



Fachtagung

Gesund älter werden: Ressourcen stärken – Potenziale nutzen

04. Juli 2013, Düsseldorf

Abstractband

in der Reihenfolge des Programms

Inhaltsverzeichnis

Gesund älter werden in Deutschland – Handlungsfelder und Herausforderungen

Dr. Rainer Hess

Vorsitzender des Ausschusses *gesundheitsziele.de* 4

Gesund älter werden – Herausforderungen einer präventiven Versorgungsgestaltung

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld 7

Forum 1: Gesunde Kommunen – Ein generationsübergreifender Blick 11

Altersgerechte Quartiersentwicklung als Element einer gesunden Kommune

Dr. Daniela Grobe

MGEPA NRW, Leiterin des Referats „Altersgerechte Quartiersentwicklung und

Versorgungsstruktur 12

Das Mehrgenerationenhaus – die Gesundinsel im Stadtteil

Sabine Genther

SOS-Kinderdorf e. V., Mehrgenerationenhaus Salzgitter 14

Integriertes Handlungskonzept Soziale Stadt „Sieke-Mitte“. Siekerleben: Auf dem Weg zum gesunden Stadtteil

Petra Michael

Stadt Bielefeld, Bauamt 16

Forum 2: Soziale Teilhabe durch wohnortnahe Strukturen fördern – Potenziale des Alters nutzen 18

Teilhabe benachteiligter Älterer im Quartier – ein Beitrag zur Gesundheitsförderung!

Prof. Dr. Susanne Kümpers

Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda 19

Gut leben im (HOHEN) Alter. Selbstorganisiert, uns selbst helfend? Realistische Perspektiven eines sozialräumlichen Ansatzes

Prof. Dr. Jutta M. Bott

Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Potsdam 21

„Lebendige Nachbarschaften gestalten“ – als Baustein einer sozialen Infrastruktur

Sabine Wolf-Wennersheide

Kuratorium Deutscher Altershilfe, Forum Seniorenarbeit NRW 23

Forum 3: Psychische Gesundheit im Alter – Herausforderungen Demenz und Alterssuizidalität 26

Psychische Erkrankungen im Alter

Prof. Dr. Susanne Zank
 Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Universität zu Köln 27

Gemeinsam Wege aus der Krise finden

Katja Alfing
 Referentin Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., Projektkoordination
 Modellprojekt „Lebenslinien – Krisen und suizidale Entwicklungen im Alter 29

Forum 4: Gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen – Konzepte und Ansatzpunkte in Gesundheitsförderung und Versorgung 31

Optionen für die Gesundheitsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung

Dr. Annett Horn, Thomas Kleina
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld 32

Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige

Dr. Dagmar Dräger
 Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin 34

Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern durch pharmazeutische Betreuung

Dr. Udo Puteanus
 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) 37

Gesund älter werden in Deutschland – Handlungsfelder und Herausforderungen

Dr. Rainer Hess,
Vorsitzender des Ausschusses *gesundheitsziele.de*

Gesundheitsziele sind ein ergänzendes gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument und sollen einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung leisten.

Plattform für den nationalen Gesundheitszieleprozess ist der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*. Mehr als 120 relevante Akteure des deutschen Gesundheitswesens haben sich darin zusammengeschlossen. Seit mehr als 12 Jahren entwickelt dieser Verbund im Konsens nationale Gesundheitsziele. Sieben solcher Gesundheitsziele sind seither verabschiedet, publiziert und teilweise schon wieder aktualisiert worden. Im Dezember 2010 hat der Kooperationsverbund eine gemeinsame Erklärung verabschiedet. Darin verpflichten sich alle Kooperationsträger und -partner, gemeinsam für die Durchführung zielführender Maßnahmen in Deutschland einzutreten. *gesundheitsziele.de* basiert somit auf einem breiten partizipativen Ansatz; dies schafft die Voraussetzung für eine breite Akzeptanz der Arbeitsergebnisse.

Anfang 2012 hat der Kooperationsverbund das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ vorgelegt (www.gesundheitsziele.de). Älter werdende Menschen sollen ihre Gesundheit erhalten oder verbessern können. Das Gesundheitsziel beschreibt, wie durch Gesundheitsförderung und Prävention die Voraussetzungen dafür geschaffen werden können. Basis dafür sind demografische, epidemiologische und soziale Veränderungen sowie gewandelte Einstellungen und Erwartungen; sie stellen neue Anforderungen, sowohl an die Versorgungsstrukturen als auch an die Gesellschaft (und den Einzelnen). „Gesund älter werden“ beinhaltet drei Handlungsfelder:

- Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten
- Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung
- Besondere Herausforderungen.

Zu diesen Handlungsfeldern wurden 13 Ziele und eine Reihe von Teilzielen definiert; es werden jeweils geeignete Maßnahmen zur Erreichung der Ziele vorgeschlagen. Bei der Entwicklung der Ziele, Teilziele und Maßnahmen wurden relevante Querschnittsanforderungen mitberücksichtigt; u. a. sind dies: Gender Mainstreaming, Gesundheitliche Chancengleichheit, Bürger- und Patientenbeteiligung, Stärkung der Selbsthilfe, Migration.

Das Gesundheitsziel greift somit wesentliche gesundheitsrelevante Handlungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung auf.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Handlungsfelder und 13 Ziele.

Übersicht der Handlungsfelder und 13 Ziele	
Handlungsfeld	Ziel
I. Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten	Ziel 1: Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.
	Ziel 2: Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken gemindert.
	Ziel 3: Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten
	Ziel 4: Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen
	Ziel 5: Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert
II. Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung	Ziel 6: Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt
	Ziel 7: Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen
	Ziel 8: Die Interessen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen sind berücksichtigt
III: Besondere Herausforderungen	Ziel 9: Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen sind erhalten und gestärkt
	Ziel 10: Die psychische Gesundheit älterer Menschen ist gestärkt bzw. wiederhergestellt
	Ziel 11: Demenzerkrankungen sind erkannt und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt
	Ziel 12: Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von Multimorbidität sind gemindert
	Ziel 13: Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt

Diese Zielvorgaben und Empfehlungen richten sich an die Akteure und Umsetzer im deutschen Gesundheitswesen. Sie bieten die Möglichkeit, zahlreiche Akteure einzubinden, ihre Kräfte zu bündeln und so die Wirkung ihrer Maßnahmen zu verstärken. Von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) sind beispielhafte Projekte und Initiativen zur Verbesserung der Lebensqualität und der Gesundheit älterer Menschen zusammengetragen worden. Sie stellen Anregungen für Verantwortliche in gesundheitlichen- und seniorenpolitischen Handlungsfeldern dar.

Gesund älter werden – Herausforderungen einer präventiven Versorgungsgestaltung

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Im Mittelpunkt stehen die Herausforderungen einer präventiven Versorgungsgestaltung – ein Thema, das für die Versorgung im Alter hohe Relevanz hat. Thesenförmig werden einige der wichtigen Herausforderungen diskutiert.

Herausforderung: Demografische Alterung und Zunahme chronischer Krankheit

Schon heute hat Deutschland weltweit den zweithöchsten Anteil an über 65-Jährigen und bis 2050 soll ihre Zahl auf ca. 23 - 24 Mio. anwachsen. Besonders stark expandiert die Gruppe der Hochaltrigen: gegenwärtig sind rund 4,3 Millionen Menschen 80 Jahre und älter und für das Jahr 2050 wird mit 10 - 11 Millionen gerechnet. Parallel zum Altersstrukturwandel hat sich auch das Krankheitsgeschehen verändert. Vor allem chronische Krankheiten haben an Bedeutung gewonnen und auch diese Tendenz wird sich fortsetzen. Ähnlich die Zahl pflege-bedürftiger Menschen: sie wächst den Prognosen zufolge bis 2050 auf ca. 4,55 Mio.

In Zukunft ist daher mit einer deutlichen Steigerung des Bedarfs an Versorgung und Pflege zu rechnen. Zugleich verändert sich die Qualität des Bedarfs. Denn sowohl die Gesundheits-probleme im Alter wie auch die bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit haben meist komplexen Charakter und erfordern entsprechend komplexe Antworten des Versorgungssystems, in denen Prävention und Versorgung integriert sind.

Herausforderung: Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung

Um die Zeit unbeeinträchtigten Alters so lang wie möglich auszudehnen, ist ein weiterer Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung unabdingbar. Dabei ist vor allem der Bewegungsförderung, aber auch Maßnahmen zur Ernährung und Resilienzförderung hohe Relevanz beizumessen. Mehr Beachtung als bislang verdient die Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie die Entwicklung verhältnis- und settingorientierter Ansätze.

Herausforderung: Anpassung der medizinischen Versorgung an das veränderte Morbiditätsspektrum

Um im Gesundheitswesen eine ‚Wende zur Prävention‘ einzuleiten, ist u.a. erforderlich, die medizinische Versorgung besser an das veränderte

Morbiditätsspektrum anzupassen, denn eine alters- und bedarfsinadäquate Versorgung beschert den Nutzern empfindliche und oft kostenintensive Versorgungsprobleme. Dazu sind unterschiedliche Schritte erforderlich, allem anderen voran eine Stärkung der hausärztlichen Primärversorgung und eine intensivere Auseinandersetzung mit internationalen Modellen. Zudem ist zu überlegen, wie die Haus-arztpraxis intensiver zum Ort von Gesundheitsförderung erhoben werden kann.

Herausforderung Pflege

Auch die ambulante Pflege bedarf der Aufmerksamkeit bei einer Wende zur Prävention im Gesundheitswesen – stellt sie doch einen für die Aufrechterhaltung von Autonomie und Lebensqualität alter Menschen wichtigen Versorgungsbereich dar. In allen Bereichen der Pflege ist infolge des demografischen Wandels künftig mit einem hohen Bedarfszuwachs zu rechnen, besonders in der ambulanten Pflege. Eine entsprechende Ausweitung der ambulanten Pflege wird seit Jahren gefördert und hat zu einem deutlichen Anstieg an Pflegediensten geführt. Gleichwohl blieb der Ausbau hinter den Erwartungen. Auch die erhoffte Ausdifferenzierung des Angebotsspektrums blieb aus Ursache ist u. a. der verengte Pflegebegriff im SGB XI, der auf körperorientierte Selbstversorgungseinbußen begrenzt ist und keinen Spielraum für andere Aufgaben lässt – darunter auch solchen, wie sie für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung und eine präventive und ressourcenstärkende pflegerische Versorgung nötig sind. Ohne ihn zu verändern, wird es daher schwerlich sein, die ambulante Pflege zur einer so tragfähigen Säule weiterzuentwickeln, dass sie künftig der gesamten Breite des Bedarfs zu entsprechen vermag und dabei auch Prävention und Gesundheitsförderung den Platz einnehmen können, der ihnen politisch schon vor mehr als 15 Jahren eingeräumt wurde. Unter präventiven Gesichtspunkten ist zudem zu überlegen, wie die ambulante Pflege bereits im Vorfeld manifest gewordener Pflegebedürftigkeit tätig werden kann, um durch Monitoring dafür zu sorgen, dass die häusliche Situation stabil gehalten und Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann.

Für alle Gesundheitsprofessionen – nicht allein die Pflege – geht es in einer präventiven Versorgung zudem darum, das eigene professionelle Handeln anders auszurichten und zu versuchen, vorausschauend auf den Verlauf der Krankheits- und Pflegesituation einzuwirken und ihn so zu steuern, dass größtmögliche Stabilität hergestellt werden kann. Ein solches trajektorientiertes Handeln ist unverzichtbares Element einer präventiven Versorgung, das intensiv einsozialisiert werden muss.

Herausforderung: Sektorenübergreifende integrierte Versorgung

Eine integrierte sektorenübergreifende Versorgung ist gerade für chronisch kranke alte Menschen besonders wichtig, weil sie immer wieder zwischen unterschiedlichen Versorgungsarten und -bereichen hin und herwechseln, was aufgrund der starren Sektorengrenzen, vielen Schnittstellen und auch der Fragmentierung in der ambulanten Versorgung mit der Gefahr von Versorgungsbrüchen und Diskontinuitäten verbunden ist.

Die sektoralen Grenzen und aus ihnen rührende Desintegrationsprobleme sind seit längerem Angriffspunkt der Gesundheitspolitik, die vor nahezu 10 Jahren integrierte Versorgungsmodelle ermöglicht hat. Die Umsetzung leidet nach wie vor daran, dass den meisten Modellen ein sehr enges, faktisch monoprofessionelles Verständnis von Integration zugrunde liegt. Stärker zu multiprofessionellen integrierten Versorgungsmodellen zu gelangen und deren Ausbau zu fördern, bleibt daher eine Herausforderung. Zudem ist erforderlich, Fragen des Schnittstellenmanagements in den Modellen größere Beachtung zu schenken und auch hier mehr präventives Denken Einkehr halten zu lassen, beispielsweise speziell für vulnerable und ressourcenschwachen Patientengruppe mehr anwaltschaftliche Unterstützungsformen zu integrieren, um zu vermeiden, dass sie nicht im System verloren gehen. Für diese Patientengruppen sind außerdem integrierte Versorgungspfade erforderlich, die ihnen den Weg durch die Instanzenvielfalt des Versorgungswesens ebnen. Den Modellen zur integrierten Versorgung ist zudem nur dann Erfolg beschieden, wenn auch die Kooperation und Aufgabenteilung verändert und ein neuer Professionenmix hergestellt werden.

Herausforderung: Quartiersnahe Versorgung - Community Health

Die Realisierung einer auf Erhalt der Autonomie zielenden präventiven Versorgung alter Menschen muss der Versorgung im Quartier und unmittelbaren Wohnumfeld besondere Aufmerksamkeit schenken und hier eine bedarfs- und altersgerechte (soziale, gesundheitliche und pflegerische) Versorgung mit abgestuften Versorgungsformen, unter Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements und Teilhabe ermöglichen.

Generell gewinnt die kommunale Ebene angesichts zunehmender regionaler Ungleichheiten an Bedeutung, sodass neu über regional differenzierte Versorgungsmodelle und -strukturen nachzudenken sein wird, wozu aus anderen Ländern interessante Impulse zu erwarten sind.

Herausforderung: Zuhause als Gesundheitsstandort

Auch das Zuhause oder der Haushalt gewinnt in einer altersgerechten präventiven Versorgung an Stellenwert als Gesundheits- und Versorgungsstandort. Unsere Versorgungskonzepte halten damit nicht Schritt. Sie sind nach wie vor eher an den Imperativen des Versorgungssystems orientiert als an den Präferenzen der Nutzer und folgen insgeheim noch der Vorstellung, dass Krankheitsbewältigung sich überwiegend dort vollziehe. Doch über weite Strecken erfolgt die Bewältigung außerhalb des Versorgungswesens – Zuhause – und der größte Teil der Betreuung obliegt dort den Angehörigen. Sie sind die eigentlichen Hilfeinstanzen und die Garanten der Versorgung. Erforderlich sind daher Versorgungskonzepte, die sie als wichtigste Akteure anerkennen und als Kooperationspartner einbeziehen.

Zugleich bedarf die Ressourcenförderung von pflegenden Familien und Angehörigen größerer Beachtung. Den Haushalt als Gesundheits- und Versorgungsstandort anzuerkennen bedeutet außerdem, Patienten als Person ernst zu nehmen, zumal sie in der Häuslichkeit diejenigen sind, die die Regeln definieren, und schließt insgesamt ein, zu einer partizipativen Versorgungsgestaltung zu gelangen und Teilhabe zu ermöglichen.

Forum 1

Gesunde Kommunen – Ein generationsübergreifender Blick

Altersgerechte Quartiersentwicklung als Element einer gesunden Kommune

Dr. Daniela Grobe

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW), Leiterin des Referats „Altersgerechte Quartiersentwicklung und Versorgungsstruktur“

Die Beschaffenheit des direkten Wohnumfeldes, des sozialen Nahraums entscheidet maßgeblich über die subjektiv empfundene Lebensqualität. Störende Faktoren sind hier bspw. Lärm, ein hohes Verkehrsaufkommen, zu wenige Grünflächen, aber auch mangelhafte Versorgungsmöglichkeiten, wie fehlende Läden zur Deckung der täglichen Bedarfe, lange Wege zu Arztpraxen, nicht vorhandene kulturelle Angebote u.v.m. Negativ wirken sich auf unser Wohlbefinden außerdem fehlende Sozialkontakte aus. All dies wird besonders belastend, wenn mit zunehmendem Alter die Mobilitätseinschränkungen größer und der Aktionsradius kleiner werden. Wirft man jetzt noch einen Blick auf die Statistik und stellt fest, dass der Anteil der unter 18-Jährigen in NRW bis 2050 auf 13,8 % sinken wird (2012: 16,8 %), während gleichzeitig der Anteil der über 65-Jährigen bis 2050 um 35,2 % gegenüber 2012 steigt, dann wird deutlich, dass die alters/ngerechte Quartiersentwicklung immer bedeutender wird. Zwar hat sich die nachberufliche Phase, in der wir gesund und aktiv sind, nicht zuletzt auch durch ein gutes Gesundheitswesen, verlängert, aber mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko unterstützungs- und pflegebedürftig zu werden. Eine immer größer werdende Zahl von Unterstützungs- und Pflegebedürftigen steht also einer immer kleiner werdenden Anzahl von Menschen gegenüber, die die mehr werdenden Pflegeleistungen erbringen können.

Wie dieser enormen gesellschaftlichen Herausforderung begegnen? Vor allem, sie auch als Chance für neues Denken und Gestaltungsmöglichkeiten begreifen! Die Landesregierung sieht einen Ansatzpunkt dafür im Quartier, u. a. weil hier die Bedürfnisse der Menschen besser erfasst und der notwendige Hilfemix organisiert werden kann, damit der Pflegeeintritt, wenn nicht gänzlich verhindert, so doch zumindest hinausgezögert werden kann. Das übergeordnete Ziel dabei: Den Wunsch der meisten Menschen nach einem selbstbestimmten und selbstständigen Leben – auch bei Unterstützungs- und Pflegebedarf – Realität werden zu lassen.

Die Wohnumgebung, die Nachbarschaft, das Quartier oder der Stadtteil sind Settings der Gesundheitsförderung, in denen die Menschen in ihrem alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden. Um die Chancen einer verlängerten Lebenserwartung individuell und gesellschaftlich nutzen zu können, ist es ganz entscheidend, den gesundheitlichen Einschränkungen im Alter früh zu begegnen. Ein zentraler Ansatzpunkt ist daher die Förderung einer gesunden Lebensweise in allen Lebensphasen und die Schaffung einer gesundheitsfördernden Lebensumgebung.

Daneben gilt es, Menschen, junge wie alte, mit bereits eingetretenen Gesundheitsproblemen und Einschränkungen der Funktionsreserven so gut zu unterstützen und medizinisch zu versorgen, dass sie so lange wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Alltägliche Dinge selbst erledigen zu können, zwischenmenschliche Kontakte zu pflegen, teilhaben zu können und einen Gestaltungsspielraum zu haben, auch bei einer eingeschränkten Mobilität z. B., sind elementar für die Zufriedenheit und damit Gesunderhaltung. Dazu gehören erreichbare Einkaufsmöglichkeiten, Barrierefreiheit in der Wohnung, im Wohnumfeld und im öffentlichen Nahverkehr, größtmögliche Sicherheit im öffentlichen Raum, vorhandene Nachbarschaftsnetzwerke, Kultur-, Freizeit-, Sport- und Bewegungsmöglichkeiten – die Liste ließe sich fortsetzen. Autonomie erhalten, Mobilität ermöglichen, Beteiligung unterstützen, Nachbarschaft fördern, – das stärkt die Gesundheit nicht nur der älteren Menschen.

Insofern ist auch in der Quartiersentwicklung ein neues Denken gefordert. Eine Neuausrichtung der Infrastrukturen in den Kommunen ist unvermeidlich. Das gilt nicht nur in baulicher Hinsicht, sondern mit Blick auf soziale Integration und Sicherheit, auf Versorgung und Dienstleistung, Pflegebedarf, Mobilität und Partizipation. Wir brauchen also eine Quartiersentwicklung in den Städten und Gemeinden des Landes, die den Belangen der Menschen gerecht wird und zukunftsfähig, d. h. hier demographiefest ist.

Die Landesregierung unterstützt die Kommunen dabei in vielfältiger Weise, u. a. mit dem Masterplan altengerechte Quartiere.NRW. Herzstück ist der unter www.aq-nrw.de aufrufbare Methoden- und Instrumentenkasten mit Modulen, die von den Akteurinnen und Akteuren in den Kommunen bei der (altengerechten) Quartiersentwicklung genutzt werden können und – so die Idee – in einem "lernenden System" ausgebaut werden sollen. Das Internetangebot wird ergänzt durch die Beratung des Landesbüros altengerechte Quartiere.NRW.

Das Mehrgenerationenhaus – die Gesundinsel im Stadtteil

Sabine Genther

SOS-Kinderdorf e. V., Mehrgenerationenhaus Salzgitter

Begegnung als Hilfe zur Selbsthilfe

Hilfe zur Selbsthilfe lautet das Motto im SOS-Mütterzentrum Salzgitter. Seit über 30 Jahren kommen zu uns Menschen unterschiedlichen Alters und Herkunft zum Ausruhen, aktiv sein, Gleichgesinnte treffen oder etwas Neues lernen. Wer will, erhält Beratung, Unterstützung und Betreuung.

Zum SOS-Mütterzentrum Salzgitter mit seiner Caféstube gehören das Kinderhaus, der Altenservice sowie die Familienhilfen. Die Idee der Mehrgenerationenhäuser wurde hier entwickelt und so sind wir das erste Mehrgenerationenhaus im Aktionsprogramm der Bundesregierung.

Wie eine Großfamilie

Im Mütterzentrum sollen sich die Menschen wie in einer früheren Großfamilie aufgehoben und einander verbunden fühlen und sich gegenseitig unterstützen. Ziel ist es, Isolation und Nebeneinander durch Nachbarschaft mit Gemeinschaft und Hilfe zu ersetzen. Deshalb sind alle Besucher eingeladen, ihre Talente und Ideen einzubringen. Sei es, dass sie Gruppen vom Musizieren bis zum PC anbieten oder Freiwilligenarbeit etwa in der Hausaufgabenbetreuung leisten. Unsere Mitarbeiter bieten professionelle Beratung und helfen in vielen schwierigen Lebenslagen weiter.

Wir entlasten pflegende Angehörige mit unserem Altenservice und unterstützen junge Familien, damit der Start ins Leben gelingt. In der Jugendwerkstatt helfen wir jungen Menschen bei der beruflichen Orientierung und begleiten sie mit Projekten beim Einstieg in den Beruf.

Mütter unterstützen wir bei der Rückkehr in den Beruf. Aus dem Mütterzentrum heraus sind zahlreiche Nachbarschaftshilfen entstanden, darunter die Stadtteilmütter, die Familien mit ausländischen Wurzeln begleiten. In acht eigenständigen Betrieben bieten wir haushaltsnahe Dienstleistungen an.

Konrads Geschichte vom Tagesopa zum Allrounder

Anfangs kam Konrad Krüger (65 Jahre) ins Mütterzentrum Salzgitter, um mit seiner kleinen Enkeltochter im Kinderzimmer zu spielen und gemeinsam mit ihr Mittag zu essen. Er war der Tagesopa für sie, denn es gab keinen Platz in einer Kita. Diese Aufgabe war natürlich für beide eine Herausforderung und zu Hause alleine mit der Kleinen schier nicht zu lösen. So wurde das MüZe zur täglichen Anlaufstelle und beide waren glücklich darüber. „Meine Enkelin wollte die erste Zeit nicht, sie war

ängstlich. Aber sie hatte sich schnell eingewöhnt und spielte bald mit den anderen Kindern“, erzählte Herr Krüger.

Eineinhalb Jahre später ging die Enkelin mittlerweile in den Kindergarten – und Konrad Krüger war im Leben des Mütterzentrums auch ohne Enkelkind fest integriert. Der gelernte Schlossermeister, er hatte früher bei VW gearbeitet und war nun in Rente, packte überall mit an, er reparierte, half beim Essen ausfahren, baute Zelte und Bühnen mit auf. Von seinem Fachwissen profitierten die Großen und die Kleinen.

Zwei- bis dreimal die Woche war er im Mütterzentrum. „Immer, wenn ich vorbeikomme, ist irgendetwas kaputt“, sagte der 65-Jährige. „Dann repariere ich das gerne.“ Das Karussell reparierte er zusammen mit vielen Kindern. Aber nicht nur zum Arbeiten kam Konrad ins Mütterzentrum, auch zum Mittagessen war er regelmäßig da. „Kochen ist nämlich nicht gerade meine starke Seite“, gestand Herr Krüger. Conny Katschke kümmert sich um die freiwilligen Mitarbeiter wie Herr Krüger einer ist. „Das Geben und Nehmen muss stimmen“, sagt sie.

Als Konrad schwer krank wurde und es ihm sehr schlecht ging, war das Mütterzentrum da, um ihm das Ende seines Lebens möglichst zu erleichtern. Joanna und Erhard kümmerten sich besonders um ihn. Joanna war wie eine Tochter geworden und übernahm Verantwortung, Erhard war sein Kamerad bei den handwerklichen Aufgaben gewesen, er besuchte ihn regelmäßig und redete mit ihm über alles was ihn bedrückte. Als allerletzten Dienst trugen ihn die Freunde zu Grabe und nahmen so mit vielen anderen Abschied.

Integriertes Handlungskonzept Soziale Stadt „Sieker-Mitte“. Siekerleben: Auf dem Weg zum gesunden Stadtteil

Petra Michael
Stadt Bielefeld, Bauamt

SIEKERleben ...auf dem Weg zum gesunden Stadtteil

Auf der Grundlage eines gesamtstädtischen Handlungskonzeptes wurde für den Bielefelder Stadtteil Sieker ein Integriertes Handlungskonzept (INSEK Soziale Stadt „Sieker-Mitte“ aufgestellt.

Sieker ist als Maßnahme der Sozialen Stadt gem. § 171 e Baugesetzbuch anerkannt und wird mit 80% der zuwendungsfähigen Kosten in Höhe von 7,4 Mio. € durch die EU, den Bund und das Land NRW gefördert (Programm-periode 2007-2013).

Maßnahmen zur Stabilisierung und Aufwertung des Stadtteils Sieker wurden und werden aus den Bereichen

- Städtebauliche Maßnahmen und Beteiligungsprozesse
- Sozialintegrative Projekte und Modellhafte Maßnahmen
- Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen

realisiert.

Städtebauliche Maßnahmen und Beteiligungsprozesse:

- Auf der Grundlage einer Rahmenkonzeption wird ab 08/2013 der Sieker Park direkt an der Großwohnsiedlung gebaut.
- Quartiersbetreuung vor Ort und Jugendhaus in saniertem Kotten
- Bau eines Kultur- und Kommunikationszentrums
- Öffentlichkeitsarbeit und Bürgerbeteiligung: u.a. Stadtteilstadt, LOGO, Wohnerrat/-beteiligung, Verfügungsfonds, Stadtteilbeirat, Seniorennetzwerk
- Bau eines Kultur- und Kommunikationszentrums

Sozialintegrative Projekte und Modellhafte Maßnahmen:

- Integration durch Sport
- Netzwerk älterer Menschen
- Weiterentwicklung von Tageseinrichtungen für Kinder
- Projekt Stadtteilmütter
- Bilinguale Stadtteilbibliothek/ Lesepaten

Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen:

- Vier Quartiershelfer vor Ort
- Qualifizierung von Langzeitarbeitslosen im Projekt Schul-Kinder-Garten

- Netzwerk Arbeit Sieker, direkt im Stadtteil verortet
- Qualifizierungs- u. Beschäftigungsmaßnahme Stadtteilmütter

Fazit

Die realisierten und avisierten Maßnahmen hinsichtlich

- Entwicklung öffentlicher Räume
- Auf- und Ausbau wohnortnaher Strukturen
- Öffentlichkeitsarbeit und Partizipation

schaffen eine nachhaltige, bewegungs- und gesundheitsfördernde SIEKERlebenswelt.

Forum 2

Soziale Teilhabe durch wohnortnahe Strukturen fördern – Potenziale des Alters nutzen

Teilhabe benachteiligter Älterer im Quartier – ein Beitrag zur Gesundheitsförderung!

Prof. Dr. Susanne Kümpers
Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit

Altersarmut hatte sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren deutlich verringert. Während die Armutsrate der Gesamtbevölkerung gestiegen war, war sie bei den über 65-Jährigen gesunken, betraf aber hochaltrige Frauen weiter überdurchschnittlich. Während aber nun Jahrgänge mit gebrochenen Berufsbiographien das Rentenalter erreichen, hat eine Vergrößerung der Einkommensunterschiede im Alter und ein erheblicher Wiederanstieg der Altersarmut bereits begonnen und wird sich fortsetzen.

Sozial benachteiligte – bzw. arme – alte Menschen sind gesundheitlich stärker gefährdet als besser gestellte Ältere: Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit sind in vielen nationalen und internationalen Studien bis ins höhere Alter nachgewiesen. Sozial benachteiligte Ältere sind von Mehrfacherkrankungen früher betroffen und selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevanten Verhalten stärker in ihren Funktionen eingeschränkt. Damit sind sie nicht nur aufgrund ihrer geringeren sozioökonomischen Ressourcenausstattung, sondern auch wegen der größeren gesundheitlichen Gefährdung tendenziell in ihrer Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe stärker bedroht als Menschen aus besser gestellten Gruppen. Auch aus der Public-Health-Perspektive sind – auf Grund des Zusammenhangs von gesellschaftlicher Teilhabe einerseits und Gesundheit und Lebensqualität andererseits (auch und gerade im Alter) – die Zugangsbarrieren für ein gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Gruppen in den Blick zu nehmen.

Die Chancen benachteiligter Älterer, ein aktiv teilhabendes Leben auf Basis selbstbestimmter Entscheidungen führen zu können, werden durch individuelle und sozialräumliche Ressourcen beeinflusst. Behinderungen und finanzielle Engpässe schränken ihre Mobilität und das erreichbare Umfeld oft ein. Das Leben älterer Menschen mit Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf, zumal wenn sie aufgrund funktionaler Einschränkungen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, konzentriert sich häufig auf die Wohnung und den umliegenden Stadtteil, wo Alltagswege beschritten, Besorgungen gemacht und soziale Kontakte geknüpft und gepflegt werden. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen werden stets in konkreten sozialen, räumlichen und zeitlichen Lebenszusammenhängen verwirklicht; so müssen ihre Voraussetzungen von den jeweiligen Subjekten und ihren Lebenswelten aus gedacht und erschlossen werden. Damit werden – teilhabeförderliche oder -hinderliche – Eigenschaften ihrer Wohnquartiere bedeutsam. Deshalb ist auch nach politischen

Gestaltungschancen, z. B. hinsichtlich kommunaler Altenhilfeplanung und Pflegepolitik, zu fragen.

Im Projekt NEIGHBOURHOOD (gefördert vom BMBF 2008-2010) wurden die Teilhabechancen benachteiligter und pflegebedürftiger Älterer in quartiersbezogenen qualitativen Fallstudien (Interviews mit Älteren und professionellen Praktikerinnen und Praktikern) in Berlin und Brandenburg untersucht.

Für sozial benachteiligte Ältere stellten ihre Netzwerke, ihr Wissen sowie ihre finanziellen Mittel jeweils gender-, milieu- und migrationsspezifische Ressourcen für den Erhalt sozialer Teilhabe dar. Diese sind häufig prekär. Angebots- und soziale Strukturen vor Ort, Barrieren in der Wohnumwelt sowie gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung etc.) unterstützen soziale und Entscheidungsteilhabe insgesamt nur unzureichend. An politischer Gestaltung hatten benachteiligte Ältere in allen untersuchten Stadtteilen wenig Anteil. Dennoch: es wurden Unterschiede sichtbar, je nachdem wie Kommunen ihre – wenn auch geringen – Handlungsspielräume nutzen, um vorhandene Ressourcen zu stärken, zu bündeln, bekannt zu machen, an die Bedürfnisse der den jeweiligen Stadtteil bewohnenden Zielgruppen anzupassen und damit deren Eignung und Verfügbarkeit zu erhöhen.

Als Schlussfolgerung bleibt: Teilhabechancen, insbesondere Mitgestaltungschancen benachteiligter und/oder pflegebedürftiger Älterer bedürfen verstärkter Förderung. Diese ist allerdings möglich.

Gut leben im (HOHEN) Alter. Selbstorganisiert, uns selbst helfend? Realistische Perspektiven eines sozialräumlichen Ansatzes

Prof. Dr. Jutta M. Bott
Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Potsdam

Die Zahlen sind hinlänglich bekannt. Auf Grund der allgemeinen gesellschaftlichen Lebensumstände in den westlichen Industrieländern und des medizinischen Fortschritts ist heutzutage in Deutschland jeder Fünfte über 60 Jahre alt. Bis 2020 werden die Altersgruppen der 50- bis 65-Jährigen 24 % und der 80-Jährigen und Älteren um 48 % wachsen. Im Land Brandenburg heißt es schon in 2030, dass jeder Dritte im Rentenalter sein wird. Man kann diese Veränderung der Bevölkerungspyramide als Bedrohung oder Chance begreifen. Nichts desto trotz gibt es sehr wohl Probleme, die mit der Bevölkerungsentwicklung einhergehen. Wir werden nicht eine bessere Gesellschaft, weil wir viele alte Menschen haben, sondern wir werden vielleicht eine bessere Gesellschaft, wenn wir dringende Fragen des Miteinanders, auch von Pflege und Unterstützung, Förderung der jungen Menschen, die aus einfachen oder ärmeren Verhältnissen stammen und Fragen des Umgangs mit Migranten lösen.

Die Arbeit im demographischen Wandel – insbesondere zum Wohle und zur Versorgung der älteren bzw. der hochbetagten Menschen häufig mit großen Idealismus und guten Ideen begonnen – endet nicht selten nach Phasen der Euphorie in einer Sackgasse und die Nachhaltigkeit von Projekten will sich nicht einstellen. Bislang wird auf Freiwilligkeit gesetzt. Keiner ist in einem demokratischen Staat Rechenschaft schuldig, wenn er mit meinem Engagement aufhört. Aktivierung und Selbstorganisation benötigen Bedingungen, die man nicht einfach „machen“ oder erwarten kann. Tatsache ist, dass, wenn in Orten keine Traditionen der eigeninitiierten und selbstorganisierten Hilfen herrschen oder diese – durchaus aus gutem Grunde – aufgegeben wurden, es ein langer Prozess ist, solche Traditionen erneut zu etablieren, bei dem Rückschläge meist dazu gehören.

Die Ergebnisse des **Potsdamer SILQUA-Projektes¹ „Gut leben im (HOHEN) Alter“ – Konzepte sozialraumorientierter Unterstützung von Selbstsorge, Selbstorganisation und Vernetzung im demographischen Wandel** (gefördert vom BMBF 2009-13) bezüglich des Funktionierens von Selbstorganisationsprozessen sind in gewisser Weise ernüchternd, d. h. „Patentrezepte“ gibt es nicht. Unrealistisch ist, dass auf professionelle Steuerung, Moderation und/oder Beratung gänzlich verzichtet werden kann. Die Berücksichtigung und Einbeziehung von Erfahrungen wie denen des hier vorgestellten SILQUA-Projektes werden helfen, einen realistischeren Diskurs darüber zu führen, was vor dem Hintergrund unserer

¹ SILQUA – Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter; diese Förderlinie des BMBF richtet sich an Fachhochschulen.

individualistischen und freiheitsbezogenen sehr heterogenen Lebensstile,
Bedürfnisse und Interessen möglich ist.

Lebendige Nachbarschaften gestalten – als Baustein einer sozialen Infrastruktur

Sabine Wolf-Wennersheide,
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Forum Seniorenarbeit NRW

Die Perspektive (Zielsetzung)

In NRW ist eine flächendeckende soziale Infrastruktur mit einer etablierten Nachbarschaftsarbeit, als integraler Baustein kommunalen und gemeinwesenorientierten Handelns, zu einer Selbstverständlichkeit geworden.

Das dies gelungen ist, bildet sich nicht zuletzt dadurch ab, dass ältere Menschen bei der Suche nach einer neuen Wohnung oder Immobilie, z.B. über immoscout.de, im Zusammenhang mit den üblichen Informationen zur Infrastruktur und dem Wohnfeld, **selbstverständlich** das Vorhandensein einer „**organisierte Nachbarschaftsarbeit**“, als Element der Wohnqualität, aufgeführt wird.

Curriculum „Lebendige Nachbarschaften gestalten“, Sabine Wolf-Wennersheide, KDA 2013

Die Nachbarschaftsarbeit im Wohnraum

Lebendige Nachbarschaften²

Solange wie möglich in der gewohnten Wohnung und der vertrauten Wohnumgebung zu leben wünschen sich die meisten Menschen.

Neben professionellen Dienstleistungen wie ambulante Dienste, Hausnotruf und Essen auf Rädern spielen dabei Wohn- und Nachbarschaftsprojekte eine zunehmend wichtige Rolle. Sie fördern und intensivieren Begegnung, gemeinsames Miteinander, bürgerschaftliches Engagement und gegenseitige Unterstützung.

In der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit hat sich der Aufbau von Nachbarschaftsprojekten zu einem eigenständigen Ansatz entwickelt. Ausgehend von einem Verständnis von **Nachbarschaft als Beziehungsgeflecht in der räumlichen Nähe** fördert Nachbarschaftsarbeit wohnortnahe Beziehungen durch freizeitorientierte, kulturelle und soziale Angebote, Aktivitäten und Infrastrukturen.

Diese Angebote, Aktivitäten und Infrastrukturen können sowohl institutioneller (Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Gemeinden, Vereine, Verbände usw.) als auch informeller bzw. selbstorganisierter Art sein.

² Annette Scholl/Susanne Konzett, Forum Seniorenarbeit NRW/KDA, 2011

Definition des Begriffes „Nachbarschaft“

Nachbarschaft ist in aller Munde – sei es als lebendige, aktive oder neue Nachbarschaft. Doch der Begriff der Nachbarschaft wird sehr weit gefasst und als Omnibusbegriff für Stadtteil, Quartier, Sozialraum und Ansätze in der sozialen Arbeit verwendet.

Eine wichtige Hilfestellung der Bedeutung der Nachbarschaft auf die Spur zu kommen, bietet die Stadtsoziologie. Sie versteht unter Nachbarschaft ein soziales Beziehungsgeflecht aufgrund der räumlichen Nähe.

Doch die räumliche Nähe an sich schafft keine soziale Beziehung. Es bedarf gemeinsamer Interessen, übereinstimmender Verhaltensnormen, Ähnlichkeiten der sozialen Lage und des Lebensstils, damit aus räumlicher Nähe soziale Nachbarschaft und längerfristige Beziehungen entstehen können (Arnold, 2009, S. 8).

Früher funktionierende Nachbarschaften nach klar definierten Regeln, denn als Nachbarn arbeitete und lebte man unter ähnlichen Bedingungen, waren denselben Nöten und Zwängen unterworfen und aufeinander angewiesen. Es handelte sich um „Zwangsbeziehungen“, um den Alltag bewältigen zu können.

Diese Bedeutung hat „Nachbarschaft“ spätestens seit der Trennung von Wohnen und Arbeiten nicht mehr. Heutzutage zeichnen sich nachbarschaftliche Beziehungen dadurch aus, dass man Abstand hält, keine Neugier zeigt und Verpflichtungen vermeidet.

Stadtsoziologie Siebel spricht von der Distanz-Norm und bezeichnet sie als wichtigste Norm guten nachbarschaftlichen Verhaltens (Arnold, 2009, S. 8).

Definition der räumlichen Nähe

Die räumliche Nähe ist unterschiedlich weit zu fassen. Sie variiert je nach den (sozial-) räumlichen Begebenheiten wie z.B. Stadt und Land und nach dem Ziel des Nachbarschaftsprojektes. So kann räumliche Nähe ein Haus sein, ein Wohnblock oder gar mehrere Straßenzüge bis hin zum Stadtteil umfassen. Je enger die räumliche Nähe gefasst ist, umso mehr greifen die oft unbewusst angewandten „Umgangsregeln“ unter Nachbarn, wie höfliche Distanz und ausgeglichene Balance von Nehmen und Geben, die das Miteinander untereinander beeinflussen.

Wie weit diese räumliche Nähe geht wird sehr schnell deutlich, wenn wir uns klar machen, wen wir als unsere Nachbarn bezeichnen. Es handelt sich um Menschen, die im selben Haus, im Haus nebenan oder in derselben Straße wohnen. Menschen, die im selben Stadtteil leben, werden von den meisten oft nicht mehr als Nachbarn bezeichnet. So lässt sich sagen, dass unter räumlicher Nähe ein überschaubarer,

zusammengehöriger Wohnbereich zu verstehen ist, der fußläufig erreichbar ist. Ein Stadtteil kann damit aus vielen Nachbarschaften bestehen.

Vier Bausteine einer lebendigen Nachbarschaftsarbeit

Zu den vier Bausteinen einer lebendigen Nachbarschaft gehören:

- Kontakt und Begegnung,
- soziale Netzwerke und Vernetzung,
- bürgerschaftliches Engagement und Beteiligung sowie
- Unterstützung und Hilfe.



Diese vier Bausteine stellen gleichzeitig vier Arbeitsfelder dar, um eine lebendige Nachbarschaftsarbeit aufzubauen. Sie unterstreichen, dass nach heutigem Verständnis Lebendige Nachbarschaftsarbeit mehr ist als Nachbarschaftshilfe.

Als selbstständige Arbeitsfelder können sie sich im Sinne der zeitlichen Weiterentwicklung in allen vier Stufen (Kontakt, soziale Netzwerke, bürgerschaftliches Engagement und Unterstützung) ausbreiten. (Annette Scholl/Susanne Konzett, 2011)

Ansprechpersonen im Kuratorium Deutsche Altershilfe:

Daniel Hoffmann, Leiter des Bereichs Gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit und Fortbildungen im KDA. Als ausgebildeter E-Tutor verantwortet er seit 2005 den Bereich Internetgestützte Seminare im Rahmen des Forum Seniorenarbeit NRW. daniel.hoffmann@kda.de, Tel.: 0221/931847-71

Sabine Wolf-Wennersheide ist seit vielen Jahren in der Erwachsenenbildung und Projektentwicklung tätig. Ihr Schwerpunkt ist die Entwicklung neuer Unterstützungssysteme für das selbstständige Leben älterer Menschen im Quartier. sabine.wolf-wennersheide@kda.de, Tel.: 0221/931847-28

Veröffentlichungen zum Thema Nachbarschaftsprojekten des Forum Seniorenarbeit NRW: www.thema-seniorenarbeit.de/veroeffentlichungenuebersicht
www.kda.de | www.forum-seniorenarbeit.de

Forum 3

Psychische Gesundheit im Alter – Herausforderungen Demenz und Alterssuizidalität

Psychische Erkrankungen im Alter

Prof. Dr. Susanne Zank

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Universität zu Köln

Es gibt in Deutschland keine bundesweit repräsentative Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen im Alter, aber es liegen eine Reihe guter epidemiologischer Arbeiten für begrenzte Regionen vor (z.B. Berlin, Göttingen, Mannheim). Diese Daten zeigen, dass etwa ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahren an einer psychischen Krankheit leidet [Weyerer & Bickel, 2007]. Dies entspricht in etwa den Prävalenzraten des jungen und mittleren Erwachsenenalters. Allerdings weisen demenzielle Erkrankungen insbesondere im höheren Alter eine große Bedeutung auf – eine Krankheitsgruppe, die bei Menschen unter 65 Jahren selten vorkommt.

Die Verbreitung von Depressionen (sämtlicher Schweregrade) liegt bei etwa 9 % für alle Altersgruppen in Deutschland und scheint bei älteren Menschen nicht höher zu sein [Helmchen et al., 2010]. Allerdings gestaltet sich die Diagnosestellung im Alter schwieriger als in jüngeren Altersgruppen. Dies liegt an der weniger ausgeprägten affektiven Symptomatik und häufigen somatischen Beschwerden. Die Patientinnen und Patienten beklagen vielfältige körperliche Symptome, die zudem wechseln können, und berichten wenig oder gar nichts über ihre Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung. Dies erschwert den Hausärztinnen und Hausärzten, die zumeist die ersten Ansprechpartnerinnen und -partner darstellen, eine Depression zu erkennen. In der Bevölkerung treten Depressionen bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern.

Das Thema Sucht im Alter wurde lange Zeit vernachlässigt. Aufgrund sehr geringer Prävalenzraten von illegalen Drogen fokussieren die Arbeiten auf Alkoholgebrauch und die Einnahme psychotroper Substanzen. Dies sind Mittel, die die Psyche des Menschen beeinflussen, und sie umfassen sowohl pflanzliche Substanzen als auch Psychopharmaka.

Insgesamt steigt der Gebrauch von Psychopharmaka mit dem Alter an, ohne dass es einen entsprechenden altersbedingten Anstieg bei der Prävalenz psychischer Erkrankungen gibt. So betrug der Anteil der GEK-Versicherten mit Antidepressivaverordnung im Jahre 2007 bei den 65- bis 70-jährigen Frauen etwa 12 %, bei gleichaltrigen Männern etwa 5 % [Glaeske, Schickanz & Janhsen, 2008]. Unter den 90- bis 95-jährigen Frauen waren es etwa 19 %, bei den Männern ca. 11 %. Dieser Anstieg ist nicht zuletzt deshalb problematisch, weil ältere Menschen oft aufgrund ihrer körperlichen Multimorbidität einer pharmakologischen Behandlung bedürfen und damit das Risiko von Arzneimittelinteraktionseffekten durch nicht indizierte Psychopharmaka verschärft wird.

Psychische Störungen wurden lange Zeit tabuisiert, so dass die Betroffenen und ihre Angehörige diese Erkrankungen schamvoll zu verbergen suchten. Dieser Sachverhalt ändert sich langsam, denn die große Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung wird zunehmend erkannt. Präventionsmöglichkeiten zur Stärkung der psychischen Gesundheit, aber auch pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten werden in der Allgemeinbevölkerung durch die Medien und in den verschiedensten Gesundheitsberufen zunehmend wahrgenommen. Auch im Rahmen der Aus- und Fortbildungen findet eine Sensibilisierung für die entsprechenden Krankheitsbilder statt. Diese Entwicklung gilt jedoch noch nicht in gleicher Weise in Bezug auf ältere Menschen, deren psychische Störungen in der Primärversorgung vielfach nicht richtig diagnostiziert und behandelt werden. Dies liegt unter anderem an mangelnden gerontologischen, geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kenntnissen sowie negativen Altersstereotypen in der Gesellschaft. So wird beispielsweise die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung kaum in Betracht gezogen, obwohl die Effektivität von Psychotherapie auch bei alten Menschen gut dokumentiert ist [Zank, Peters & Wilz, 2010].

Literaturtipps

Glaeske, G., Schickanz, C., Janhsen, K. (2008). GEK-Arzneimittelreport 2008. St. Augustin: Asgard-Verlag

Helmchen, H., Baltes, M.-M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. et al. (2010). Psychische Erkrankungen im Alter. In Lindenberger, U., Smith, S., Mayer, K.-U., Baltes, P.-B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie (3. erw. Aufl). (S.209-243). Berlin: Akademie Verlag

Weyerer, S., Bickel H. (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie. (Band 14). Stuttgart: Kohlhammer

Zank, S., Peters, M., Wilz, G. (2010). Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters. Grundriss Gerontologie (Band 19). Stuttgart: Kohlhammer

Gemeinsam Wege aus der Krise finden

Katja Alfing

Referentin Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., Projektkoordination
Modellprojekt „Lebenslinien – Krisen und suizidale Entwicklungen im Alter“

Krisen im Alter: Viele ältere Menschen befinden sich in einer Lebenskrise.

Doch niemand spricht darüber. Schwierige Lebenssituationen und Krisen gehören zum Leben und kommen in jeder Lebensphase vor. Ältere Menschen haben im Laufe ihres Lebens eine Fülle positiver Erfahrungen gemacht und auch Verletzungen erlitten. Sie haben gelernt, mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, Krisen zu überwinden und ihr Leben selber zu gestalten.

Dennoch steigt im Alter das Risiko, eine Krise nicht mehr aus eigener Kraft bewältigen zu können, etwa durch die höhere Zahl von Verlusten. Die körperlichen Kräfte und Funktionen lassen nach, die Abhängigkeit wächst, sinnstiftende Aufgabenfelder können wegfallen, vertraute Menschen aus der gleichen Generation sterben, die Einsamkeit nimmt zu. Zusätzlich können unverarbeitete Ereignisse wie z.B. Kriegserlebnisse belasten. Eine sich entwickelnde Krise löst Ängste aus und kann sich in einer depressiven Entwicklung zeigen oder suizidale Gedanken hervorrufen.

Suizidalität im Alter

Statistische Häufigkeit Suizide in Deutschland (statistisches Bundesamt 2007)

Absolute Zahlen	Bevölkerung	davon 60 +	in %
Insgesamt	9402	3993	42,40%
Männer	7009	2790	39,80%
Frauen	2393	1203	50,36%

Das Tabu: Der Suizid im Alter

Wenn sich ältere Menschen in diesen Situationen immer weiter zurückziehen, kann sich in der zunehmenden Vereinsamung der Weg in den Suizid entwickeln. Die Zahl der Suizide im Alter (besonders bei Männern) ist im Verhältnis zu den anderen Altersgruppen besonders hoch. Von der Öffentlichkeit wird das häufig nicht wahrgenommen. Alte und ältere Menschen suchen erfahrungsgemäß selten eine Beratungsstelle auf.

Unser Ziel: Aufmerksamkeit schaffen, Angebote entwickeln!

Das von der Stiftung Wohlfahrtspflege geförderte dreijährige Projekt „Lebenslinien“ will Aufmerksamkeit auf die Situation der älteren Menschen in Krisen lenken und bedarfsgerechte Angebote entwickeln. „Lebenslinien“ ist im Februar 2011 an den Standorten Gelsenkirchen, Bielefeld und Hilden gestartet.

Der Weg - Netzwerke schaffen

Vor Ort sollen regionale Netzwerke aufgebaut werden, die Beratung und Unterstützung anbieten und so die Ressourcen der älteren Menschen stärken. Gesucht werden Personen und Dienste, die in Kontakt zu älteren Menschen stehen und sie ansprechen können, bevor eine Krisensituation sich zuspitzt. Die Mitwirkenden werden für diese Aufgaben qualifiziert. Zielgruppen sind ehren- und hauptamtliche MultiplikatorInnen in den drei Modellregionen.

Die Modellregionen

Projektstandort Bielefeld:

Diakonie für Bielefeld – Innere Mission Bielefeld e.V., Ansprechpartnerinnen
Elke Schubert-Buick: Tel 0521/8012783 / E-Mail: elke.schubert-buick@johanneswerk.de

Projektstandort Gelsenkirchen:

Evangelische Kirchengemeinde Gelsenkirchen Buer-Beckhausen
Ansprechpartner Jörg Awiszio, Tel 0209/585407 / E-Mail joerg.awiszio@web.de

Projektstandort Hilden:

Das Evangelische Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., Zweigstelle Hilden,
Ansprechpartnerin Claudia Wernik-Hübner
Tel 02103/53948; mobil 0152/28547676 / E-Mail c.wernikhuebner@eeb-hilden.de

Projektevaluation:

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert durch die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster.

Die Schwerpunkte des Projektes:

- Allgemeine Sensibilisierung für die Lebenssituationen von älteren Menschen und Informationen zum Thema „Krisen und Suizidalität im Alter“
- Aufbau regionaler Netzwerke zur Vernetzung bestehender Strukturen und Angebote
- Entwicklung eines Qualifizierungsprogramms für Netzwerkpartner und Mitwirkende
- Gewinnung und Qualifizierung von MultiplikatorInnen vor Ort
- Entwicklung und Aufbau von (zugehenden) Beratungs- und Unterstützungsangeboten
- Einbindung des Angebots in bestehende Strukturen

Träger des Modellprojektes

ist die Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.
Ansprechpartnerin Katja Alfing, Tel 0251-2709 350, E-Mail k.alfing@diakonie-rwl.de
www.diakonie-rwl.de/suizidpraevention

Forum 4

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen – Konzepte und Ansatzpunkte in Gesundheitsförderung und Versorgung

Optionen für die Gesundheitsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung

Dr. Annett Horn und Thomas Kleina,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Die Langzeitversorgung wurde lange Zeit nicht als geeignetes Setting für Gesundheitsförderung wahrgenommen. Seit einiger Zeit beginnt sich dies zu verändern, weil zunehmend mehr Studienergebnisse darauf deuten, dass Gesundheits- und insbesondere Bewegungsförderung auch für die Nutzer in diesem Versorgungssetting eine hohe Relevanz besitzen und künftig eine bedeutsamere Rolle spielen sollten als bislang (Horn/Schaeffer 2013).

Zu den Nutzern gehören zwar überwiegend hochaltrige und pflegebedürftige Menschen, die sich in einer gesundheitlich vulnerablen und fragilen Situation befinden und unter zahlreichen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen leiden. Dennoch verfügen viele dieser Personen, wie eine jüngst an der Universität Bielefeld durchgeführte Studie zeigt (Kleina et al. 2012), über förderungswürdige gesundheitliche Ressourcen und grundlegende Fähigkeiten, die zur Beteiligung an bewegungsfördernden Interventionen notwendig sind: Rund 80 % der Bewohner sind z. B. in der Lage zu sitzen, mehr als zwei Drittel können aufstehen bzw. stehen und mit 54 % sind mehr als die Hälfte von ihnen in der Lage, eine Gehstrecke von 10 Metern bewältigen (vgl. nachfolgende Tabelle).

Der Bewohner kann ...	Sitzen	Aufstehen	Stehen	Gehen
selbständig	42,4%	26,8%	21,1%	14,2%
selbständig mit Hilfsmitteln	32,8%	24,9%	33,4%	33,5%
mit personeller Unterstützung	4,6%	16,4%	13,4%	8,6%
nein	20,1%	31,9%	32,1%	43,7%

Es sind u. a. Befunde wie diese, die dazu geführt haben, dass stationäre Pflegeeinrichtungen für das Thema Bewegungsförderung sensibilisiert wurden und das Angebot an Maßnahmen an Breite gewonnen hat. Dennoch zeigen sich in der Praxis Probleme, denn allzu oft erfolgen Auswahl und Einführung von Interventionen eher im Sog von Trends und externen Anreizen als aufgrund intentionaler Gesichtspunkte. Das führt u.a. dazu, dass die angebotenen Aktivitäten nicht im Einklang mit dem Bedarf und den Fähigkeiten der Nutzer stehen und nur ein Teil von ihnen wirklich profitiert. Darauf deuten auch weitere Ergebnisse der erwähnten Untersuchung hin, denen zufolge zwar 43 % der einbezogenen Personen an Angeboten zur körperlichen Aktivierung teilnehmen, der überwiegende Teil jedoch nicht mit der gebotenen Häufigkeit. Wichtig ist auch ein weiteres Ergebnis:

Bewegungsförderung wurde vor allem von Nutzern mit geringen Mobilitätseinschränkungen wahrgenommen. Stärker bewegungsbeeinträchtigte Bewohner, bei denen der Erhalt noch verbliebener Fähigkeiten besonders wichtig ist, wurden vergleichsweise selten erreicht.

Ungeachtet der Tatsache, dass das Thema Bewegungsförderung an Bedeutung in der stationären Langzeitversorgung gewonnen hat, besteht also Entwicklungsbedarf. Denn trotz zweifelsohne bestehender Potenziale der Nutzer kommen diese (noch) zu selten in den Genuss einer für sie geeigneten Bewegungsförderung, die zum Erhalt ihnen verbliebener Fähigkeiten und Selbständigkeit beitragen könnte. Neben einer gezielten Anpassung und Neukonzeption bewegungsfördernder Interventionen bedarf es dazu auch besserer Informationen über existierende Konzepte. Dem widmet sich derzeit ein Projekt, das die Universität Bielefeld mit Unterstützung des Zentrums für Qualität in der Pflege (Berlin) durchführt und in dem auf Basis einer Literatur- und Praxisrecherche vorliegende Interventionen zur Bewegungsförderung bei Heimbewohnern bewertet und in einer Übersicht zusammengefasst werden.

Literaturtipps

Horn, A./Schaeffer, D. (2013): Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit - eine explorative Analyse der Problemsicht der ambulanten Pflege. In: Pflege&Gesellschaft 18:1:34-49

Horn, A./Vogt, D./Kleina, T./Schaeffer, D. (2013): Bewegungsförderung bei Pflegebedürftigkeit – zielgruppenspezifische Interventionen fehlen. In: Public Health Forum

Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D. (2012): Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In: Geuter, G./Hollederer, A. (Hg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Huber, 305-318

Kleina, T./Cichocki, M./Schaeffer, D. (2013): Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern - Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. Pflege und Gesellschaft 18, Nr. 1, 5-19

Kleina, T./Horn, A./Vogt, D./Schaeffer, D. (2013): Zur Praxis der Bewegungsförderung in der stationären Langzeitversorgung. In: Public Health Forum

Kleina, T./Brause, M./Horn, A./Wingenfeld, K./Schaeffer, D. (2012): Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige

Dr. Dagmar Dräger

Institut für Medizinische Soziologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Pflegende Angehörige weisen im Vergleich zur Bevölkerung insgesamt ein höheres Risiko für physische und psychische Erkrankungen auf, die aus pflegebedingten Belastungen resultieren. Die unterschiedlichen Belastungsfaktoren und das Belastungserleben pflegender Angehöriger wurden bereits in zahlreichen Studien seit den 1980er Jahren nachgewiesen.

Insofern stellen informell Pflegende eine relevante Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention dar. Erfahrungsgemäß gestalten sich Zugänge zu dieser Zielgruppe jedoch schwierig und die Inanspruchnahme von Angeboten bleibt gering. Es zeigen sich zahlreiche Defizite bei bereits etablierten Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige, die folgende Aspekte betreffen: ungeeignete Zugangswege, ungünstige Zeitpunkte für Angebote, mangelnde Bedarfs- und Bedürfnisorientierung von Angeboten sowie fehlender primärpräventiver Charakter von Unterstützungsangeboten.

Hier setzte ein Projekt (gefördert 2007 – 2010 BMBF) zur „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“ an, dessen Anliegen darin bestand, Risiken und Ressourcen zu erfassen und darauf basierend bedarfsgerechte Angebote in Kooperation mit einer gesetzlichen Krankenkasse in zugehender Weise an die Zielgruppe heran zu tragen und etwaige Barrieren der Inanspruchnahme so niedrig wie möglich zu halten.

Die herausgearbeiteten differenzierten Befunde zu den mittels Assessment bestimmten Risiken und Ressourcen der Pflegenden untermauern bereits vorliegende Studienergebnisse. Es wurden körperliche Beschwerden (wie z. B. schlechter Schlaf, Bewegungsbeeinträchtigungen) und psychische Belastungen (wie z. B. Gefühle starker Eingebundenheit, Vernachlässigung eigener Interessen) identifiziert. Unter diesen Bedingungen leidet bei gut einem Drittel der Angehörigen die eigene Lebenszufriedenheit. Allerdings schätzten 3/4 der Befragten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Als recht brisant kann in diesem Zusammenhang der Befund eingestuft werden, wonach ein Großteil der Pflegenden bereits bei Antragstellung auf Leistungen aus der Pflegeversicherung über lediglich geringe bis mittlere physische und psychische Ressourcen verfügt.

Trotz des offenkundigen Bedarfs an Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige wurden die im Rahmen der Studie unterbreiteten Angebote nur in geringem Maße angenommen. Aus diesem Grund wurde eine Nichtnutzeranalyse durchgeführt, mit dem Ziel, detaillierte Angaben zu den Eigenschaften dieser Gruppe

(soziodemographische Merkmale, Ressourcenkonstellationen und Aktivitätsniveau) der gesundheitsförderlichen Angebote zu erhalten. Zudem stellte sich die Frage nach subjektiven Einstellungen von Nichtnutzern und ihren individuellen Begründungen für die Nichtinanspruchnahme.

Eine entsprechende Analyse spontan geäußerter Begründungen zeigt, dass insbesondere Aspekte des persönlichen Befindens im Sinne subjektiver Barrieren im Vordergrund stehen. In weitaus geringerem Maße werden organisatorische oder finanzielle Barrieren angeführt. Dabei wird deutlich, dass in erster Linie die wahrgenommene Überforderung in der Pflegesituation den Zugang zu Gesundheitsförderung verhindert. Fast ebenso häufig führen die Befragten an, dass ihre Abwesenheit nicht erwünscht sei. Den dritthäufigsten Ablehnungsgrund bilden eigene gesundheitliche Beschwerden, gefolgt von organisatorischen Problemen hinsichtlich der Entfernung vom Kursort sowie im Hinblick auf Kurszeiten und -termine. Zu den fünf am häufigsten genannten Ablehnungsgründen gehört auch das Argument, bereits aktiv zu sein. In Anbetracht der Zielgruppe – *ältere* Pflegende – können im Zusammenhang mit subjektiven Gründen gegen eine Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Angebote auch altersbezogene Einstellungen in Form von Alter(n)sbildern bedeutsam sein. Bei der Überprüfung altersbezogener Haltungen in Form von Alter(n)sbildern wurden allerdings überwiegend positive Einstellungen ermittelt, die eine Grundlage zur Diskussion bieten.

Der Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen durch pflegende Angehörige scheinen komplexe Entscheidungen und individuelle Bedingungen zugrunde zu liegen. Angesichts dieser Herausforderung erachten wir das individuell orientierte Vorgehen bei der Ermittlung von Ressourcen und Risiken zur Unterbreitung bedarfsgerechter Gesundheitsförderung als notwendig. Persönliche Lebens- und Belastungssituationen müssten dabei sogar in noch höherem Maße in Form zeitlich flexibler und individueller Angebote Berücksichtigung finden.

Zudem ist ein Zugang über eine Krankenkasse zu reflektieren. Die Erweiterung der Angebotsstruktur erscheint wünschenswert, wobei die Rahmenbedingungen und finanziellen Möglichkeiten des Präventionsgesetzes hier bislang kaum Spielraum bieten. Aus der Perspektive einer gesetzlichen Krankenkasse stellen ältere pflegende Angehörige zurzeit im Verhältnis zur Gesamtversichertengruppe noch eine relativ kleine und in diesem Sinne für Marketingüberlegungen eher unbedeutende Gruppe dar. Andererseits sind sie eine Gruppe, die prognostisch mit der Alterung der Bevölkerung und der Zunahme von Pflegebedürftigkeit weiter anwachsen wird.

Literaturtipps

Blüher, S./ Dräger, D./ Budnick, A./ Seither, C./ Kummer, K. (2011): Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. In: Heilberufe Science 2,119-127

Budnick, A./ Kummer, K./ Blüher, S./ Dräger, D. (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie 45, 201-211

Dräger, D./ Blüher, S./ Kummer, K./ Budnick, A. (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In Pflege & Gesellschaft 1,

Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern durch pharmazeutische Betreuung

Dr. Udo Puteanus

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Je älter die Menschen werden, desto häufiger werden zur Behandlung von Erkrankungen in der Regel Arzneimittel notwendig. Wirksame Arzneimittel können jedoch auch unerwünschte Nebenwirkungen verursachen, insbesondere wenn sie unsachgemäß eingesetzt oder in kritischer Kombination mit anderen Wirkstoffen verwendet werden.

Gerade in Alten- und Pflegeheimen leben in der Mehrzahl alte multimorbide Menschen, deren Vielzahl von Arzneimittel genau aufeinander abgestimmt und deren Anwendungen permanent der jeweiligen gesundheitlichen, körperlichen und psychischen Situation angepasst werden müssen. Untersuchungen zeigen, dass viele Krankenhauseinweisungen, Stürze und psychische Belastungen vermieden werden können, wenn Arzneimittel noch zielgenauer und in richtiger Kombination eingesetzt werden.

In die Arzneimittelversorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern der Alten- und Pflegeheime sind unterschiedliche Berufsgruppen und Institutionen involviert, die jede für sich und einander ergänzend für die Sicherheit der Arzneimittel und ihrer Anwendung Verantwortung tragen. Neben einer guten Aus-, Fort- und Weiterbildung ist in Zukunft vor allem in eine verbesserte Kommunikation sowie Kooperation zwischen den Berufsgruppen und Institutionen zu investieren.

Insbesondere die Berufsgruppe der Apothekerinnen und Apotheker ist bislang unter ihren Möglichkeiten geblieben. In den letzten Jahren haben sich jedoch die Voraussetzungen verbessert, sodass der Einsatz des pharmazeutischen Sachverständes für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen mehr als bisher möglich wurde.

Im Beitrag für den Workshop geht es um Chancen und Herausforderungen, wie das pharmazeutische Potenzial noch stärker eingebunden werden kann, wobei auf Untersuchungen zurückgegriffen wird, an denen das LZG.NRW beteiligt war.

Folgende Thesen werden im Workshop diskutiert:

- Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in Alten- und Pflegeheimen muss weiter intensiviert werden.

- Die heimversorgenden Apotheken können schon heute mehr als bisher zur Arzneimitteltherapiesicherheit beitragen.
- Die Hindernisse, die der Nutzung des pharmazeutischen Sachverstandes im Wege stehen, müssen weiter abgebaut werden.