund hat die Möglichkeit, durch Modellförderung Anregungen für neue Wege, neue Initiativen zu geben. Die Finanzierungsmöglichkeiten des Bundes bestehen auch nur für die Dauer der Modellphase. Nach Ablauf dieser Phase hängt es vom Erfolg des Modells und der Finanzierungsfähigkeit der Länder, Kommunen oder sonstigen Träger ab, ob es zu einer Regelförderung kommt.

Ziel und Kernaufgaben der Seniorenbüros

Ziel des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend war es, eine Infrastruktur der Engagementförderung im Alter aufzubauen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 1992 das Modellprogramm Seniorenbüro mit 43 Standorten in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt.

Als Kernaufgaben der Seniorenbüros waren vorgesehen:

- Beratung älterer Menschen über Aktivitätsmöglichkeiten, die ihren Interessen und Fertigkeiten entsprechen
- Vermittlung an Träger ehrenamtlichen Engagements
- Hilfe beim Aufbau eigener Projektgruppen und Initiativen

In der praktischen Arbeit kamen hinzu:

- Unterstützung von Gruppen und Initiativen bei ihren Aufgaben
- Vernetzung der örtlichen Aktivitätsangebote
- Information über Rahmenbedingungen des ehrenamtlichen Engagements
- Beratung von Fachleuten über engagementunterstützende Altenarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit

Weiterhin kamen Aufgabenstellungen je nach örtlicher Bedarfslage hinzu, z.B. Ausgabe von Seniorenpässen, Geschäftsstelle für den Seniorenbeirat, Übersicht über Altenwohnungen etc.

Ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts

Nutzerprofil:

Seniorenbüros werden in erster Linie von Menschen in der nachberuflichen und nachfamilialen Lebensphase (71 %) genutzt, daneben aber auch von Fachleuten der Altenarbeit und der Engagementförderung (20 %), von kommunalen Entscheidungsträgern und Journalisten (3 %) sowie von Gruppen und Initiativen (7 %). Auf der Basis von 33 Seniorenbüros wurden in den Jahren 1994 und 1995 36.300 Nutzer mit 95.300 Kontakten ermittelt. Erwartungsgemäß waren bei den älteren Menschen hauptsächlich Frauen die Nutzerinnen von Seniorenbüros (mit 64 %), die Nutzung von durch Männer (mit 36 %) liegt jedoch erheblich höher als deren Teilnahme an den traditionellen Angeboten der Altenarbeit, hier konnte eine Bedarfslücke geschlossen werden. Die Altersstruktur zeigt, daß vorrangig die jüngeren Jahrgänge angesprochen werden: 37 % sind jünger als 60 Jahre, 42 % sind zwischen 60 und 69 Jahren, 21 % sind 70 Jahre und älter. Es überwiegen Rentner/Pensionäre (62 %), aber immerhin 17 % sind Vorruheständler. 55 % sind verheiratet, 45 % sind alleinlebend.

Die anfängliche Befürchtung, es käme zu einem Abwerben von Seniorinnen und Senioren bei anderen Trägern, konnte eindeutig widerlegt werden. Drei Viertel (73 %) der erreichten Seniorinnen waren bisher nicht engagiert. Dies zeigt auch, daß im Alter bei entsprechender Förderung neue Lebensentwürfe aufgegriffen und realisiert werden.

Insgesamt 45 % der Seniorinnen und Senioren, die ein Seniorenbüro besuchen, sind von vornherein zu einem freiwilligen Engagement bereit (in den alten Bundesländern 50 %, in den neuen Bundesländern 39 %), 55 % sind (vorerst) an einer Teilnahme an Veranstaltungen und Aktivitäten interessiert. Es zeigt sich, daß durch Teilnahmeangebote in Seniorenbüros (z.B. selbstorganisierte Wandergruppe, Museumsbesuch, Englischkonversation u.ä.) die Hemmschwelle zur Übernahme eines freiwilligen Engagements gesenkt werden kann. Viele ältere Menschen, die grundsätzlich aufgeschlossen sind, brauchen erst einmal die Möglichkeit, unverbindlich an Veranstaltungen teilzunehmen, an einem Schnupperangebot zu partizipieren, bevor sie sich eigene Aktivitäten zutrauen.

Von den engagementbereiten älteren Menschen sind nur verhältnismäßig wenige (22 %) an der Übernahme eines traditionellen Ehrenamtes interessiert, aber die weitaus meisten (69 %) an Aktivitäten in Gruppen der Selbsthilfe und des „Neuen Ehrenamts“. Ältere Menschen möchten ihre berufliche Erfahrung einsetzen und außerberufliche Fähigkeiten oder allgemeine Lebenserfahrung weitergeben. Gerade in den neuen Bundesländern besteht auch ein großes Bedürfnis, „etwas ganz anderes als früher“ zu tun (55 % gegenüber 21 % in den alten Bundesländern).

Seniorenbüros gibt es im ländlichen Raum, in Mittelstädten und in großstädtischen Ballungsgebieten. Ein Seniorenbüro mit hoher Nutzerzahl hat pro Jahr über 1.000 Nutzer, ein mittleres 500 und selbst Seniorenbüros mit niedriger Inanspruchnahme haben noch 210 Nutzer pro Jahr.

Bezogen auf Durchschnittswerte pro Seniorenbüro/pro Jahr konnten von rund 560 Nutzern 160 ältere Menschen in ein ehrenamtliches Engagement vermittelt werden. Von den insgesamt pro Jahr vermittelten Seniorinnen und Senioren wurden 1.310 in Gruppen und Projekte vermittelt, die vom Seniorenbüro initiiert wurden, 1.300 in bereits bestehende Gruppen und Vereine. Das geringere Interesse am klassischen Ehrenamt wird daran deutlich, daß sich im Vergleich zu diesen rund 2.100 Personen lediglich 1.415 an der Aufnahme eines Engagements in Verbänden und Einrichtungen interessiert zeigten.

Tätigkeitsbereiche:

Es wurden sieben Bereiche identifiziert, in denen ältere Menschen in Projekten oder bei freien Trägern und Einrichtungen ehrenamtlich tätig sind:

(1) Bildung und Kultur

Beispiele: • Arbeit mit Computern • Bibliotheks-, Archivarbeiten • Foto-, Videoarbeit • Geschichtswerkstatt • Mundartpflege • Redaktion einer Seniorenzeitung • Schreibwerkstatt, Literaturkreis • Singen, Musizieren, Theater spielen • Sprachen • Wissens-, Interessen-, Kontaktbörse • Zeitzeugenbörse

(2) Hilfen im Alltag, soziale und gesundheitliche Selbsthilfe

Beispiele: • Babysitterdienst, Leihoma/-opa • Behinderten- und Krankenhilfe • Beratung bei Renten-, Wohngeldfragen • Besucherdienste im Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim, zu Hause • Betreuung nach dem Betreuungsgesetz • gesundheitsorientierte Selbsthilfegruppen • Hausaufgabenbetreuung • gesunde Ernährung • Kurse zur Vorbereitung auf den Ruhestand • Mitarbeit in Kleiderkammern • Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger • Sterbe- und Trauerbegleitung • Telefonkette/-treff • Unterstützung bei Einkäufen, Behördengängen, Arztbesuchen u.ä. • Vorlesen

(3) Kontakte und gemeinsame Unternehmungen

Beispiele: • Internationale Begegnungen • Mitarbeit in Altenclubs und Begegnungsstätten • Reisebetreuung • Seniorencafé • Treff für Allein-stehende

(4) Altenpolitisches Engagement

Beispiele: • Einsatz für altenpolitische Ziele • Heimbeirat • Mitarbeit in kommunaler Seniorenvertretung • Mitarbeit in Seniorengruppen von Parteien, Gewerkschaften • Mitarbeit in Seniorenorganisationen und Sozialverbänden • Mitarbeit in Stadtteilgruppe, Bürgerverein • Seniorenvertrauensleute

(5) Handwerkliche und wirtschaftliche Tätigkeiten

Beispiele: • Beratung von Unternehmen als Seniorenexperte • Gartenarbeit • Nähen, Handarbeiten • Kleinreparaturdienst

(6) Sport und Bewegung

Beispiele: • Wandern, Radfahren, Radwandern • Gymnastik • Mitarbeit im Sportverein • Schwimmen, Wassergymnastik • Selbstverteidigung • Yoga

(7) Wohnen, Wohnumfeld und Umweltschutz

Beispiele: • Mitarbeit im Naturschutz • Müllvermeidung • Senioren im Straßenverkehr • Tierpflege • Verkehrsberuhigung • Wohnanpassung, altengerechtes Wohnen • Wohnprojekte

Einen besonderen Schwerpunkt bilden Aktivitäten, in denen ältere Menschen mit jüngeren zusammenkommen, gemeinsame Aktivitäten entfalten oder ihr Erfahrungswissen weitergeben.

In einer Umfrage bei den Seniorenbüros des Modellprogramms konnten im Jahr 1997 bereits 49 Jung-Alt-Projekte ermittelt werden, die durch Seniorenbüros aufgebaut wurden. Bei der im Internationalen Jahr der Senioren von der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (BaS) ausgerufenen Woche der Generationen waren 30 Seniorenbüros mit einer Vielzahl von Veranstaltungen, Aktivitäten und Projekten vertreten.

Die Seniorenbüros sind regional und überregional in vielfältige Kooperationsbeziehungen eingebunden. Herausragende Beispiele sind der Aufbau von Sportgruppen in Kooperation mit dem Deutschen Turnerbund (gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) sowie Aktionstage mit dem Internet-Mobil des Vereins „Senioren in der Wissenschaft“ (gefördert durch das Bundesministerium für Forschung und Technologie).

5. Situation nach Auslaufen des Modellprogramms

Über 90% der Seniorenbüros des Modellprogramms haben die Anforderungen der Engagementförderung erfüllt und konnten eine Dauersicherung erreichen. Dies ist eine außerordentlich hohe Zahl und gerade angesichts der schlechten Finanzsituation vieler Kommunen bemerkenswert. Bereits während der Laufzeit des Modellprogramms ist eine Reihe von Seniorenbüros ohne Bundesförderung entstanden, heute existieren rund 150 Seniorenbüros im gesamten Bundesgebiet.

Für den Erfolg und die Anerkennung des im Modellprogramm Seniorenbüro gewählten Ansatzes der Engagementförderung Älterer spricht auch, daß die kommunalen Spitzenverbände sich für einen weiteren Ausbau der Seniorenbüros ausgesprochen haben. In Thüringen ist der flächen-deckende Aufbau von Seniorenbüros vorgesehen. Gleichzeitig wird das Land Thüringen Mittel für die Fort- und Weiterbildung Ehrenamtlicher zur Verfügung stellen.

6. Fazit und Ausblick

Der im Modellprogramm Seniorenbüro des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingeschlagene Weg zur Engagementförderung Älterer hat sich bewährt. Aspekte des „Neuen Ehrenamts“ wurden berücksichtigt und entsprechende motivationsfördernde Angebotsstrukturen wurden aufgebaut, engagementhemmende Barrieren weitgehend vermieden. Es hat sich deutlich gezeigt, daß auch bisher nicht ehrenamtlich Engagierte durch die Angebotsstruktur den Weg in ein solches Engagement finden; d.h. vorhandener Bereitschaft wird durch die strukturellen Rahmenbedingungen der Weg ins Engagement geebnet, es wird darüber hinaus Bereitschaft geweckt. Auch bisher „brachliegende“ Potentiale konnten so – gewinnbringend für den einzelnen und andere – erschlossen werden.

In der Diskussion um die Modernisierung und Weiterentwicklung des Sozialstaats kommt dem gesellschaftlichen Engagement der Bürgerinnen und Bürger hohe Bedeutung zu; gemäß dem Leitbild des aktivierenden Staates heißt es in den Koalitionsvereinbarungen vom 20.10.1998: „Wo Bürgerinnen und Bürger gesellschaftliche Aufgaben in Eigeninitiative und gesellschaftlichem Engagement lösen, soll der Staat sich nicht an ihre Stelle setzen, sondern sie unterstützen“. Und: „... Die Gesellschaft kann auf das Engagement und die Erfahrung der Älteren nicht verzichten ...“

Lebenserfahrung und fachliches (nicht nur berufsbezogenes) Wissen Älterer ist Humankapital; in der nachberuflichen Phase verbunden mit größerer Zeitautonomie ist dies ein Kapital, das von der Gesellschaft benötigt wird. „Angebot“ und „Nachfrage“ finden jedoch oft nicht zueinander; daher bedarf es der entsprechenden Strukturen, die helfen, diese beiden Seiten in Kontakt zu bringen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird auch nach Abschluß des hier kurz skizzierten Modellprogramms diesen Themenbereich weiterbearbeiten, d.h. Wege und Strukturen der Engagementförderung und der Weitergabe des Erfahrungswissens Älterer unterstützen.

Forum V

Kreatives Leben bei geistiger Behinderung im Alter – das Förderkonzept des Heilpädagogischen Centrum Augustinum

Markus Rückert, München

Nur eine Vorbemerkung: Der heilpädagogische Bereich des Augustinum, in dem mittlerweile über 800 Menschen mit einer geistigen Behinderung lernen, leben und arbeiten, versteht sich als Begleiter des Lebens der Kinder und Jugendlichen, die uns von ihren Eltern anvertraut werden. Die klassischen Einrichtungen von der Frühförderung über Schule/Tagesstätte bis hin zu verschiedenen Werkstätten und einem breiten Angebot in 12 kleinen (6–12 Bewohner), über den ganzen Norden Münchens verteilten Wohngruppen stehen bei uns zur Verfügung, in denen Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ihren Lebensmittelpunkt haben. – Was bei uns besonders ist, ist die ökonomisch nicht unbedeutende Tatsache, daß sich immer mehr alte Eltern und zunehmend auch schon junge Eltern per Darlehen an der Finanzierung eines Wohnplatzes für ihr Kind beteiligen wollen, nachdem öffentliche Finanzierungen nur noch zögernd zugesagt werden. Sie tun das allerdings nur unter der Zusage unsererseits, ihr nunmehr erwachsenes Kind auch über ihren Tod hinaus bis zu seinem Tod unter unserem Dach zu behalten. Das bedeutet, daß wir diesen Menschen ein schlüssiges, lebenswertes und hochwertiges Angebot im Alter machen müssen. Und die andere wichtige Möglichkeit, die wir für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung bereithalten, ist eine Vielzahl an Fort- und Weiterbildungsangeboten für diese spezielle Zielgruppe, die im Rahmen eines Kurssystems wie in einer „Volkshochschule“ in unserem Haus unterbreitet werden können.

Kompetenz

Es ist mittlerweile Common Sense in der Arbeit mit geistig Behinderten, daß das Ziel aller sozialpädagogischen, psychologischen und ökonomischen Anstrengungen die weitgehende Selbständigkeit der Lebensführung



dieser Personengruppe ist. Alle Anstrengungen der Mitarbeiter richten sich darauf, behinderte Jungen und Mädchen von frühester Kindheit an zu befähigen, sich in ihrem Lebensumfeld nach Möglichkeit selbständig zu bewegen und zurechtzufinden. Dazu gehören nicht nur die klassischen Techniken der Alltagsbewältigung (wie Lesen, Schreiben, Einkaufen, mit Geld umgehen, Essen zubereiten, eine kleine Wohnung oder ein Zimmer einrichten und sauber halten, Hygiene und Körperpflege betreiben), sondern auch Kulturtechniken (wie Umgang mit Schreibmaschine oder Computer, Nutzen der Zeitung, Fahrpläne studieren und verstehen, Bus-, S-Bahn- oder U-Bahn fahren, ins Schwimmbad oder ins Kino oder ins Stadion gehen können) oder kreative Inhalte der Freizeitgestaltung (wie Musikmachen, Malen, Theaterspielen oder Reisen mit all seinen Vorbereitungen).

Im Leben unserer Werkstätten werden diese Techniken als arbeitsbegleitende Maßnahmen angeboten (es gibt eine äußerst erfolgreiche und sogar rentierliche Malwerkstatt bei uns), und in unseren Wohngruppen werden diese Dinge alle und ständig vorgelebt und geübt, ja geradezu exerziert. Darüber hinaus können wir den Bewohnern unserer Wohngruppen und denjenigen Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung, die noch zuhause leben, diese Bildungsmaßnahmen auch im Rahmen unserer kleinen Volkshochschule anbieten; die Angebote werden jährlich verändert und seit vielen Jahren rasant nachgefragt.

Wir halten das für eine wichtige Bedingung nicht nur einer lebenslangen Begleitung dieser Menschen, sondern auch einer Förderung und Erhaltung von Kompetenz zur Lebensbewältigung – gerade dann auch für das Alter. Dadurch gewinnt jede Lebensphase, auch das spätere Leben, eine ganz vitale Qualität. Wir gehen – obwohl dafür die Erfahrung, geschichtlich bedingt, noch nicht ausreichend angesammelt ist – allerdings davon aus, daß gerade in den späteren Jahren eines Menschen mit geistiger Behinderung Kompetenzen schneller verloren gehen, wenn sie nicht erhalten, sprich geübt werden.

Wir glauben, daß der Wunsch, etwas noch zu können oder etwas, weil es ganz neu ist, auch im Alter neu zu lernen, von Lebenslust und seelischer Gesundheit zeugt und daher einer ist, den alle Menschen gleichermaßen haben können. Unser Förderkonzept eines kreativen Lebens im Alter sieht also ganz besonders penetrant eine erhaltende Förderung in all den oben genannten Dingen und auch in den späten Jahren vor und hat insofern einen gewissen rehabilitativen Anspruch.

Integration

Integration ist ein Ziel, das im wesentlichen stets die Außenseiter haben, nicht die herrschende Menge. Wir haben dieses Ziel darum nicht um jeden Preis. Zentrum unserer Bemühungen um Integration sind unsere Wohngruppen, und wir wünschen uns, daß auch unsere älteren Mitbewohner dann bleiben können, wenn sie ganz oder gleitend aus dem Berufsleben in unseren beschützenden Werkstätten ausgeschieden sind. Das wäre ein kleiner Beitrag zum intergenerationellen Leben unter einem Dach. Und es wäre die wichtige Integration in das Gewohnte und Geliebte, wenn gleichzeitig eine emotionale Anbindung an den alten Arbeitsplatz räumlich ermöglicht wird. Und wenn man da hin und wieder einmal gebraucht wird.

Das Leben in den Wohngruppen vollzieht sich ähnlich dem einer Familie, Es ist aber das wesentliche Standbein, das Halt und Sicherheit gibt, um auch das Spielbein mit seinen integrativen Träumen gebrauchen zu können. Das Spielbein ist dann die Ausübung des Eingebühten der Alltagskompetenz im Umfeld der Heimat, mit der unmittelbaren Nachbarschaft, im Stadtteil, im Miteinander mit den leiblichen Geschwistern etc., in der die Behinderten zuhause sind. Beides zusammen bildet den Kern unserer Bemühungen um Erhaltung und Stärkung der sozialen Integration. Integration hat bei uns schließlich noch einen anderen Klang: die Älteren sollen – wie in der Familie – helfen, die Jüngeren, die gerade erst in die Werkstätten und Wohngruppen kommen, ihrerseits zu integrieren, ihnen der Pate zu sein, der ihnen den Einstieg in diese neue Phase des Lebens, in diese neue Familie erleichtert.

Eine Wohngruppe ist allerdings später – wie im richtigen sozialpolitischen Leben auch – möglicherweise nicht in jedem Fall geeignet, einen Bewohner auch im Fall der pflegerischen Betreuung in seinen verschiedenen Stufungen behalten zu können. Dennoch ist es uns entscheidend wichtig, daß gerade Menschen mit einer geistigen Behinderung früh wissen, daß sie und wo sie zuhause sind, und auch, daß sie bis zum Tod in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können. Das wollen wir ihnen und zuvor noch viel dringender ihren Eltern versprechen. Und dieses Versprechen wollen wir auch halten.

Die Hilfe bei der Bewältigung des Altwerdens und Altseins muß allerdings zunächst eine rehabilitative sein, die so lange wie irgend möglich versichert, die Selbständigkeit des einzelnen allen subsidiären Gebilden gegenüber zu erhalten. Das ist bei Behinderten um so dringender, als sie

die im Alter unweigerlich auftretenden sozialen und individuellen Verlust-
erfahrungen stärker treffen als nicht Behinderte, da ihre soziale Umwelt
rein zahlenmäßig eng begrenzt ist und sie ihre eigene abnehmende
Lebenskraft gedanklich weniger durchdringen und verarbeiten können.
Gerade darum ist die Stabilität ihrer Heimat so wichtig. Wir beabsichtigen
daher, in unmittelbarer Nähe zu unserer Gärtnerei eine eigene Wohn-
gruppe mit Pflegemöglichkeit für diejenigen zu schaffen, deren Kräfte zu-
sehends abnehmen, die aber viel mehr als nicht Behinderte darauf ange-
wiesen sind, ihr bisheriges soziales und emotionales Umfeld zu erhalten.

Verlässlichkeit

Das höchste Gut, das wir zu verantworten haben, ist allemal die Verlässlich-
keit. Und hier steht immer wieder die nicht einfache Diskussion mit der
Politik an. Denn Politik ist das Geschäft mit den wechselnden Mehrheiten,
den sich wandelnden Wertvorstellungen, den Trends des Zeitgeistes. Dem
allem hat ein Mensch mit geistiger Behinderung wenig entgegenzusetzen,
nur das, was er eben gelernt hat; dabei ist er sehr auf Stabilität und Konti-
nuität angewiesen. Er kann politische wie auch geschichtliche Phänomene
nicht verstehen, er lebt eben mit deren Konsequenzen, wie sie ihn betref-
fen. Er braucht, um überleben zu können, ein verlässliches Umfeld, dem er
vertraut, einen Ort, der ihm Hort ist. Und da ist die Verbindlichkeit von
Sozialpädagogik und die Verlässlichkeit von Sozialpolitik gefragt. Und wir.

Wir können es nicht akzeptieren, daß das Leben eines behinderten Men-
schen von kleinster Kindheit an gefördert, gefördert, gefördert wird, er aber
dann, wenn er alt wird und aus gesetzlichen Rahmenbedingungen des
Arbeitslebens herausfällt, jeder Förderung entzogen wird. Gerade in einem
Zeitraum, den wir das Alter nennen und den die Wissenschaft als einen
besonders wichtigen, verwundbaren und deshalb förderungswürdigen er-
kannt hat – bei allen Menschen. Da dürfen wir nicht aufhören, das, was wir
teuer erkauft haben, nur noch unter den Kategorien der Pflegebedürftigkeit
zu sehen.

Wir haben daher mit unseren bayerischen Kostenträgern vereinbart, daß
zur Erhaltung der vielfältigen Kompetenz der alt gewordenen Beschäftigten
mit geistiger Behinderung in den nächsten Jahren modellhaft eben nicht
die Pflegeversicherung für diese Menschen zuständig ist, sondern daß sie
weiter im Bereich der Eingliederungshilfe des BSHG bleiben können. Nun
liegt es an uns zu beweisen, daß wir mit unserem Konzept Recht haben.
Wir hoffen es – im Sinne der Verlässlichkeit.

Überblick über die in den Foren erarbeiteten Kernaussagen

Forum I

(1) Die Prävention im hohen und höchsten Lebensalter muß ausgebaut
werden. Dabei sind vier Aspekte der Prävention besonders hervorzuheben:
 Vermeidung von Krankheiten durch gesundheitsbewußten und aktiven
Lebensstil

Vermeidung chronischer Krankheiten bei eingetretenen Risikofaktoren
 Vermeidung von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit als mögliche Folgen
chronischer Krankheiten

Erhaltung von Funktionen (vor allem durch Rehabilitation) bei einge-
tretener Krankheit

(2) Der Erkennung und Behandlung von Risikofaktoren, Krankheiten und
funktionellen Einschränkungen im hohen und höchsten Alter ist in Zu-
kunft noch größere Bedeutung beizumessen als bisher. Dabei ist auch
auf die Umsetzung von Erkenntnissen aus Geriatrie, Gerontopsychiatrie
und Gerontologie zu achten.

(3) Systematische Bestandsaufnahme von Gesundheitskosten im Alter,
wobei die heute noch getrennt für den ambulanten und stationären Be-
reich sowie für die Krankenkasse und Pflegekasse berechneten Kosten
auch aus einer integrativen Sicht analysiert werden müssen. Diese
Bestandsaufnahme bildet die Grundlage für die Weiterentwicklung von
Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen auch unter dem
Aspekt des verantwortlichen Umgangs mit Ressourcen.

(4) Es sollte darauf hingewirkt werden, daß Erkenntnisse der Alters-
forschung Eingang in die Konzepte jener Institutionen finden, die Einfluß
auf den gesellschaftlichen Umgang mit Alter ausüben. Zum Beispiel sind
hier Schulen, soziokulturelle Einrichtungen und Medien zu nennen.

(5) Jene Merkmale der Lebenslage eines Menschen, die sich negativ auf
dessen Gesundheit auswirken, sollten stärker berücksichtigt und bei der
Entwicklung gesundheitspolitischer Strategien ausdrücklich aufgegriffen
werden. Denn viele gesundheitliche Störungen im Alter sind auch Ergebnis
langanhaltender Risiken, Einschränkungen und Benachteiligungen, die für
bestimmte Lebenslagen charakteristisch sind.

(6) Bei der Entwicklung von politischen Maßnahmen ist noch größeres Gewicht auf die Gemeinde als den natürlichen Lebensort des Menschen zu legen. Es sollte also gefragt werden, inwieweit man durch gezielte Veränderungen auf Gemeindeebene einen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit im Alter leisten kann. Entsprechende Initiativen der Gemeinde und Modellprojekte in der Gemeinde sollten materiell und ideell unterstützt werden.

Forum II

(1) Die systematische Integration der Erkenntnisse der Altersforschung in alle Disziplinen und Bereiche des Gesundheitswesens ist dringend notwendig. Sie bildet eine zentrale Grundlage für das frühzeitige Erkennen möglicher Risikofaktoren sowie eingetretener Erkrankungen und für die effektive Therapie, Rehabilitation und Pflege älterer Menschen.

(2) Die niedergelassenen Ärzte sollten auch bei älteren Menschen regelmäßige Screening-Untersuchungen durchführen. Diese dienen dazu, Risikofaktoren (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie) und funktionelle Einbußen (z.B. Seh-, Hör-, Gangstörungen oder Inkontinenz) zu diagnostizieren und rechtzeitig eine Therapie oder Rehabilitation einzuleiten, bevor irreversible Schäden entstehen.

(3) Der Satz „Rehabilitation vor Pflege“ darf nicht länger nur „Leitbild“ sein, sondern er muß auch leistungsrechtlich umgesetzt werden.

(4) Es müssen Maßnahmen entwickelt werden, um die Forderung „Ambulant vor stationär“ praktisch noch stärker umzusetzen. Ambulante und mobile Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen, die diese Maßnahmen anbieten, sind zu fördern und gezielt zu evaluieren.

(5) Akutbehandlung sowie ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitation sind sehr viel stärker zu integrieren. Die Trennung von Einrichtungen nach § 111 und § 109 ist für geriatrische Patienten aufzuheben.

(6) An jedes große Krankenhaus ist eine geriatrische Fachabteilung mit einer Tagesklinik anzuschließen. Kliniken, die als Schwerpunkt die geriatrische Rehabilitation (einschließlich der geriatrischen Frührehabilitation) anbieten, müssen eng mit den benachbarten Kliniken kooperieren. Das geriatrische Assessment ist so schnell wie möglich nach Auftreten der Akut-

erkrankung durchzuführen. Akutversorgung und die anschließende geriatrische Rehabilitation sollten unter einem Dach im Krankenhaus erfolgen.

(7) Für alle stationären Einrichtungen (also für Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Heime) sind fachliche Standards zu erstellen. Darüber hinaus ist eine adäquate Infrastruktur sicherzustellen, durch die zur verbesserten Versorgung älterer Menschen beigetragen wird.

(8) Niemand darf sich mit einer Pflegebedürftigkeit abfinden, ohne daß eine Rehabilitation versucht worden wäre. Zur Umsetzung dieser Forderung ist die Schaffung einer geeigneten Infrastruktur im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich notwendig.

(9) Alter und Behinderungsgrad dürfen nicht als Kontraindikation für eine Rehabilitation interpretiert werden.

(10) Rehabilitationshemmnisse, die im System der Entschädigung durch die Pflegeversicherung liegen (je höher die Pflegestufe, desto höher die Entschädigung), sind abzubauen; an deren Stelle sollten vielmehr Qualitätsverbesserungen (im Sinne eines Bonussystems) treten.

(11) In Pflegeeinrichtungen sollten grundsätzlich einzelne Rehabilitationsleistungen angeboten werden. Darüber hinaus ist auf eine wohnliche Atmosphäre zu achten. Eine Absenkung der Beiträge zur Pflegeversicherung ist auch aufgrund dieser Forderung abzulehnen.

Forum III

(1) Älteren Menschen sollte die Möglichkeit fachpsychotherapeutischer Behandlung eröffnet werden. Die Wirksamkeit der fachpsychotherapeutischen Behandlung im Alter ist eindeutig erwiesen. Aus diesem Grunde sollte von lebensaltersbezogenen Rationierungen abgesehen werden.

(2) Die fachpsychotherapeutische Behandlung älterer Menschen muß ausreichend vergütet werden.

(3) Im stationären Bereich (vor allem in Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie) sind die notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die psychotherapeutische Behandlung zu schaffen.

(4) Im ambulanten Bereich sollten positive Leistungsanreize für die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen geschaffen werden.

(5) Es ist das übergeordnete Ziel, die fachpsychotherapeutische Behandlung älterer Menschen auf dem heute bereits erreichten, hohen wissenschaftlichen Niveau zu ermöglichen. Das von den wissenschaftlichen psychotherapeutischen Fachgesellschaften erarbeitete Programm zur Qualitätssicherung bildet eine anerkannte Grundlage für die Bewertung der Konzepte und der Ergebnisse der Behandlung.

(6) In den Tagessätzen stationärer internistisch-geriatrischer Versorgung sollten konsiliarische Leistungen aus dem Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin oder Gerontopsychiatrie enthalten sein.

Forum IV

(1) Gerontologische und geriatrische Kompetenz ist in den Gesundheitsberufen zu fördern. Aus diesem Grunde ist die Vermittlung von Grundlagenwissen und angewandtem Wissen notwendig.

(2) Es sollten vermehrt Anreize für die Prävention gegeben werden.

(3) Es sollte darauf hingewirkt werden, daß stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote stärker miteinander verbunden werden.

(4) Es sollten vermehrt geriatrische Abteilungen an große Krankenhäuser angeschlossen werden.

(5) Die psychosoziale Beratung und Begleitung sollte in den Leistungskatalog der Kassen aufgenommen werden.

Forum V

(1) Es sollte das Prinzip „Prävention vor Therapie und Rehabilitation“ gelten. Aus diesem Grunde sollte die Streichung des § 20 SGB V rückgängig gemacht werden. Die Bedeutung der Prävention für Gesundheit und Selbständigkeit im Alter kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

(2) Menschen mit geistiger Behinderung sollten auch nach Abschluß ihrer Beschäftigung (in Werkstätten) im Bereich der Eingliederungshilfe des BSHG bleiben können.

(3) Bildungsangebote für ältere Menschen mit geistiger Behinderung sollten, wenn sie der Erhaltung und Förderung alltagspraktischer Kompetenz dienen, als Rehabilitationsleistung gewertet werden.

(4) Die Kommunen sollten sich viel stärker als bisher ihrer Verantwortung für ein gesundes, selbständiges und zufriedenes Alter bewußt werden. Angebote für ältere Menschen, die in der Kommune entwickelt und unterbreitet werden, wirken sich positiv auf deren Lebensqualität aus. Das Bundesgesundheitsministerium sollte noch stärker in den Kommunen dafür werben, daß sich diese ihrer Bedeutung für ein gesundes, selbständiges und zufriedenes Alter bewußt werden. Dies könnte zum Beispiel durch die ideelle und materielle Unterstützung einzelner Projekte und Maßnahmen erfolgen.

(5) Modellprojekte, durch die die Stärken (Potentiale) der älteren Generation in einer sozial produktiven Weise genutzt werden und durch die zum Dialog zwischen den Generationen beigetragen wird, sollten ideell und materiell gefördert werden.

(6) Die bestehende Infrastruktur von Seniorenbüros oder von anderen Einrichtungen zur Förderung der Initiativen älterer Menschen sollte für Gesundheitskampagnen genutzt werden.

(7) Das Bundesgesundheitsministerium sollte die zahlreichen Modellprojekte zur Prävention und Rehabilitation (zum Beispiel zur ambulanten Rehabilitation von Schlaganfallpatienten) systematisch auswerten und prüfen, inwieweit die Konzepte und Ergebnisse dieser Projekte Anstöße für eine mögliche Erweiterung oder Ergänzung des Leistungskatalogs geben können.

(8) Das Bundesgesundheitsministerium sollte Initiativen anstoßen, die darauf zielen, Fragen der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung systematisch in die Lernzielkataloge (und damit in die Ausbildung) zu integrieren.

(9) Das Bundesgesundheitsministerium sollte darauf hinwirken, daß die künstliche Trennung von SGB V und SGB XI bei der Einleitung einer Rehabilitation aufgehoben wird. Nach geltendem Recht sollen die Pflegekassen bei den Leistungsträgern (in aller Regel sind dies die Krankenkassen) darauf hinwirken, daß eine Rehabilitation eingeleitet wird. In vielen Fällen wird dies von den Leistungsträgern als Ergebnis wirtschaftlicher Erwägungen abgelehnt. Durch eine Veränderung der Gesetzeslage könnte sichergestellt werden, daß jene älteren Menschen, bei denen eine Rehabilitation nach medizinischem Urteil sinnvoll ist, auch wirklich eine Rehabilitation erhalten.

(10) Das Bundesgesundheitsministerium sollte Modellprojekte, durch die zur Verbesserung der gesundheitlichen und psychischen Situation pflegender Angehöriger beigetragen wird, systematisch auswerten und prüfen, inwieweit sich deren Konzepte und Ergebnisse für die Erweiterung oder Ergänzung des Leistungskataloges eignen.

Politische Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit

Die nachfolgend aufgeführten Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit gründen auf Ergebnissen jener Diskussionen, die in den fünf Foren des Weltgesundheitstages 1999 geführt wurden. Die Empfehlungen wurden von Prof. Dr. Andreas Kruse (Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg) und Beate Robertz-Grossmann (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn) mit Unterstützung von Peter Ludwig Eisenberg (Kassel) und Dr. Joachim Wilbers (Trier) zusammengestellt und ausformuliert.

1. Gerontologisches Wissen in die Ausbildung der Gesundheits-, Sozial-, Pflege- und Verwaltungsberufe aufnehmen!

Die Altersforschung hat sich als Wissenschaftsdisziplin mittlerweile etabliert. Über mehrere Jahrzehnte konnten entscheidende neue Erkenntnisse über den Alternsprozeß und das Leben im Alter gewonnen werden. Jedoch haben die Ergebnisse der Gerontologie noch nicht im notwendigen Umfang Eingang in die verschiedenen Disziplinen und Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens gefunden. Sie müssen deshalb in die Lernzielkataloge der Gesundheits-, Sozial-, Pflege- und Verwaltungsberufe (insbesondere Sozialverwaltung) aufgenommen werden, damit sichergestellt werden kann, daß Fragen des Alterns bedeutender Bestandteil der Ausbildung sind.

2. Gesundheitskosten im Lebensverlauf systematisch ermitteln!

Eine systematische Ermittlung der Gesundheitskosten im Lebensverlauf und besonders im Alter ist vorzunehmen. Dabei sind die Kosten der Pflege und die Kosten von selbst bezahlten Behandlungen einzubeziehen. Nur auf dieser Basis sind Aussagen über Kosten und Nutzen verschiedener Gesundheitsstrategien zu treffen. Die Konsequenz aus dieser Empfehlung kann allerdings nicht sein, nur noch solche Strategien zu verfolgen, die kostensenkend wirken. Jedoch wird durch Kostentransparenz eine rationale Grundlage für Entscheidungen geschaffen, die gerade im Falle knapper Ressourcen unausweichlich sind.

Fast alle neuen Therapieverfahren, aber auch die gesamte Prävention und Rehabilitation werden mit zukünftigen Kostenersparnissen begründet. Dies ist jedoch in den meisten Fällen falsch, da möglichen Einsparungen im Einzelfall meistens eine Vergrößerung der Leistungsmenge gegenübersteht. Insofern ist der generelle Hinweis auf die angebliche Kostenersparnis durch Rehabilitation gefährlich. Wenn sich herausstellen sollte, daß Rehabilitation auf Dauer teurer ist als der Verzicht darauf, bleibt sie dennoch sinnvoll. Die Gesellschaft, aber auch jeder einzelne sollte jedoch wissen, wieviel etwas kostet, darum Kostentransparenz!

3. Prävention stärken!

Die Prävention muß gestärkt werden. Dazu haben u.a. Wissenschaft, Politik, Krankenkassen, die mit Prävention befaßten Berufsgruppen und Verbände sowie die Bildungsinstitutionen ihren Beitrag zu leisten. Präventive Maßnahmen mit dem Ziel, Gesundheit und Kompetenz bis ins hohe Alter zu erhalten, sollen unterstützt werden. Den Krankenkassen sollte wieder insgesamt mehr Spielraum für präventive Maßnahmen gegeben werden – vor allem sollten sie mehr Modellprojekte zur Prävention durchführen, die wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden. Auf der Basis der so gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen soll das Bundesministerium für Gesundheit in Koordination mit den Länderministerien, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Krankenkassen und den freien, nicht-staatlichen Initiativen Gesundheitskampagnen in überzeugender und verständlicher Form durchführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit oder eine von ihm eingesetzte Kommission/beauftragte Institution soll regelmäßig alle Vorschläge zur gesundheitlichen Prävention kritisch wissenschaftlich prüfen mit dem Ziel, sinnvolle von sinnlosen bzw. lediglich plausible von wissenschaftlich abgesicherten Programmen unterscheiden zu können. Präventionsbotschaften erreichen die Bevölkerung nur, wenn es sich nicht um ständig sich widersprechende oder kurzfristig widerrufenen Empfehlungen zur gesunden Lebensgestaltung handelt. (In den letzten Jahren war dies zum Beispiel insbesondere bei den Fragen gesunder Ernährung der Fall.) Ähnlich wie bei der „Ständigen Impfkommision“ könnten so die neuesten Erkenntnisse gesichtet und sowohl der breiten Öffentlichkeit als auch den Ärzten und anderen mit der Prävention befaßten Berufsgruppen zur Verfügung gestellt werden.

Den Krankenkassen sollten mehr Spielräume eröffnet werden, durch die diese selbst entscheiden können, welche Leistungsschwerpunkte sich hier anbieten – sie könnten u.a. damit auch die Probleme und Bedürfnisse ihrer jeweils besonderen Versichertengruppe besser berücksichtigen.

Im übrigen gilt natürlich gerade bei der Prävention auch der Vorrang der Eigenverantwortlichkeit: Jeder muß ein eigenes Interesse daran haben, daß er nicht erkrankt – u.U. muß dieses Interesse jedoch mit besonderen Maßnahmen verstärkt geweckt werden. Dadurch verbleibt eine ganze Reihe von gesundheitsfördernden Alltagsalternativen im Bereich der privaten Lebensführung, die privat zu bezahlen und eben keine Kassenleistungen sind. Ausgenommen hiervon sind jedoch zum Beispiel bestimmte Impfungen oder ärztliche Untersuchungen – gerade bei letzteren muß jedoch ein strenger Nachweis der präventiven Effekte gefordert werden, damit nicht unsinnige Diagnostik ohne Konsequenzen betrieben wird.

4. Das Leitbild „Rehabilitation vor Pflege“ leistungsrechtlich absichern!

Das Leitbild „Rehabilitation vor Pflege“ ist bisher erst mangelhaft leistungsrechtlich abgesichert. Ein Problem ist dabei die in der Geriatrie besonders künstlich wirkende Trennung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation. Daher ist anzustreben, daß in der Geriatrie eine Integration von Einrichtungen gemäß § 111 SGB V (Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) und § 109 SGB V (Krankenhäuser) erfolgt, die sich auch in den Krankenhausplänen der Länder niederschlägt. Weiterhin muß es zu einer Integration von Pflege- und Krankenkassen bei der Feststellung der Notwendigkeit geriatrischer Rehabilitation und deren Kostenübernahme kommen. Durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten für Pflege- und Krankenkassen nach SGB XI bzw. SGB V kommt zur Zeit nicht allen Menschen eine Rehabilitation zugute, bei denen sie nach medizinischem Urteil sinnvoll wäre.

Eine Erleichterung bei der Bereitstellung einer effektiven und kostengünstigen Rehabilitation bilden der Ausbau ambulanter Strukturen sowie die Anbindung von Rehabilitationseinrichtungen an die stationäre Altenhilfe oder die Kurzzeitpflege. Auch ältere Menschen mit Demenzerkrankungen haben ein Recht auf geeignete Rehabilitation. Zur Zeit sind diese Erkrankungen häufig Hinderungsgründe für die Aufnahme einer Rehabilitation.

5. Geriatrische Versorgung wohnortnah vorhalten!

Für die Behandlung älterer Menschen mit Mehrfacherkrankungen eignen sich besonders gut geriatrische Abteilungen. Diese sind in ausreichendem Umfang wohnortnah vorzuhalten. Nicht alle Patienten bedürfen der vollstationären Aufnahme, in vielen Fällen ist eine Tagesklinik ein besseres Angebot. Frühzeitige Rehabilitation muß, wenn medizinisch sinnvoll, von den geriatrischen Abteilungen und Tageskliniken mit angeboten werden. Der Anteil älterer Menschen an den Patienten der meisten Fachabteilungen ist überdurchschnittlich. Dennoch ist das Fachwissen um die Besonderheiten bei Erkrankungen älterer Menschen oft nicht ausreichend. Besonders in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Psychosomatik ist jedoch eine genaue Kenntnis der für ältere Menschen spezifischen Fragen und Probleme unausweichlich. Insofern ist die Vermittlung gerontologischen und geriatrischen Wissens sowohl in der Ausbildung als auch in der ärztlichen und pflegerischen Fortbildung in allen relevanten Disziplinen unerlässlich.

6. Pflegerische Versorgung verbessern!

Die pflegerische Versorgung in Deutschland leidet unter einer künstlichen Trennung von Gesundheits- und Sozialwesen. So ist es nicht verwunderlich, daß die Abstimmung zwischen ärztlichen und pflegerischen Bemühungen oft ungenügend ist. Zur Verbesserung kann auf längere Sicht die Integration der entsprechenden Leistungsgesetze (SGB V und SGB XI) führen. Auch ist in Modellvorhaben zu prüfen, ob qualifizierte Pflegezentren mit pflegerischer und medizinischer Leistung zur besseren und kostengünstigeren Versorgung bei Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten geeignet sind.

7. Angehörige unterstützen!

Die Familien sind nach wie vor die größten und zuverlässigsten Hilfebringer. Ihre Belastung geht häufig über das vertretbare Maß hinaus. Insofern sollte das Bundesministerium für Gesundheit Modellprojekte, durch die zur Verbesserung der gesundheitlichen und psychischen Situation pflegender Angehöriger beigetragen wird, durchführen, systematisch auswerten und aus den Ergebnissen Empfehlungen an die Beteiligten formulieren bzw. gesetzgeberische Maßnahmen anregen.

8. Älteren Menschen mit Behinderung die Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben ermöglichen!

Die Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz ist für Menschen mit Behinderungen nicht auf ein bestimmtes Lebensalter zu fixieren. Sie muß auch über die Lebensphase der Berufstätigkeit hinaus zur Anwendung kommen, wenn sie der Erhaltung und Förderung von Kompetenzen und somit dem Grundzweck und -ziel der Eingliederungshilfe dient, die auf Verhütung, Beseitigung oder Linderung einer Behinderung und auf Eingliederung abhebt. Die Eingliederungshilfeverordnung nach § 47 BSHG muß im Abschnitt II, Maßnahmen der Eingliederungshilfe, dahingehend modifiziert werden, daß die Formen der Hilfen nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben präzisiert werden, die erforderlich sind, um dem Behinderten die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft in seinem bisherigen Bezugsfeld zu ermöglichen.