

Gesundes Altern

Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen



Gesund Alter Werden
Das AOK-Programm für aktive Senioren

aktiv55plus

Aktiv ins Alter!

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa sind an das Referat
Veröffentlichungen zu richten:

Referat Veröffentlichungen
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark.

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/ Information
bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Weltgesundheitsorganisation 2005

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Gesundes Altern

Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen



Vorwort

„Wenn das Altern positiv erlebt werden soll, muss ein längeres Leben mit der Aufrechterhaltung von Gesundheit, Teilnahmemöglichkeiten und Sicherheit einhergehen.“

*Zweite Weltversammlung über das Altern,
Madrid, Spanien, April 2002*

Weltweit ist eine demografische Revolution im Gange. Vielerorts steigt der Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen rasch an. Im Jahr 2025 wird es weltweit mehr als 1,2 Mrd. Menschen im Alter von über 60 Jahren geben. Diese demografische Verschiebung stellt die Regierungen der betroffenen Länder angesichts knapper Kassen sowie des Fehlens einer umfassenden und adäquaten Seniorenpolitik vor erhebliche Herausforderungen bei der Bewältigung der Doppelbelastung durch übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten. Auf der Zweiten Weltversammlung über das Altern, die die Vereinten Nationen im Jahr 2002 in Madrid veranstalteten, war der deutliche Wille erkennbar, einige dieser Probleme durch gesundheitsfördernde Maßnahmen für die alternde Bevölkerung anzugehen. Das Ziel bestand konkret darin, die älteren Menschen beim Ausschöpfen ihres Potenzials für körperliches, soziales und seelisches Wohlbefinden zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, sich entsprechend ihren Bedürfnissen, Wünschen und Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen.

Angesichts des zwischen 2002 und 2025 prognostizierten Anstiegs des Bevölkerungsanteils älterer Menschen¹ haben sich Länder und Kommunen in Deutschland und in Österreich umgehend an diese Arbeit gemacht. So wurden auf lokaler Ebene drei Projekte für Investitionen in die Gesundheit entwickelt. Der vorliegende Bericht enthält eine Beschreibung der Projekte und soll Orientierungshilfe bieten für politische Entscheidungsträger auf Bundes-, Länder- und Kommunal-

ebene, die sich mit ähnlichen Fragen befassen wollen. Bei den Projekten wird ein sektorübergreifender Ansatz verfolgt. Interessengruppen und Entscheidungsträger, die zur Verbesserung der Gesundheit der älteren Menschen beitragen können, werden ebenso benannt wie Möglichkeiten zu ihrer Einbeziehung in die Projektentwicklung. Aufgrund der konsequenten Verzahnung verschiedener Politikebenen bieten diese Projekte hervorragende Beispiele für eine gelungene sektorübergreifende Zusammenarbeit. In einem konkreten Fall war der Erfolg so durchschlagend, dass sich die in der Pilotphase erprobte Maßnahme inzwischen grundsätzlich durchsetzt.

Es ist zu hoffen, dass der Erfolg dieser drei Initiativen auch auf Bundesebene Lern erfahrungen bewirkt und dass er die Entwicklung von Maßnahmen auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene insgesamt befriert. Auch hoffen wir, dass die einschlägigen Programme der WHO aufgrund der Erfahrungen und Empfehlungen aus diesem Bericht auf dem Weg zu einer nachhaltigen Entwicklung ähnliche Projekte zum Nutzen der Bevölkerung der Europäischen Region realisieren werden.

Dr. Gudjón Magnússon
Direktor
Abteilung Fachunterstützung
Minderung der Krankheitslast

Vivian Barnekow Rasmussen
Fachreferentin
Altern in Gesundheit

Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa

¹In Deutschland von 24% auf 33,2%, vgl. „Active ageing - a policy framework“, 2002 – die Zahlen beziehen sich auf Menschen über 60 Jahre.

“Gesundes Altern”

Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen

Die beste Investition in die Gesundheit älterer Menschen ist die Förderung des aktiven Alters. Wie zahlreiche Forschungen zeigen, wird Gesundheit nur zu einem geringen Teil durch Maßnahmen des Gesundheitssystems erzeugt; vielmehr sind Gesundheit und Wohlbefinden im Alter in hohem Ausmaß von einer aktiven und selbst bestimmten Lebensführung abhängig. Voraussetzung für eine Förderung des aktiven Alters ist es, Barrieren und Hindernisse, die einer Verwirklichung von individuellen Bedürfnissen im Wege stehen, zu erkennen und zu überwinden. Solche Barrieren können aufgrund von Unübersichtlichkeiten im Sozialsystem entstehen. Hindernisse bei der Verwirklichung persönlicher Lebensziele im Alter gibt es z.B. durch eine fehlende Vernetzung der Institutionen - die bei Bedarf professionelle soziale Dienste leisten, mit außerinstitutionellen Akteuren und Netzwerken (wie Vereinen oder nachbarschaftlichen Gruppierungen) die im Alltagsleben der älteren Menschen eine große Rolle spielen. Die Zusammenführung aller Akteure und Entscheidungsträger, die zur Gesundheit der älteren Menschen in einer Region beitragen ist ein notwendiger Bestandteil jeder Gesundheitsförderung.



Dieser Bericht zeigt drei modellhafte Beispiele für Initiativen, die sich die Aktivierung älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger zum Ziel gesetzt haben. Aufbauend auf der WHO Programmatik „Investitionen für die Gesundheit“ haben diese Projekte, in drei ganz unterschiedlichen Regionen und unter verschiedenen institutionellen Voraussetzungen, durch aufsuchende Aktivierung die Lebensqualität älterer Menschen verbessert. Dabei wurden trotz der Unterschiede gemeinsame Ziele verwirklicht. In allen Regionen ist es dabei gelungen, die Zusammenarbeit der bisher aktiven Dienste und Angebote für diese Gruppe zu fördern und über die jeweilige Projektförderung hinaus aufrecht zu erhalten. Die Projekte werden hier im Einzelnen vorgestellt. Zusätzlich werden gemeinsame Ergebnisse und Erfahrungen berichtet. Zu Anfang sollen jedoch die allgemeinen Voraussetzungen der Initiativen und die grundlegenden Problemstellungen kurz umschrieben werden.

Inhalt:

| | |
|---|----|
| Investitionen für die Gesundheit – Zur Programmatik der WHO in Europa | 8 |
| • Der demographische Wandel in Zahlen | |
| Wie kann man die Gesundheit fördern und Krankheit im Alter vermeiden? | 11 |
| • Die Idee der Aufsuchenden Aktivierung | |
| • Wie verändert sich das Leben im Alter | |
| Drei Projekte, drei Prozesse: | 14 |
| • Aktiv55plus (Radevormwald) | |
| • Aktiv ins Alter (Wien) | |
| • Gesund Älter werden (Hannover) | |
| Verbesserung der Lebensqualität, Aktivität und Gesundheit als Ziele der Aufsuchenden Aktivierung | 37 |
| • Die Berliner Altersstudie | |
| • Zur Gesundheit älterer Menschen | |
| Welche Erfolge konnten nachgewiesen werden? | 40 |
| • Messung der Lebensqualität durch WHOQOL-Bref | |
| • Der Verlust des Lebenspartners | |
| • Die Aufsuchende Aktivierung hilft besonders nach dem Verlust des Lebenspartners | |
| • Fazit | |
| Verbesserung der regionalen und intersektoralen Zusammenarbeit | 43 |
| Perspektiven für die Praxis | 44 |

Investitionen für die Gesundheit – Zur Programmatik der WHO in Europa

Wie in der Brasilia-Erklärung der WHO zum Altern (1996) festgestellt, sind gesunde ältere Menschen für ihre Familien, das Gemeinwesen und die Volkswirtschaft eine wichtige Ressource. Je aktiver sie sind, desto mehr können sie zur Gesellschaft beitragen. Die Staaten sollten daher das gesunde Altern als einen Kernpunkt ihrer Entwicklungsaufgabe ansehen und in ihren alternden Bevölkerungen nicht etwa ein Problem, sondern eine potentielle Lösung für viele Probleme erblicken. Noch drehen sich Diskussionen über ältere Menschen allzu oft nur um ihre unbefriedigten Bedürfnisse; dabei sollte man sie doch vor allem als ein noch nicht erschlossenes Potenzial sehen.

(Alexandre Kalache, M.D., Ph.D., Weltgesundheitsorganisation WHO, Genf)

Das Älterwerden der Bevölkerung ist eine der größten Errungenschaften der Gesundheitspolitik weltweit. Zugleich bedeutet dies aber auch eine der größten Herausforderungen. Zu Beginn des 21 Jahrhunderts verlangt das höhere Lebensalter der Bürger in allen Ländern größere ökonomische und soziale Aufwendungen. Gleichzeitig sind ältere Menschen aber auch eine oft vergessene wertvolle Ressource für die Gesellschaft. Die WHO geht davon aus, dass die Länder diese Ressource dann optimal nutzen können, wenn Regierungen, internationale Institutionen und die Zivilgesellschaft frühzeitig in Programme und Maßnahmen zum Aktiven Altern investieren um die Gesundheit, Partizipation und die Sicherheit ihrer älteren Bevölkerung sicher zu stellen. Diese Programme und Maßnahmen müssen sich an den Rechten, den Bedürfnissen, den Vorlieben und den Möglichkeiten der Älteren orientieren. Dies folgt dem Ansatz des Lebenslaufes, der die individuellen Lebenserfahrungen und Lebensbedingungen berücksichtigt. Ziel: Gesunde ältere Menschen sollen als Ressource für ihre Familien sowie für die Gemeinde und die Wirtschaft erhalten bleiben. (Brasilia Erklärung der WHO zu Alter und Gesundheit, 1996)

Die WHO spricht in ihrem Lebensphasenmodell vom dritten Lebensalter, dem Alter der 55-80 Jährigen. Dabei ist zu bedenken, dass das Alter als Lebensphase sich in verschiedenen Ländern unter verschiedenen Lebensbedingungen durchaus unterschiedlich darstellt. Während sich das Alter 60 in den entwickelten Ländern und in Entwicklungsländern mit größeren Fortschritten in der sozialen und medizinischen Versorgung als relativ jung darstellt, muss berücksichtigt werden, dass die Lebenserwartung im globalen Vergleich stark variiert. Ebenso sind Menschen des gleichen Alters durchaus unterschiedlich stark durch Gesundheitseinschränkungen betroffen und in unterschiedlicher Weise in ihrer Mobilität und Teilhabe am sozialen Leben der Gesellschaft beeinträchtigt. Politische Entscheidungsträger sollten diesen Umstand bei der Planung und Durchsetzung von Strategien zur Verbesserung der Lebensbedingungen alter Menschen berücksichtigen. Die alleinige Orientierung an Altersgrenzen kann dazu führen, dass Diskriminierung entsteht und entsprechende Programme kontraproduktiv für das Wohlbefinden der Betroffenen geraten.

In allen Ländern sind Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und der Aktivität älterer Menschen eine Notwendigkeit und kein Luxus. (WHO: Active Ageing – A Policy Framework)

Das politische Rahmenpapier zum „Active Ageing“ Programm der WHO entstand auf der zweiten WHO Vollversammlung zum Thema Altern im April 2002 in Madrid. In diesem Rahmenpapier werden die Grundzüge einer Politik zum „Aktiven Altern“ entworfen: „Aktives Altern ist ein Prozess zur Optimierung der Gesundheitschancen, der Mitwirkung und der Sicherheit mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität von Menschen, die altern.“² Aktives Altern ermöglicht Menschen, ihr Potential für physisches, geistiges und soziales Wohlbefinden über

²Active Ageing – A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April 2002.
(www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf)

den gesamten Lebenslauf hinweg sicher zu stellen. Dazu gehört die aktive Teilhabe an der Gesellschaft, entsprechend ihrer jeweiligen Bedürfnisse und Möglichkeiten, ebenso wie ein adäquater Schutz und Pflege, wenn dies notwendig wird. Aktivität im Alter bedeutet eine Fortsetzung der Teilnahme an sozialen, ökonomischen, kulturellen und bürgerschaftlichen Aktivitäten über die Zeit des Berufslebens hinaus. So können auch Pensionäre und erkrankte Menschen weiterhin einen aktiven Beitrag für ihre Familien, Freunde und das Gemeinwesen leisten. Aktives Altern ist dabei auch auf die Gesundheit bezogen, wie sie in der erweiterten Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (Ottawa Charta) beschrieben ist. Die Aufrechterhaltung der Autonomie, Unabhängigkeit und Mitwirkung älterer Menschen ist ein Ziel der Individuen selbst, aber auch der Politik.

Der Begriff „Aktives Altern“ wurde von der WHO in den späten 90er Jahren aufgegriffen um die Botschaft des „gesunden Alterns“ auf ein breiteres Fundament zu stellen. Er basiert auf der Gewährleistung der Menschenrechte älterer Menschen und den UN – Prinzipien der Unabhängigkeit, Mitwirkung, Würde, Selbstverwirklichung und Fürsorge. Es geht dabei um eine Umorientierung weg von einem „Bedürfnis – Ansatz“, der ältere Menschen zu Objekten der Fürsorge macht, hin zu einem „Rechte – Ansatz“, der eine Gleichstellung hinsichtlich der Chancen und Möglichkeiten in allen Lebensbereichen beinhaltet.

Die Einbeziehung des „Aktiven Alterns“ in politisches Handeln kann die verschiedenen Herausforderungen durch die aktuelle Bevölkerungsentwicklung, nämlich das Altern der Gesellschaft, unterstützen. Dies gilt für die Gesundheitspolitik, den Arbeitsmarkt sowie die Bildungs- und Sozialpolitik. Mögliche Effekte wären weniger Behinderungen durch chronische Erkrankungen im Alter, mehr Menschen mit einer höheren Lebensqualität, mehr bürgerschaftliches

Engagement und ehrenamtliche oder bezahlte Mitwirkung in sozialen, kulturellen und politischen Aktivitäten sowie geringere Kosten bei der Krankenbehandlung und Pflege.

Die Politik des „Aktiven Alterns“ beinhaltet die Unterstützung der Eigenverantwortung, die Schaffung einer altersgerechten Umwelt und die Förderung einer generationsübergreifenden Solidarität. Aus guten ökonomischen Gründen ist die Steigerung der Mitwirkung älterer Menschen sinnvoll. Sie erhält die Arbeitskraft und reduziert die Kosten für die Versorgung indem sie nachweislich die Menschen länger gesund erhält. So sind die gesteigerten Kosten für die Gesundheitsversorgung nicht unmittelbar auf die Überalterung der Gesellschaft zurückzuführen, wohl aber auf die Zunahme von Behinderungen und chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Werden alternde Menschen länger gesund erhalten, dann steigen die Kosten im Sozial- und Gesundheitswesen deutlich langsamer. Modellrechnungen aus den USA können zeigen, dass die Investition von einem Dollar in die Prävention, z. B. die Förderung der körperlichen Aktivität, zu einer Einsparung von 3,20 Dollar bei den Ausgaben im Gesundheitswesen führen.³



³U.S. Center for Disease Control (1999). Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity. Atlanta: CDC (www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm)

Der demographische Wandel in Zahlen

Weltweit nimmt der Anteil der über 60-jährigen schneller zu als der jeder anderen Altersgruppe. Zwischen 1970 und 2025 wird eine Steigerungsrate von 223 % erwartet. Im Jahr 2025 wird sich die bekannte Alterspyramide zu einer stärker rechteckigen Verteilungsform verändert haben. Weltweit ist eine Abnahme der Geburtenzahlen zu beobachten. Mit der Alterung der Bevölkerung geht auch eine Zunahme der sehr alten Menschen einher. Es wird geschätzt, dass derzeit in den entwickelten Ländern etwa 3 % der Bevölkerung über 80 ist, im Gegensatz zu 1 % in den Entwicklungsländern. Durch die zunehmend hohe Lebenserwartung nimmt diese Altergruppe schneller zu als alle anderen.

Deutschland steht derzeit im internationalen Ranking der Länder mit dem proportional größten Anteil über 60-jähriger an dritter Stellen nach Japan und Italien. 2025 werden die über 60-Jährigen ein Drittel der deutschen Bevölkerung ausmachen, ohne dass sich die internationale Rangfolge verändert. In der Bundesrepublik Deutschland leben heute rund 82 Millionen Menschen, davon sind 18,4 Millionen (22 %) 60 Jahre und älter. Mit diesem Trend korrespondiert die deutliche Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten: Ein um das Jahr 1900 geborenes Mädchen hatte seinerzeit eine durchschnittliche Lebenserwartung von gut 48 Jahren, ein neugeborener Junge von 45 Jahren. Für ein heute neugeborenes Kind errechnet sich eine rund 30 Jahre höhere Lebenserwartung, nämlich für Frauen 80,5 und für Männer 74,4 Jahre. Diese Entwicklung wird sich aller Voraussicht nach fortsetzen, indem insbesondere die Anzahl der Hochbetagten in Zukunft weiter erheblich anwächst. So können 75-jährige Frauen und Männer heute damit rechnen, dass sie 86 bzw. fast 85 Jahre alt werden.

Auch die Menschen in Österreich werden immer älter. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt für Männer derzeit 74,5 Jahre, für Frauen 81 Jahre. Die Anzahl der älteren Mitbürger und Mitbürgerinnen steigt stetig. Waren es im Jahr 1971 noch 1.508.595 über 60-Jährige, so werden es im Jahr 2041 bereits

2.839.541 sein. Gleichzeitig mit der immer höher werdenden Lebenserwartung sinkt auch die Zahl der Geburten in Österreich. Gab es im Jahr 1971 noch 1.236.966 Kinder unter 10 Jahren, so wird deren Anzahl im Jahr 2041 nur noch 729.628 betragen. Besonders drastisch sind die künftigen Zuwächse bei den (pflegebedürftigen) Hochbetagten. Waren in Österreich im Jahr 2001 noch 140.000 Personen über 85 Jahre alt, so werden es im Jahr 2011 190.000, im Jahr 2021 210.000 und schließlich im Jahr 2041 bereits über 350.000 Personen sein. Die Mittel des Sozialstaates werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten verstärkt im Bereich der Pflege benötigt werden. Bis zum Jahr 2040 werden über 300.000 zusätzliche Pflegegeldbezieher erwartet, was einen Mehraufwand von rund 1,5 Mrd. Euro bedeuten würde.

Wie kann man die Gesundheit fördern und Krankheit im Alter vermeiden?

Gesundes Älterwerden wird heute vor allem im Sinne einer aktiven Lebensgestaltung interpretiert. Unter aktiver Lebensgestaltung ist dabei ein selbständiges, selbstverantwortliches und mitverantwortliches (sozial-partizipatives) Leben zu verstehen. Das hohe Engagement älterer Menschen für Angehörige, für Nachbarn, in Vereinen sowie im Ehrenamt macht deutlich, dass diese aktive Lebensgestaltung heute vielen älteren Menschen ein Bedürfnis ist. Die sich bietenden Möglichkeiten eines produktiven Lebens im Alter bilden einen bedeutenden Einflussfaktor des Wohlbefindens und damit der psychischen Gesundheit.

Die aktive Lebensgestaltung ist erstens an Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Menschen gebunden, zweitens an die materielle und soziale Sicherung, drittens an die Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt, viertens an die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Alter und älteren Menschen.

Durch körperliche, seelisch-geistige und soziale Aktivität trägt der Mensch bis ins hohe Alter zur Erhaltung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen bei. Aus diesem Grunde wird die Aufrechterhaltung seiner (persönlich sinnerfüllten) Aktivität und die darin zum Ausdruck kommende Nutzung der "späten Freiheit im Alter" als ein bedeutender persönlicher Beitrag zur Kompetenz im Alter gewertet. Materielle und soziale Sicherung sind für das Lebensgefühl älterer Menschen zentral und üben über dieses Merkmal Einfluss auf die körperliche, seelisch-geistige und soziale Aktivität aus. Die Gestaltung der Umwelt ist zum einen für Mobilität und soziale Integration bedeutsam, zum anderen gibt sie Anregungen zur Aktivität - zu nennen sind zum Beispiel Bildungseinrichtungen oder Institutionen, die ehrenamtliche Tätigkeiten ermöglichen.

Die Einstellung der Gesellschaft ist insofern für ein aktives Leben im Alter von Bedeutung, als sie sich auf das Lebensgefühl sowie auf die Bereitschaft, sich für

die Gesellschaft zu engagieren, auswirkt. In dem Maße, in dem die Gesellschaft die Erfahrungen und das Wissen älterer Menschen, also deren Daseinskompetenzen, als Humanvermögen begreift, regt sie zu ehrenamtlichem Engagement an.

Für das Verständnis der Gesundheit im Alter ist die Erkenntnis wichtig, dass durch Training seelisch-geistiger Fertigkeiten, durch Verhaltenstraining, durch Rehabilitation sowie durch aktivierende (mobilisierende) Betreuung und/oder Pflege zur Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung von Kompetenzen im Alter beigetragen wird. Das Veränderungspotential ist auch im Alter gegeben.

„Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die weit über das Gesundheitswesen hinausgeht. Gesund alt zu werden ist eine Herausforderung und Chance für den Einzelnen und die Gesellschaft. Aber: Gerade bei älteren Menschen werden die Präventionspotenziale oft unterschätzt. Es kommt nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern, wie gesund wir altern.“ Otto Graeber, Bundesvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft SPD 60 plus.

Die Idee der Aufsuchenden Aktivierung

Durch die Vereinzelung der alten Menschen und durch die oft mangelnde Eigenmotivation zur Aufnahme neuer Aktivitäten ist es dringend erforderlich, die Aktivierung der Betroffenen neu zu initiieren. Das übliche Vorgehen ist die Schaffung verschiedener Angebote zur Freizeitgestaltung und zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen. In vielen Fällen werden jedoch gerade diejenigen, die einen besonderen Bedarf haben hierdurch nicht erreicht.

Die im Folgenden beschriebenen Projekte verfolgen die Strategie der aufsuchenden Beratung älterer Menschen. Da diese jedoch nicht eindeutig auf vorliegende

Probleme gerichtet ist, sondern sich an die Potentiale bzw. die Ausschöpfung nach wie vor vorhandener Möglichkeiten bezieht, ist hier der Begriff „Aufsuchende Aktivierung“ treffender. Es gilt zunächst, die Schwelle zu den älteren Menschen zu überschreiten, um diese ihrerseits zur Überwindung von Schwellen zu bewegen. Die Aufsuchende Aktivierung geht auf die älteren Menschen zu und versucht im Gespräch, Möglichkeiten und Chancen für neue Betätigungen und Lebensperspektiven aufzuzeigen. Dabei ist das beratende Eingehen auf die Bedürfnisse und die Möglichkeiten des Einzelnen besonders wichtig. Es gilt die Potentiale aufzudecken und nutzbar zu machen. Dies sollen die älteren Menschen im Gespräch für sich selbst entdecken. Es geht darum das individuelle Selbsthilfepotential zu fördern.

Die Aufsuchende Aktivierung, wie sie in den Projekten praktiziert wird, verfolgt dabei nicht nur ein gemeinsames Ziel, sie verwendet auch eine besondere gemeinsame Methodik, die für das Zugehen auf die Menschen besonders geeignet erscheint. Es geht nicht darum, den Betroffenen die Initiative aus der Hand zu nehmen, sondern darum, sie zur eigenen Initiative zu motivieren. Ziel ist es, mit möglichst wenigen Hausbesuchen, die Betroffenen zur Eigeninitiative zu bringen. Selbstverständlich gehört auch eine beratende und helfende Tätigkeit zur Beseitigung möglicher Hindernisse dazu. Die sensi-



ble Balance zwischen Hilfe und Motivation setzt eine geschulte klientenzentrierte Gesprächsführung der Berater voraus. In der Regel werden durch sondierende Gespräche, teilweise unter Verwendung verschiedener Frage- bzw. Interviewinstrumente, die Wünsche und Möglichkeiten offen gelegt und zu Zielen formuliert. Für diese Ziele werden Vereinbarungen mit den Klienten getroffen, um für die ersten Schritte eine gewisse Verpflichtung zu erzeugen. Es wird davon ausgegangen, dass in der Folge diese ersten Schritte selbstbelohnend sind und zu weiteren Aktivitäten motivieren. Ist dies der Fall, wird die Aufsuchende Aktivierung überflüssig. Bildlich gesprochen geht es darum, den Älteren ein neues Fenster zur Welt aufzustoßen, ihnen neue Perspektiven zu zeigen.

Soll die Aktivierung der älteren Menschen über die Zeit Bestand haben, ist es notwendig, neue Kontakte zu Gleichgesinnten zu knüpfen. Zu diesem Zweck sieht das Konzept der Aufsuchenden Aktivierung auch die Bildung von Gruppen der Teilnehmer vor, in denen diese sich austauschen und neue Aktivitäten beginnen können. Es geht um die Bildung von informellen Netzwerken für aktive ältere Menschen, in denen gegenseitige Motivation und Unterstützung gegeben wird. Dies ist ein wesentliches Element für die Aufrechterhaltung der Veränderung ohne gleichzeitige Fortführung der individuellen Begleitung/Beratung

Zur erfolgreichen Aktivierung gehört nicht nur die Motivierung der Betroffenen. Es gilt auch, die regional vorhandenen Angebote zur Aktivität transparent zu machen, um in der Vielfalt der Möglichkeiten die richtige Empfehlung geben zu können. Zur Transparenz gehört, dass sich die Projekte an der Koordination der Angebote beteiligen. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus der derzeitigen Streuung von Hilfen und Angeboten über verschiedene professionelle und institutionelle Sektoren hinweg.

Wie verändert sich das Leben im Alter?

Der Alterungsprozess des Menschen ist mit vielen Veränderungen biologischer, psychosozialer und sozialer Art verbunden. Je nach Art der Veränderungen können sie vom Einzelnen oder seinem sozialen Kontext positiv oder negativ empfunden und erlebt werden. Zum einen bieten die Entlastung aus beruflichen oder familiären Verpflichtungen (Verrentung und Abschluss der Familienphase) mehr Freiraum zur Wahrnehmung eigener Interessen, die vorher zurückgestellt werden mussten oder gar nicht entwickelt werden konnten: stärkere Pflege sozialer Kontakte, intensivere und aktiver Pflege eigener Hobbies, sportlicher und/oder kultureller Interessen, vermehrte Reiseaktivitäten und stärkere Nutzung unterschiedlicher Bildungsmöglichkeiten sowie die Wahrnehmung neuer sozialer Verpflichtungen wie z. B. ehrenamtliche Tätigkeiten. Zum anderen bedeutet Altern aber auch allmähliches Fortschreiten körperlicher, kognitiver, psychosozialer, sozialer und gesundheitlicher Einschränkungen. Tendenziell haben alle diese Einschränkungen einen gesundheitlichen Aspekt für den Einzelnen und sein soziales Umfeld.

Durch die verlängerte Lebenserwartung ist die Selbsteinschätzung der Alten jünger geworden. Dies hat starke Auswirkungen auf das Verhalten, indem Angebote für ältere Menschen nicht angenommen werden, weil man sich ja dieser Altersgruppe subjektiv noch nicht zurechnet. Gleichzeitig kommen die alterstypischen Lebensumstände heute zunehmend früher auf die Menschen zu. Familienspezifische Entwicklungen führen vor allem bei den Frauen, oft zum früheren Abschluss der Erziehungsphase der Kinder. Mit der Folge, sich früher mit der verbleibenden verlängerten Lebenszeit auseinanderzusetzen zu müssen. Für Männer ist dies relevant, wenn ältere Arbeitslose aus Altersgründen am Arbeitsmarkt chancenlos werden und sich mit einer verfrühten Freisetzung auseinandersetzen müssen. Alterszeit ohne Berufstätigkeit, resultierend aus früher Berufsaufgabe und erhöhter durchschnittlicher Lebenserwartung betrifft einen immer größeren Teil der Bevölkerung. Die Berufsaufgabe selbst verlangt eine individuelle Einstellung auf neue Zwänge und Wahlmöglichkeiten sowie die Anpassung an die nachberufliche Lebensphase.

Das Geschlechterverhältnis unter älteren Menschen ist und bleibt unausgeglichen, trotz etwas stärkerer Angleichung. Ursachen dafür sind die höhere Lebenserwartung der Frauen, bei uns auch zunächst noch die Kriegsfolgen, deren Auswirkungen in den besonders betroffenen Generationen erst im nächsten Jahrhundert allmählich kompensiert werden. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt der Anteil Alleinstehender zu. Zunehmende Singularisierung im Sinne des Alleinlebens ist bei jüngeren Generationen als auch bei älteren ein durchgängig zu erwartender Trend. Viele Aspekte ergeben sich aus den demographischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen und sind daher keine Einzelschicksale.

Drei Projekte, drei Prozesse

Im Rahmen der WHO Demonstration wurden drei Projekte durchgeführt, die jeweils in unterschiedlichen kommunalen Strukturen unter verschiedener Trägerschaft die Idee der aufsuchenden Aktivierung erprobt.



Kontakt:

Projektleitung:

Dr. Reinhold Hikl
Johanniter Einrichtungen Radevormwald
Siepenstrasse 33
42477 Radevormwald
Tel.: +49 (0) 2195 600-0
E-mail: reinhold.hikl@johanniter-einrichtungen.de

Petra Bill
Katernberger Str. 78
42115 Wuppertal
Tel.: +49 (0)202 309202
E-mail: billpetra@hotmail.com

Wissenschaftliche Begleitforschung:

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Institut für Medizin-Soziologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 42803-7849

Aktiv55plus (Radevormwald)

Radevormwald ist eine Stadt im Oberbergischen Kreis (Nordrhein Westfalen, Regierungsbezirk Köln) mit etwas mehr als 26.000 Einwohnern. Davon sind ca. 6.500 über 60 Jahre alt. Wie in den meisten deutschen Kleinstädten ist auch in Radevormwald die Anzahl der Vereine, Kirchengemeinden und Selbsthilfegruppen im Vergleich zur Bevölkerungszahl sehr groß. Dieses relativ zahlreiche bürgerschaftliche Engagement bedeutet für Radevormwald bereits ein beträchtliches Sozialkapital. Zu Beginn des Projekts wurden mit allen Anbietern im gesundheitlichen und pflegerischen Sektor, den Krankenkassen, Apotheken und Ärzten sowie den politischen Gruppierungen, Vereinen und Kirchen insgesamt etwa 90 Personen und Institutionen identifiziert, die mit älteren Menschen in Kontakt sind, bzw. Angebote für sie vorhalten.

Ausgehend von den Johanniter – Einrichtungen, die u. a. ein Krankenhaus, Anlagen für betreutes Wohnen und ein Altenheim betreiben, hatte sich in Radevormwald bereits ein „Lokales Netzwerk der sozialen Kompetenz“ gebildet, dem Hausärzte, die Arbeitsgemeinschaft Physiotherapie, die Diakoniestation und die Hospizbewegung angehören. Diese bereits bestehenden Strukturen sowie die enge Zusammenarbeit mit der Stadt Radevormwald und dem Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises gaben für die WHO Europa den Ausschlag, Radevormwald für ein Demonstrationsprojekt im Rahmen des Programms „Active

Ageing“ auszuwählen und im Jahre 2001 erstmalig einen Kooperationsvertrag mit einem Freien Träger zu schließen. Zu dem Projekt unter dem Namen „Gesundes und Aktives Altern in Radevormwald“ kurz „aktiv55plus“ schlossen sich die Johanniter Einrichtungen, die Stadt Radevormwald sowie das Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises zusammen.

Das Projekt „aktiv55plus“ will die Gesundheit und die Lebensqualität von Menschen im Alter von 55 bis 80 Jahren in einer Region verbessern helfen. Es soll demonstriert werden, wie man bereits vorhandene Gesundheits- und Sozialdienste mit Hilfe von Strategien der Gesundheitsförderung effizient umgestalten kann. Die Grundannahme: Intersektorale Kooperation auf lokaler Ebene, die Erleichterung des Zugangs zu bestehenden Angeboten und eine Ausrichtung auf persönliche Ressourcen fördernde Aktivitäten sollten die Gesundheit älterer Menschen nachweisbar und effizient verbessern können. Die Grundlagen des Projekts sind also einerseits die Angebote, die in der Kommune Radevormwald vorhanden sind und andererseits die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die bei den älteren Menschen vorliegen und zur Selbsthilfe aber auch zur Hilfe für andere genutzt werden können. Das Projekt arbeitet auf zwei Interventionsebenen: Erstens auf der Basis der individuellen Bedürfnisse und zweitens, auf einer systemischen Ebene, auf der Basis von benannten Barrieren und anhand innovativer Strategien der intersektoralen Kooperation. In dem Projekt verbinden sich damit die unterschiedlichen politischen Ebenen in der Kommune und darüber hinaus im Interesse der Lebensqualität der (älteren) Bürger, der Verbesserung der Stadtqualität und der Verbesserung der vielfältigen Versorgungs- und Freizeitangebote.

In Bezug auf die Betroffenen folgt das Projekt einer aufsuchenden, klientenzentrierten Vorgehensweise. Es gründet sich auf die Prinzipien und Aktionsebenen der Gesundheitsförderung, das gerontologische Konzept von „aktivem Altern“ und den praktischen Ansatz von „Investition für Gesundheit“. Durch die aufsuchende Aktivierung älterer Menschen sollen diese zur sinnvollen und befriedigenden Gestaltung ihres weiteren Lebens motiviert werden. Der Grad der Selbstständigkeit, des Selbstbewusstseins, und der Selbständigkeit sind dabei positiv mit Gesundheit assoziiert.

Ein Fallbeispiel aus Radevormwald:

Herr R. ist 63 Jahre alt und seit 1992 verrentet. Er ist verheiratet und hat eine Tochter. Der ehemalige Schlosser/Schweißer bezeichnet sein Einkommen als gut. Seine geräumige 3-Zimmer-Wohnung liegt im Stadtzentrum und hat eine Dachterrasse. Herr R. hatte bereits zwei Herzinfarkte, leidet unter Tinnitus und hustet stark. Herr R. gibt an, außer seiner Ehefrau kaum Kontakte zu haben und leidet unter dem Zerwürfnis mit der Tochter und der dadurch bedingten Trennung von seinen Enkeln. Er machte auf die Anwältin bei ihrem ersten Besuch, Ende Oktober 2002, einen kränklichen und apathischen Eindruck. Herr R. nahm am Projekt teil, weil er seine Gesundheit verbessern wollte und an Computerkursen interessiert ist. Nach dem ersten Besuch durch die Anwältin nahm Herr R. weiteren Kontakt zu den Projektmitarbeiterinnen per E-Mail auf. Gemeinsam erreichten sie eine Verbesserung der Straßen - Ausschilderung bei der Stadtverwaltung. Weitere E-Mails verdeutlichen das wachsende Interesse von Herrn R., der sich auch in der Altentagesstätte über das Angebot informierte. Dies sagte ihm allerdings nicht zu. So wurde er mit Unterstützung der Anwältin selbst aktiv, recherchierte im Internet und bot auf dem Treffen der Klienten einen eigenen Computerkurs in der Altentagesstätte an. Er hat zudem zu Hause das Training auf einem Heimtrainer aufgenommen.

Seit dem 6. März 2002 arbeiten Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Senioreneinrichtungen und Verbände aus Kultur und Sport in einer lokalen Arbeitsgruppe zusammen um das Projekt gemeinsam zum Erfolg zu führen.

Die Auswahl der Klienten

Es liegt auf der Hand, dass von einer solchen aufsuchende Aktivierung nicht alle älteren Menschen in gleicher Weise profitieren. Vielmehr ist die Chance zum Erfolg größer, wenn ein bestimmter Bedarf besteht indem bestimmte Risikofaktoren vorliegen. Das Projekt richtete sich daher primär an zwei Zielgruppen innerhalb der Gruppe der über 55-Jährigen. Dies waren diejenigen, die innerhalb der letzten zwei Jahre aus dem Erwerbsleben ausgeschieden waren und/oder in den letzten fünf Jahren ihren Lebenspartner verloren hatten. Insgesamt wurden 4337 Personen angeschrieben (1087 Verwitwete und 3250 potentiell Verrentete im Alter zwischen 55 und 67 Jahren).und auf das Angebot aufmerksam gemacht.

Seit Oktober 2002 besuchten Beraterinnen, die hier „Anwältinnen“ genannt werden, Bürgerinnen und Bürger über 55 Jahren, die sich nach einem Anschreiben als Interessenten für dieses Projekt gezeigt hatten. Diese wurden als „Klienten“ individuell beraten, wie sie ein gesundes und aktives Leben führen und ihre Selbständigkeit bis ins hohe Alter erhalten können. Ein charakteristisches Vorgehen des Projekts war es, im Laufe des Beratungsprozesses durch eine klientenzentrierte Gesprächsführung auf ein „aktives Altern“ ausgerichtete Ziele mit den Klienten zu vereinbaren, die in der folgenden Zeit verfolgt werden sollten. Diese Zielvereinbarungen wurden meistens schriftlich fixiert. Sie beinhalteten Schritte zur Verbesserung der Lebensqualität, zur vermehrten Aktivität oder zur Behandlung gesundheitlicher Probleme. Ebenso wurde darüber geredet, welche Barrieren einer Verwirklichung dieser Ziele entgegenstehen. Viele Hindernisse ließen sich durch persönliche Bemühungen oder durch soziale Netzwerke überwinden. Außerdem wurden individuelle Bedürfnisse ermittelt, die sich an professionelle Dienstleister im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich richteten.

Zum Verlauf der aufsuchenden Aktivierung

Nach der positiven Antwort der Interessierten auf das Anschreiben, wurde zunächst telefonisch Kontakt aufgenommen und ein Termin zum Erstgespräch vereinbart. Dieses Erstgespräch dauerte in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten. Im Verlauf des Gesprächs wurde der Fragebogen der wissenschaftlichen Begleitforschung zur aktuellen Lebensqualität zum Selbstausfüllen übergeben. Von den Anwältinnen wurden die persönlichen Daten sowie die Gesundheits- und Lebenssituation und derzeitige Aktivitäten dokumentiert. Es wurde besprochen, welche Aktivitäten zur Steigerung der Gesundheit und Lebensqualität anstrebt werden und welche möglichen Hindernisse es gibt. Der Kern der im Projekt angestrebten Intervention bestand im Abschluss konkreter mündlicher oder schriftlicher Zielvereinbarungen, in denen einzelne neue Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität aufgebaut oder alte Aktivitäten wieder aufgenommen oder verstärkt werden sollten. Das Ziel dieses Vorgehens war die schrittweise Aktivierung der Klienten. Nicht immer war im Erstgespräch der Abschluss einer Vereinbarung möglich, es musste oft zuerst ein Vertrauen aufgebaut werden oder ein konkretes Hindernis wie z. B. Angst vor einer fremden Gruppe, Übergewicht oder Betreuungsprobleme gelöst werden. Bis zum nächsten Besuch arbeiten dann Teilnehmer und Anwältin an der Aufhebung dieser Barrieren. In diesen Fällen wurde beim Zweitbesuch dann eine - meist schriftliche - Vereinbarung geschlossen. In der Definition des Projekts wurden sie damit von Teilnehmern zu Klienten. Anwältin und Klient blieben daraufhin in Kontakt und die Anwältinnen waren gehalten, die Einhaltung der Vereinbarungen zu überprüfen und evtl. motivierend und helfend einzugreifen. In weiteren Kontakten wurden dann ggf. weitere Vereinbarungen geschlossen.

Im Laufe des Projekts wurden –aus den Erfahrungen der ersten Interventionsphase - weitere Ziele entwickelt. Die stärkere Nutzung der Ressourcen der aktiven

Klienten und die Bildung von Netzwerken zwischen den einzelnen Klienten und deren Zusammenschluss in Klientengruppen. Diese wurden von den Anwältinnen initiiert und sollten dazu beitragen, die sozialen Kontakte, die Selbstorganisation und die Selbsthilfepotentiale zu fördern. Dazu brachten die Klienten eigene Ressourcen ein: sie entwickelten Vorschläge für verschiedene Aktivitäten in Gruppen. Eine Entwicklung, die ursprünglich nicht geplant war, und die nicht nur den aktiven Klienten die Einbringung ihrer Ressourcen ins Projekt ermöglichte sondern auch neue, an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierte Aktivitäten erschloss.

Darüber hinaus wurden durch die gemeinsamen Aktivitäten die Hälfte aller Klienten untereinander vernetzt und die daraus resultierenden Aktivitäten haben sich vervierfacht. Von den entstandenen Gruppen waren zum Schluss des Projektes acht Gruppen eigenständig und werden weiter bestehen. Eine wichtige Funktion hat die Klientenvernetzung aber auch bei der Überwindung akuter Krisen bekommen. So wurden Besuchsdienste für Klienten organisiert, die zur stationären Behandlung im Krankenhaus lagen oder Hilfestellungen in bestimmten Bereichen organisiert.

Das Projekt in Zahlen

Insgesamt nahmen 344 ältere Menschen am Projekt "Gesundes und aktives Altern in Radevormwald" teil. Dies sind 6,75% der entsprechenden Altersbevölkerung in Radevormwald. Unter diesen waren 67 verwitwet (56 Frauen und 11 Männer) und 208 Pensionäre (128 Frauen und 80 Männer). 69 Personen waren keines von beiden. Dies sind 6,75% der entsprechenden Altersbevölkerung in Radevormwald. Die Altersaufteilung stellt sich folgendermaßen dar: Bei den Wit-



wen lag das Durchschnittsalter bei 66,5 Jahren, bei den Witwern bei 67,1 Jahren. Unter den Verrenteten lagen die beiden Gruppen altersmäßig kaum auseinander und es ergab sich ein Durchschnitt von 64,6 Jahren. Zusammen mit den männlichen und weiblichen Teilnehmern die weder verwitwet noch verrentet und daher, mit einem Altersdurchschnitt von knapp unter 60 Jahren, noch recht jung waren, ergibt sich insgesamt ein Altersdurchschnitt von 63,76 Jahren.

Von diesen Personen sind alle mindestens dreimal besucht worden. Zu Beginn, zur Mitte und zum Ende der Intervention. Im Durchschnitt ergaben sich 8 Besuche pro Klient, insgesamt 2.750. Es wurden insgesamt 1.192 schriftliche Vereinbarungen getroffen. Die Häufigkeit und die Regelmäßigkeit der Besuche bei den Klienten ergaben sich aus den individuellen Bedürfnissen der Klienten und aus deren Aktivierungsgrad. So fanden bei aktiven Klienten die Besuche im Abstand von etwa 2 bis 3 Wochen statt, während andere Klienten etwa im 3-Monats-Rhythmus besucht wurden.

Die Arbeit der Anwältinnen

Die Anwältinnen wurden zu Beginn des Projekts auf ihre Tätigkeit gründlich vorbereitet. Als Vorarbeit wurden alle in der Kommune vorhandenen Stärken, von Dienstleistungen über Kulturangebote, Vereine und Aktionsmöglichkeiten bis sozialen Netzen usw. zusammengestellt. Sie waren genau darüber informiert, welche in der Kommune vorhandenen Stärken, Ressourcen und Möglichkeiten ein aktives Altern fördern können. Jede Anwältin erhielt eine intensive Fortbildung in klientenzentrierter Beratung sowie zum Aufbau und konzeptionellen Hintergrund des Projektes. Jedes Gespräch mit Klienten wurde protokolliert. Das Team traf sich mindestens einmal in der Woche zu Fallbesprechungen. Die Team

leitung leitete die Sitzungen, koordinierte die Arbeit der Anwältinnen, übernahm die Supervision und sammelte die Daten für die projektinterne Evaluation. Dazu gehörten die Daten und Anzahl der Besuche, die vereinbarten Aktivitäten und die in Anspruch genommenen Angebote aus den verschiedenen Anbieterkategorien, etwa ehrenamtlich oder privatwirtschaftlich. Ebenso wurde begonnen eine Datenbank zu den relevanten Angeboten für Menschen über 55 Jahren in Radevormwald auf zu bauen.

Ein Fallbeispiel aus Radevormwald:

Frau S. ist 61 Jahre und im letzten Jahr (2002) verwitwet. Sie hat als Bürokauffrau gearbeitet, ist aber jetzt arbeitslos und lebt von der Rente ihres verstorbenen Mannes und dem Arbeitslosengeld. Die Ehe war kinderlos und Frau S. lebt alleine in einer Zweizimmer-Wohnung in der Stadtmitte von Radevormwald. Sie hat außer zu ihren Geschwistern und ihrer Mutter keine Kontakte außerhalb ihrer Familie. Außer einer Unterfunktion der Schilddrüse ist sie fast ohne Beschwerden und unterliegt keiner Einschränkung ihrer Mobilität oder ihrer Fertigkeiten. Sie ist selbstständig, fühlte sich aber durch den Tod ihres Mannes sehr belastet und befindet sich in einer intensiven Trauerphase. Beim ersten Besuch der Anwältin Anfang Februar gab sie an, sich psychisch „angeschlagen“ und labil zu fühlen. Sie zeigt sich zugänglich und bereit Hilfe zu akzeptieren, sah sich aber noch nicht fähig, neue, engere Kontakte aufzunehmen. Als Ziel formulierte sie es „Zurück in die Normalität“ zu kommen und mit „Leidensgenossinnen“ zuerst die Trauer zu bewältigen, um dann später Gleichgesinnte für Freizeitaktivitäten, wie Wandern und Radfahren zu finden, um ihre Beweglichkeit und Gesundheit zu verbessern. Die Anwältin besuchte die Klientin Mitte Februar noch einmal und konnte mit ihr vereinbaren, dass sie das, auch auf Initiative des Projekts, neu geschaffene Hospiz(Trauer)-Café besuchen würde. Frau S. konnte nach dieser Reflexionsphase ihre Wünsche und Ziele genauer formulieren und wollte auch gerne andere aktivieren. Die Anwältin vereinbarte bei diesem Zweitbesuch außerdem, dass Frau S. Tagessouren planen und anführen

würde. Man traf sich zur Recherche im Internet und die Anwältin vermittelte außerdem den Kontakt zu einer anderen Witwe. Inzwischen nimmt Frau S. an den Treffen des Hospiz Cafés teil und sie hat auf einem Treffen der Klienten Ende März ihre Tourenpläne vorgestellt und organisierte ein erstes Treffen der 21 Interessenten.

Die Arbeit auf der kommunalen Ebene

Die Arbeit auf der kommunalen Ebene In der lokalen Arbeitsgruppe kamen alle Entscheidungsträger und vor allem die Leistungserbringer zusammen und versuchten die konkreten Hindernisse, die sich bei der Arbeit mit den Klienten heraukrystallisiert haben, möglichst niedrigschwellig zu beseitigen. Das Abweichen von der Routine der gewohnten Arbeit und die im Rahmen des Projekts geforderte Anpassung bestimmter Leistungen an individuelle Bedürfnisse barg in der Praxis ein gewisses Konfliktpotenzial: Die Konflikte entstanden durch eine oftmals „vertikale Verwaltungslogik“ oder auch im Hinblick auf die Finanzierung der unterschiedlichen Dienstleistungen. Ziel der koordinierenden Arbeitsgruppe war es, nach Möglichkeit die auf der individuellen Ebene nicht überwindbaren Barrieren zu beseitigen, zumindest dort, wo dies auf der lokalen Ebene möglich war. Die am Projekt beteiligten Leistungsanbieter und Kostenträger hatten sich verpflichtet, vertrauensvoll zusammenzuarbeiten und konstruktiv an der Verwirklichung der Projektziele mit zu arbeiten. Insgesamt sollte es dabei zu keiner Überschreitung des in der Kommune zur Verfügung stehenden Budgets kommen. Die Mitglieder der Lokalen Arbeitsgruppe beschlossen zum Ende des Projekts die Gründung eines Trägervereins, der die Ziele des aktiven und gesunden Alterns sowie die bessere Koordination der Angebote für ältere Menschen in Radevormwald weiter verfolgen sollte.

Die wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf. Das Projekt umfasste gesundheitsfördernde Interventionen, die sich auf unterschiedliche Wirkungsebenen bezogen. So richteten sich Maßnahmen zum einen auf die Bedürfnisse der älteren Menschen, zum anderen zielen sie auf systemische Prozesse der intersektoralen Kooperation sowie der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ab. Diesen unterschiedlichen Zielebenen musste die wissenschaftliche Begleitung Rechnung tragen. Die Aufgabe bestand darin, den Kontext, die Prozesse und Ergebnisse zu beschreiben und zu bewerten. In wie weit ist es gelungen, die Zusammenarbeit der an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beteiligten Einrichtungen und die Gesundheit der älteren Menschen in Radevormwald zu verbessern? Im Sinne einer deskriptiven sozialwissenschaftlichen Evaluation wurden dabei die Einschätzungen und Erfahrungen der beteiligten Akteure (Klienten, Anwältinnen, Vertreter des Beratungsteams Aktives Altern, der lokalen Arbeitsgruppe und der Landesarbeitsgruppe) berücksichtigt.

Durch die wissenschaftliche Begleitung wurden verschiedene Akteure aus den Steuerungsgremien des Projekts befragt. Diese Gespräche ergaben ein insgesamt positives Bild über die strukturellen Effekte der Projektarbeit. Die Informationspolitik über die Versorgungsangebote für ältere Menschen hat sich, nach Meinung der Befragten, deutlich verbessert. Hier führte die Initiative des Projekts, im Zusammenhang mit der Beteiligung verschiedener Versorgungsanbieter und anderer Träger von Aktivitäten für ältere Menschen, regional zu einer deutlich größeren Transparenz. Durch die Projektarbeit wurde es auch möglich, Vernetzungsdefizite sichtbar zu machen. Die Akteure äußerten, dass die Arbeitsgruppen des Projekts eine wichtige Plattform für das Kennenlernen wichtiger Entscheidungsträger darstellte. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass trotz anfäng-

licher Schwierigkeiten die Kommunikation und Kooperation zwischen den Arbeitsgruppenmitgliedern verbessert werden konnte.

Einhellig wurde die Fortführung der Projektaktivitäten auch nach Beendigung der Modellförderung begrüßt, da die Erfahrungen und Ergebnisse nachhaltig genutzt werden können. In diesem Zusammenhang wurde die Einrichtung des Trägervereins „aktiv 55plus“ als sinnvoll und wünschenswert erachtet. Die Arbeit der Projektleiterin, des Projektkoordinators und der Anwältinnen wurde als zielgerichtet, effizient und engagiert bezeichnet. Die befragten Akteure waren mit dem Projektverlauf insgesamt zufrieden. Trotz diverser Anfangsschwierigkeiten wurde das Projekt „aktiv55plus“ als positive Entwicklung für die Stadt Radevormwald, deren Bürger sowie für alle Beteiligten empfunden.

Die Erwartungen der befragten Personen an das Projekt haben sich im Großen und Ganzen erfüllt, wobei in diesem Zusammenhang geäußert wurde, dass die Intervention dann als Erfolg gewertet werden kann, wenn sie als „Vorbild“ für weitere Projekte in anderen Städten dienen kann. Insgesamt erachteten also alle Befragten das Projekt „aktiv55plus“ in Radevormwald als eine große Bereicherung sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene.

Die Messung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation der "Klienten" vor, während und nach der Intervention erfolgte anhand international gültiger standardisierter Befragungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Grundannahme des Projektes ist der gesicherte positive Zusammenhang von Lebensqualität und Gesundheit. Zielgröße der Intervention und Messung ist die Lebensqualität der Klienten und die Prozessqualität auf der Ebene der Beteiligten der Lokalen Arbeitsgruppe.

Remscheider Generalanzeiger, 16.03.2005

Von Frank Michalczak

Projekt-Bilanz: Aktiv älter werden

Zwei Jahre lang war Radevormwald Schauplatz einer Forschungsreihe der Weltgesundheitsorganisation WHO. Ziel war es, hier die Lebensverhältnisse der älteren Bürger einer typischen Kleinstadt zu erkunden. Frauen und Männer über 55 Jahre erhielten dabei auf Wunsch "Anwältinnen" an ihrer Seite, mit denen sie Wege erkundeten, aktiver zu werden.

Die einen verpflichteten sich, Sport zu treiben. Andere hatten Lust, Niederländisch zu lernen oder wollten einfach regelmäßig ins Theater gehen. Nun ist das Projekt beendet. Insgesamt 359 Rader nahmen daran teil - und schöpften daraus neue Lebensfreude, Aktivität und vielfältige Kontakte, wie gestern Projektleiterin Petra Bill bilanzierte: "Es hat sich ein regelrechtes soziales Netz gebildet, mit Freizeitgruppen und vielfältigen Aktivitäten." Daran soll nun ein neuer Trägerverein anknüpfen. Sein Name: "aktiv 55 plus". Mit dabei: Dorothea Keup, die weiter Einzelfall-Betreuung anbietet, indem sie auf Wunsch in die gute Stube älterer und oftmals einsamer Menschen kommt. Sie knüpft somit an die Arbeit an, die sie bereits beim Forschungsprojekt geleistet hat: "Unser Anliegen ist es, die älteren Menschen zu aktivieren mit dem Ziel, dass sie länger gesund und vital bleiben", erklärte der Vorsitzende des Vereins, Dr. Reinhold Hikl.

Von "aktiv 55 plus" will er gemeinsam mit Koordinatorin Gabriele Mahnert in Rade ein Netz spannen, das die Senioren in ihren individuellen Lebenslagen auffängt. "Uns reicht es nicht aus, einfach Essen auf Rädern zu vermitteln. Uns geht es darum, Wege zu suchen, wie ältere Menschen möglichst lange in ihrer jeweiligen Situation selbstständig bleiben können." Dabei kehrt "aktiv 55 plus" zum Gedanken der früher üblichen Nachbarschafts- und Familienhilfe zurück. Nach Möglichkeit sollen sich die Älteren gegenseitig unterstützen, helfen, füreinander da sein. Und damit soll der Bevölkerungsentwicklung Rechnung getragen werden. "Bereits heute ist jeder Vierte Rader über 65 Jahre alt, in zehn Jahren wird es jeder Dritte sein", berichtet Petra Bill. "Mit diesem aktuellen Wert steht die Stadt übrigens bereits heute dort, wo sich ganz Deutschland erst 2015 befinden wird."



Kontakt:

Projektleitung und
wissenschaftliche
Begleitforschung:

Prof. Dr. Christoph Reinprecht
Institut für Soziologie der Universität Wien
1090 Wien
Rooseveltplatz 2
Tel.: +43 (1) 4277-48135
E-mail: christoph.reinprecht@univie.ac.at

Projektkoordination und
operative Umsetzung:

Dr. Karin Kienzl-Plochberger
Wiener Sozialdienste
1160 Wien
Kirchstettergasse 6/ 2. Stock
Tel.: +43(1) 494 95 90 - DW 96

Aktiv ins Alter (Wien)

Das Projekt „Aktiv ins Alter“, ein Kooperationsprojekt der Stadt Wien (Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung) gemeinsam mit dem Fonds Soziales Wien, der Universität Wien und dem Verein Wiener Sozialdienste hat sich zum Ziel gesetzt, Strategien der Gesundheitsförderung für sozial isolierte Gruppen der älteren Bevölkerung in strukturschwächeren Wohngebieten zu entwickeln. Das Ziel der Gesundheitsförderung bezieht sich in diesem Projekt auf die Förderung einer aktiven Lebensführung und des „aktiven Alterns“. Hiervon werden nachhaltige Effekte für eine Verbesserung der Lebensqualität erwartet.

Auch die Zusammenführung aller Akteure und Entscheidungsträger, die zur Gesundheit von älteren Menschen in einer Region beitragen - also der ganzheitliche Ansatz – wird als ein notwendiger Bestandteil jeder Investition in die Gesundheit älterer Menschen betrachtet.

Die Zielgruppe

Das Projekt richtete sich an 55-80jährige Bürgerinnen und Bürger in drei Stadtteilen von Wien, vorzugsweise aber an solche, die in der jüngeren Vergangenheit mit besonderen Lebensereignissen wie Pensionierung oder Tod des Partners/der Partnerin konfrontiert waren. Kontaktiert und aufgesucht wurden allein stehende alte Personen, ältere Personen in benachteiligten Wohngebieten, statusniedrige alte Personen sowie ältere Migrantinnen und Migranten, also Zielgruppen, die mit herkömmlichen Maßnahmen schwer zu erreichen sind und gemeinhin als „schwierig“ gelten.

Die Zielregionen

Aktiv ins Alter wurde in ausgewählten Wohngebieten in drei Wiener Gemeindebezirken durchgeführt. Die drei Projektregionen spiegeln drei sehr unterschiedliche, aber auch typische Gebiete in Wien wider:

- die Per-Albin-Hansson-Siedlung im 10. Wiener Gemeindebezirk
- Meidling-Zentrum als Beispiel für einen traditionellen Arbeiterbezirk und
- Rudolfsheim-Fünfhaus als Gründerzeitgebiet

Die drei Projektregionen unterschieden sich sowohl hinsichtlich der städtebaulichen Struktur als auch in Hinblick auf die soziale und ökonomische Gliederung der Bevölkerung.

Die Projektregion "Per-Albin-Hansson-Siedlung" liegt in Wiens bevölkerungsreichstem Bezirk Favoriten (rund 163.000 Einwohner, davon ca. 49.000 in der Bevölkerungsgruppe 55+). Die Per-Albin-Hansson-Siedlung ist ein weitläufiger, von Grünanlagen umgebener Komplex an städtischen Wohnbauten, die in zwei Wellen – unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg und in den 1970er Jahren – errichtet wurden. Die Region repräsentiert somit auch die problematischen Seiten des sozialen Wohnbaus mit den spezifischen Folgeproblemen großer Wohnanlagen. Es sind vor allem Angehörige sozialer Mittelschichten (Angestellte und Facharbeiter), die hier leben. Der Anteil der über 55jährigen



beträgt 43 Prozent, etwa 6.000 Personen gehören zur Zielgruppe. Es gibt in dieser Altersgruppe nur wenige Migrantinnen und Migranten; insgesamt liegt der Zuwandereranteil in der Projektregion bei 12 Prozent.

Meidling Zentrum, das im 12. Bezirk gelegene Projektgebiet, weist hingegen eine sehr hohe Bevölkerungsdichte und wenig Grünflächen auf, die meisten Wohnbauten stammen entweder aus der Zeit vor 1919 (so genannte Gründerzeithäuser mit schlechter Ausstattung, die sukzessive saniert und aufgewertet werden) oder aus der Bauperiode zwischen 1919 und 1944, darunter viele städtische Wohnhausanlagen. Im Projektgebiet leben sowohl Angehörige der Arbeiter- als auch der (unteren) Mittelschicht. 26 Prozent der Bevölkerung ist über 55 Jahre alt, die Zielgruppe umfasst etwas mehr als 10.000 Personen. Der Migrantenanteil an den Älteren ist noch niedrig, aber ansteigend; insgesamt beträgt der Zuwandereranteil in der Projektregion 24 Prozent.

Die Projektregion „Rudolfsheim-Fünfhaus“ ist, gemessen an der Wohnausstattung und der sozioökonomischen Zusammensetzung der Bevölkerung, das strukturschwächste der drei Gebiete. Es dominieren Gründerzeitbauten, jede fünfte Wohnung ist der Kategorie D („Substandard“) zuzurechnen, das sind Wohnungen ohne Bad und mit Toilette am Gang. Auch der Anteil der Grünflächen ist sehr gering. In dieser Region zählen etwas mehr als 6.000 Personen zur Zielgruppe, unter ihnen viele Angehörige der Arbeiterschicht und Personen mit Migrationshintergrund. 38 Prozent der Bevölkerung sind außerhalb Österreichs geboren. Der Anteil der über 55jährigen beträgt 23 Prozent. Die schlechte Wohnsituation schlägt sich auch in einer überdurchschnittlichen Abwanderungsrate nieder.

Die Methode: Aufsuchende Aktivierung

Aktivierung bedeutet, wenn über mehrere Schritte hinweg die Erfahrung gemacht werden kann, dass es sich lohnt, aktiv zu werden, dass man durch sein Tun etwas bewirken kann und nicht nur Opfer einer Situation oder eines Konfliktes ist, sondern (Mit-) Gestalter (Richers, H. 2003).

Für die Wirksamkeit von Aktivierung und Beteiligung in diesem Projekt war entscheidend, dass Maßnahmen auf die heterogene Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren zugeschnitten waren. Hierbei spielte die Niedrigschwelligkeit sowohl der Aktivierungsinstrumente als auch der Beteiligungsmöglichkeiten eine wesentliche Rolle.

Um mit den Seniorinnen und Senioren ins Gespräch zu kommen und das Projekt in den Regionen bekannt zu machen, wurden zu Projektbeginn regionale Veranstaltungen im öffentlichen Raum, Infostände, Teilnahmen an Seniorenmessen und Stadtteilfesten, das Verteilen von Informationsmaterial sowie Medienberichte eingesetzt. In regionalen Einrichtungen und Organisationen wurden für bestehende Seniorenrunden Vorträge über das Projekt organisiert und Fragen dazu beantwortet. Projektfolde in Deutsch, Türkisch, Serbisch, Kroatisch und Bosnisch und eine eigene Homepage (www.aktivinsalter.at) mit Gästebuch und aktuellen Veranstaltungshinweisen informierten über die Ziele, die Einsatzgebiete und die Mitarbeiterinnen.

Im November 2004 konnte ein Gesundheitswegweiser für ältere Migranten im 12. und 15. Bezirk fertig gestellt werden. Der Wegweiser liegt in deutscher,

türkischer und serbokroatisch-bosnischer Sprache auf und enthält einen Überblick über Ärzte mit muttersprachigem Angebot in der Ordination, eine Zusammenstellung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in den Gebieten sowie ein Glossar zu wichtigen Begriffen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Der Wegweiser soll Informationsdefizite bei älteren Migrantinnen und Migranten über die medizinische und soziale Infrastruktur in ihrem Gebiet verringern, sowie Informationen über Sozial- und Gesundheitsleistungen und deren Anspruchsvoraussetzungen bereitstellen.

Im Laufe der 2-jährigen Projektdauer entstanden mit Unterstützung und Hinweisen der Projektteilnehmer im Frühjahr 2005 sog. „Grätzlwegweiser“, mehrsprachige Broschüren, die als Orientierungshilfe für eine aktive Gestaltung des täglichen Lebens dienen sollen. Sie enthalten für die am Projekt beteiligten Senioren wichtige Adressen in der Wohnumgebung für Freizeitgestaltung sowie zu den Themen Gesundheit, Soziales und Sicherheit.

In einer Projektregion wurden sechs Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen („G’sund durch den Bezirk“) und zu Pensionsfragen in Kooperation mit verschiedenen Institutionen der Region organisiert und zwar auf Deutsch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch und Türkisch.

Ein Fallbeispiel aus Wien:

Frau K. ist 60 Jahre alt, ehemalige Arbeiterin und seit einem Jahr in Pension. Frau K. wurde vor einigen Jahren von ihrem Mann verlassen und ist allein stehend. Als sie die Einladung zum Mitmachen am Projekt „Aktiv ins Alter“ erhält, meldet sie sich, um zu sagen, dass sie eigentlich nicht mitmachen möchte. Sie war aber bereit, den Fragebogen auszufüllen. Dabei stellte sich heraus, dass sie seit ihrer

Pensionierung unter verschiedenen Krankheiten, besonders unter Depressionen leidet und Kontakte sucht. Zu ihren früheren Arbeitskollegen, zu denen sie stets eine intensive Beziehung gehabt hatte, ist der Kontakt nach der Pensionierung abgebrochen. Im Mittelpunkt der Gespräche mit der Projektmitarbeiterin standen anfangs die Krankheiten und mögliche Unterstützungsleistungen, mit der Zeit wurde die Suche nach sinnvollen Aktivitäten und sozialen Kontakten immer wichtiger. Gemeinsam mit Frau K. konnte schließlich eine Möglichkeit gefunden werden, ehrenamtlich tätig zu sein. Sie arbeitet jetzt ehrenamtlich in einem Pensionistenwohnhaus und hat dadurch eine neue Aufgabe gefunden. Darüber hinaus konnte sie animiert werden, regelmäßig an Treffen älterer Bewohnerinnen und Bewohner im Stadtteil teilzunehmen. Frau K. geht es jetzt besser, durch die Teilnahme hat sie Kontakt zu Nachbarn in ähnlichem Alter bekommen. Der gesundheitliche Erfolg der Teilnahme liegt in der Milderung ihrer Depression. Die verschiedenen Erkrankungen sind zwar noch da, stehen aber nicht mehr so im Vordergrund.

Regelmäßige Sprechstunden in Kaffeehäusern oder in den regionalen Gesundheits- und Sozialzentren der Stadt Wien, in der „Beratung am Eck“ (niedrigschwellige Beratungseinrichtung in Rudolfseim-Fünfhaus) oder in der „Basseina“ (Nachbarschaftszentrum in der Per-Albin-Hansson-Siedlung) ermöglichen den Projektteilnehmern und Interessenten, ohne Voranmeldung mit den Mitarbeiterinnen in Kontakt treten zu können oder sich unverbindlich über das Projekt zu informieren. Von den Mitarbeiterinnen initiierte Stammtische (ein bis zwei Termine pro Monat) in den drei Regionen wurden von den Seniorinnen und Senioren gerne angenommen. Hier wurden Informationen über den Bezirk, über aktuelle seniorenrelevante Angebote (Internet, sportliche Aktivitäten, Volkshochschulkurse etc.) und über kulturelle Veranstaltungen ausgetauscht. Von den Projektteilnehmern wurden auch gewünschte Themen, wie

etwa „Erinnerungen zwischen 1945 und heute“, „Bachblüten“ oder „Die fünf Tibeter“ eingebracht. Im Rahmen der Stammtische organisierten die Seniorinnen und Senioren Spaziergänge, Museums- und Heurigenbesuche und sportliche Aktivitäten (Kegeln, Wanderungen etc.).

In einer Projektregion wurde dem starken Bedürfnis von Frauen nachgegangen, sich regelmäßig in einem geschützten Rahmen über individuelle Probleme und intime Themen auszutauschen. In der Frauengruppe, die insgesamt 14 Mal stattfand, wurden neben den Gesprächen von den Projektmitarbeiterinnen auch Diskussionsthemen wie etwa der Umgang mit Einsamkeit, Trauer, Beziehungen und Freundschaften, aber auch Phantasiereisen oder Entspannungsübungen eingebracht.

Das Kernstück der Aktivierung stellten jedoch die von den Mitarbeiterinnen durchgeführten, vorab schriftlich angekündigten Hausbesuche dar. Dieser erste Kontakt und die persönliche Ansprache jedes Einzelnen/jeder Einzelnen bildete in vielen Fällen die Grundlage für weiterführende Gespräche und Aktivitäten. Nur die Anwesenheit zur angekündigten Zeit und die Bereitschaft für ein Gespräch waren Voraussetzung für das Zustandekommen einer Beratung. Die Hausbesuche dienten nicht nur dem Sammeln von Daten, sondern auch dem Abbau eventueller Schwellenängste der Klientinnen und Klienten. Gleichzeitig konnte zwischen der Projektmitarbeiterin und dem Klienten/der Klientin leichter ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, da der/die Betroffene im eigenen Lebensumfeld besucht wurde.

Durch den niedrigschwlligen, aufsuchenden Zugang wurden viele Senioren, vor allem auch solche mit Migrationshintergrund, besser erreicht. Für Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei standen muttersprachi-

ge Mitarbeiterinnen und Informationsmaterial zur Verfügung. So wurden durch dieses Projekt Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, die teilweise seit mehr als zwanzig oder dreißig Jahren in Wien leben, erstmals von einer sozialen/staatlichen Einrichtung besucht/betreut/wahrgenommen. Diese Seniorinnen und Senioren besitzen keine Informationen über ihre Möglichkeiten oder über Angebote der Stadt. Neben Anliegen die schlechte Wohnsituation betreffend waren gesundheitliche, soziale und finanzielle Fragen die wichtigsten Themen der Klienten. Zwischen den älteren Zuwanderern und den regionalen Einrichtungen Gesundheits- und Sozialzentrum und Gebietsbetreuung konnten mit Hilfe der Projektmitarbeiterinnen gute Kooperationen und Vernetzungen hergestellt werden. In Folge wurden auch gemeinsam mit der Gebietsbetreuung Mieterversammlungen organisiert.

Die Aktivierungsarbeit der Mitarbeiterinnen setzte vorrangig bei den Stärken und Ressourcen der Senioren an, es wurden aber auch ihre Bedürfnisse und Barrieren in Bezug auf eine aktive und gesundheitsfördernde Lebensweise ermittelt.

Im Projekt ging es vornehmlich nicht darum, neue Angebote zu schaffen, sondern vor allem Barrieren und Hindernisse beim Aufsuchen von existierenden Aktivitäten im Stadtteil aufzudecken. Solche Barrieren können aufgrund von Unübersichtlichkeiten im Sozialsystem entstehen. Hindernisse bei der Verwirklichung persönlicher Lebensziele im Alter gibt es z.B. aber auch durch eine fehlende Vernetzung der Institutionen, die bei Bedarf professionelle soziale Dienste leisten, mit außer-institutionellen Akteuren und Netzwerken wie Vereinen oder nachbarschaftlichen Gruppierungen, die im Alltagsleben der älteren Menschen eine große Rolle spielen.

Ein Fallbeispiel aus Wien:

Frau B. ist 60 Jahre alt und seit vier Jahren in Pension. Im April letzten Jahres verstarb ihr Ehemann nach einem Schlaganfall. Nach längerer intensiver Pflege verstarb auch Frau B's Mutter letzten Oktober. Frau B. hat einen Sohn und zwei Enkelkinder. Frau B. lebt mit ihrem 10 Jahre alten Hund in einer Zweizimmerwohnung im Zentrum von Meidling in Wien. Sie fühlt sich einsam, da sie, wie sie selbst sagt, nur wenige soziale Kontakte hat. Frau B. hat eine Beziehung zu einem Mann, die sehr problematisch ist. Frau B. leidet unter Depressionen, beginnt immer wieder eine Psychotherapie, die sie nach einigen Sitzungen wieder beendet.

In den Gesprächen mit Frau B. wird deutlich, dass sie sich für verschiedene kulturelle Aktivitäten interessiert. Ihr Hauptanliegen ist jedoch, neue Kontakte zu knüpfen. Als erstes versucht die Projektmitarbeiterin, Frau B. verschiedene kulturelle Aktivitäten zu vermitteln und bespricht mit ihr ihre Ängste in Bezug auf Kontaktaufnahme zu fremden Menschen. Frau B. wird zum Stammtisch von „Aktiv im Alter“ eingeladen und erhält Unterstützung bei der Kontaktaufnahme während des Stammtisches. Sie wird von der Mitarbeiterin ermutigt, auch außerhalb des Stammtisches Kontakte aufzunehmen und erhält eine Einladung zur (von der Mitarbeiterin begleiteten) Frauengruppe, wo persönliche Probleme in einem geschützten Rahmen besprochen werden können. Unter den Projekt-Teilnehmern wird nach „Hundesittern“ für Frau Bs Hund gesucht. In einer kritischen Lebenssituation erfolgt eine Krisenintervention durch die Mitarbeiterin und eine Vermittlung an eine Psychotherapeutin. Seit einiger Zeit nimmt Frau B. nun an jedem Stammtisch teil.

Die Projektmitarbeiterinnen

Die Aufgaben der Projektmitarbeiterinnen bestanden darin, mit den Senioren Kontakt aufzunehmen und sie zu unterstützen, Ressourcen, Potentiale und Möglichkeitsräume für ein selbst bestimmtes und autonomes Leben im Alter freizulegen und zu erweitern. Sie halfen den Älteren, ihre Probleme und Bedürfnisse zu erkennen und stärkten das Potential für eine aktive Lebensführung und kooperative Selbst- und Fremdhilfe. Sie berieten sie über öffentliche und private Leistungsangebote, über rechtliche und finanzielle Ansprüche, sie begleiteten und unterstützten die Senioren bei der Findung und Erschließung sozialer Netze. Eine weitere Aufgabe der Mitarbeiterinnen bestand darin, zur Vernetzung beteiligter Institutionen im Stadtteil beizutragen. Die an der Aktion beteiligten Senioren wurden von den Projektmitarbeiterinnen ein Jahr lang begleitet und in dieser Zeit in ihrem Bemühen unterstützt, ihre auf ein aktives Altern ausgerichteten Handlungen zu realisieren.

Um die gesteckten Ziele zu erreichen, waren für die Klientinnen und Klienten meist mehrere Schritte notwendig. Hierfür bedurfte es einer professionellen Begleitung und Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen bei der Planung und Durchführung.

Der Ausbildungshintergrund der Projektmitarbeiterinnen ist vielfältig: Sozialarbeit, Psychologie, Sozialpädagogik. Zu Projektbeginn wurden die Mitarbeiterinnen im Rahmen einer Fortbildung auf ihre Tätigkeiten vorbereitet (Gemeinwesenarbeit und Empowerment, Aktives Altern und Gesundheitsförderung, Gesprächsführung und Kommunikation, Aufgaben und Leistungen der Stadt Wien im Bereich Pflege und Betreuung u.v.m.). Im Zuge der anschließenden Gemeinwesenbeobachtung erfolgte die Erhebung des infrastrukturellen Ausbaus (soziale und kulturelle Einrichtungen, Initiativen, Verkehrsanbindungen, Geschäfte etc.)

der Regionen. Begleitend zu ihrer Tätigkeit erhielten die Mitarbeiterinnen regelmäßig externe Supervision. Einmal pro Woche traf sich das Team mit der Projektkoordination und –administration zu Fallbesprechungen und zum Informationsaustausch.

Institutionell waren die Projektmitarbeiterinnen in den jeweiligen regionalen Gesundheits- und Sozialzentren des Fonds Soziales Wien bzw. in einem Familien- und Kommunikationszentrum verankert. Ihre Tätigkeit wurde durch ein gerontologisches Beratungsteam unterstützt. Arbeitsgruppen auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene stellten sicher, dass die Beseitigung von Barrieren über den Anlassfall hinaus auch im Sinne der Nachhaltigkeit geschah.



Wissenschaftliche Begleitforschung

Die wissenschaftliche Begleitforschung des Projektes „Aktiv ins Alter“ erfolgte durch eine Forschungsgruppe des Instituts für Soziologie der Universität Wien und wurde von Beginn an eng mit der praktischen Arbeit im Projekt verschraubt. Zur Bestandsaufnahme der aktuellen Lebenssituation und Lebensqualität wurde zu Projektbeginn ein umfangreicher Fragebogen entwickelt, der einerseits forschungsrelevante Aspekte von Älterwerden, Gesundheit und Lebensqualität abdeckte, andererseits die Mitarbeiterinnen in

der Kontaktaufnahme und in der Ermittlung von Aktivitätspotenzialen mit den Klienten unterstützte. Diese beiden Elemente konnten gut verbunden werden, da als Basis von Aktivierung und Aktivität die Ermittlung der momentanen Lebenssituation Sinn macht, und zwar in Form von „objektiven“ Tatsachen wie Wohnen, Einkommen, Gesundheit und soziale Einbettung, und von subjektiven Wahrnehmungen wie der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen und der Lebensqualität allgemein. Die Bestandsaufnahme der momentanen Situation der Klienten diente somit als Ausgangspunkt, um gemeinsam sowohl (objektive) Möglichkeiten und Barrieren für Aktivitäten als auch subjektive Bedürfnisse und Wünsche nach mehr Aktivitäten zu ermitteln. So ermöglichte der Fragebogen den Klienten durch die Beantwortung von Fragen zu verschiedensten Lebensbereichen eine Auseinandersetzung mit Fragen der Lebensgestaltung im Alter. Dieser Nachdenkprozess konnte aufgegriffen werden und als Basis für Lebensveränderungen dienen.

Zur Messung der Lebensqualität wurde, aus Gründen der Vergleichbarkeit, auf das von der WHO entwickelte Instrument zur Messung von Lebensqualität (Kurzskala) zurückgegriffen, wodurch ein Vergleich der Lebensqualität an allen drei Projektstandorten ist. Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Migrationshintergrund aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien wurden in ihrer Muttersprache interviewt. Vor Abschluss des Projekts wurden die Teilnehmer nochmals um Angaben zur Lebensqualität sowie um eine Bewertung der Projektaktivitäten gebeten. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung stellen eine wichtige Grundlage für die Evaluation der Zielerreichung dar, sowohl was die individuelle Bedürfnislagen als auch die Überwindung der interinstitutionellen und intersektoralen Barrieren und Hindernisse betrifft.

Im Laufe des Projektes konnten insgesamt 335 Personen zwischen 55 und 80 Jahren befragt werden. Unter den Befragten sind etwa zwei Drittel Frauen, das

Durchschnittsalter beträgt 66,5 Jahre. Jeweils rund 45 Prozent der Teilnehmer beiden Geschlechts fallen in die Kategorie der 66- bis 75jährigen sowie in die schwierig zu erreichende Gruppe der „jüngeren Alten“, der 55- bis 65jährigen; 12 Prozent waren zum Zeitpunkt des Erstinterviews 76 Jahre oder älter. Entsprechend den Projektschwerpunkten wurden besonders unter den österreichischen Befragten verwitwete und pensionierte Personen erreicht. 42 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind außerhalb Österreichs geboren, wobei etwas mehr als die Hälfte dieser Gruppe aus Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und ein knappes Drittel aus der Türkei kommt. Einzelne Befragte stammen aus Deutschland, Polen, Ungarn und der Slowakei. Die Gruppe der älteren Migranten weist in dieser Befragung sehr häufig einen niederen soziökonomischen Status auf, ist etwas „jünger“ als die Vergleichsgruppe der in Österreich geborenen Befragten, und beinhaltet etwas mehr männliche und verheiratete Befragte.

Wie bewerten nun die Teilnehmer von „Aktiv ins Alter“ ihre Lebensqualität? Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation wird Lebensqualität als ein Zustand des Wohlbefindens definiert, der mehrere Lebensbereiche umfasst: Gesundheit, Psyche, soziale Kontakte sowie „Umwelt“, in einem breiteren Kontext von Lebensbedingungen (Wohnen, Einkommen, Freizeit usw.).

Drei Ergebnisse erscheinen von besonderer Relevanz:

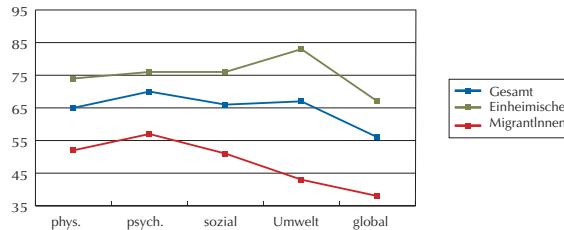
Erstens: Für die Beurteilung der eigenen Lebensqualität sind subjektive Faktoren maßgeblicher als objektive Lebensumstände. Je besser die Qualität eines Lebensbereichs eingestuft wird, desto besser wird auch die Lebensqualität beschrieben. Zum Beispiel: Nicht die Zahl der sozialen Kontakte ist entscheidend, sondern die Qualität der Sozialbeziehungen; nicht die Anzahl der tatsächlichen Krankheiten ist ausschlaggebend, sondern das subjektive Gesund-

heitsgefühl; nicht die Zahl der Freizeitaktivitäten, sondern die Zufriedenheit mit den Aktivitäten erhöht das Wohlbefinden. Mit den Faktoren Selbstwirksamkeit, psychosoziale Belastungen und psychisches Wohlbefinden konnten weitere wichtige, in der Forschung bekannte, Einflussfaktoren bestätigt werden. Soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Familienstand zeigen hingegen keine signifikanten Einflüsse.

Zweitens: In Hinblick auf die verschiedenen Lebensbereiche erweist sich die Umwelt-Dimension der unmittelbaren Lebensbedingungen als ein wesentlicher Faktor in der Lebensqualität der Teilnehmer von Aktiv ins Alter. Die Wahrnehmung der Umwelt variiert in den ausgewählten Stadtteilen beträchtlich, wobei sowohl die Bewertung der konkreten Wohnverhältnisse als auch die Bedingungen im Wohnumfeld bedeutsam sind. In infrastrukturell benachteiligten Wohngebieten mit schlechter Wohnbausubstanz sinkt die Lebensqualität massiv ab.

Drittens: Die schwierige objektive Lebenslage älterer Migranten drückt sich auch in einem deutlich geringerem subjektiven Gefühl der Lebensqualität aus. In allen Dimensionen bewerten Teilnehmer mit Migrationshintergrund ihre Lebensqualität signifikant schlechter als einheimische Teilnehmer, am stärksten sind die Differenzen in der Wahrnehmung der Umwelt sowie in der globalen Lebensqualität.

Abb. 1: Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von „Aktiv ins Alter“ (Wien)



Quelle: Ch. Reinprecht/ L. Donat, „Aktiv ins Alter“, Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung (im Druck)

Der eigene Gesundheitszustand sowie das subjektive Gesundheitsempfinden haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität und das Risiko der Multimorbidität im Alter. Frauen beurteilen häufiger als Männer ihren Gesundheitszustand als schlecht. Mit zunehmendem Alter steigt das Ausmaß an Alltagsbeeinträchtigungen. Ältere Personen mit Migrationshintergrund berichten besonders häufig über gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insgesamt zeigen sich zwei Drittel der einheimischen Teilnehmer, aber nur 14 Prozent jener mit Migrationshintergrund mit ihrer Gesundheit zufrieden. Zugleich berichten zwei Drittel der älteren Migrantinnen und Migranten und 40 Prozent der einheimischen Teilnehmer, dass sich ihr Gesundheitszustand in den letzten fünf Jahren verschlechtert hat. Als interessant erweist sich auch, dass Verheiratete und ledige Personen ihren Gesundheitszustand häufig schlechter beschreiben als verwitwete Befragte. Verwitwung, als ein kritisches Lebensereignis, kann mitunter auch die Entlassung aus einer belastenden Pflegesituation bedeuten. Befragte, die eine andere Person pflegen müssen, berichten signifikant häufiger über eine geringere Lebenszufrie-

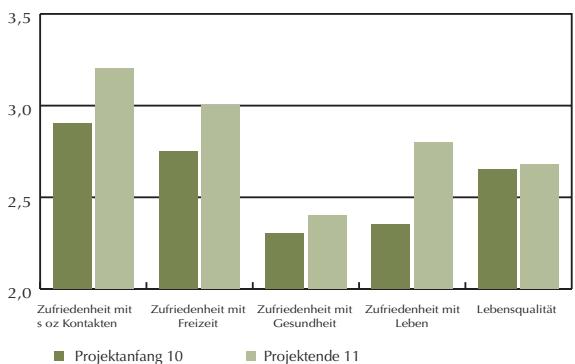
denheit und eine schlechtere subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes. Ein besonders wichtiges Ergebnis betrifft den Stellenwert von gesundheitsfördernden Aktivitäten. Neben der Anzahl der tatsächlichen Krankheiten stellt vor allem das Ausmaß, in dem gesundheitsfördernde Aktivitäten betrieben werden, einen wichtigen Einflussfaktor auf die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit dar: Wer aktiv etwas für die eigene Gesundheit unternimmt, verbessert signifikant und nachhaltig die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit.

Die Wiener Untersuchung weist auf ein großes Aktivitätspotenzial. Unter den zahlreichen Anknüpfungspunkten für Aktivierungsmöglichkeiten erweisen sich auch ehrenamtliche Tätigkeiten von Bedeutung. Diese finden nicht nur in allgemeiner Weise eine große Zustimmung, auch die Bereitschaft, eine ehrenamtliche Aufgabe zu übernehmen, ist verbreitet. Der stärkste Bedarf besteht freilich im Zusammenhang mit der sinnvollen Ausgestaltung der freien Zeit. Ein Teil der Teilnehmer äußert den Wunsch nach körperlicher Betätigung, nicht wenige zeigen sich auch an kulturellen Aktivitäten oder an der Beschäftigung mit modernen Medien (Internet) interessiert, viele möchten aber einfach gerne häufiger mit anderen Menschen zusammen sein. Unter den Gründen, überhaupt aktiv zu werden, dominiert jedenfalls der Wunsch nach mehr sozialer Geselligkeit. Hinter diesem Bedürfnis verbergen sich unterschiedliche Motive und Erfahrungen: Unzufriedenheit mit bestehenden Beziehungen, die Sorge um soziale Isolation und Einsamkeit sowie das Fehlen von Freizeitpartnern. Die Kontaktssituation ist insgesamt zwiespältig einzuschätzen: Auch wenn völlige soziale Isolation nicht vorkommt und fast alle Teilnehmer über Kontakte für das „Nötigste“ verfügen, so hat doch jede/r vierte Befragte niemanden, um etwas in der Freizeit zu unternehmen, verfügt jeder zehnte Teilnehmer über keine Person des Vertrauens, können 15 Prozent niemanden nennen, der ihnen nahe steht. Ältere Migranten verfügen über überdurchschnittlich große soziale Netzwerke, die zumeist in der Wohnumgebung aufge-

spannt sind. Teilnehmer mit Migrationshintergrund nennen jedoch seltener Personen, die ihnen nahe stehen, ein Drittel verfügt über keine Freizeitpartner.

Konnte das Projekt dazu beitragen, die Lebensqualität der Teilnehmer zu verbessern? Nach den (vorläufigen) Ergebnissen der abschließenden Befragung hat die Intervention dazu beigetragen, in den verschiedenen Bereichen der Lebensqualität die subjektive Befindlichkeit zu verbessern. Dies trifft insbesondere auf den Kernbereich der Intervention – die Aktivierung – zu.

Abb. 2: Verbesserung der Lebensqualität am Beispiel ausgewählter Indikatoren



Quelle: Ch. Reinprecht/ L. Donat, „Aktiv ins Alter“, Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung (im Druck)

Gesund Älter Werden

Das AOK-Programm für aktive Senioren



Kontakt:

Projektleitung:

Frau Dr. Christiane Perschke-Hartmann,
AOK Niedersachsen, Institut für
Gesundheitsconsulting,
Hildesheimerstr. 273,
30519 Hannover
Tel.: +49 511 8701-16141

Wissenschaftliche
Begleitung:

Frau Prof. Dr. Gisela Fischer
Homburgweg 7
30559 Hannover
Tel.: +49 511 952-6884

Gesund Älter werden (Hannover)

Warum ist eine Krankenkasse Träger des Vorhabens?

Das Projekt „Gesund Älter Werden“ ist eine Antwort auf die Überalterung der Gesellschaft, von der die AOK Niedersachsen besonders betroffen ist. So waren im Jahr 2003 über ein Drittel der Versicherten (34,5 Prozent) 60 Jahre und älter. Das entspricht einem Anteil, der für die Gesamtbevölkerung Deutschlands erst für das Jahr 2040 erwartet wird.

Prävention und Gesundheitsförderung sind in jedem Alter möglich und sinnvoll. Während genetische Faktoren eine eher nachrangige Position einnehmen, wird der Gesundheitszustand von dem eigenen Verhalten stark beeinflusst. So werden viele chronische Erkrankungen durch einen riskanten Lebensstil (ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel usw.) mitbedingt. Der Verlauf einer solchen Erkrankung ist jedoch nicht zwangsläufig vorgegeben, sondern auch wiederum durch die Lebensweise beeinflussbar. Gerade im Alter steigt das Risiko chronisch krank zu werden und auch mehrere chronische Erkrankungen zu erleiden. Die Lebenszufriedenheit älterer Menschen ist aber erst dann nachhaltig beeinträchtigt, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, eigenständig zu leben bzw. ihren Haushalt alleine zu führen. Damit ergeben sich eine Vielzahl von Ansatzpunkten für Prävention und Gesundheitsförderung, um älteren Menschen zu mehr Wohlbefinden und Gesundheit zu verhelfen.

Aus Studien ist bekannt, dass Prävention im Alter auch aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll ist. So konnten durch präventive Hausbesuche Einweisungen in das Pflegeheim oder Krankenhaus reduziert werden⁴.

Träger des Projektes „Gesund Älter Werden“ ist die AOK Niedersachsen, die von dem Projekt Aufschluss über Effekte der präventiven Hausbesuche auf die Gesundheit Älterer und Aussagen zur Wirtschaftlichkeit dieser Maßnahme erwartet.

Ziele: Aktivierung und Vernetzung

Ziel von „Gesund Älter Werden“ ist es, die Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten, ihre Lebensqualität zu verbessern und eine Verschlechterung ihres Gesundheitsstatus zu vermeiden. Um dieses Ziel zu erreichen, gilt es, ihre individuelle Handlungsfähigkeit zu stärken; sie zu aktivieren. Dazu gehört, dass bestehende individuelle aber auch institutionelle Barrieren erkannt werden und für ihre Beseitigung Sorge getragen wird. Ältere Menschen sollen die Chance zur gesellschaftlichen Teilhabe haben. Die recht unübersichtliche Ausgestaltung des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems mit der häufig unzureichenden Kooperation und Koordination von Diensten und Leistungen erschwert den Zugang zu diesen Angeboten und erweist sich als Hindernis. Soziale Ungleichheit verstärkt dieses Phänomen.

Von präventiven Hausbesuchen mit multidimensionalem Assessment profitieren in erster Linie vor allem ältere Personen mit einem niedrigen Behinderungsrisiko. Da die Studie letztendlich auch dem Ziel dient, Effekte präventiver Hausbesuche zu ermitteln, wurde die Zielgruppe auf die Altersgruppe der 68 bis 79-jährigen festgelegt. Das Vorhandensein von Pflegebedürftigkeit wurde als Hinweis auf ein mögliches Behinderungsrisiko herangezogen. Somit mussten Pflegebedürftige ausgeschlossen werden. Das Projekt ist als kontrolliert randomisierte Studie angelegt. Basis sind drei von insgesamt dreizehn Stadtbezirken der niedersächsischen Hauptstadt Hannover. Die Auswahl der Stadtbezirke erfolgte einzig und allein nach dem Kriterium, eine ausreichend große Anzahl von Versicherten mit den entsprechenden Zielkriterien zu ermitteln. Die Wahl fiel auf die Bezirke List, Linden und Ricklingen, in denen zum Zeitpunkt der Auswahl im März 2004 insgesamt 4.300 Versicherte der AOKN wohnten, die den entsprechenden Einschlusskriterien entsprachen. Die Interventionsgruppe wurde durch eine Zufallsstichprobe aus der Gesamtheit der

⁴Stuck A. E. et al. (2000). A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and at high risk for nursing home admission.

Arch. Intern. Med.

4.300 Versicherten gebildet und umfasst insgesamt 1.300 potentielle Klienten. Der Kontrollgruppe gehören damit rund 3.000 Personen an.

Auf der Basis der Krankenkassendaten lassen sich Kontroll- und Interventionsgruppe hinsichtlich festgelegter Zielgrößen vergleichen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist damit möglich und beabsichtigt. Die Vergleichsdaten können dann u.a. Auskunft über die Effekte der Hausbesuche auf Einweisungen in Pflegeheime oder Krankenhäuser geben. Die Daten der Interventionsgruppe dagegen ermöglichen Aussagen darüber, ob die Interventionen zu einer Steigerung der Lebensqualität oder einer Verbesserung des funktionellen Status führen.

Ein Fallbeispiel aus Hannover:

Frau S. ist 76 Jahre alt, verwitwet, lebt allein und hat einen Sohn, der aber nicht am Ort lebt. Frau S. ist wirtschaftlich sehr eingeschränkt. Nach eingehender Prüfung durch die Beraterin wird klar, dass leider alle Möglichkeiten, finanzielle Unterstützung zu erhalten, ausgeschöpft sind. Sie hat regelmäßige und intensive Kontakte zu Freundinnen und Familie. Aufgrund einer bestehenden Arthrose an den Händen und einer Wirbelsäulenversteifung fällt ihr die Hausarbeit sehr schwer. Die Beraterin kommt akut dazu, wie sie mit einer eher „abenteuerlichen Konstruktion“ aus Tisch und Stuhl versucht, die Gardinen aufzuhängen. Die Beraterin vermittelt ihr Kontakte zur Initiative „Senioren helfen Senioren“. Sie findet dort Unterstützung für ihre Hausarbeit u. ä. Im Weiteren stellt sich heraus, dass sie früher gerne Schach und andere Spiele gespielt hat, für sich aber jetzt keine Möglichkeit mehr sieht. Die Beraterin kann sie unterstützen und ihr Informationen zu einem entsprechenden Angebot (Seniorenschach) in der Region zutragen. Frau S. nimmt das Angebot gerne und regelmäßig in Anspruch. Das Schachspielen hat ihr neue Kontakte ermöglicht und hilft ihr, die angestrengte finanzielle Situation leichter in ihr Leben aufzunehmen.

Beschreibung der Interventionen und Maßnahmen

Der präventive Hausbesuch

Die „aufsuchende Aktivierung“ mit Hausbesuchen ist das Kernelement des Projektes. Dem Besuch bei den Klienten der Interventionsgruppe geht die schriftliche oder telefonische Kontaktaufnahme durch die Beraterin voraus. Sofern der Versicherte Interesse äußert, erfolgen Terminvereinbarung und Hausbesuch. Die Hausbesuche beinhalten die Beratung der Klienten, Unterstützung bei der Veränderung des Lebensstils, Vermittlung regionaler Angebote und eine Zielvereinbarung über die Aktivierungen. Erfassungsinstrumente stehen dafür zur Verfügung. Im Weiteren wird standardmäßig ein geriatrisches Assessment durchgeführt⁵. Die Lebensqualität wird zu Beginn mit Hilfe eines entsprechenden Instrumentes erfasst. Wie viele Hausbesuche durchgeführt werden, obliegt der Einschätzung der Beraterin. In der Regel sind es mindestens drei und im Durchschnitt fünf bis sechs.

Beratung und Interventionen

Die Klienten werden umfassend zum Thema Gesundheit sowie gesunder Lebensstil informiert und beraten. Die Beratung umfasst die Bereiche körperliche Gesundheit, Ernährung, psychosoziales und kognitives Feld sowie Mobilität und berücksichtigt die wirtschaftlich-ökonomische Situation der Klienten. Der Teilnehmer soll in die Lage versetzt werden, Risikofaktoren selbst zu erkennen. Kaum jemand weiß um die funktionellen Veränderungen, die das Alter mit sich bringt, ihre Risiken und geeignete Präventionsstrategien. Zu den Risiken gehören beispielsweise Ernährungsfehler, wie eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme durch die im Alter abnehmende Durstperzeption, eine zu geringe Vitaminaufnahme (bedingt durch kleinere Portionen aufgrund des schnelleren Sättigungsgefühls bei gleich bleibendem Ernährungsstil) ebenso wie zu wenig Bewegung und sportliche Betätigung. Obgleich die meisten Älteren angeben sich ausreichend und viel zu bewegen, entsprechen ihre Aktivitäten sel-

⁵ Junius, U. et al. (2003). Evidenz-basiertes Assessment für betagte Menschen. Zeitschrift für Allgemeine Medizin; 79: 143-148

ten den Anforderungen einer sportlichen Betätigung, mit der z.B. Muskeln und Koordinationsfähigkeit trainiert und Sturzereignissen o.ä. vorgebeugt werden könnte. Sport hat im Weiteren nicht nur positive Effekte auf den körperlichen Zustand, sondern hebt auch das psychische Wohlbefinden und beugt in gewisser Weise Depressionen vor. Viele ältere Menschen unterschätzen ihre eigene Leistungsfähigkeit. Studien zeigen, dass ein kontinuierliches Training auch im Alter zu einer erheblichen Steigerung der Muskelkraft führen kann. Der „altersbedingte“ Muskelabbau ist insofern zumindest zu einem Teil Ergebnis der im Alter selbst gewählten Passivität.

Im Rahmen der Beratung wird ein geriatrisches Assessment durchgeführt. Damit werden die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen der älteren Menschen erfasst. Das Instrument ermöglicht die Aufstellung eines umfassenden Behandlungs- und Unterstützungsplans und basiert auf den erwähnten alters-typischen funktionellen Veränderungen, aber auch auf dem Phänomen, dass Ältere ihrem Hausarzt nicht alle Störungen und Beeinträchtigungen mitteilen.

Gesund Älter Werden will nicht nur informieren und aufklären, sondern bei der Veränderung des Lebensstils unterstützen. Aufgabe der Beraterinnen ist es, die vorhandenen Ressourcen der Teilnehmer zu erkennen und ihnen in der Realisierung ihrer Wünsche zu helfen. Ihre finanzielle Situation wird dabei berücksichtigt. Bei wirtschaftlicher Not informieren die Berater die Klienten über Förderungsmöglichkeiten und vermitteln sie an entsprechende Hilfestellen.

Obgleich Hannover für Senioren vielfältige Angebote vorhält, wissen viele gar nicht, was es an geeigneten Betätigungsmöglichkeiten in ihrem Umfeld gibt oder sind aufgrund von sozialen, gesundheitlichen oder kulturellen Benachteiligungen nicht in der Lage sich diese Informationen zu beschaffen. Für den ersten Schritt

ist dies jedoch eine unabdingbare Voraussetzung. Mit Hilfe des systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz obliegt es der Beraterin die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Teilnehmer in Erfahrung zu bringen und ihnen geeignete Angebote in der Region zu offerieren. Sofern ein Klient eine entsprechende Aktivität aufnehmen möchte, wird seine Absicht in einer Zielvereinbarung festgehalten. Bei Abschluss einer solchen individuellen Zielvereinbarung erhält der Klient von der AOKN einen Individualbonus nach § 65 b SGB V.

Sofern das geriatrische Assessment einen medizinischen Befund enthält, werden die Unterlagen dem behandelnden Hausarzt zur Einleitung entsprechender Interventionen zugeleitet. Im Sinne einer dem Case Management entsprechenden systematischen Vorgehensweise dienen die weiteren Gespräche in erster Linie der Überprüfung, ob das entsprechende Aktivierungsgespräch in Anspruch genommen wird. Gegebenenfalls werden weitere Angebote offeriert. Gegen Ende der Laufzeit des Projektes werden das Assessment und die Messung der Lebensqualität wiederholt, um Veränderungen analysieren zu können.

Stadtteiltreffen

Ein weiterer Baustein sind die Stadtteiltreffen. Im Verlauf des Projektes wurde der immense Bedarf der Klienten an sozialen Kontakten und geselligen Ereignissen deutlich. Das Projekt hat daraufhin in jedem der drei Stadtbezirke regelmäßige Treffen initiiert. Das Programm dieser Treffen wird nach den Wünschen der Teilnehmer gestaltet und reicht von Museumsbesuchen, Spielnachmittagen über Buchbesprechungen bis zu Dampferfahrten auf den hiesigen



Gewässern. An der Organisation sind die Klienten maßgeblich beteiligt. Ziel ist es, ihnen die Organisation zukünftig ganz zu überlassen.

Als ein nicht unerheblicher Vorteil der Treffen hat sich herausgestellt, dass sich Teilnehmer mit gleichartigen Interessen und Hobbys zusammenfinden und eigenständig und aktiv weitere Freizeiten gestalten.

Stadtteilübergreifendes Kliententreffen

Im Verlauf des Projektes hat sich herausgestellt, dass bestimmte Themen für alle Teilnehmer von Interesse sind. So z.B. das aktuelle Leistungsrecht im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, Sicherheit im Alltag oder Stärkung der körperlichen Abwehrkräfte. Um dieses Interesse aufzufangen, hat Gesund Älter Werden ein die Stadtbezirke übergreifendes Forum eingerichtet. In die Gestaltung des Forums werden Institutionen wie die Polizei, aber auch die Hausärzte miteinbezogen.

Vernetzung: Care Management

Ein weiteres zentrales Kernelement des Projektes ist die „Zusammenarbeit/ Vernetzung“. Entsprechend der Vorgabe, institutionelle Barrieren zu erkennen und sich für eine Vernetzung vorhandener Angebote sowie ihrer Ausrichtung an den Bedarfen Älterer einzusetzen, engagieren sich die Beraterinnen in den Stadtbezirksnetzwerken des kommunalen Seniorenservice in Hannover. Die Netzwerke sind von der Stadt Hannover initiiert worden und verfolgen kompatible Ziele zum Projekt wie: Selbstständigkeit der Älteren erhalten, Angebote bedarfsgerecht gestalten und vor allem Anbieter vernetzen. Unter der Leitung des Kommunalen Seniorenservice treffen alle freien, konfessionellen und kommunalen Anbieter eines Bezirkes zu einem regelmäßigen Austausch zusammen. Dazu gehören Themen wie Sicherheit und Mobilität, aber auch Wohnen und Freizeitgestaltung. Die Beraterinnen bringen ihre Erfahrungen über Wünsche und

Bedürfnisse in diese Runden ein und erhalten umgekehrt Informationen über bestehende Angebote in der Region.

Darüber hinaus setzen sich die Beraterinnen natürlich bei Bedarf in jedem Einzelfall für eine Vernetzung bestehender Dienste ein, übernehmen sie doch für die Teilnehmer eine gewisse Lotsenfunktion zwischen den Anbietern des Sozial- und des Gesundheitssystems.

Die Akteure des Projektes und die Projektstruktur

Präventive Hausbesuche durchzuführen, mit dem Ziel bestehende Ressourcen eines Klienten aufzudecken, wahrzunehmen und Aktivierungen zu befördern ist sehr anspruchsvoll und umfassend und wird derzeit von keiner Profession vollständig abgedeckt. Erforderlich sind dazu ganzheitliche Wahrnehmungsmuster, Kompetenzen und Qualifikationen in unterschiedlichen Bereichen sowie Erfahrungen in entsprechenden ressourcen- und klientenorientierten Gesprächstechniken. Das Team ist daher bewußt multiprofessionell angelegt. Von der Grundqualifikation sind die zehn Beraterinnen Sozialpädagoginnen, Ökotrophologinnen, Ernährungsberaterinnen, Krankenschwestern, Familientherapeutinnen und Psychologen. Umfangreiche Erfahrungen in der Arbeit mit Klienten und im systemisch-lösungsorientiertem Beratungsansatz liegen vor. Hinzu kommt, dass die AOK Mitarbeiterinnen auf umfangreiche Erfahrungen aus dem Bereich Gesundheitsförderung zurückgreifen können.

Vor Projektstart wurden die Beraterinnen zu speziellen Bereichen wie alterstypische Erkrankungen, ihre Ursachen und Symptome sowie der Anwendung der verwendeten Instrumente geschult. Projekt begleitend werden Supervision sowie bei Bedarf weitere Schulungen durchgeführt.



Angesichts des neuen Aufgabenfeldes und der multiprofessionellen Zusammensetzung sind Teamsitzungen unerlässlich. Im Rahmen der regelmäßigen Teambesprechungen werden als insbesondere Einzelfälle besprochen. Der Austausch findet unter fachlicher Begleitung einer Medizinerin der AOKN statt. Ziel ist es, voneinander zu lernen und mehr Sicherheit für das eigene Vorgehen zu gewinnen. Beabsichtigt ist im Weiteren für bestimmte, wiederkehrende, beratungsintensive Indikationen Leitfäden im Sinne eines generalisierten Ablaufs zu entwickeln. So wurden beispielsweise für die Probleme „verwahrloster Klient“ oder „gerontopsychiatrischer Klient“ allgemeine Handlungsmöglichkeiten zusammengetragen und –abläufe kreiert, die den einzelnen Beraterin eine größere Handlungssicherheit geben. In die Entwicklung der Leitfäden fließen die jeweiligen professionsspezifischen Wahrnehmungsmuster und Kompetenzen zwangsläufig mit ein und ergänzen sich.

Gemäß den Strategien des Projektmanagements wurde innerhalb der Institutionen der AOK Niedersachsen ein sog. Steuerkreis eingerichtet. Der Steuerkreis dient in erster Linie der internen Vernetzung und dem internen Marketing. Im Steuerkreis sind das Projekt angrenzende Abteilungen vertreten. Dadurch wird sichergestellt, dass Informationen zeitnah weitergeleitet werden, aber auch vorhandene Kompetenzen abgefragt und sinnvoll im Sinne des Projektes eingespeist werden.

Kooperationen: Projektpartner und weitere Beteiligte

Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Hausärzten

Gesund Älter Werden bemüht sich um eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Hausärzten. In der Regel kann jeder Teilnehmer einen Arzt seines Vertrauens benennen. Sofern das geriatrische Assessment einen medizinischen Befund aufweist, wird der Hausarzt informiert. Er erhält die Unterlagen und wird um Einleitung entsprechender Interventionen gebeten. Dazu werden ihm standardisierte Interventionsvorschläge zugeleitet. Um festzuhalten, was davon umgesetzt und realisiert werden konnte, wird der Hausarzt in der folgenden Zeit von einem praktizierenden, hausärztlichen Kollegen und freien Mitarbeiter des Projektes kontaktiert. Im Weiteren suchen die Beraterinnen bewußt den Kontakt zum Hausarzt - eine entsprechende Dateneinwilligungserklärung des Teilnehmers vorausgesetzt. Das ist häufig auch in den Fällen sinnvoll und erforderlich, in denen nicht unbedingt ein medizinischer Befund vorliegen muss, sondern wo es um Einschätzung gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder auch um Optimierung der Behandlungsstrategie bzw. der Pharmakotherapie, aber auch der Abklärung einer Vormundschaft, geht. Leider steht der größere Teil der Hausärzte diesem Vorhaben bisher eher skeptisch gegenüber und wertet es weniger als Unterstützung der eigenen Tätigkeit. Das Projekt sucht daher nach Möglichkeiten wie die Zusammenarbeit verbessert und das Vertrauen der Hausärzte gewonnen werden kann.

Nichtsdestotrotz wird das Projekt von der Verbandsebene der (Haus-) Ärzte, hier insbesondere dem Landesverband Niedersachsen des Deutschen Hausärzteverbandes, ausdrücklich unterstützt.

Gemeinwesenarbeit

Ein wichtiger Bereich ist die Vernetzung. Viele Institutionen und Angebote sind wenig bekannt, ihre Zugänglichkeit ist erschwert oder das Angebot ist zu

unübersichtlich oder nicht bedarfsgerecht. Die Stadt Hannover hat darauf mit der Einrichtung der Netzwerke auf Stadtbezirksebene reagiert. In regelmäßigen Abständen setzen sich unter der Leitung des Kommunalen Seniorenservice Hannover (KSH) die Anbieter von Seniorenofferten zusammen und tauschen sich über ihre Erfahrungen, ihre Leistungen und Planungen aus. Ziel ist es auch hier, älteren Menschen möglichst lange eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Darüber hinaus plant der KSH die Erstellung eines Seniorenwegweisers, der den älteren Menschen die Suche nach geeigneten Möglichkeiten in der Region erleichtern soll.

Das Projekt ist in allen drei Stadtbezirksnetzwerken vorgestellt worden. Die Beraterinnen nehmen an den Sitzungen teil und geben dort ihre Eindrücke von den Wünschen und Bedürfnissen Älterer weiter. Gesund Älter Werden kooperiert eng mit dem KSH.

Über diese institutionalisierte Form des Austausches hinaus, setzen sich die Beraterinnen in Einzelfällen mit weiteren Organisationen wie insbesondere aus dem Gesundheitssystem auseinander. Daraus entstehen vielfältige Kontakte, die die Arbeit im Weiteren erleichtert. Insbesondere das Gesundheitssystem erscheint unübersichtlich und durch gegenseitige Abgrenzung dominiert. Die Arbeit in diesem Bereich erfordert viel Geduld und Stehvermögen.

Wie bereits erwähnt, ist Hannover im Bereich der Seniorenplanung sehr innovativ. Das ist nicht zuletzt das Verdienst des langjährigen Oberbürgermeisters von Hannover, Herr Dr. Herbert Schmalstieg. Das Projekt Gesund Älter Werden freut sich sehr, Herrn Dr. Schmalstieg zum Schirmherrn zu haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Projekt wird von Frau Prof. em. Dr. Gisela Fischer wissenschaftlich begleitet. Sie leitete bis zu ihrer Emeritierung im Sommer 2004 die Abteilung für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und hat an der Entwicklung des STEP-Assessments (geriatrisches Assessment) und seiner internationalen Erprobung maßgeblich mitgewirkt. Frau Prof. Fischer ist Mitglied des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen.

Erste Ergebnisse: Das Projekt in Zahlen und Fallbeispiele

In dem Zeitraum von Juni 2004 bis Juni 2005 konnten von den 1.300 Versicherten der Interventionsgruppe bisher rund 420 als Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Projektes gewonnen werden. Ein großer Teil der Versicherten (ca. 145) kam durch Wegzug, Versterben, Einweisung ins Pflegeheim, keine ausreichenden Deutschkenntnisse nicht in Frage. Ein weiterer großer Teil (ca. 150) fühlt sich von dem Programm nicht angesprochen und äußert, kein Interesse zu haben. Es gibt Hinweise darauf, dass die Gruppe der Nicht-Teilnehmer aus gesundheitlich sehr fiten und zeitlich durch diverse Aktivitäten sehr beanspruchten Versicherten auf der einen und subjektiv gesundheitlich sehr angeschlagenen mit Tendenz zum sozialen Rückzug auf der anderen Seite, besteht. Das Projekt wird dieser Fragestellung nachgehen und erhofft sich Erkenntnisse über die Zielgruppe dieses Programms.

Unter den Teilnehmern überwiegen die Frauen mit nahezu doppelt so vielen Teilnehmerinnen. Der größte Teil der Teilnehmer weist einen niedrigen Bildungsstand (Hauptschulabschluss bzw. kein Schulabschluss) - als ein Indikator für den Sozialstatus – auf und entspricht damit dem typischen Klientel der AOKN. Das Projekt hat zum Ziel, bis zum Ende des Jahres 2005 600 bis 650 Klienten zu rekrutieren.

Ein Fallbeispiel aus Hannover:

Herr M. ist 80 Jahre alt, geschieden und hat 2 Kinder, zu denen er aber wenig Kontakt hat. Seit 20 Jahren lebt er in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. Seine wichtigste und fast einzige Kontaktperson ist seine Lebensgefährtin, mit der er ausgedehnte Reisen nach Frankreich unternimmt. Weitere Hobbys bestehen in der (saisonbedingten) Gartenarbeit und in eher unregelmäßigen Besuchen des Schwimmbades. Seit ebenfalls 20 Jahren leidet er aufgrund eines Prostataleidens an erschwertem Wasserlassen. Sein Alltag wird größtenteils von diesem Problem bestimmt, was auch dazu führte, dass er relativ wenig Flüssigkeit zu sich nahm. Wegen seines Bluthochdrucks hat ihm sein Hausarzt ein blutdrucksenkendes Medikament verschrieben, das entwässernd wirkt und somit das bestehende Problem, des mühsamen Wasserlassens zusätzlich verstärkt. Daraufhin stellte Herr M. die Einnahme des blutdrucksenkenden Mittels ganz ein. Zu Beginn der Beratungsgespräche dominierte der körperliche Zustand und hier insbesondere das erschwerete Wasserlassen. Ziel der Beratung war es zu diesem Zeitpunkt, Herrn M. darin zu bestärken, das Gespräch mit der Hausärztein zu suchen und die für ihnbrisanten Nebenwirkungen des blutdrucksenkenden Medikamentes anzusprechen, gleichzeitig aber auch die Notwendigkeit einer durchgehenden Medikation zur Reduzierung einer Herz-Kreislauf-Komplikation abzuklären. Im Gespräch fasste Herr M. den Entschluss, die Hausärztein aufzusuchen und gezielt nach pflanzlichen Prostatamitteln zu fragen. Die Beraterin konnte Herrn M. weitere „gesunde Prostata-Tipps“ geben. Nach dem erfolgreichen Hausarztgespräch und der Beherzigung der „Prostata-Tipps“ entkrampfte sich seine Situation, er trank wieder mehr und das Prostataleiden rückte mehr in den Hintergrund. Im weiteren Verlauf der Beratung wurde deutlich, dass Herr M. gerne weitere Hobbys aufnehmen und Kontakte eingehen würde. Die Beraterin konnte ihm entsprechende Kontakte und Hobbys vermitteln und ihn dazu motivieren, „vergessene“ Sportarten wieder aufzunehmen, regelmäßig auszuüben und in den Alltag zu integrieren.

Weitere Perspektiven

Das Projekt hat sich in 2005 sehr erfolgreich um den vom Bundesministerium für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bertelsmannstiftung deutschlandweit vergebenen Präventionspreis beworben. Gesund Älter Werden ist von 250 für die Zielgruppe der Älteren eingereichten Präventionsprojekten am 22.06.2005 in Berlin mit einem zweiten Preis geehrt worden (www.deutscher-praventionspreis.de). Das Projekt sieht sich dadurch in seinem Vorhaben und seiner Zielorientierung bestärkt.

Die Arbeit mit den Klienten wird mit Ablauf des Jahres 2006 beendet sein. Die Auswertung der Daten ist Mitte 2007 zu erwarten. Die Datenanalyse wird Aufschluss über die Effekte der Hausbesuche (Veränderung des Gesundheitsstatus und der Lebensqualität) und die Definition der von diesem Vorhaben profitierenden Zielgruppe geben. Der Vergleich zwischen den Daten der Kontroll- und der Interventionsgruppe wird Aussagen zur Wirtschaftlichkeit des Präventionsprojektes ermöglichen. Der Vergleich anhand weiterer Zielergebnisse wie bestimmte Erkrankungen werden die Kosten-Nutzen-Analyse abrunden.

Für 2005 ist eine Verstärkung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten geplant. In Kooperation mit dem Bundesverband der AOK und dem Fortbildungsinstitut der Hausärzte ist z. B. im Herbst für die Hausärzte der Projektteilnehmer das Angebot einer kostenlosen Fortbildung zum Thema ambulantes geriatrisches Assessment vorgesehen.



Verbesserung der Lebensqualität, Aktivität und Gesundheit als Ziele der Aufsuchenden Aktivierung

Der Eintritt in den Ruhestand markiert einen neuen Lebensabschnitt, der mit veränderten Bedürfnissen sowie Anforderungen einhergeht und die Entwicklung neuer Orientierungen bedarf. Arbeit mit dem Zweck der Einkommenserzielung verliert weitgehend an Bedeutung, während die Frage nach einer als sinnvoll erlebten Freizeitgestaltung wichtiger wird. Lebensqualität im Alter bestimmt sich somit durch eine individuell zufrieden stellende Balance zwischen sinnvoller Betätigung und Freizeitaktivitäten. Der Beitrag der Tätigkeiten zur subjektiven Lebensqualität ist umso höher, je größer der individuelle Einfluss und der Grad der Autonomie wahrgenommen werden. Neben der Entwicklung attraktiver Angebote des freiwilligen Engagements ist darum gleichzeitig nach Wegen zu suchen, die Älteren eine eigenständige Gestaltung der nachberuflichen Phase ermöglichen. Wie sich dieser Übergang auf das Wohlbefinden auswirkt, hängt nicht zuletzt von der Möglichkeit ab, sich auf die neue Situation einzustellen, von einer positiven Einstellung zum Leben sowie konkrete Pläne für die Gestaltung des weiteren Lebens.

Die Berliner Altersstudie

Die Freisetzung aus dem Beruf und den familiären Verpflichtungen bedeutet eine Zunahme der zur freien Verfügung stehenden Zeit. Die Berliner Altersstudie zeigt, dass mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß mehr Zeit für Freizeitaktivitäten und Regeneration verwendet wird. So steigen die Zeitanteile für Freizeitaktivitäten bei den über 60-jährigen Männern auf 6 bis 7 Stunden und bei den Frauen auf knapp 6 Stunden an. Parallel hierzu findet sich aber auch ein nicht unerheblicher zeitlicher Aufwand für 'unbezahlte' im Sinne von hauswirtschaftlichen und handwerklichen Tätigkeiten, ehrenamtlichem Engagement und Kinderbetreuung. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Tätigkeitspektrum unbezahlter Arbeit zeigen sich bis ins hohe Alter - während verheiratete ältere Männer sich mehr mit Pflanzen- und Tierpflege sowie

handwerklichen Tätigkeiten beschäftigen, entfallen bei älteren Frauen fast vier Stunden täglich allein auf hauswirtschaftliche Arbeiten. Für das höhere Lebensalter, die über 70-Jährigen, kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass von täglich durchschnittlich 16,2 Stunden freier Zeit fast 38 Prozent auf Freizeitaktivitäten, 7 Prozent auf soziale Aktivitäten im Sinne von Gesprächen und Besuchen und 15 Prozent auf Ruhen entfallen. Mit steigendem Lebensalter werden dabei die täglichen Ruhezeiten ausgeprägter, während die aktive Freizeit zurückgeht. Die meisten Aktivitäten werden alleine (64 Prozent) und zu Hause (80 Prozent) ausgeübt. (Mayer, K. U., & Baltes, P. B. (Hg.) (1999): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 2., Auflage.)

Alte Menschen befinden sich in einer Lebensphase, die weitgehend durch Vergangenes bestimmt ist. Die im Laufe des Lebens geschaffenen Tatsachen sind - und dies gilt vor allem für das fortgeschrittene Alter - nicht in einer Weise veränderbar, wie dies für jüngere Generationen möglich ist. Die Sicherung von Lebensqualität im Alter stellt daher einen besonderen Handlungsbedarf dar⁶.

Die objektive Lebensqualität lässt sich als die Gesamtheit aller Ressourcen die einem Menschen zur Verfügung stehen zusammenfassen. Subjektive Lebensqualität ist dagegen geprägt von den unterschiedlichen Zielen und Bedürfnissen, anhand derer Menschen ihre momentane Lebenssituation bewerten. Das Ausmaß der subjektiven Lebensqualität, des Wohlbefindens, hängt von der Zufriedenheit mit dem erreichten Lebensstandard sowie von emotionalen Aspekten wie Glück, Sorgen, Einsamkeit, Sinnlosigkeit und Entfremdung zusammen. Auch Zukunftserwartungen in Form von Hoffnungen und Befürchtungen beeinflussen das subjektive Wohlbefinden.

⁶Naegele, G. (1998): Lebenslagen älterer Menschen. In: A. Kruse (Hg.), Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen, S. 106-128. Göttingen: Hogrefe

Will man die Bedeutung von Gesundheit für die Lebensqualität im Alter verstehen, muss eine Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit getroffen werden. Diese Unterscheidung ist bedeutsam, da der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand das Wohlbefinden im Alter oft mehr beeinflusst als die tatsächlich vorhandenen Erkrankungen. Subjektive Gesundheit wirkt oft mit Lebensqualität gleichgesetzt. Die subjektive Empfindung der eigenen Gesundheit hat Einfluss darauf, wie ältere Menschen ihr Altern gestalten und welche Aktivitäten sie sich zutrauen. Je schlechter der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt wird, desto mehr wird Altern als psychophysischer Verlust erlebt. Gute Gesundheit im Alter bedeutet somit viel mehr als rein physisches Wohlbefinden bzw. körperliche Gesundheit. Sie beinhaltet ebenso den adäquaten Umgang mit Einschränkungen und Behinderungen sowie die Fähigkeit, trotz Belastungen ein zufriedenstellendes Leben führen zu können.

Zur Gesundheit älterer Menschen

In den westlichen Industrieländern hat sich insgesamt das Krankheitsspektrum der Bevölkerung weg von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen entwickelt. Die chronischen körperlichen Erkrankungen und damit verbundene funktionelle Einschränkungen steigen mit zunehmendem Alter stark an und führen schließlich zu einer überdurchschnittlich hohen Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

Am häufigsten sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Störungen des Bewegungsapparates. Psychische Erkrankungen sind bei älteren Menschen nur geringfügig häufiger als bei Menschen in mittlerem Alter, jedoch nehmen demenzielle Erkrankungen stark zu und erreichen bei den über 90-Jährigen

einen Anteil von mehr als 30%. Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen leidet unter depressiven Störungen. Noch häufiger finden sich diese bei Krankenhauspatienten, Pflegeheimbewohnern und Patienten, die onkologisch, kardiovaskular oder neuropsychiatrisch erkrankt sind. Als Ursache spielen genetische und familiäre Faktoren mit zunehmendem Alter eine geringere Rolle. Über 50 Prozent aller depressiven Störungen im Alter sind belastende Lebensereignisse vorausgegangen. Ebenso löst die mit vielfältigen altersbedingten Erkrankungen verbundene Polymedikation ebenfalls häufig depressive Störungen aus. Ältere Menschen äußern seltener depressive Stimmungen, typisch für die Depression im Alter ist dagegen die Neigung zur Hypochondrie und zu psychosomatischen Störungen. Depressionen alter Patienten remittieren seltener, verlaufen chronischer und gehen mit einer erhöhten Mortalität einher.

Ältere Menschen leiden sehr häufig unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig. Etwa ein Drittel haben fünf und mehr Diagnosen. Dies geht einher mit einer häufigen Anwendung von Arzneimitteln, in der Regel etwa ein Mittel pro Diagnose. Untersuchungen zeigen, dass es bei dieser Bevölkerungsgruppe zu einem erheblichen Maße zu Fehl- oder Übermedikationen kommt. Die Berliner Altersstudie kommt zu dem Ergebnis, dass etwa 15 % der Männer und 12 % der Frauen zwischen 70 und 84 Jahren mindestens ein Medikament erhält, das nicht notwendig oder gar kontraindiziert ist. Bei den Über 85-Jährigen steigt diese Quote weiter an. Ebenso kommt es aber auch zur Untermedikation.

Durch eine Reduktion der Risikofaktoren lässt sich für einen erheblichen Teil der Menschen ein hohes Alter bei vergleichsweise guter Gesundheit erreichen. Die gerontologische Forschung zeigt, dass selbst sehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen oder funktionellen Beeinträchtigungen über Reservekapazitäten verfügen, die durch Rehabilitation und Prävention aktiviert werden können. (*Deutscher Bundestag (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 14/882.*)

Daneben sind die Lebensbedingungen für die Gesundheit im Alter entscheidend: Es bestehen enge Zusammenhänge zwischen der Schichtzugehörigkeit und dem Gesundheitszustand im Alter. Menschen aus unteren sozialen Schichten leiden im Durchschnitt an einer höheren Anzahl von Krankheiten als Menschen aus mittleren und oberen sozialen Schichten. Ernährungsbedingungen, Wohnbedingungen, Bildungsstand, Art des ausgeübten Berufs (Waren Menschen Schadstoffen oder dysfunktionalen Bewegungsabläufen ausgesetzt oder nicht?) stellen Merkmale der sozialen Schicht dar, die sich auf Gesundheit im Alter auswirken. Damit wird auch deutlich, dass nicht nur die Person, sondern auch die Gesellschaft Einfluss darauf ausübt, inwieweit ein Altwerden in Gesundheit, Selbständigkeit und Aktivität möglich ist.

Welche Erfolge konnten nachgewiesen werden?

Die wissenschaftliche Begleitforschung sollte Aufschluss darüber geben, inwieweit es gelungen ist, die Zusammenarbeit der an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beteiligten Einrichtungen und die Gesundheit bzw. die Lebensqualität der älteren Menschen in Radevormwald, Wien und Hannover zu verbessern. Dazu wurde eine Befragung jeweils beim ersten Kontakt mit den Klienten, eine nach ca. 1 Jahr und eine weitere zum Projektende durchgeführt. Inhalt der Befragungen waren sowohl die Merkmale der Klienten (individuelle Ebene), als auch Merkmale der Versorgungssituation (systemische Ebene). Zu den wichtigsten abgefragten Variablen gehörte die Lebensqualität (WHOQOL), der allgemeine Gesundheitszustand, Angaben zu somatischen Beschwerden, soziale, körperliche und kulturelle Aktivitäten sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und soziale Unterstützung. Ebenso psychologische Faktoren wie etwa depressive Symptome, gesundheitliche Kontrollüberzeugungen, Optimismus und Selbstwirksamkeit. Zur Eingruppierung in spezifische Risikolagen wurden auch der Familienstand, soziale Kontakte, die Wohnsituation, der Erwerbsstatus und der soziale Status erhoben. Zusätzlich wurden die Klienten gebeten, das Projekt zu beurteilen.

Messung Lebensqualität durch das Instrument WHOQOL-Bref

Die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität der Bevölkerung ist eine wichtige Zielgröße der Gesundheitsförderung und besteht nach Definition der WHO aus fünf Komponenten, der physischen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Lebensqualität sowie aus einer globalen Dimension, die die subjektiv empfundene Lebensqualität umfasst. Ein erprobtes und international anerkanntes Instrument der Messung von Lebensqualität ist das „WHOQOL“ (World Health Organization Quality of Life)⁷. Es wird davon ausgegangen, dass sich hierin die Lebensqualität und die Gesundheitsschancen der Menschen vereinigen. Dieses Instrument wurde in den drei beschriebenen Projekten als Evaluationsinstrument vereinbart. Erwartungsgemäß bilden die fünf

Dimensionen des WHOQOL Instruments bei den Befragten die Lebensqualität in unterschiedlicher Ausprägung ab.

Dimensionen:

1. Physisch (7 Fragen), z.B. Behinderung durch Schmerzen
2. Psychisch (6 Fragen), z.B. das Leben genießen können
3. Soziale Beziehungen (3 Fragen), (z.B. Unterstützung durch Freunde)
4. Umwelt (7 Fragen), z.B. die Möglichkeit zu Freizeitaktivitäten
5. Global (2 Fragen), z.B. die Beurteilung Lebensqualität

Die subjektive Einschätzung der befragten Klienten zur Verbesserung ihrer Situation als Folge der Projektteilnahme ergab unterschiedliche Ergebnisse. So gingen etwa 80 % der Klienten in Radevormwald davon aus, dass sich durch die aufsuchende Aktivierung ihr Gesundheitszustand nicht verbessert hat. Auch bezüglich der Verbesserung der Lebensqualität war die Einschätzung eher skeptisch: Lediglich 40 % empfanden diesbezüglich eine Steigerung. Etwa die Hälfte der Befragten gaben immerhin eine deutliche Steigerung ihrer Aktivitäten an. Nur ein geringer Teil der Klienten profitierte nach eigener Einschätzung von der Beratung in Bezug zu Lernprozessen und Bewältigungsaufgaben. So empfanden nur etwa 15 % einen Fortschritt bezüglich einer selbständigeren Lebensführung, etwa 25 % gaben an, positive Verhaltensweisen angenommen zu haben. Bei etwas mehr als 20 % hat die aufsuchende Aktivierung geholfen, eine kritische Lebensphase zu überwinden. Dazu muss bemerkt werden, dass trotz der Auswahl der Klienten als Risikogruppe, nur ein kleinerer Teil tatsächlich unmittelbar in einer sehr schwierigen Lebenssituation angetroffen wurde.

⁷Angermeyer, Matthias, Reinhold Kilian und Herbert Matschinger (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Diese Zahlen sind also relativiert durch die Vielfältigkeit der einbezogenen Klienten. Letztlich waren knapp 90 % der Befragten mit dem Projekt zufrieden. Weniger als 15 % gaben an, kein Interesse an weiterführenden Projektaktivitäten zu haben.

Ein Schwerpunkt der aufsuchenden Aktivierung lag darauf, die Teilnahme an sozialen Aktivitäten wie etwa Kirchengemeinde, Selbsthilfegruppen, Erwachsenenbildung, politische Gruppen, berufliche Organisationen, Sportvereine, andere Vereine und Freizeitgruppen zu motivieren. Diesbezüglich konnte eine deutliche Steigerung bei den beteiligten älteren Menschen festgestellt werden.

Der Verlust des Lebenspartners

Nach dem Verlust des langjährigen Partners oder der Partnerin bricht oft eine Welt zusammen. In vielen Fällen war der Partner die Hauptbezugsperson, war Teil der eigenen Identität, sicherte Stabilität und bot Geborgenheit. Für die Betroffenen kann der Tod des Partners einen Bruch in vielen Bereichen bedeuten. Auf einmal ist man ganz auf sich selbst gestellt und auf sich selbst zurückgeworfen. Auch die Beziehungen zu anderen Menschen verändern sich. Man ist eben "allein stehend" und man wird von anderen Menschen anders wahrgenommen. Die entscheidende Frage bei der Bewältigung dieser Situation ist, wie es den Betroffenen gelingt, mit diesen Veränderungen umzugehen und welche neuen Bindungen zu anderen und zu sich selbst hergestellt werden können^a. Psychologen gehen davon aus, dass die Trauerphase nach dem Tod des langjährigen Lebenspartners oder der Lebenspartnerin im Durchschnitt zwischen zwei und drei Jahren dauert. In der ersten Trauerzeit sind die gewohnten (familären) Beziehungen besonders wichtig, später jedoch sind sie nur in Ausnahmefällen ausreichend für ein zufriedenstellendes "neues Leben". Gerade weil man gemeinsam betroffen ist, werden ebenfalls Ansprechpartner gesucht, die selbst nicht von der Trauer betroffen sind. Hierfür werden oft Professionelle wie etwa Ärzte oder Geistliche aufgesucht. Für andere ist in dieser Zeit der Trauer auch der Erfahrungsaustausch mit Personen in der glei-

chen Lebenssituation hilfreich, etwa im Rahmen von Selbsthilfegruppen. Die dort geknüpften Beziehungen werden unter Umständen auch über die Phase der Überwindung der Trauer hinaus aufrechterhalten und zu neuen Beziehungsnetzwerken. Basis eines subjektiv zufriedenstellenden "neuen Lebens" können so sehr unterschiedliche soziale Orte werden: nicht nur Familie und Freundschaften, sondern auch Vereine, Gruppen oder Reisen. Die neu geknüpften Beziehungen sind eine wichtige Bereicherung der Alltagsgestaltung.

Um neue Beziehungen zu knüpfen, braucht man Gelegenheiten. Diese Gelegenheiten kann man selbst schaffen. Interessen, Neigungen oder Hobbys, denen man außer Haus nachgeht, sind Anlass um die eigenen vier Wände zu verlassen und sich in neue Kreise hinein zu begeben. In vielen Fällen führen Trauer und depressive Stimmung jedoch für ein Vermeiden sozialer Gelegenheiten. Oft sind in der Ehe oder im Berufsleben Interessen und Hobbies in den Hintergrund getreten und wurden vergessen. Einige müssen dann sehr weit in der eigenen Vergangenheit, im eigenen Lebenslauf zurückgehen, um solche verschütteten Interessen, vergessenen "Hobbys" und vielleicht jahrelang brachliegenden Interessen wieder herzuholen.

Doch das Interesse allein reicht oft nicht aus, um die Schwelle in ein neues Leben zu nehmen. Viele benötigen hierzu einen kleinen Stups. Personen des vertrauten Umfelds, aber auch die aufsuchende Aktivierung, wie sie in den hier beschriebenen Projekten betrieben wird, können also bei der Umsetzung des Interesses eine wesentliche Rolle spielen: als Bestärkung und Bestätigung oder auch Begleitung. Befindet man sich dann erst einmal in dem neuen Kontext, entwickeln sich Gemeinsamkeiten und damit ein inhaltlicher Anknüpfungspunkt mit Anderen.

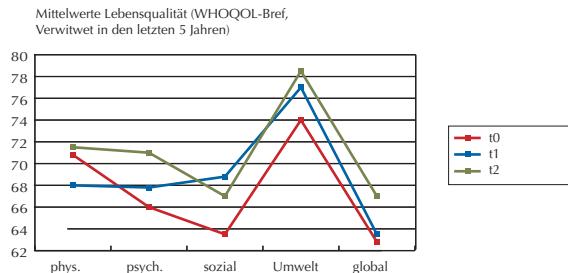
Die Aufsuchende Aktivierung hilft besonders nach dem Verlust des Lebenspartners

Betrachtet man die allgemeinen Ergebnisse, etwa der Radevormwalder Evaluationsstudie, so gilt es zunächst festzustellen, dass die Teilnahme am Projekt für die Klien-

^aHolstien, B. (2002). Soziale Netzwerke nach der Verwitwung. Eine Rekonstruktion der Veränderungen informeller Beziehungen. Opladen: Leske + Budrich.

ten im Mittelwert keine Verbesserung in den fünf Dimensionen der Lebensqualität ergeben hat. Dies gilt jedoch nicht für solche Klienten, die sich in besonderen Lebenssituationen befinden.

Betrachtet man etwa die Gruppe der Verwitweten allein, so zeigt sich im Verlauf der Projektteilnahme durchaus eine Verbesserung der Lebensqualität, und zwar in allen Dimensionen mit Ausnahme der physischen. Noch stärker ist dieser Effekt bei denjenigen, die innerhalb der letzten 5 Jahre ihrem Ehepartner verloren haben. Besonders stark profitieren diese Menschen in den Bereichen der psychischen Lebensqualität, der Umweltqualität und in ihrer globalen Einschätzung. In einer weiteren Frage gaben diese Betroffenen zum überwiegenden Teil an, dass ihnen das Projekt bei der Überwindung einer kritischen Lebenssituation geholfen hat.



Befragung t0: zu Beginn des Projekts; t1: nach 12 Monaten; t2: zum Abschluss des Projekts

Quelle: O. von dem Knesebeck: „Gesundes und aktives Altern in Radevormwald“, Evaluationsbericht (im Druck)

Fazit

Die aufsuchende Aktivierung älterer Menschen stellt einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität dar, wenn diese sich in einer besonders kritischen Lebensphase befinden. Ebenso hilft sie bei denjenigen, die ihre Lebensqualität von vorn herein als eher gering wahrnehmen. Betrachtet man die Entwicklung in der Gruppe, die bei der ersten Befragung relativ geringe Werte erzielte, so lässt sich feststellen, dass hier die Lebensqualität im Verlauf der Projektteilnahme und darüber hinaus, ungeachtet anderer Merkmale, deutlich zugenommen hat. Die Lebensqualität lässt sich durch die aufsuchende Aktivierung also signifikant verbessern, wenn ein hohes Risiko vorliegt. In diesem Sinne ist die Intervention vergleichbar mit anderen bekannten Ansätzen zur Prävention.

Eine Reihe von Faktoren kommt als Grund für diese beobachtete Verbesserung der Lebensqualität in Frage. Viele der Faktoren sind jedoch sehr individuell. Ein deutscher Zusammenhang lässt sich zwischen der Häufigkeit sozialer Aktivitäten und der Lebensqualität feststellen. Wenn ältere Menschen regelmäßig mit anderen zusammenkommen und gemeinsame Aktivitäten unternehmen, ist ihre Lebensqualität in allen genannten Dimensionen wesentlich höher. Dies gilt besonders für die physische Dimension, in der sich das Leiden unter körperlichen Beschwerden und die allgemeine Fitness ausdrückt, sowie für die globale Dimension, in der das allgemeine Empfinden und die Lebensfreude erfasst werden. Die aufsuchende Aktivierung, die ältere Menschen dazu motiviert, mit anderen Gleichgesinnten gemeinsame Aktivitäten zu unternehmen hat in diesem Sinne einen starken gesundheitsfördernden und präventiven Sinn.

Verbesserung der regionalen und intersektoralen Zusammenarbeit

Ziel der Projekte war es, im Rahmen der bestehenden Ressourcen, durch eine verbesserte Zusammenarbeit, bessere Leistungen zu erbringen, bzw. durch Gesundheitsförderung insgesamt mittel- und langfristig die Kosten für die Gesundheitsversorgung zu senken. Die wissenschaftliche Begleitforschung sollte Aufschluss darüber geben, inwieweit es gelungen ist, die Zusammenarbeit der an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beteiligten Einrichtungen und die Gesundheit der älteren Menschen zu verbessern. Im Sinne einer deskriptiven sozialwissenschaftlichen Evaluation wurden dabei die Einschätzungen und Erfahrungen der involvierten Akteure berücksichtigt.

In allen drei Projekten deutet sich an, dass die intersektorale Kooperation zu einem effizienteren Einsatz der Mittel führt. Dies gilt in den drei Standorten, durch unterschiedliche Rahmenbedingungen und Beteiligungen nicht gleich gut, in allen Fällen konnten die Angebote in der Kommune jedoch besser auf die Bedürfnisse der älteren Menschen abgestimmt werden. Dies liegt unter anderem auch daran, dass während der Projekte alle Anbieter, sowohl die professionellen wie auch die ehrenamtlichen, die Wünsche und Bedürfnisse der älteren Menschen besser kennen gelernt haben. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Anbietern führt zu einem verbesserten Angebot, da überzählige Mehrfachangebote ver-

schwinden und Angebotslücken gefüllt werden können. Die erhöhte Transparenz des Angebots, die sich überwiegend aus der vorbereitenden Arbeit der Beraterinnen ergibt, erhöht die Wahlmöglichkeiten für den Einzelnen und erspart kostenintensive und zeitraubende Irrwege durch die Versorgungsinstanzen. Durch die Einbeziehung des soziokulturellen, sportlichen und sonstigen Freizeitangebots sowie die Angebote der Selbsthilfegruppen wird das Angebot erweitert und es lassen sich eine Reihe von Bedürfnissen älterer Menschen befriedigen, ohne dass kostenintensive Interventionen notwendig werden.



Perspektiven für die Praxis

Bei der Initiierung, vor allem aber bei der Finanzierung von Projekten zur aufsuchenden Aktivierung steht die Frage nach der zu erwartenden Aufwands – Nutzen – Relation an vorderster Stelle. Da es sich hier jedoch um eine breit angelegte Maßnahme zur Prävention und Gesundheitsförderung handelt, ist der zu erwartende ökonomische Nutzen nur sehr schwer abzuschätzen. Dies gilt hier besonders, weil es sich um regional und zeitlich begrenzte Modellprojekte handelt. Dennoch sollen hier einige grundsätzliche Überlegungen dargestellt werden.

Wie bereits oben beschrieben ist die Lebensqualität der Klienten das zentrale Erfolgskriterium der Modellprojekte. Hier zeigen sich in vielen Fällen gute Effekte. Lebensqualität ist jedoch ein nur sehr „weiches“ Kriterium. Es wird davon ausgegangen, dass die Verbesserung der Lebensqualität zu einer Verbesserung der Gesundheit und zu einer Minderung der Gesundheitsstörungen und damit zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen beiträgt. Der Aufwand für die Aktivierung und für die Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen ist jedoch unmittelbar abhängig von den individuellen Voraussetzungen der Betroffenen. Auch die hier erwarteten Wirkungszusammenhänge sind stark von der Charakteristik des Einzelfalls abhängig. Die Erfahrung aus der Projektarbeit kann hierzu in Einzelfällen beeindruckende Ergebnisse nachweisen, die sich unter anderem in den Fallbeispielen zeigen. Häufig kommt es vor, dass der Einsatz nicht zu unmittelbaren Einsparungen führt. In anderen Fällen ist dagegen der Ersparnisefekt für die Krankenversicherungen beeindruckend. Dies gilt immer dann, wenn sich die Betroffenen in einer Lage befinden, in der durch Förderung der Selbsthilfepotentiale die institutionelle Hilfe ersetzt werden kann. Besonders das Projekt der AOK Hannover wird hierzu in absehbarer Zeit weitere Ergebnisse liefern können.

Bezogen auf die statistisch relevanten Effekte, etwa das Auftreten von behandlungsrelevanten Erkrankungen, sind derartige Erfolge zunächst nicht zu erwarten. Das

liegt vor allem daran, dass die indirekten Effekte, die hier angezielt werden, erst nach längeren Zeiträumen und bezogen auf größere Fallzahlen sichtbar werden. Einschlägige Studien zur Prävention nutzen hierzu die Kenngröße der „Numbers needed to treat“ (NNT)⁹. Dabei handelt es sich um eine Kenngröße, die relativ neu, aber zunehmend wichtig für die Einschätzung eines Therapie- bzw. Präventionserfolges ist. Sie hängt eng mit der absoluten Risikoreduktion zusammen und wird meist in Bezug auf einen Zeitraum angegeben. Es handelt sich um die Anzahl von Patienten, die behandelt werden müssen, um ein Ereignis zu verhindern, das mit der Kontrollbehandlung eingetreten wäre. In dem Moment, in dem die Vermeidung, Herauszögerung und Abmilderung von kostenrelevanten Gesundheitsproblemen untersucht werden soll, ist der Effekt selbst eher anhand einer Kontrollgruppe messbar, die eben nicht in den Genuss der Intervention gekommen ist. Ein entsprechender Forschungsansatz ist hier bisher nicht vorgesehen gewesen.

Die Fallzahlen und die Messzeiträume sind in allen hier beschriebenen Projekten jedoch noch zu klein um bereits bedeutsame Effekte nachweisen zu können. Der Grund für diese Einschätzung liegt darin, dass die Betroffenen aufgrund ihrer unterschiedlichen gesundheitlichen Voraussetzungen und Bedürfnisse in unterschiedlicher Weise von der Maßnahme profitieren. Messbare Effekte sind daher erst dann zu erwarten, wenn eine bestimmte Anzahl behandlungsrelevanter Probleme vermieden oder abgemildert werden konnten. Das bedeutet, dass sich ein unmittelbarer gesundheitsökonomischer Nutzen bezogen auf die gesamte Bevölkerungsgruppe der über 60-jährigen erst im Verlauf von Jahren einstellen wird.

Dennoch ist ein Nutzen nachzuweisen. Das Ziel der sektorenübergreifenden Kooperation führte bisher in allen drei Projekten zu einer effizienteren und kostenbewussten Versorgung: Angebote und Hilfen wurden besser genutzt und ausgebaut. Das bestehende Angebot wird sinnvoll ergänzt, wenn die aufsuchende Beratung in

⁹Antes G, Bassler D & Forster J. (2003). Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM. Stuttgart, New York: Thieme.

die versorgende und betreuende Struktur eingebettet wird. In diesem Zusammenhang ist auch eine größere Nachhaltigkeit zu erwarten.

Ein deutlicher, wenn auch nicht quantifizierbarer Effekt zeigt sich ebenfalls im Bezug zur Projektregion: In allen drei Modellregionen hat sich die wahrgenommene Qualität der Gemeinde bzw. des Stadtteils verbessert. Dies gilt nicht allein für die Wahrnehmung der beteiligten Klienten, sondern auch für die gesamte Bürgerschaft. Ein aufsuchendes „Sich kümmern“ um ältere Mitbürger, zusammen mit einem attraktiven Freizeit und Bildungsangebot erhöht die Attraktivität der Stadt und führt zu verstärkter Identifikation mit der Kommune. Im Zusammenhang mit der entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit führt dies mittelfristig zu einem bedeutsamen Marketingeffekt. Ebenso steigt die Investition in die Lebensqualität auch deutlich das Engagement der Bürger in die Gemeinde. Dies drückt sich nicht zuletzt in ehrenamtlicher Mitwirkung aus. Die Steigerung der gemeindebezogenen Lebensqualität hat zudem eine nachhaltige Wirkung. Hier werden die versorgenden und betreuenden Strukturen der Gemeinde unterstützt. Die Aktivierung älterer Menschen ergänzen die bestehenden Angebote.

Der Aufwand der Aufsuchenden Beratung ist ebenfalls nur schwer zu quantifizieren. Zunächst ist davon auszugehen, dass der Aufwand, z. B. die Anzahl der Hausbesuche sich zwischen den einzelnen Klienten sehr stark unterscheidet. Dies hängt sowohl von der Schwere des vorliegenden Problems, den Lebensumständen als auch von der Motivation beim einzelnen Klienten ab. In der Regel lässt sich dabei ein linearer Zusammenhang zwischen dem kundenbezogenen Aufwand und dem Erfolg nicht herstellen. Dieses Phänomen ist hier ähnlich wie bei nahezu allen therapeutischen und präventiven Bemühungen.

Letztlich ist die Aufwand – Nutzen - Relation daher immer nur mit Blick auf die Gesamtheit der Arbeit, quasi als „Mischkalkulation“ einzuschätzen. Der Aufwand

hängt in starkem Maße davon ab, in wie weit auf bereits kleinräumig bestehende Beratungs- und Versorgungsstrukturen zurückgegriffen werden kann. Bei den hier dargestellten Modellprojekten war der Aufwand unverhältnismäßig hoch, da zunächst eine entsprechende Projektstruktur aufgebaut werden musste, die Beraterinnen ausgebildet und im Interesse der wissenschaftlichen Begleitforschung die entsprechenden Klienten ausgewählt werden mussten. Die nahe Einbindung des Wiener Projekts an im Stadtteil vorhandene Beratungsstrukturen, zeigt jedoch, dass dies den Aufwand – und die Kosten - deutlich reduzieren kann.

Grundsätzlich ist „Investment in Health“, die Investition in die Gesundheit spezifischen Bevölkerungsschichten eine Zukunftsinvestition, deren „Return of Investment“ oder Amortisation in der Zukunft liegt. Die Investition richtet sich zudem auf verschiedene Aspekte der Gesundheit, die nicht nur in der Erkrankungswahrscheinlichkeit liegen, sondern auch die kommunale Qualität betreffen. Die Frage ist, wie teuer eine solche Investition sein darf. Wie lange darf die Amortisation dauern. Diese Fragen lassen sich nicht pauschal beantworten sondern beruhen auf der Einschätzung und dem Engagement der Verantwortlichen.

Die Modellprojekte liefern einen innovativen Ansatz zur Aktivierung von Bevölkerungsgruppen, eine Stärkung der Selbsthilfepotentiale durch Empowerment und zur Gesundheitsförderung. Es besteht die Möglichkeit die Erfahrungen der Arbeit zu nutzen um diese Ziele auch in anderen Bevölkerungsgruppen zu erreichen, z. B. Migranten oder junge Menschen. Die Anbindung der Projekte an lokale Sozial- und Kontaktzentren bietet hier einen positiven Übertragungseffekt.





Design og produktion: Kallow Graphic A/S