

Gesund & aktiv älter werden - Ressourcen erkennen & Stärken nutzen

GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN

DOKUMENTATION

Regionalkonferenz
Sachsen

21. Januar 2011



Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Inhaltsverzeichnis

Begrüßung und Grußworte	4
<i>Karin Stempel, Präsidentin der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.</i>	
<i>Christine Clauß, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz</i>	
<i>Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>	
Thematische Einordnung	10
<i>Stephan Koesling, Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.</i>	
Impulsreferat „Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen“	12
<i>Prof. Dr. Matthias Kliegel, TU Dresden, Professur für Entwicklungspsychologie</i>	
Posterpräsentationen und Wanderausstellung „Bewegt durchs Leben“	14
Workshop 1: Gesund und aktiv im Berufsleben – Altersgerechte Arbeitsgestaltung	34
<i>Prof. Dr. Jürgen Wegge, TU Dresden, Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie</i>	
<i>Dr. med. Rotraut Sawatzki, AG-Leiterin Sächsisches Gesundheitsziel „Aktives Altern“</i>	
Workshop 2: Aktiv älter werden im Sozialraum	40
<i>Christiane Dumke, apfe Institut der Evangelischen Fachhochschule Dresden</i>	
<i>Margit Harz, ALTERnativ – Netzwerk älter werdender Menschen Sachsen</i>	
Workshop 3: Wohlbefinden und psychische Gesundheit älterer Menschen	49
<i>Prof. Dr. Gesine Grande, HTWK Leipzig, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften</i>	
<i>Katrin Rothländer und Susann Mühlpfordt, TU Dresden, Arbeits- und Organisationspsychologie</i>	
Workshop 4: Fokus pflegender Angehöriger - Die vergessene Mehrheit	56
<i>Lissy Nitsche-Neumann, Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH</i>	
<i>Dr. phil. Ingrid-Ulrike Grom, Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit gGmbH</i>	
Abschluss & Ausblick	66
Referentenverzeichnis	70

Karin Stempel

Präsidentin der
Sächsischen Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung e. V.

Begrüßung



Sehr geehrte Frau Dr. Köster, sehr geehrte Damen und Herren,

als Präsidentin der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. freue ich mich sehr, Sie zum Anfang dieses neuen Jahres hier in Dresden begrüßen zu können.

Die heutige Regionalkonferenz „Gesund und aktiv älter werden - Ressourcen erkennen und Stärken nutzen“ findet im Rahmen der Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in den Bundesländern statt. Ich möchte mich an dieser Stelle bei Ihnen, Frau Dr. Köster, für das Vertrauen und die Förderung bedanken, dass die SLfG im Auftrag der BZgA die Veranstaltung organisieren konnte.

Es ist nach unserer Einschätzung eine sehr gelungene Kooperation im gemeinsamen In-

teresse, erneut Impulse für dieses wichtige Thema zu setzen. Wir haben uns bemüht, heute dazu ein abwechslungsreiches Programm aus Wissenschaft, Praxis und Kultur zusammenzustellen, das den vielseitigen Facetten eines aktiven Alterns gerecht wird. Dabei war es uns neben den fachlichen Beiträgen besonders wichtig, eine Bündelung und Darstellung bereits laufender Aktivitäten in der Praxis zu präsentieren und in diesem Zusammenhang möchte ich Sie ganz herzlich zur Posterpräsentation im späteren Verlauf der Tagung einladen.

Das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ ist ein gesundheitspolitischer Schwerpunkt im Freistaat Sachsen und ich möchte die Gelegenheit nutzen, um deutlich zu machen, dass die Landesvereinigung mit ihren Aktivitäten Beiträge zur Umsetzung des Gesundheitsziels leisten kann.

Ein wesentlicher Part sind dabei die Möglichkeiten des Wissenstransfers, den die SLfG durch ihre enge Zusammenarbeit mit den Partnern der regionalen Gesundheitsförderung in allen Landkreisen und kreisfreien Städten übernehmen kann. Darüber hinaus auch in der Zusammenarbeit zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis, denn die Mitglieder der SLfG kommen aus den genannten Arbeitsfeldern.

Mit dem Zentrum für Bewegungsförderung konnte die SLfG durch die Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit einen Schwerpunkt zur Alltagsbewegung älterer Menschen etablieren, der bundesweit u. a. durch die geplante Zusammenstellung der

Praxisaktivitäten aller Zentren auf sich aufmerksam macht. An dieser Stelle möchte ich Sie auch auf die Wanderausstellung „Bewegt durchs Leben“ aufmerksam machen, die im Rahmen des Zentrums für Bewegungsförderung entstanden ist. Interessierte Einrichtungen und Institutionen sind heute eingeladen, diese zu besichtigen und können die Ausstellung durch Ausleihe älteren Bürgern und Bürgerinnen zugänglich machen.

Im Nationalen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ unter Führung der BZgA und Mitwirkung aller Landesvereinigungen wird es auch zukünftig darum gehen, die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung von Settingansätzen zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen im Fokus zu behalten.

Kurzum, die SLfG steht für die weitere Zusammenarbeit in diesem Themenfeld zur Verfügung mit den Zielen, die regionalen Akteure und Strukturen in Sachsen weiter zu vernetzen, zu fachlichem Dialog anzuregen sowie eine Austauschplattform für innovative Umsetzungsmöglichkeiten auf lokaler Ebene zu bieten.

Für die heutige Tagung wünschen wir uns daher, dass sich neue Kooperationsmöglichkeiten ergeben und dass sich durch die Beiträge und Workshops ein klareres Bild ergibt, welcher aktuelle Handlungsbedarf sich bei einzelnen zu besprechenden Themen herausstellt.

In diesem Sinne danke ich nochmal allen Beteiligten, Förderern, Referenten, Gästen

und nicht zuletzt den Akteuren des Seniorenteaters „Ohne Verfallsdatum“ für ihre Mitwirkung und allen zusammen wünsche ich einen erkenntnisreichen Tag.

Christine Clauß Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

Grußwort



Sehr geehrte Frau Präsidentin Stempel, sehr geehrte Frau Abgeordnete, sehr geehrte Frau Dr. Köster, meine sehr geehrten Damen und Herren,

herzlich willkommen in Sachsen, herzlich willkommen in unserer Landeshauptstadt Dresden im außergewöhnlichen Deutschen Hygiene-Museum. Wir befinden uns hier im Marta-Fraenkel-Saal. Dr. Marta Fraenkel setzte sich bereits in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts für die gesundheitliche Aufklärung ein. Sie hätten sich also keinen besseren Ort für Ihre Konferenz suchen können und herzlichen Dank für Ihre freundliche Einladung. Denn diese Konfe-

renz ist aus meiner Sicht die ideale Verbindung zu unserem sächsischen Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“. Die Etablierung dieses Gesundheitszieles war und ist mir ein wichtiges Anliegen. Zumal uns die demographische Entwicklung hier ganz klar einen Auftrag vorgibt.

Meine Damen und Herren, ein alter Menschheitstraum nimmt Gestalt an: lang zu leben, aber nicht alt zu werden. Unser Lebensalter steigt und steigt und steigt. Deshalb sind Fragen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung insbesondere älterer Menschen heute von immer höherer gesellschaftlicher Relevanz. Älter werden darf aber nicht nur unter dem Aspekt möglicher Belastungen betrachtet werden. Älter werden ist auch eine Chance, denn die aktive Lebensphase verlängert sich. Damit steigen die Potenziale unseres Alters – sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft. Es heißt nicht umsonst, die jungen Alten kommen – nein – Sie sind schon da.

Meine Damen und Herren, der vollständige Titel unseres Gesundheitsziels lautet ganz bewusst „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“. Die Förderung und der Erhalt der Gesundheit erfordern in der Regel eher geringe finanzielle Mittel. Vergleichsweise kostspielig ist dagegen der Versuch, Gesundheit wiederherzustellen oder chronische Erkrankungen zu therapieren. Es geht also um einen Paradigmenwechsel, den wir bereits in Gang gebracht haben. Und von dem schon erste Ergebnisse zu sehen sind. Außerdem nimmt das Sozialgesetzbuch die

Versicherten auch in eine Mitverantwortung für die eigene Gesundheit. Jeder selbst soll durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, Krankheit und Behinderung zu vermeiden. Denn Gesundheit ist kein Produkt, das man einfach kaufen oder sich verschreiben lassen kann. Dies betrifft auch den kritischen Punkt der so genannten Medikalisierung des Lebens, wonach immer mehr Probleme eine rein medizinische Lösung finden, oder eine fragwürdige Perfektionierung des Körpers angestrebt wird. Wir verstehen unter „Aktivem Altern“ eine positive Lebensressource, die im Lebensalltag verankert werden und gepflegt werden muss. Wir müssen deutlich machen, dass Gesundheitsförderung und Prävention auch im höheren und höchsten Alter noch möglich und wichtig sind. Wir müssen nicht nur Erkrankungen vermeiden, sondern auch funktionale Einschränkungen nach einer Erkrankung oder einem Unfall.

Meine Damen und Herren, ein gesundes Altern gelingt durch Bilder, Einstellungen und Emotionen, mit denen wir unserem individuellen Alterungsprozess begegnen. Ja, Altern braucht Mut. Altern ist Chance. Nicht zuletzt für Möglichkeiten und Fähigkeiten, sich aktiv am sozialen, kulturellen und politischen Leben zu beteiligen. Aus diesen Gründen liegt unserem Gesundheitsziel „Aktives Altern“ auch ein mehrdimensionaler Begriff von Gesundheit zugrunde: Das Fehlen von Erkrankungen und körperlichen Einbußen bildet nur einen Aspekt. Weitere wichtige Aspekte sind die körperliche

und geistige Leistungsfähigkeit, das subjektive gesundheitliche Befinden, die Art und Weise, wie Menschen mit eingetretenen Erkrankungen umgehen, der Grad an Lebenszufriedenheit und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in der Lebensführung. Mit dem Begriff „Aktives Altern“ sagen wir, dass Menschen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Gesundheit im Alter nehmen können. Mit dem Begriff „Aktives Altern“ sagen wir, dass Altern in Gesundheit eine Aufgabe ist, die sowohl im Verantwortungsbereich der Politik als auch jedes Einzelnen liegt. In diesem Sinne wünsche ich interessante Vorträge und Gespräche und für Ihre Veranstaltung einen erfolgreichen Verlauf. Vielen Dank.

Dr. Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung

Grußwort

Sehr geehrte Frau Stempel,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, heute in Dresden zu Ihnen sprechen zu können. Mit unserer heutigen Konferenz, die im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ stattfindet, wollen wir uns intensiv mit der wichtigen Thematik „Gesund und aktiv älter werden“ auseinandersetzen: Ich freue mich auf das heutige Programm, die Expertinnen und Experten, die mit ihrer Erfahrung und Kompetenz zur Veranstaltung beitragen und den fachlichen Austausch. Wir wissen um den demographischen Wan-

del. Die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Im Jahr 2050 werden ca. 28 Millionen Menschen über 60 Jahre in Deutschland leben.



Es geht allerdings nicht allein darum, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Es geht vielmehr darum, die zusätzlichen Lebensjahre mit einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Unser Ziel ist es deshalb, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten, dass sie ihre Ressourcen und Möglichkeiten ausschöpfen können. Wir wissen, dass es „die“ älteren Menschen nicht gibt. Wir sprechen über eine äußerst heterogene Zielgruppe. Die Voraussetzungen, Biografien und Lebensverläufe sind unterschiedlich. Wichtig sind die persönlichen Lebensumstände wie z. B. die familiäre Einbindung, soziale Kontakte, der Bildungs- und berufliche Hintergrund, der Erwerbstätigkeitsstatus, die finanzielle Absicherung, die soziale Lage, der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die persönlichen Interessen, das Freizeitverhalten.

Familiäre Einbindung: 76% der 55 bis 69-Jährigen sind verheiratet, 17% leben alleine. 87% haben Kinder, 54% Enkelkinder. D. h. in

vielen Fällen ist in diesen Altersgruppen eine familiäre Einbindung gegeben, abhängig allerdings von der räumlichen Nähe zur Familie. Ansprechen möchte ich zudem, dass Familie auch Belastungen mit sich bringen kann, denken wir insbesondere an die Pflege von Angehörigen: In Deutschland werden 1,5 Millionen pflegebedürftige Personen zu Hause versorgt. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen fühlt sich durch die Pflege belastet und weist Krankheitssymptome auf.

Erwerbstätigkeit: 37,5% der 55 bis 65-jährigen in Deutschland sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Je niedriger der Qualifikationsgrad, desto geringer fällt die Erwerbsbeteiligung im Alter aus. Der DAK-Gesundheitsreport 2009 spricht von steigender Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung. Rund 28% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gehen aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand (Stat. Bundesamt 2010).

Gesundheitszustand: Eine zunächst gute Nachricht: Über 60% der 55 bis 65-jährigen Männer und Frauen bescheinigen sich selbst eine gute Gesundheit. Allerdings sind die Prävalenz- und Inzidenzraten bei den meisten behandlungsbedürftigen Krankheitsgruppen bei älteren Menschen höher, als bei jüngeren. Im Vordergrund stehen

- Herz-Kreislaufkrankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates (Arthrose, Osteoporose, Rückenschmerzen), hierdurch funktionale Einschränkungen, Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Mobilität
- Sturzunfälle: Fast ein Drittel der 65-jährigen und Älteren stürzt mindestens einmal jährlich

- bösartige Neubildungen (2/3 der Krebsneuerkrankungen entfallen auf Personen ab 65)
- Psychische Erkrankungen (1/4 der ab 65-jährigen haben psychische Probleme/Störungen)

Ab dem mittleren Alter nimmt das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) stark zu, ebenso die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente.

Strategien der Gesundheitsförderung müssen die vielfältigen Aspekte des individuellen Älterwerdens berücksichtigen. Unsere Konzepte müssen zudem an den Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken ansetzen. Unser Tagungsthema »Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen« verweist darauf. Gerade im mittleren Lebensalter können Frauen und Männer – wenn sie gut informiert sind und entsprechende Strukturen und Rahmenbedingungen gegeben sind – aktiv die eigene Gesundheit stärken sowie zur Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten beitragen.

Hier kommen die regionalen Bedingungen und Besonderheiten ins Spiel. Die Menschen sollen dort angesprochen werden, wo sie leben. Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen adäquat auszurichten, ist natürlich eine große Herausforderung für die Regionen. Hier freue ich mich besonders, dass wir durch die Unterstützung landesweiter Konferenzen zu einem Austausch beitragen können und auch Materialien und Arbeitshilfen als praktische Unterstützung der Arbeit vor Ort zur Verfügung stellen können.

Zunächst ist es wichtig, die jeweiligen Voraussetzungen vor Ort sehr sorgfältig zu analysieren und Transparenz über die be-

stehenden Angebote herzustellen. Welche Möglichkeiten und Angebote gibt es? Wo gibt es Versorgungsengpässe? Und: Wie sehen die Bedarfe aus? Aus Befragungen wissen wir, dass über 30% der älteren Bürgerinnen und Bürger in einer Umgebung leben, in der keine ausreichende Infrastruktur zur Verfügung steht. Das betrifft z. B. Einkaufsmöglichkeiten, Bus-/Bahnverbindungen, Erreichbarkeit von Ärzten und Apotheken. Dies ist natürlich regional sehr unterschiedlich und betrifft verstärkt auch Regionen in den neuen Bundesländern (Stadt-Land-Gefälle, strukturelle Unterschiede). Zur Verbesserung der Angebotssituation ist es in jedem Falle wichtig, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure vor Ort zu stärken. Ein Austausch ist erforderlich. Angebote müssen abgesprochen und vernetzt werden. Es geht hierbei insbesondere auch um die zielgerichtete Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Sektoren. Hier können verbindliche Kooperationsvereinbarungen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe (Wertschätzung, gemeinsames Verantwortungsgefühl, Anerkennung anderer Kompetenzen, offene

Kommunikation, Vertrauen) die Umsetzung unterstützen.

Welche Akteure können neben der Ärzteschaft, den Apotheken, den Therapeuten unsere Ansprechpartner sein? Z. B. die Sportvereine, Volkshochschulen, Krankenkassen, Altenhilfeeinrichtungen, Sozialdienste, Seniorengruppen, die Seniorenbüros, Bürgerzentren, kirchliche Träger, die Wohlfahrtsverbände, Krankenhäuser, aber auch Stadtplanungs-, Grünflächen-, Ordnungsämter, Wohnungsbaugesellschaften, ebenso die Schwimmbäder, Fitness-Studios, Tanzschulen, auch der Einzelhandel und ortsansässige Firmen mit älteren Beschäftigten.

Es gilt, weiter zu sensibilisieren. Wir sollten das Thema „Alter“ positiv besetzen und auch die Chancen und Potenziale aufzeigen. Und: Wir können und sollten uns an vorhandenen Beispielen guter Praxis orientieren.

Ich wünsche uns eine spannende Tagung, einen differenzierten Blick auf das Thema und einen guten fachlichen Austausch! Vielen Dank!



Thematische Einordnung

Stephan Koesling

Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

Gesundheitsförderung für ältere Menschen erhält vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des Anstiegs chronischer Erkrankungen sowie der Zunahme von Mehrfacherkrankungen bei älteren Menschen eine zunehmend wichtigere Bedeutung. Gesundheit gilt im Alter als Ressource und Basis für Wohlbefinden, Selbstständigkeit sowie Lebensqualität und geht damit wesentlich über die physische Gesundheit hinaus. Wird Gesundheit in dieser Lebensphase ganzheitlich betrachtet, so müssen insbesondere das seelische und geistige Wohlbefinden, Verantwortung und soziale Teilhabe mit in den Blick genommen werden. Strukturen und Bedingungen im Lebensumfeld älterer Menschen beeinflussen sowohl deren subjektive als auch objektive Gesundheit.

Die sächsische Regionalkonferenz »Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen« findet im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung statt und zeigt verschiedene Perspektiven eines gesunden und aktiven Älterwerdens auf. Aus den sich daraus ergebenden vielschichtigen Fragestellungen und notwendigen gesellschaftlichen Entwicklungen wird im Rahmen der Konferenz eine Konzentration auf die Themen altersfreundliche Arbeits-

gestaltung, altersheterogene Belegschaften, älter werden im Sozialraum, psychische Gesundheit Älterer sowie die Situation pflegender Angehöriger angestrebt. Damit ist die Intension verbunden, Themen für die Umsetzung des sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“ aufzubereiten sowie weitere Fachkräfte und Bürger für die Mitwirkung an einem gesellschaftlichen Diskurs zu gewinnen.

Anliegen der Veranstaltung ist es darüber hinaus auch, den Stand zu reflektieren, regionale Akteure und Strukturen in Sachsen zu vernetzen sowie den Transfer guter Beispiele aus der Praxis zu fördern.

In einer Posterausstellung präsentieren sich 18 sächsische Beispiele guter Praxis mit ihren Ansprechpartnern. Durch die Vorstellung der Projekte soll der fachliche Dialog angeregt und zukünftige Kooperationen auf den Weg gebracht werden.

Die Wanderausstellung „Bewegt durchs Leben“, die in Kooperation der SLfG mit der Knappschaft entwickelt wurde, lädt zum Rundgang ein und dabei werden die Möglichkeiten der Ausleihe dieser Ausstellung für interessierte Institutionen vorgestellt.

Das Seniorentheater „Ohne Verfallsdatum“ setzt sich mit einem weiteren zentralen Thema der Gesundheit im Alter – „Heim oder Daheim“ – auseinander und bildet damit einen kulturellen und pointierten Abschluss der Veranstaltung.

Altersbilder – Impressionen der Befragung

Als inhaltliche Einstimmung zur Tagung wurden die Teilnehmer gebeten, sich auf eine Meinungsumfrage zu Altersbildern einzulassen. Altersbilder sind in unserem Sprachgebrauch fest verankert. Begriffe, wie Altersweisheit, aber auch Altersstarrsinn, sind jedem geläufig. Es wurden einige

Zitate bekannter und weniger bekannter Menschen aus vergangenen Jahrhunderten präsentiert. Mit roten und grünen Karten entschieden die Teilnehmer spontan, ob sie den Zitaten eher zustimmen oder eher nicht zustimmen.



„Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen“

Prof. Dr. Matthias Kliegel

TU Dresden, Professur für Entwicklungspsychologie



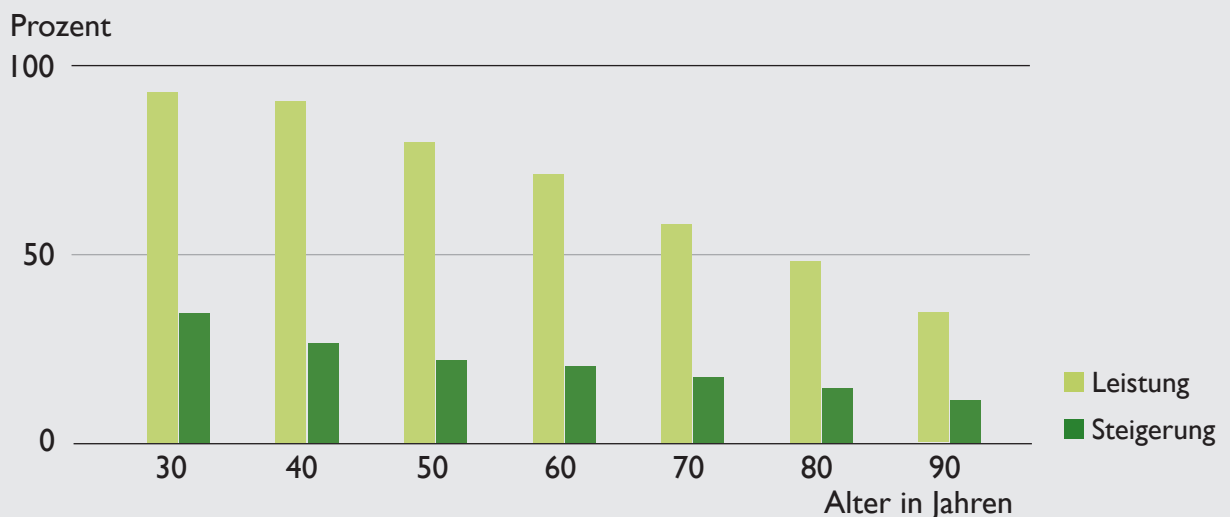
seit über 170 Jahren einen kontinuierlichen Anstieg in der Lebenserwartung gibt und dass aktuelle Berechnungen nahelegen, dass ein Großteil der heutigen Kinder in den G8-Staaten voraussichtlich 100 Jahre alt werden wird. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass sich auch die Phase des gesunden Alterns immer weiter nach hinten verschiebt. Dies hat erhebliche Konsequenzen sowohl für die jungen als auch für die alten Alten. Da bereits in 15 Jahren auf 2 Erwerbstätige 3 Nicht-Erwerbstätige kommen könnten, wurden Modelle vorgestellt, die eine Verlängerung der Arbeitszeit bis 70+ als nötig und oft auch möglich diskutieren. Für den Bereich der alten Alten wurden exemplarisch die kognitiven Einschränkungen im Zuge neurodegenerativer Erkrankungen und die Folgen für die Betreuungs- und Pflegesituation erörtert. Berechnungen, die den Betreuungsbedarf mit einbeziehen, der durch kognitive Einschränkungen im sehr hohen Alter entsteht, deuten auf eine absehbare

I. Sehen: Demografischer Wandel im Spotlight

Während der deskriptive Befund des demografischen Wandels unbestritten ist, sind das Ausmaß und die absehbaren Konsequenzen in der öffentlichen Diskussion oft noch nicht ausreichend berücksichtigt. Der Vortrag präsentierte Daten, die zeigen, dass es

Abbildung: Kognitive Leistung und mögliche Trainingseffekte über die Lebensspanne (Kliegel, Martin, Knödler & Bellon, 2004); Darstellung aus dem Impulsvortrag, M. Kliegel, 21.01.2011

Verbesserungspotenzial ist vorhanden!



Unterversorgung durch die aktuellen Pflegesysteme (und somit auf eine Ausweitung der Belastung für die Angehörigen) hin.

II. Urteilen: Entwicklungspotenziale und -grenzen im Erwachsenenalter

Im Kontext dieser Befundlage diskutierte der Vortrag in seinem 2. Teil vorhandene und ausbaufähige Ressourcen im jungen und alten Alter. Hier wurde darauf hingewiesen, dass die lange vorherrschende Dichotomie zwischen nachlassender kognitiver Leistungsfähigkeit und sich erhaltender oder sogar verbessernder emotionaler oder interpersoneller Kompetenz nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. In kognitiver Hinsicht wurden Daten aus der eigenen Forschung präsentiert, die zeigen, dass selbst fluide Intelligenzleistungen bis ins sehr hohe Alter trainierbar sind (vgl. Abbildung S. 12). Das Ausmaß der Trainierbarkeit nimmt hierbei zwar mit dem Alter im Schnitt ab, es gibt aber sehr große Unterschiede zwischen Personen; auch gleichen Alters. In einigen Teilbereichen gibt es sogar im Bereich des Gedächtnisses Befunde, die zeigen, dass Personen im höheren Alter besser sind als jüngere Erwachsene („age prospective memory paradox“). Für den Aspekt der Altersweisheit wurde darauf hingewiesen, dass die Annahme einer (quasi automatischen) Altersweisheit empirisch nicht gut belegt ist und das Alter per se offenbar nicht mit einer Zunahme weisheitsbezogener oder emotionaler Kompetenzen zusammenhängt.

III. Handeln: Praxisprojekte

Woran liegt es dann, dass sich bei einigen Personen die Ressourcen positiv oder ne-

gativ verändern? Hier wurde darauf hingewiesen, dass der alltägliche Gebrauch und die gezielte Trainierbarkeit von individuellen Ressourcen, Stärken und Schwächen entscheidende Rollen spielen („use it or lose it!“). Angesichts dieses zentralen Mechanismus für den Erhalt der Leistungsfähigkeit und Gesundheit in privaten wie beruflichen Kontexten wurde auf die Bedeutung von Trainingsprojekten hingewiesen und es werden aktuelle Beispielprojekte angesprochen; u. a. das vom ESF geförderte und von der TU Dresden (Prof. Kliegel & Prof. Wegge) geleitete Projekt „Stärkung der subjektiven Gesundheit und Erhalt der Arbeitsfähigkeit bei älteren Beschäftigten im stationären Pflegebereich (SuGA)“.

Literatur

Grundlagen und Überblick:

Martin, M. & Kliegel, M. (2010). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Einzelstudien:

Becker, G., Rott, C., d'Heureuse, V., Kliegel, M. & Schönemann-Gieck, P. (2003). Funktionale Kompetenz und Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Hundertjährigen: Die besondere Bedeutung des kognitiven Status. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 437-446.

Kliegel, M. & Aberle, I. (2010). Demografischer Wandel. In D. Windemuth, D. Jung & O. Petermann (Hrsg.), *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf* (S. 44-56). Wiesbaden: Universum.

Kliegel, M., Zimprich, D. & Rott, C. (2004). Life-long intellectual activities mediate the predictive effect of early education on cognitive impairment in centenarians: A retrospective study. *Aging and Mental Health*, 8, 430-437.

Schnitzspahn, K. M., Ihle, A., Henry, J. D., Rendell, P. G., & Kliegel, M. (in Druck). The age-prospective memory-paradox: An exploration of possible mechanisms. *International Psychogeriatrics*.

Vaupel, J.W. & Loichinger, E. (2006). Redistributing Work in Aging Europe. *Science*, 312, 1911-1913.

Zinke, K., Zeintl, M., Eschen, A., Herzog, C. & Kliegel, M., (in Druck). Potentials and limits of plasticity induced by working memory training in old-old age. *Gerontology*.

Posterausstellung und Präsentation der Wanderausstellung „Bewegt durchs Leben“

Im Rahmen der Regionalkonferenz fand eine Posterausstellung statt, welche regionalen Praxispartnern die Gelegenheit gab, ihre Erfahrungen bzw. Projekte zum Thema „gesund und aktiv älter werden“ einer breiten Fachöffentlichkeit zu präsentieren.*

Die Teilnehmer nutzten die Möglichkeit zur Information, aber auch zum gemeinsamen regen Austausch mit den jeweiligen Ansprechpartnern bzw. den anderen Anwesenden. In der vorliegenden Dokumentati-

on finden Sie alle präsentierten Poster und deren Ansprechpartner wieder.

In dieser Zeit wurde ebenfalls die Wanderausstellung „Bewegt durchs Leben“ präsentiert. Das Angebot der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. entstand im Rahmen des Projekts „Zentrum für Bewegungsförderung Sachsen“ und steht kommunalen Einrichtungen, Vereinen bzw. Institutionen der Seniorenarbeit, aber auch Kliniken zur Ausleihe zur Verfügung.

Auf der Konferenz vorgestellte Projekte aus den Bereichen

Wohnen, Pflege und Sozialraum

Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH:

Sächsisches Gesundheitsziel 'Aktives Altern' – Teilziel „Qualifizierungs- und Unterstützungsbedarf für pflegende Angehörige sind ausgebaut“

apfe-Institut der Evangelischen Hochschule Dresden:

Potenziale im Alter und passgenaue Förderarrangements in Pflegekontexten. Der Beitrag des Alters zum Zusammenhalt der Generationen

PARITÄTISCHE Freiwilligendienste Sachsen gGmbH:

pflegeBegleitung – Freiwillige begleiten pflegende Angehörige

Begleitetes Wohnen e.V.:

Begleitetes Wohnen e.V.

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e.V.:

Projekt „Alter leben“ – Altern lebenswert gestalten: Selbstbestimmtes Wohnen in der Einheit von technischer Lösung und Dienstleistung

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig (HTWK),

Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften:

Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil (AGNES)

Lichtpunkt e.V.:

Junge Alte machen mobil - Freiwilligenbörse Freiberg

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.:

Generationenspiel „Gemeinsam gesund“

* Die Posterausstellung entstand auf der Basis einer Idee des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW). Wir danken LIGA.NRW für die Bereitstellung der Postervorlage und die freundliche Genehmigung zur Adaption.

I Bewegung

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.:

Wanderausstellung „Bewegt durchs Leben“ – Bewegungsförderung für Ältere

Landessportbund Sachsen:

Sport mit Älteren – Gewinnung älterer Menschen für ein regelmäßiges Sporttreiben

DRK Landesverband Sachsen e.V.:

Die DRK – Bewegungsprogramme – Bewegung bis ins Alter

Im Kreislauf des Lebens:

Im Kreislauf des Lebens – Bewegung ohne Grenzen

I Alternsgerechte Arbeitsgestaltung

Technische Universität Dresden, Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie:

Altersheterogenität in Arbeitsgruppen als Determinante von Innovation, Gruppenleistung und Gesundheit (ADIGU)

Technische Universität Dresden, Professur für Entwicklungspsychologie und Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie:

Stärkung der subjektiven Gesundheit und Erhalt der Arbeitsfähigkeit bei älteren Beschäftigten im stationären Pflegebereich (SuGA)

Gesellschaft für Gesunde Arbeit Dresden mbH:

Gesund älter werden durch Gesunde Arbeit

Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung:

Musterarbeitsplatz für ältere Arbeitnehmer

Der PARITÄTISCHE Sachsen e.V.:

„profi – personal . professionell . entwickeln“ – Alter(n)sgerechte Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft

KSG Leiterplatten GmbH:

LEGESA- lebenslang gesund arbeiten – Teilvorhaben: Gesundheit und Kreativität bei der Restrukturierung eines Leiterplattenherstellers



Wohnen, Pflege und Sozialraum

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK



Sächsisches Gesundheitsziel 'Aktives Altern'

Teilziel „Qualifizierungs- und Unterstützungsbedarf für pflegende Angehörige sind ausgebaut“

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hintergrund

In Sachsen wurde im Rahmen des Gesundheitsziels 'Aktives Altern – Altern in Autonomie, Gesundheit und Mitverantwortlichkeit' u. a. das Teilziel „Qualifizierungs- und Unterstützungsbedarf für pflegende Angehörige“ entwickelt und als besonders bedeutsam und geeignet für eine zeitnahe Implementierung erachtet.

Im Jahre 2007 wurden in Deutschland die Mehrheit der Pflegebedürftigen nach SGB XI, alleinig durch Angehörige zu Hause versorgt. Die Alterung im Rahmen des demografischen Wandels stellt insbesondere Sachsen vor enorme Herausforderungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Sachsen verzeichnet die höchste Altenquote bundesweit. Von knapp 127.000 Pflegebedürftigen in Sachsen wurden 66% zu Hause und davon 40% alleinig durch Angehörige versorgt, mit einer Zunahme von 5% in den letzten fünf Jahren (Statistisches Bundesamt 2009). Ein Hilfs- und Unterstützungsbedarf eines Pflegebedürftigen weicher durch Angehörige in der Familie gedeckt wird, stellt nicht länger eine Ausnahme dar. Vielmehr ist es zu einem kalkulierbaren, erwartbaren Ereignis geworden. Die Familie gilt, bei ungebrochen hoher Pflegebereitschaft, noch immer als größte und leistungsfähigste „Pflegeinstitution“, bei jedoch zukünftig abnehmendem Pflegepotential. Häufig stellt die Pflege eines Angehörigen einen unreflektierten Prozess für pflegende Angehörige dar. Pflegenden Angehörigen sind bisher kaum für die Bedeutung ihrer eigenen Gesundheit sensibilisiert. Zahlreiche Interessenskonflikte beginnen den Alltag zu belasten und stellen einen Balanceakt zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Kindererziehung, Freizeit und der Pflegetätigkeit dar. Folgen der Belastungen sind gesundheitliche Risiken, Verminderung der Lebensqualität und der Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger sowie steigende Kosten für das Sozialsystem (siehe Grafik). Entlastende und unterstützende Angebote zur Pflege von Angehörigen werden dennoch kaum in Anspruch genommen (Schneekloth 2005). Innerhalb von 15 Jahren Pflegeversicherung ist es nicht gelungen, die Belastungen von Pflegenden zu reduzieren (Runde et al. 2009).

Besondere Merkmale der Zielgruppe „pflegende Angehörige“

- Zunahme an erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (Anteil Ostdeutschland 31%, Westdeutschland 12%).
- Das Ausmaß der Erwerbsbeteiligung korreliert eng zum Grad an notwendiger Unterstützung sowie zum Bildungsniveau. Je niedriger das Bildungsniveau bzw. je intensiver der Grad an Pflegeleistung ist, umso mehr wird die Erwerbsbeteiligung eingeschränkt oder aufgegeben (Meyer 2006).
- Aufgrund der Belastungen besteht ein erhöhtes Risiko, dass pflegende Angehörige selbst hilfs- oder pflegebedürftig und damit zum Leistungsnehmer zu werden (siehe Grafik).

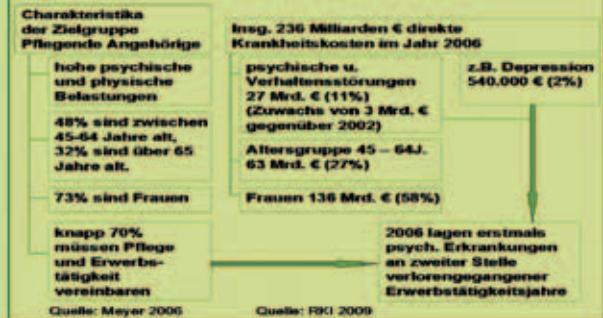
Zielstellung

Entwicklung von Maßnahmen zur Unterstützung und Qualifizierung von pflegeunterstützenden Angehörigen, um so eine angemessene Entlastung für die Betroffenen sowie eine Qualitätssicherung für die häuslich Betreuten und Kostenträger herzustellen.

Methode/Vorgehensweise

- Bildung einer Arbeitsgruppe zur Implementierung des Teilziels
- Erarbeitung konkreter Projektpläne für die Umsetzung des Ziels
- Betreibung von Finanzakquise
- Die Beteiligung an der Ausschreibung „Demografischer Wandel als betriebliche Herausforderung – Veränderungen frühzeitig erkennen und erfolgreich gestalten“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Fokus auf erwerbstätig pflegende Angehöriger ist erfolgt.

Charakteristika der Zielgruppe in Bezugserhaltung von Selbstkosten, über Krankheitskosten - (siehe Abb.)



Kontakt

Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH
 Ansprechpartnerin: Lissy Nitsche-Neumann
 Tel.: 0351 56341310 Fax: 0351 56341319
 E-Mail: Lissy.Nitsche@d-i-g.org Homepage: www.d-i-g.org

Mitglieder der Implementierungsgruppe

- Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV)
- Arbeiter-Samariterbund (ASB)
- Verband der Ersatzkassen e.V. (Vdek)
- Arbeitsstelle Praxisberatung, Forschung und Entwicklung e. V. (apfe e.V.)
- Akademie für Palliativmedizin und Hospizpflege Dresden gGmbH
- Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH

Quellennachweis

- Meyer M (2006). Pflegenden Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und zukünftige Forschungsfragen
- Robert Koch-Institut (2005). Gesundheitskosten – Heft 48.
- Runde P, Gass R, Kappeler C, Hess J (2009). ADK. Trenntrend Pflege II – Demografischen II im häuslichen Pflege mit Einführung der Pflegeversicherung
- Schneekloth U, Wolf H-W (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MAG B). Integrativer Ansatzbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Tilmanen T, Prigent M, Duberstein P (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. Gerontologist, 2002.
- Statistisches Bundesamt (2009). Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich Pflegebedürftige.



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG



Wohnen, Pflege und Sozialraum



Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden gGmbH

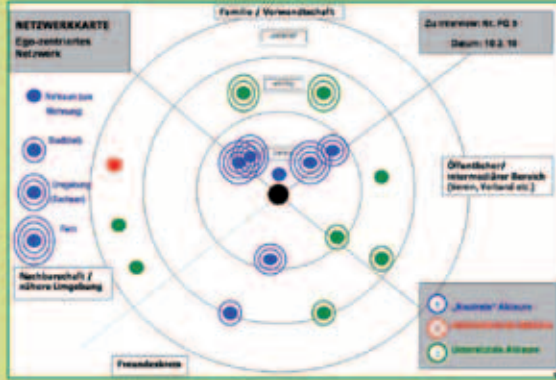


Potenziale im Alter und passgenaue Förderarrangements in Pflegekontexten. Der Beitrag des Alters zum Zusammenhalt der Generationen.

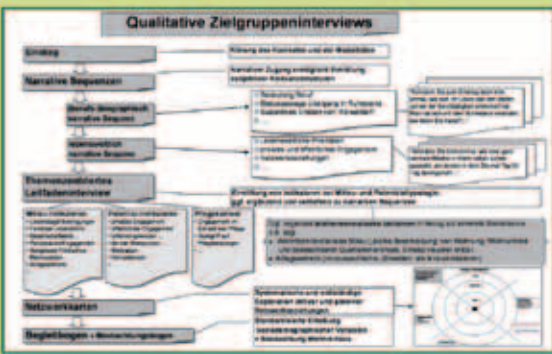
Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Zielstellung
Anknüpfend an die Analysen und Handlungsempfehlungen des Fünften Altenberichts der Bundesregierung (vgl. BMFSFJ 2006) fragt das am apfe-Institut der Evangelischen Hochschule Dresden durchgeführte Projekt nach regional- und milieuspezifischen Unterschieden in den Lebenslagen und Potenzialen der älteren Generation sowie nach der gesellschaftlichen Relevanz im Hinblick auf die Gestaltung des sozialen Lebens. In den Blick genommen wurde dabei insbesondere die Generation der jungen Alten (60+), die nicht mehr berufstätig ist und nicht zuletzt für vielfältige Bereiche freiwilligen Engagements und damit für die Gestaltung des Sozialen an Bedeutung gewinnt. Die Zielstellung des Projektes bestand darin, Handlungsformen und Förderarrangements institutioneller Akteure mit Elementen bürgerschaftlichen Engagements und Unterstützungsformen sozialer Netzwerke zu verknüpfen.

Methodik
Vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen, welche einen kontinuierlich steigenden Bevölkerungsanteil älterer Menschen bei gleichzeitigem Rückgang junger Menschen verzeichnen, entsteht ein zunehmender Bedarf an Konzepten zur Nutzung spezifischer Potenziale älterer Menschen, um entstehende sozialpolitische Herausforderungen abzufedern und zugleich konstruktiv zu wenden. Durch eine repräsentative standardisierte Organisationsbefragung, verschiedene Experten- sowie qualitative Einzelinterviews an drei unterschiedlichen Standorten (Dresden, Freiberg, Rammenau) werden soziale Milieus und spezifische Potenziale in sozialen Räumen analysiert.



Ergebnisse bzw. Schlussfolgerungen
Auf der Grundlage forschungs- und praxisbezogener Erkenntnisse und einer Expertise zu Modellprojekten guter Praxis in neuen Versorgungskontexten wurden erste Ergebnisse zu sozialen Mikromilieus sowie zu in diesen Mikromilieus entdeckten und beschriebenen Potenzialen auf einer Fachtagung der Öffentlichkeit vorgestellt. Thema der Abschluss-tagung im November 2010: „Alter(n) in sozialen Räumen“. In einer abschließenden Transferphase werden die in den Erhebungen gewonnenen Ergebnisse gesichert und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Zugleich ist eine Formulierung von Empfehlungen zur Förderung der Potenziale älterer Menschen im sozialen Raum (in der Kommune) vorgesehen. Ein Abschlussbericht wurde erstellt, eine Veröffentlichung befindet sich in Vorbereitung.



apfe-Institut der Evangelischen Hochschule Dresden
Prof. Dr. Ralf Evers Projektleitung
Bernhard Wagner Projektleitung
Peggy Lippstreu Projektmitarbeiterin
Christiane Dumke Projektmitarbeiterin
Tel.: 0351 4 69 02-61 Tel.: 0351 4 69 02-16
Fax: 0351 4 71 59-93 www.apfe-institut.de

Projekträger:
Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst des Freistaates Sachsen

GRÜßWÖRTE | THEMATISCHE EINORDNUNG | IMPULSREFERAT | POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG | WORKSHOPS | ABSCHLUSS & AUSBLICK

Wohnen, Pflege und Sozialraum

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBlick





pflegeBegleitung

Freiwillige begleiten pflegende Angehörige

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen; Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Stärkung pflegender Angehöriger

Das Projekt pflegeBegleitung zielt auf eine Stärkung pflegender Angehöriger und ihre Vernetzung mit UnterstützerInnen vor Ort, und zwar durch speziell dazu qualifizierte Freiwillige.

Freiwillige

- haben Zeit und Verständnis (Stärkung von Mitmensch zu Mitmensch)
- Besuchen pflegende Bezugspersonen und hören ihnen zu
- fördern Kontakte mit vorhandenen Hilfsangeboten vor Ort (Vernetzung/ Sozialraumgestaltung).

Die „PflegebegleiterInnen“ übernehmen also weder pflegerische Tätigkeiten noch die Betreuung von Pflegebedürftigen. Sie sind ganz für die pflegenden Angehörigen da.



Das Projekt PflegeBegleitung in Sachsen ist eingebunden in ein bundesweites Netzwerk PflegeBegleitung (www.netzwerkpflegebegleitung.de).

Organisation:

- pro Standort braucht es einen geeigneten Träger (z.B. Familienzentrum, Mehrgenerationenhaus, Freiwilligenagentur,...) und die Unterstützung der Kommune
- ein Tandem von 2 ProjektinitiatorInnen („PI“) leitet das Projekt; in der Regel ein/e Hauptamtliche/r, ein/e Freiwillige/r
- Die PI erhalten eine kostenlose, attraktive Qualifizierung. Inhalte: Situation pflegender Angehöriger, Gewinnung und Qualifizierung von Freiwilligen, Anerkennungskultur, aktives Zuhören etc.
- Das PI-Tandem sucht vor Ort Freiwillige (die PflegebegleiterInnen), organisiert deren Qualifizierung (80h) und begleitet die Gruppe. Die Qualifizierung wird über das Bundesprogramm "Freiwilligendienste aller Generationen" bezuschusst.
- Die PflegebegleiterInnen gehen ihrer Aufgabe eigenständig nach und treffen sich in ihrer Gruppe/ ihrem „Heimathafen“
- Das PI-Tandem wird durch die PARITÄTISCHEN Freiwilligendienste kontinuierlich unterstützt und begleitet
- Das Projekt PflegeBegleitung ist ein „Freiwilligendienst aller Generationen“, der verbindliches Engagement mit Qualifizierung und Anerkennung für die Freiwilligen verbindet.
- Nachhaltige finanzielle Unterstützung wird durch Förderung über § 45d SGB XI ermöglicht.

PflegebegleiterInnen Sachsen bereits an acht Orten

- In Chemnitz und Görlitz sind freiwillige PflegebegleiterInnen seit einigen Jahren aktiv. Unter dem Dach der Freiwilligendienste aller Generationen sind 2010 ca. 50 Freiwillige an sechs neuen Standorten hinzugekommen (MGH Annaberg-Buchholz, Bürgerhaus Aue, Familieninitiative Radebeul, Kulturwerkstatt ART Riesa, Familienzentrum Wildenfels, Pflegeberatungsstelle Plauen).
- Das Modell PflegeBegleitung ist seit Jahren erprobt, anerkannt und in ein bundesweites Netzwerk integriert.

Hinweis: 2011 ist die Teilnahme am Programm für weitere Träger möglich.

Kontakt:

PARITÄTISCHE Freiwilligendienste Sachsen gGmbH
Freiwilligendienste aller Generationen
Dr. Adelheid Fiedler
Am Brauhaus 8, 01099 Dresden
Tel 0351/ 4916-632, Fax 0351/ 4916-614

E-Mail: fiedler@parisax-freiwilligendienste.de
Homepage: www.pflegebegleitung-sachsen.de

Gefördert

durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



im Rahmen des Bundesprogramms

Freiwilligendienste aller Generationen

















Wohnen, Pflege und Sozialraum



Begleitetes Wohnen e.V.

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Zielstellungen & Zielgruppen

Das Begleitete Wohnen wird seit 1996 auf Basis eines stetig weiterentwickelten Konzeptes in Dresden und Umland durch den „Begleitetes Wohnen e.V.“ umgesetzt.

Begleitetes Wohnen ist eine ambulante Betreuungsform, die sich der aufsuchenden psychosozialen Beratung und Begleitung vor allem von Menschen im höheren Lebensalter, auch mit Behinderung und gerontopsychiatrischen Erkrankungen, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung widmet.

Die Mitarbeitenden sind aufsuchend mobil unterwegs und beraten und unterstützen mit individuellen, flexiblen und ganz praktischen Hilfsangeboten bei der Bewältigung des Alltags und in Krisensituationen inner- und außerhalb der Häuslichkeit. Täglich rund um die Uhr ist unser 24-Stunden-Gesprächstelefon erreichbar.

Die aufsuchende Einzelbetreuung wird ergänzt durch soziokulturelle Angebote und Gruppenveranstaltungen.

Damit wird das prinzipielle Ziel verfolgt, jedem mit der erforderlichen Unterstützung und Förderung eine möglichst selbständige und eigenverantwortlichen Lebensführung und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Bedeutsam sind dabei auch Aspekte der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.



Methoden & Vorgehensweisen

Die Mitarbeitenden wenden in ihrer Tätigkeit ein klientenzentriertes, ressourcen- und biografieorientiertes Vorgehen an. Mit einem ganzheitlichen Ansatz, der die individuelle Lebens- und Bedürfnissituation beachtet, werden Ressourcen aufgedeckt, aktiviert und gefördert.

Das Begleitete Wohnen arbeitet mit einem Case Management - orientiertem Ansatz, der komplexe Zusammenhänge und Problemkonstellationen flexibel und dem einzelnen Individuum angemessen aufgreifen kann. Bedeutender Bestandteil der Tätigkeit ist die trägerübergreifende Vernetzung von Hilfen und Bezugspersonen.

Der Verein engagiert sich weiterhin in übergeordneten Gremien und Arbeitsgruppen und mit verschiedenen Projekten für die Weiterentwicklung von Inhalten und Strukturen im Sozial- und Altenhilfebereich.

Für die komplexe Tätigkeit des Vereins ist ein Zusammenarbeiten verschiedenster Berufsgruppen bedeutsam. Qualifizierte haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende eines interdisziplinären Teams, z.B. aus den Berufsbereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Gerontologie, Medizin, Pflege, Logopädie, Ergotherapie und Management, arbeiten gemeinsam an der Erreichung der beschriebenen Ziele und der ständigen Weiterentwicklung eigener Arbeitsstrukturen und Qualifikationen.

Aktuelle Projektarbeit

* Sozial-Transfer-Agentur:

Übertragung von bewährten und bedarfsgerechten Projekten der Altenhilfe und Pflege im Freistaat Sachsen

* EduKation:

Kompetenzstärkung für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenzerkrankungen

Auszeichnungen

Deutscher Präventionspreis 2005
Berliner Gesundheitspreis 2007

Kontakt

Begleitetes Wohnen e.V.

Elsa-Brändström-Straße 1 – 01219 Dresden

Tel.: (0351) 317 23 23 Fax: (0351) 317 23 20

E-Mail: info@begleiteteswohnen.de

Homepage: www.begleiteteswohnen.de



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG



GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK

Wohnen, Pflege und Sozialraum

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK



Projekt „Alter leben“

Altern lebenswert gestalten: Selbstbestimmtes Wohnen in der Einheit von technischer Lösung und Dienstleistung

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hintergrund, Zielstellung, Zielgruppe (...)

Der demografische Wandel erfordert neue Wohnkonzeptionen, die der Nachfrage- und Bedarfssituation der älter werdenden Bevölkerung gerecht werden.

Wissenschaftliches Ziel ist die Entwicklung von Geschäftsmodellen zur Sicherung eines selbstbestimmten Wohnens in Einheit von technischer Lösung und Dienstleistung, unter Beachtung regional- und kundenspezifischer Anforderungen, demografischer Entwicklungsprozesse und erfolgssichernder Rahmenbedingungen.

Ziel der Praxis ist die Entwicklung von Pilotlösungen zur Erhaltung der Selbstständigkeit im häuslichen Wohnbereich durch die Etablierung mikrosystemtechnischer Lösungen in Einheit mit sozialen Dienstleistungen in Formen generationsübergreifenden Wohnens.



Erste Ergebnisse

Die erste Pilotwohnung wurde im Juli 2010 in der WBG Burgstädt eG eröffnet. Dort ermöglicht der Einsatz von Multisensoren und Aktoren eine automatisierte Steuerung verschiedenster Wohnungsfunktionen in unterschiedlichen Komplexitätsstufen. Herzstück der Wohnung ist ein leicht bedienbarer Touchscreen-PC, in dem alle Informationen aus der Wohnung zusammen laufen und der eine Schnittstelle zum vertrauten Wohnumfeld darstellt. In Abstimmung mit den Mitgliedern können die gewünschten Funktionen zu- oder abgeschaltet werden. Erkennbar wird, dass die Akzeptanz derartiger Wohnlösungen durch die Älteren sehr hoch ist.

Genossenschaftliches Wohnen bedeutet auch immer gemeinschaftliches Wohnen. Dem Mitglied werden über die Genossenschaft in Kooperation mit einem Sozialpartner vielfältige Sozial- und Freizeitangebote offeriert.

Kontakt

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.
 Dr. Axel Viehweger
 Tel.: 0351/80701-21 Fax: 0351/80701-60
 E-Mail: viehweger@vswg.de Homepage: www.vswg-alterleben.de

Inhalt und Methode/Vorgehensweise

„Alter leben“ ist ein Verbundprojekt von Wohnungsgenossenschaften, Forschungseinrichtungen und Wirtschaftsunternehmen mit dem Grundsatz, Wohnungen der sächsischen Wohnungsgenossenschaften mit den sich ändernden Bedürfnissen ihrer Bewohner durch modulare Angebote und Konzepte „mitaltern“ zu lassen.

Der Lösungsansatz der „mitalternden Wohnung“ vereint bauliche Maßnahmen, technische Unterstützungssysteme und Dienstleistungskonzepte in den Bereichen Sicherheit, Gesundheit, Komfort und Freizeit. Die Einheit von Technik und sozialer Dienstleistung wird durch persönliche Betreuung und Beratung vor Ort gesichert.

Wesentliche Entscheidungskriterien zur Gestaltung der „mitalternden Wohnung“ bilden die beteiligungsorientierte Einbindung der Nutzer (u.a. bei der strategischen Erarbeitung von Konzeptansätzen, bei der Bewertung von Lösungen) sowie Aspekte der Nutzerakzeptanz, die sowohl aus zielgruppenspezifischer Sicht (u.a. Barrierearmut, Leistungsunterstützung, Finanzierbarkeit) als auch aus technischer Sicht (u.a. Modularität, Nachrüstbarkeit, Bedienfreundlichkeit, Unaufdringlichkeit) umsetzbar sein müssen.

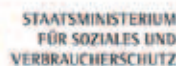


Das Projekt wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF):

FKZ: 01XZ09001-05
 Laufzeit: 08/2009-06/2012
 Projektträger: Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen im DLR



Kooperationspartner



Wohnen, Pflege und Sozialraum



Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Projektansatz

- Umsetzung, Durchführung und Evaluation eines stadtteilbezogenen Interventionsprojekts
- Stadtteil Leipziger Osten; Volksmarsdorf, Schönefeld
- Zielgruppe: sozial benachteiligte Ältere und Ältere mit Migrationshintergrund
- Über die Vernetzung vorhandener Akteure und Angebote sowie die Etablierung neuer Angebote soll ein Beitrag zur Gesundheitsförderung älterer Menschen geleistet werden

Projektziele

Ziele auf individueller Ebene

- Verbesserung der sozialen Teilhabe und Integration, Stärkung des Selbstwertgefühls, praktischer und sozialer Kompetenzen
- Verbesserung von Aufmerksamkeit, Einstellung und Motivation gegenüber gesundheitsrelevanten Themen
- Verringerung der sozialen und gesundheitlichen Benachteiligung

Ziele auf strukturbezogener Ebene

- Schaffung von Angeboten zur Förderung der sozialen Teilhabe von sozial benachteiligten Älteren und Älteren mit Migrationshintergrund
- Verknüpfung sozialer Interventionen mit gesundheitsförderlichen Strategien

Vorgehensweise

In Zusammenarbeit mit einer Reihe von Kooperationspartnern sind neben der

- Einrichtung einer Senioren-Kontaktstelle
- der Aufbau und die Implementierung einer sozialen Tauschbörse,
- Angebote zur präventiven Wohnungsberatung,
- partizipative gesundheitsbezogene Informationsveranstaltungen,
- aufsuchende Hilfen für Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf sowie die
- Implementierung neuer und die Vernetzung vorhandener stadtteilbezogener Aktivitäten zur Förderung von sozialer Teilhabe, Kompetenzen und gesundheitsförderlicher Lebensweise älterer Menschen geplant.

Die Intervention und die einzelnen Maßnahmen werden prozessbegleitend und summativ dokumentiert und evaluiert.



Ergebnisverwertung

- Am Ende der Projektlaufzeit soll ein Praxishandbuch zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Ältere und Ältere mit Migrationshintergrund entstehen, das einen Transfer auf vergleichbare Settings an anderen Orten ermöglicht.
- Die Evaluation soll Anhaltspunkte zu erleichternden und hemmenden Faktoren für die Durchführung derartiger Interventionsmaßnahmen und die Anpassung an verschiedene Settings und Zielgruppen geben.
- Über die Vernetzung mit verschiedenen Akteuren wird der Aufbau nachhaltiger gesundheitsförderlicher Strukturen im Stadtteil angestrebt.

Kontakt

Institution:
Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig (HTWK);
Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften
Projektleitung: Prof. Dr. Gesine Grande
Ansprechpartnerin: Dipl. Soz. Maria Hochmuth
Tel.: 0341-3076-3257; Fax, 0341-3076-853257
E-Mail: maria.hochmuth@fas.htwk-leipzig.de
Homepage: www.agnes-leipzig.de

Projekträger

AiF Arbeitsgemeinschaft industrieller Forschungsvereinigungen „Otto von Guericke“ e.V.

Kooperationspartner

Sozialamt Leipzig
Leipziger Wohnungs- und Baugesellschaft GmbH (LWB)



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG



GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK

Wohnen, Pflege und Sozialraum

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK



Junge Alte machen mobil

Geistig und körperlich fit, mit viel Lebenserfahrung und dem Wunsch, die Zeit des „Unruhestandes“ aktiv, interessant und lebensbejahend zu gestalten, engagieren sich immer mehr „Junge Alte“ ehrenamtlich

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hauptmotive für ein Engagement im Ehrenamt

- ⊙ Die „Jungen Alten“ tun etwas für sich:
- ⊙ Sie bauen neue soziale Kontakte auf.
- ⊙ Durch Hilfeleistungen für andere Menschen erleben sie ein positives Gefühl.
- ⊙ Sie erwerben neues Wissen und erhalten ihr bisheriges.
- ⊙ Durch Ihr Tun bleiben sie selbst jung.
- ⊙ Die „Jungen Alten“ tun etwas für andere.

Wichtige Aspekte für ein gelingendes Engagement

- ⊙ Umfassende Information und passgenaue Beratung zu Möglichkeiten, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen des Engagements.
Interessante, vielseitige und viele unterschiedliche Engagementmöglichkeiten.
- ⊙ Gute Begleitung im Engagement durch die Organisation bis hin zu Fortbildungs- und Beteiligungsmöglichkeiten, Auslagensatz ...
- ⊙ Anerkennung und Wertschätzung.



Flora Peters besucht regelmäßig Frau Jürgen



Lesepatin Frau Almsid an der Büttner-Grundschule in Freiberg

Angebote, die aus dem Projekt „Junge Alte machen mobil“ entstanden sind, fortgeführt und weiter entwickelt werden

Ehrenamtlich im **Besuchsdienst** tätige Menschen leisten einem älteren Mitmenschen regelmäßig Gesellschaft, lesen ihm vor, gehen mit ihm spazieren, begleiten zum Einkaufen oder Arzt. Sie nehmen sich Zeit zum miteinander Reden und Spielen und sind eine zuverlässige Begleitperson für den alten Menschen.

Sprachtutoren führen sprachliche Korrekturen von Studien- oder Projekt-, Bachelor-, Master- bzw. Diplomarbeiten, Dissertationen sowie Bewerbungen für Praktika, Jobs oder Stipendien ausländischer Studierender der TU Bergakademie Freiberg durch. Es entstehen Kontakte zur Freiburger Bevölkerung und die Sprachfertigkeit verbessert sich während der Korrekturphase.
Kooperationspartner: Arbeitskreis Ausländischer Studierender der TU Bergakademie Freiberg

Ehrenamtliche **Bücherboten** bringen Menschen, die den Weg in die Bibliothek nicht mehr selbst schaffen, regelmäßig aktuelle Medien (Bücher, Hörbücher usw.). Die Bücherboten bringen diese in die private Wohnung, lesen gern auch vor und haben viel Zeit für diese Besuche.
Kooperationsprojekt mit der Stadtbibliothek Freiberg

Lesepaten sind Ehrenamtliche, die in enger Zusammenarbeit mit Lehrkräften, Grundschulern beim Lesetraining helfen. Sie gehen dafür einmal wöchentlich in eine Grundschulklasse und üben mit einzelnen Schülern in einem separaten Raum das Lesen und Verstehen kleiner, von der Lehrerin ausgesuchter Texte.

Kontakt

Freiwilligenbörse Freiberg
Lichtpunkt e.V.
Ansprechpartner: Kirsten Hutte
Tel.: 03731 765987 Fax: 03731 699548
E-Mail: freiboerse@web.de Homepage: www.lichtpunkt.de



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG



Wohnen, Pflege und Sozialraum

GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN



Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.



Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hintergrund, Zielstellung, Zielgruppe

Das Generationenspiel „Gemeinsam gesund“ ist als konkretes Angebot für Kitas und Einrichtungen der Seniorenarbeit konzipiert, die im Bereich des generationsübergreifenden Ansatzes arbeiten. Auf spielerische, interaktive Art und Weise soll der Austausch der Generationen gefördert und zu einem gegenseitigen voneinander Lernen angeregt werden. Das Zusammentreffen von Jung und Alt in einer Spielform regt über die Generationsschranken hinweg an, gemeinsam aktiv zu sein, Zeit miteinander zu verbringen und zu lernen. Während des Spielens werden sowohl bei den Kindern als auch bei den Senioren Bildungsprozesse angeregt und persönliche wie auch soziale Fähigkeiten und Kompetenzen entwickelt. In Anlehnung an den Sächsischen Bildungsplan geht es dabei um die Förderung der Begegnung zwischen den Generationen und der Frage, was ältere Menschen zu Bildung, Erziehung und Gesundheit der Kinder beitragen können. Spielen als Methode kann den Prozess der Gesundheitsbildung positiv beeinflussen. Auf spielerische, kreative Art und Weise treten Vorschulkinder und Senioren gemeinsam zu den Themen Bewegung, Ernährung, Sinneswahrnehmung und Gedächtnis in Aktion.



Ergebnisse bzw. Schlussfolgerungen

Das Spiel bietet die Chance, für eine generationsübergreifende, kooperative und integrative Bewegungs- und Gesundheitsförderung über Einrichtungsgrenzen hinweg.

Die Resonanz ist sehr positiv. Das Generationenspiel wird als methodisches Material angenommen und stellt oft den Auftakt für eine weitere Zusammenarbeit zwischen Kitas und Einrichtungen der Seniorenarbeit dar.

Das Generationenspiel kann von Kitas, Mehrgenerationenhäusern oder Institutionen der Seniorenarbeit nach terminlicher Rücksprache und Abgabe des Ausleihformulars bei der SLFG ausgeliehen werden.

Inhalt und Methode/Vorgehensweise

Vier Teams, bestehend aus jeweils einem Vorschulkind und einem älteren Menschen, treten gemeinsam zu den Themen Bewegung, Ernährung, Sinneswahrnehmung und Gedächtnis in Aktion.

Die Spielfläche besteht aus wetter- und rutschfestem Gewebe und ergibt ausgeklappt eine Größe von 4 x 4 Metern. Die Spieldauer beträgt 30- 45 Minuten. Dem Spiel liegt eine Spielanleitung bei, mit Hilfe derer die selbstständige Durchführung des Spiels möglich ist.



Kontakt

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
Ansprechpartnerin: Eileen Reichelt
Tel.: 0351/5635523 Fax: 0351/5635524
E-Mail: post@slfg.de Homepage: www.slfg.de

Projekträger und Kooperationspartner

Projekträger ist die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLFG).

Das Spiel wurde von der SLFG entwickelt und vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gefördert.



Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR
GESUNDHEITSFORSCHUNG



GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
MANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK

Bewegung

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK



Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.

Wanderausstellung „Bewegt durchs Leben“ Bewegungsförderung für Ältere

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hintergrund

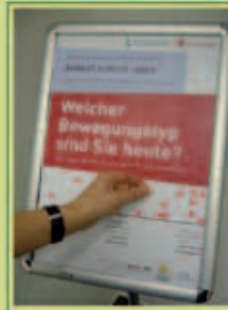
Obwohl körperliche Aktivität seit Jahren ein großes Thema ist und deren positive Auswirkungen sowohl für die objektive als auch subjektive Gesundheit unumstritten sind, werden viele ältere Menschen mit den bestehenden Angeboten und Zugängen schwer erreicht. Ein möglicher Grund dafür ist auch fehlende, zielgruppengerechte Information der Altersgruppe über den positiven Nutzen von körperlicher Aktivität. Belehnende Appelle provozieren Widerstand und erhöhen nicht die Motivationsbereitschaft für körperliche Aktivität.

Ausgehend davon entstand die Idee zur Konzeption einer Ausstellung, die den Betrachter zur Selbstreflexion anregt und gleichzeitig den positiven Nutzen von Alltagsbewegung zielgruppengerecht darstellt. Alltagsbewegung stellt eine bisher stark unterschätzte gesundheitliche Ressource dar, die sich mit relativ einfachen Mitteln in das Leben der Menschen integrieren lässt und ein Einstieg in andere Bewegungsangebote sein kann.

Inhalt

Die Wanderausstellung ist ein inhaltliches Kooperationsprojekt der drei Zentren für Bewegungsförderung Sachsen, Hessen und Thüringen; jedes Land hat individuelle Umsetzungen vorgenommen. Den Kern der sächsischen Ausstellung bilden fünf Themenplakate, die die vielfältigen Perspektiven auf das Thema „Bewegung im Alter“ beleuchten. Die Themenplakate sind mithilfe eines Personenleitsystems labyrinthähnlich platziert. Diese Anordnung lädt zum Verweilen ein und gewährleistet die Betrachtung der Plakate in der vorgesehenen Reihenfolge. Zu Beginn und Ende des „Labyrinths“ werden die Besucher aufgefordert, ihr eigenes Bewegungsverhalten einzuschätzen und mittels Klebepunkten auf einer Skala abzubilden.

Die Ausstellung möchte ältere Bürgerinnen und Bürger sensibilisieren, die Alltagsbewegung als gesundheitliche Ressource zu entdecken. Die Besucher werden zu Selbstreflexion angeregt und mit interaktiven Methoden eingeladen, ihr Bewegungsverhalten zu hinterfragen. Gleichzeitig erhalten Sie Informationen zum positiven Nutzen von Bewegung im Hinblick auf Sturzprävention, gesundheitliche Einschränkungen und vor allem für den Erhalt ihrer Selbstständigkeit und die Gestaltung Ihres Alltags. Teil der Ausstellung ist es auch, den Besuchern konkrete wohnortnahe Angebote für Bewegungs- und Sportgruppen mit auf den Weg zu geben. Hier entsteht dem Ausleiher ggf. zusätzlicher Recherche- bzw. Koordinationsaufwand, den das Zentrum für Bewegungsförderung Sachsen jedoch unterstützen kann.



Möglichkeiten zur Ausleihe

Die Ausstellung kann gegen eine Ausleihgebühr entliehen werden. Es wird eine Fläche von ca. 4 mal 7 Metern benötigt. Nähere Informationen erhalten Sie direkt bei der SLFG.

Mögliche Einsatzorte sind vielseitig: Eingangshallen von Kur- und Rehaeinrichtungen, Gemeinschaftsräume von Wohnungsgenossenschaften, Seniorentreffs, öffentlich zugängliche Bereiche in Landratsämtern, Einkaufspassagen, Öffentlichkeitstage, u. a.

Kontakt

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
Ansprechpartnerin: Franziska Fasel

Tel.: 0351/5635523 Fax: 0351/5635524
E-Mail: post@slfg.de Homepage: www.slfg.de



Kooperationspartner

Die Ausstellung wird im Rahmen des Zentrums für Bewegungsförderung Sachsen vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und von den Zentren für Bewegungsförderung Hessen und Thüringen unterstützt.



Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR
GESUNDHEITSFORSCHUNG



Bewegung



Sport mit Älteren

Gewinnung älterer Menschen für ein regelmäßiges Sporttreiben

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hintergrund, Zielstellung, Zielgruppe

- Sport mit Älteren umfasst den Altersbereich über 50 Jahre
- der Anteil dieses Altersbereiches an der Gesamtbevölkerung nimmt konstant zu
- die „Älteren“ sind aktiver und mobiler als zu vergangenen Zeiten; sie haben ein gewachsenes Gesundheitsbewusstsein und einen veränderten Lebensstil
- Sport bietet ein großes Potential für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden
- lediglich ca. 9 Prozent dieser Zielgruppe sind in Sachsen in Sportvereinen organisiert

Ziel:

Gewinnung weiterer älterer Menschen Sachsens für ein regelmäßiges, lebensbegleitendes Sporttreiben in einem Sportverein durch Gestaltung altersgerechter, sportlich-geselliger Veranstaltungen



Landes-Seniorensportspiele 2010, Foto: Landesverband Sachsen

Inhalt und Vorgehensweise

Durchführung von Kreis-/Stadt-Seniorensportspielen und Landes-Seniorensportspielen

Kreis-/Stadt-Seniorensportspiele:

Seniorensportwoche mit zentraler Auftaktveranstaltung, verschiedenen Mitmachangeboten, dezentralen Angeboten von Sportvereinen im Territorium, Workshops

Landes-Seniorensportspiele

Motto: aktiv – gesund – lebensfroh

altersgerechte Wettkämpfe in verschiedenen Sportarten sowie gesundheits- und fitnessorientierte Mitmachangebote, Show der Generationen, Rahmenprogramm

Ergebnisse bzw. Schlussfolgerungen

Kreis-, Stadt-Seniorensportspiele

- finden einmal jährlich unter Regie der Kreis- und Stadtsportbünde in allen Landkreisen und kreisfreien Städten statt
- dezentrale Angebote der Vereine sprechen die Zielgruppe im Territorium an
- bieten gute Grundlage zur Zusammenarbeit der Sportvereine mit anderen Organisationen, die sich für diese Zielgruppe engagieren

Landes-Seniorensportspiele

- regelmäßige Durchführung im Zweijahresrhythmus
- Beteiligung von über 2.000 älteren Menschen widerspiegelt das Bedürfnis älterer Menschen nach Bewegung
- Schaufenster des Sports in Sachsen für den Bereich „Sport mit Älteren“
- Maßnahme zur organisationsinternen Weiterentwicklung altersgerechter Sportangebote in Kooperation mit den sächsischen Landesfachverbänden



Landes-Seniorensportspiele 2010, Foto: Landesverband Sachsen

Kontakt

Landessportbund Sachsen
 Ansprechpartner: Regina Brandt
 Tel.: 0341-2163156; Fax: 0341-2163185
 E-Mail: brandt@sport-fuer-sachsen.de
 Homepage: www.sport-fuer-sachsen.de

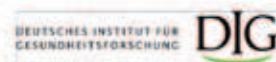
Kooperationspartner

Sächsische Sportvereine, Kreis- und Stadtsportbünde, Landesfachverbände



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK

Bewegung

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK



Die DRK - Bewegungsprogramme Bewegung bis ins Alter

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Unsere Ziele

Die DRK-Bewegungsprogramme trainieren die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, stärken die Muskelkraft, fördern Beweglichkeit, Koordinations- und Reaktionsvermögen und tragen zur Pflege sozialer Kontakte bei. Gleichzeitig werden individuelle Risikofaktoren und Beschwerden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer minimiert. Geeignet sind die DRK-Bewegungsprogramme für Menschen in der zweiten Lebenshälfte, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen, welche sich gern bewegen wollen und Spaß an Geselligkeit haben.



Unsere Angebote

Folgende Gruppenkurse bieten wir im Rahmen der DRK-Bewegungsprogramme an

- Seniorengymnastik
- Wassergymnastik
- Geselliges Tanzen
- Yoga

Die Kurse finden wöchentlich statt und werden nach neuesten sportwissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen von kompetenten, erfahrenen ehrenamtlichen Kursleitern durchgeführt. Die Kosten betragen zwischen 5 - 12 €.

Des Weiteren bietet das DRK einen Spezialkurs zur Sturzprävention, an, welcher auch als aktivierender Hausbesuch oder als Übungseinheit in stationären Altenpflegeeinheiten durchgeführt wird.

Unsere Erfolge

Die Steigerung des persönlichen Wohlbefindens und der Beweglichkeit, sowie das kontinuierliche Üben in der Gruppe wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als äußerst positiv empfunden. Welchen messbaren Nutzen die Teilnehmer der DRK-Bewegungsprogramme haben, wird aktuell im Rahmen einer Studie durch das Gerontologische Institut der Universität Heidelberg untersucht.

Kontakt

DRK Landesverband Sachsen e.V.
Ansprechpartner: Alexandra Heinrich

E-Mail: a.heinrich@drksachsen.de
Tel.: 0180 365 0180
Fax: 0351- 4678 180
Homepage: www.drksachsen.de



Mit freundlicher Unterstützung der Lotterie



Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR
GESUNDHEITSFORSCHUNG



Bewegung

GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN



Im Kreislauf des Lebens

Bewegung ohne Grenzen

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Attraktive Bewegungsangebote ohne Alterseinschränkungen

Bewegungsförderung für Jugendliche, Erwachsene und Senioren auf der Basis zeitgemäßer moderater, natürlicher Bewegungsabläufe

Taiji Bailong Ball als Generationen übergreifendes Bewegungs-Spiel.

Taiji Bailong Ball als

- * Ganztagesangebot
- * Kursangebot
- * Reha-Sport
- * Seniorengymnastik
- * Präventionsangebot
- * Projekt-Thema

Ein lockeres Spiel überwindet Bewegungs-Hemmnisse

Die vielfältigen Spielmöglichkeiten erreichen ein breites Publikum. Koordinationsübungen und feinmotorische Tätigkeiten aus den Prinzipien des Taijiquan regulieren die Gesamtkonstitution. Regelmäßiges üben führt zu persönlichen Erfolgen mit Spielfreude.



Kontakt

Peter Oettler
Tel. 03 76 03 / 5 16 31
info@imkreislaufdeslebens.de
www.imkreislaufdeslebens.de



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG DIG

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK

Altersgerechte Arbeitsgestaltung

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK



Altersheterogenität in Arbeitsgruppen als Determinante von Innovation, Gruppenleistung und Gesundheit (ADIGU)

Jürgen Wegge¹, Franziska Jungmann¹, Susanne Liebermann¹, Birgit Claudia Ries², Stefan Diestel² & Klaus-Helmut Schmidt²
¹ Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie, Technische Universität Dresden, ² Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ANLASS DES PROJEKTS

DER DEMOGRAFISCHE WANDEL

Politische Lösungen zur Bewältigung des demografischen Wandels

• Höherer Erholungs- bis zum Berufsleben
 • Verlängerung der Lebenserwartung

Erhöhung der Altersheterogenität innerhalb der Erwerbsbevölkerung

SCHWERPUNKTPROGRAMM DER DFG „ALTERSDIFFERENZIERTE ARBEITSSYSTEME“

Das ADIGU-Projekt ist Teil des DFG-Schwerpunktprogramms und wird seit 2005 gefördert.

Kernfrage: Welche Wirkungen gehen von zunehmender Altersheterogenität auf die Gruppeneffektivität aus?



FRAGESTELLUNG

ZIELE

- Untersuchung von Auswirkungen alters-heterogener Gruppenarbeit auf Leistung und Gesundheit unter Kontrolle relevanter Drittvariablen
 → Prüfung des Modells
- Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Empfehlungen zur Gestaltung von alters-heterogener Gruppenarbeit
 → Planung, Durchführung und Evaluation eines Führungskräftetrainings

PRÜFUNG DES MODELLS

DATENERHEBUNG

- Fragebogenerhebung im Querschnitt- und Längsschnitt (Abstand 1 Jahr)
- Stichproben:
 - Versorgungsverwaltung NRW (N=442 in 75 Teams)
 - Finanzverwaltung NRW (N=935 in 155 Teams)
 - privater Finanzdienstleister (N=2330 in 236 Teams)
 - Automobilproduktion (N=623 in 56 Teams)
 - Bevölkerungsumfrage (Ipsos-Barometer) (N=2000)

ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

MEDIATIONEFFEKTE

Die Beziehung zwischen der Altersheterogenität und der Gruppeneffektivität wird über die Alterssalienz und die Konflikte vermittelt.

MODERATIONEFFEKTE

Diese Beziehung wird durch die Wertschätzung der Altersheterogenität, das Teamklima sowie die Aufgabenkomplexität moderiert.

ABLEITUNG EINES MODELLS

Altersheterogenität

Salienz der Altersheterogenität (Wahrnehmung der eigenen Altersunterschiede)

Subgruppenbildung (soziale Identifizierung, Fremdgruppen-Identifizierung)

emotionale Konflikte

Betrachtung der Gruppeneffektivität

Theorie der sozialen Kategorisierung (Tajfel & Turner, 1985)

Altersheterogenität

Salienz der Altersheterogenität (Wahrnehmung der eigenen Altersunterschiede)

kognitive Konflikte (intergruppalen Einflüsse und Antriebskräfte)

Elaboration (Diskussion und Integration von Wissen)

Erhöhung der Gruppeneffektivität

Modelle der Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung in Gruppen (Kerschbamer et al., 2003)

Aber: Altersheterogenität führt nicht immer zur Subgruppenbildung bzw. Elaboration! Verschiedene Faktoren (z. B. Moderatorvariablen) beeinflussen diese Prozesse.

Untersuchungsmodell des ADIGU-Projekts: Integration beider Theorien unter Berücksichtigung verschiedener Moderatoren.

PLANUNG, DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION EINES TRAININGS

Gruppe	n Teilnehmer	n Outgoing	FE		Training		Transf.		FE		FE	FE	Feed-back
			05/06 2010	05/06 2010	08/09 2010	08/09 2010	01/12 2011	01/12 2011	03/04 2011	04/05 2011			
TG	17	3	X	X	X	X	X	X	X				X
KG	25	1	X				X	X	X	X	X	X	X

TRAININGSAUFBAU

- Modul I: Diversität als Ressource erkennen – Definition und Auswirkungen von Diversität in der Gruppe
- Modul II: Diversität als Ressource nutzen – Erarbeiten von Handlungsoptionen (Altersstereotype, Wertschätzung von Altersunterschieden, Altersdifferenziertes Führen)
- Transferworkshop: Umsetzungs-Coaching, Transferklärung, Bearbeitung von Fallbeispielen
- Methoden: Wissensvermittlung, Diskussion, Übungen, Behavior Modeling, Gruppen-Coaching

AUSGEWÄHLTE PUBLIKATIONEN

Ries, B. C., Diestel, S., Wegge, J. & Schmidt, K.-H. (2010). Die Rolle von Antriebs- und Konflikten in Teams als Mediatoren der Beziehung zwischen Altersheterogenität und Gruppeneffektivität. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 54, 117-130.

Schmidt, K.-H. & Wegge, J. (2009). Altersheterogenität in Arbeitsgruppen als Determinante von Gruppenleistung und Gesundheit. In A. Delmon, H. Krüger, H. H. Schaper & R. Straupe (Eds.), *Wirkungsmechanismen in alternen Gesellschaften [Evolutionary perspectives in aging societies]* (pp. 169-192). Frankfurt: Lang.

Wegge, J., Fritsch, E., & Schmidt, K.-H. (2008). Alter und Arbeit: Theoretische der Zeitschrift *Arbeitspsychologie*. J. Langenscheidt, Paderborn.

Wegge, J., Roth, C., Heibach, B., Schmidt, K.-H. & Kasper, H. (2008). Age and gender diversity as determinants of performance and health in a public organization: The role of task complexity and group size. *Journal of Applied Psychology*, 93, 1301-1313.

Wegge, J. & Schmidt, K.-H. (2005). Altersheterogenität von Arbeitsgruppen als Determinante von Innovation, Gruppenleistung und Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeitspsychologie*, 49, 75-76.

Wegge, J., Schmidt, K.-H., Liebermann, S. & van Klippenberg, D. (2010). Jung und alt in einem Team? Altersgerechte Teamarbeit erfordert Wertschätzung von Altersunterschieden. In P. Betsch & C. Wittke (Hrsg.), *Personenpsychologische Diagnostik als Beitrag zu Berufs- und Unternehmensberatung*. Göttingen: Hogrefe.

KONTAKT

Prof. Dr. Jürgen Wegge
 Projekt ADIGU (gefördert von DFG, WE 1066-3)
 Lehrstuhl Arbeits- und Organisationspsychologie
 wegge@psychologie.tu-dresden.de

TU Dresden, Fachrichtung Psychologie
 Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie
 Zeltwäcker Weg 17, 01103 Dresden, Germany
 www.wop-psychologie.de



Altersgerechte Arbeitsgestaltung

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
MANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK

Stärkung der subjektiven Gesundheit und Erhalt der Arbeitsfähigkeit bei älteren Beschäftigten im stationären Pflegebereich (SuGA)

Matthias Kliegel¹, Jürgen Wegge², Marlen Melzer¹, Annika Plecha², Sarah S. Brom¹, Irén Horváth²
 Professur für Entwicklungspsychologie¹ und Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie² der Technischen Universität Dresden

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Projekthintergrund und –ziel

Insbesondere im Bereich der stationären Altenpflege zeichnen sich die Folgen des demographischen Wandels deutlich ab:

Immer mehr ältere Pflegekräfte pflegen künftig immer ältere Menschen.

Bereits jetzt ist der Altenpflegeberuf durch steigende *physische und psychische Belastungen* gekennzeichnet; der psychische Gesundheitszustand von Altenpflegekräften liegt um 12 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt der berufstätigen Bevölkerung (Hartmann & Müller, 2006). Künftig wird sich die Anforderungs- und Belastungssituation weiter zuspitzen. Gründe hierfür sind:

- die drastisch steigende Anzahl Pflegebedürftiger (Prognose für 2050: Verdoppelung) sowie der Bewohner mit höheren Pflegestufen
- der bestehende und fortschreitende Mangel an jungen Pflege(fach-)kräften und damit der steigende Anteil älterer Pflege(fach-)kräfte

Veränderung der Arbeitsanforderungen
(qualitativ und quantitativ)

- höheres Arbeitsaufkommen
- größerer Anteil höherer Pflegestufen

Veränderung der Belegschaftsstruktur
(„ältere Belegschaften“)

- Veränderung kognitiver sozio-emotionaler und kompensatorischer Ressourcen mit zunehmendem Alter

Ziel dieses vom Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderten Projektes ist es daher, stationäre Altenpflegeeinrichtungen des Freistaates Sachsen auf die bevorstehenden Herausforderungen vorzubereiten und die Ressourcen von Mitarbeitern sowie deren Vorgesetzten nachhaltig zu stärken.

Trainingsablauf

```

    graph LR
    A[Analyse von Stärken und Potenzialen] --> B[Trainings und Aufbauseitigung]
    B --> C[Evaluation]
    C --> D[Rückmeldung der Ergebnisse]
    
```

Trainingsinhalte

Arbeitsfähigkeit	
Wohnbereichsleiter	Pflegekräfte
u.a. • Lern- und Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter (z.B. Bereiche möglicher Leistungseinbußen ins Alter) • alter(n)sgerechte Führung und Arbeitsgestaltung (u.a. Möglichkeiten der Nutzung von Altersdiversität) • betriebliche Gesundheitsförderung (u.a. Möglichkeiten zur Verhältnis- und Verhaltensprävention)	u.a. • effektive Aufgabenbewältigung • Bewältigung schwieriger Situationen im Pflegealltag (z.B. Umgang mit „schwierigen“ Bewohnern) • Identifikation individueller Stärken und Schwächen; • Training kognitiver, sozio-emotionaler und kompensatorischer Kompetenzen

↔ 5 Einheiten und 1 Aufbauseitigung ↔

Evaluation

Die Erprobung des ganzheitlichen Trainingskonzeptes erfolgt im Rahmen eines Versuchs-Kontrollgruppen-Designs in 16 sächsischen stationären Altenpflegeeinrichtungen unterschiedlicher Lage (Stadt vs. Land, Größe und Trägerschaft. Insgesamt werden 300 Pflegekräfte und 48 Wohnbereichsleiter in die Untersuchung einbezogen. Die Nützlichkeit der Maßnahmen wird von externen Evaluatoren geprüft.

Potenzieller Nutzen und Nachhaltigkeit

- nachhaltige Stärkung der Einrichtung durch Vermittlung von Strategien zum langfristigen Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit
- Befähigung der Beschäftigten zur selbständigen Weiterführung der Maßnahmen auch nach Abschluss des Projektes

Kontakt

Technische Universität Dresden, Professur für Entwicklungspsychologie und Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie
 Ansprechpartner: Dr. Marlen Melzer
 Tel.: 0351-463 42195; Fax: 0351-463 37294
 E-Mail: melzer@psychologie.tu-dresden.de
 Homepage: www.entwicklung-dresden.de; www.wop-psychologie.de

Kooperationspartner

Das Vorhaben wird durch folgende Partner unterstützt:

Altersgerechte Arbeitsgestaltung

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK





Gesund älter werden durch Gesunde Arbeit

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Warum Gesunde Arbeit?

Vor allem die demographische Entwicklung der Region Dresden stellt sich als besondere Herausforderung dar!

Die regionale Besonderheit weist einen erheblichen Geburtenknick, verursacht durch die Veränderungen im Zuge der politischen Umwälzungen auf. In der Folge davon ist mit einem starken Rückgang von potentiell jungen Fachkräften /Lehrlingen zu rechnen. Die Überalterung der Gesellschaft zeigt sich in der Region besonders deutlich.

Der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit sollte daher besonders berücksichtigt werden!



Was bieten wir Ihnen an?

Belastungskataster

- Analyse der Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz
- Auflistung konkreter Verbesserungsvorschläge

Verhaltensergonomie

- Haltungskorrekturen auf der Grundlage videogestützter Bewegungsanalysen
- Berufsspezifisches Ausgleichsprogramm

Gesundheitscoaching

- Unterstützung der physischen und psychischen Mitarbeiter-gesundheit
- Gefährdungsbeurteilungen, Unterstützung in der Gesundheitskultur, Stärkung individueller Gesundheitsressourcen

Prävention und Rehabilitation

- Passgenauigkeit zwischen Mitarbeiter und Arbeitsplatz
- Menschen mit Behinderungen integrieren, Hilfen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement, Potentiale älterer Mitarbeiter fördern

Gesellschaft für Gesunde Arbeit Dresden mbH
Prager Straße 3 · 01069 Dresden

Telefon: 0351 481 8807
Telefax: 0351 481 8820
E-Mail: info@gesunde-arbeit.de
Internet: www.gesunde-arbeit.de

Beispiel: Verhaltensergonomie im Betrieb



Kurzübungen in Minipausen



Komplexübungen in Arbeitspausen

Unsere Kooperationspartner:

















Altersgerechte Arbeitsgestaltung



Musterarbeitsplatz für ältere Arbeitnehmer

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Erkenntnisse aus der Arbeitsplatzgestaltung für ältere Arbeitnehmer

- Grundlage ist eine gute Gestaltung nach arbeitswissenschaftlichen und ergonomischen Kriterien. Wenige zusätzliche Maßnahmen sind ggf. hilfreich oder erforderlich, um den Arbeitsplatz an die Bedürfnisse der Älteren anzupassen.
- Die gute ergonomische Gestaltung erhöht auch den Arbeits- und Gesundheitsschutz der jüngeren Arbeitnehmer und ist damit für alle Generationen präventiv wirksam.
- Die Einrichtung von „Altenarbeitsplätzen“ ist nicht notwendig. Zum einen müssen z.B. in Schichtsystemen ohnehin alle Generationen an allen Arbeitsplätzen arbeiten können. Zum anderen wird eine altersbedingte soziale Abgrenzung verhindert.
- Eine Pauschalierung ist nicht möglich. Die individuellen Fähigkeiten sollten nach Möglichkeit immer berücksichtigt werden.



Altersaufbau 2020 in Deutschland (Quelle: Statistisches Bundesamt)



Gestaltung nach ergonomischen Grundsätzen, z.B.

- nicht reflektierende Arbeitsfläche
- im Greifraum des Arbeitenden angeordnete Greifbehälter
- Farbkodierung der Schrauben-Ablagebehälter und der zugehörigen Schrauber-Bits
- höhenverstellbarer Stuhl und Montagetisch, Fußstütze für kleinere Personen

nach Bedarf zusätzlich für ältere Arbeitnehmer, z.B.

- zuschaltbare Leuchte für erhöhten Helligkeitsbedarf
- Unterarmstützen zur Entlastung und zur Verbesserung der Feinmotorik
- Halterung für die Baugruppe während der Montage zur Entlastung der Motorik und zur zeitlichen Optimierung

Methodisches Vorgehen

- Literaturanalyse hinsichtlich der physiologischen Veränderungen beim Älterwerden und der Gefährdungen, denen Ältere verstärkt ausgesetzt sind
- Ableitung ergonomischer Gestaltungshinweise für Arbeitsplätze älterer Arbeitnehmer und deren Umsetzung an einem Montage-Musterarbeitsplatz
- Beurteilung des Musterarbeitsplatzes: Ausübung einer Montagetätigkeit am Musterarbeitsplatz und einem Vergleichsarbeitsplatz (Labor). Interviews zu beiden Arbeitsplätzen anhand eines standardisierten Leitfadens.

Bewertung der für ältere Arbeitnehmer zusätzlich angebrachten Elemente am Musterarbeitsplatz:

- bei fast allen zusätzlichen Elementen; deutliche Erleichterung
- Ausnahme: Unterarmstützen, eher belastend, da ungewohnt
- keine signifikanten Unterschiede zwischen jüngeren (< 45 Jahren) und älteren Versuchspersonen

KONTAKT

Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Ansprechpartner: Hanna Zieschang | Susan Freiberg

Tel.: 0351 457-1610 | 457-1618

E-Mail: hanna.zieschang@dguv.de

E-Mail: susan.freiberg@dguv.de

Internet: www.dguv.de/iag



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG DIG

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK

Altersgerechte Arbeitsgestaltung

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBlick



„profi – personal . professionell . entwickeln“
Alter(n)sgerechte Personalentwicklung in der Sozialwirtschaft

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen: Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hintergrund

Die Sozialwirtschaft wird in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen und braucht aus diesem Grund eine stabile sowie langfristig angelegte Personalentwicklungsstrategie. Aufgrund der demographischen Veränderungen, aber auch zunehmender Abwanderung von Arbeitskräften verschiebt sich die Altersstruktur und führt zu einem Fachkräftemangel. Das bringt besondere Anforderungen für die sozialen Organisationen mit sich. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die bereits vorhandenen ArbeitnehmerInnen zu stärken, an das Unternehmen zu binden und gleichzeitig auch Jüngeren eine Perspektive zu bieten.



Inhalt

Das Qualifizierungsprogramm orientiert sich an den aktuell bestehenden Bedarfen und Problemen:

- Qualifizierung von Fach- und Führungskräften
- Schaffung von Rahmenbedingungen für ein lebensphasen- und situationsorientiertes Personal- und Lernmanagement
- Transfer / Umsetzung in der Praxis
- Ziel des Projektes ist es, passgenaue Personalentwicklungskonzepte gemeinsam mit den teilnehmenden Organisationen zu entwickeln

Schlussfolgerungen

Mit „profi“ bieten wir keine fertigen Lösungen für die anstehenden Problemlagen an. Vielmehr ist es das Ziel des Projektes, gemeinsam mit den teilnehmenden Organisationen individuell passende Konzepte zu entwickeln, Veränderungsprozesse zu initiieren und diese professionell zu begleiten. In Form von Workshops, die von Experten geleitet werden, bieten wir praxisnahe Weiterbildung und unterstützen die konkrete Umsetzung vor Ort durch Beratungen und gegebenenfalls Coachings.

Kontakt

Der PARITÄTISCHE Sachsen e.V.
Anita Hommel
Tel.: 0351 / 4918-640 Fax: 0351 / 4916-614
E-Mail: anita.hommel@parisax.de Homepage: www.parisax.de

Dieses Projekt ist gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds.



Kooperationspartner

„profi“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen den PARITÄTischen Landesverbänden Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen.



Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ



DEUTSCHES INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG



Altersgerechte Arbeitsgestaltung

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK

LEGESA- lebenslang gesund arbeiten

Teilvorhaben: Gesundheit und Kreativität bei der Restrukturierung eines Leiterplattenherstellers

Gesund und aktiv älter werden – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen. Regionalkonferenz Sachsen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hintergrund, Zielstellung, Zielgruppe des Projektes

KSG Leiterplatten befindet sich seit ca. 15 Jahren im permanenten Wachstumsprozess. Dazu wurde 2006 ein zusätzlicher Fabrikbau beschlossen und bis 2008 realisiert. Neben der Bewältigung der Wachstums-, Innovations- und Umstrukturierungsprozesse verändern sich die Arbeits- und Lebensbedingungen der Mitarbeiter.

Ziel des Projektes war parallel zur Fabrikplanung die entstehenden Veränderungen in den physischen, psychomentalen und psychosozialen Arbeitsanforderungen vorausschauend zu skizzieren, um im positiven Sinne unter Ausschöpfung der Mitarbeiterressourcen darauf einwirken zu können. Das soll über Vermeidung, Reduzierung und Ausgleich der alten und neuen Belastungen erfolgen.

Mit der zu erarbeitenden Präventionsstrategie soll ein Beitrag zur Sicherung einer längerfristigen und berufsbegleitenden Beschäftigungs- und Innovationsfähigkeit der Mitarbeiter - unter Berücksichtigung der Verlängerung der Lebensarbeitszeit- geleistet werden.

Organisation:

- Bildung einer betrieblichen Steuergruppe, themengebundene Hinzuziehung weiterer Führungskräfte und Fachexperten
- regelmäßige wissenschaftliche Begleitung
- Skizzierung der zukünftigen Belastungssituationen auf Basis der Fabrikplanung

Methoden:

- externe Moderation von mehreren bewusst gemischt zusammengesetzten Vierergruppen mit den Gesprächsthemen
- „Arbeiten bis 67“ und „alter und neuer Stress in der Fertigung“
- Arbeitsplatzgehungen, teilnehmende Beobachtung, Experteninterviews, Dokumentensichtung

Ableitung von Arbeitsschwerpunkten und Umsetzung

Ergebnisse

- Einbindung von „Laienkompetenz“ als „Experten von unten“ in Form von **Arbeitsplatzbeauftragten**
- Optimierung der Prävention über gemeinsame jährliche Treffen von Arbeitsschutzausschuss, Arbeitskreis Gesundheit und Arbeitsplatzbeauftragten
- Integration des Gesundheitsthema in die jährlichen Azubis-Tage, damit **Ausbildung junger Multiplikatoren in Fragen Gesundheit, Arbeitsschutz und lebenslang kompetent arbeiten**

Kontakt: KSG Leiterplatten GmbH

Ansprechpartner: Margret Gleiniger – Geschäftsführerin
Horst Lepach – Betriebsratsvorsitzender

Tel.: 03721/266200; Fax: 03721/266101
E-Mail: margret.gleiniger@ksg.de; betriebsrat@ksg.de
Homepage: www.ksg.de

Projektträger: Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR)

Begleitforschung/ Koordination. Verbund:
GFAH- Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH

www.intergenerative-personalpolitik.de;
www.diversity-innovation.de; www.demowerkzeuge.de

Workshop I: Gesund und aktiv im Berufsleben – Altersgerechte Arbeitsgestaltung

»**Altersgerechte Arbeitsgestaltung aus der Perspektive der Forschung und Vorstellung des Projekts ‚ADIGU‘: Altersheterogenität von Arbeitsgruppen als Determinante von Innovation, Gruppenleistung und Gesundheit**«

Prof. Dr. Jürgen Wegge

TU Dresden, Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie



Der Anteil von Personen im höheren Erwerbsalter steigt in Deutschland und in anderen europäischen Ländern stetig an. Gleichzeitig findet sich eine zunehmende Tendenz zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Die Kombination dieser beiden Entwicklungen führt zu Krisen in den sozialen Sicherungssystemen und zu Schwierigkeiten für viele Unternehmen, den Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften zu decken. Das interdisziplinäre Schwerpunkt-Forschungsprogramm ‚Altersdifferenzierte Arbeitssysteme‘ (geför-

dert durch die deutsche Forschungsgesellschaft, DFG) stellt ein Rahmenprogramm dar, das durch systematische Forschung wissenschaftlich fundierte Empfehlungen zur Gestaltung altersdifferenzierter Arbeitssysteme entwickeln und bereit stellen möchte. Im Rahmen dieses Schwerpunktprogramms fokussiert das Projekt ADIGU auf die Wirkung von Altersheterogenität in Arbeitsgruppen als Determinante von Innovation, Gruppenleistung und Gesundheit. Zentrales Ziel von ADIGU ist daher die Untersuchung von Einflüssen der Altersheterogenität auf die Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit, sowie auf die Gruppenleistung und die Gesundheit von Arbeitnehmern. Dabei werden auch vermittelnde und moderierende Variablen, wie z. B. Einstellungen untersucht, insbesondere die Salienz von Altersunterschieden (zur Messung siehe Schmidt & Wegge, 2009) oder die Wertschätzung der Altersdiver-

Abbildung: Beschäftigungsfähigkeit nach Ilmarinen und Tempel (2002), Darstellung: Wegge (2011)

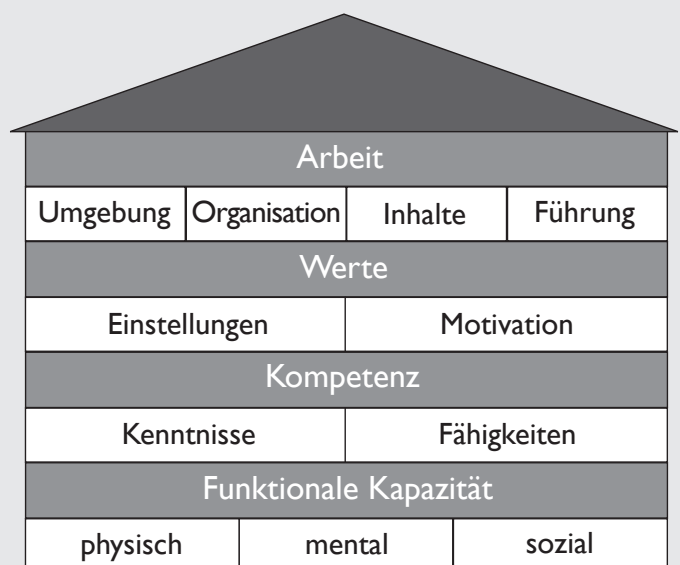
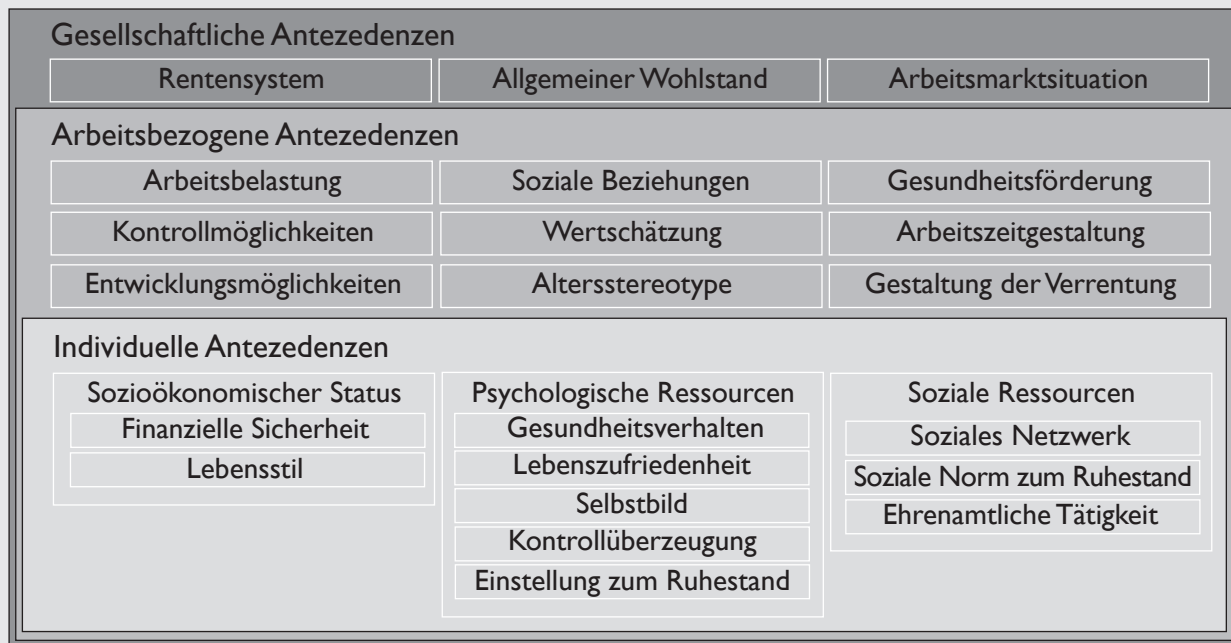


Abbildung: Entscheidungskriterien für den Renteneintritt, Liebermann & Wegge (2010)



sität im Team (zur Messung siehe Wegge et al., 2011). Auf Grundlage verschiedener psychologischer Theorien zur Gruppeneffektivität und zur Gruppenzusammensetzung werden unterschiedliche Zusammenhangsannahmen analysiert.

In drei großen Feldstudien wurden inzwischen Daten von ca. 3.900 Arbeitnehmern aus ca. 500 Arbeitsgruppen im Verwaltungsbereich und der freien Wirtschaft gesammelt, wobei in zwei der drei Untersuchungsfelder (Versorgungsverwaltung, Finanzverwaltung) inzwischen auch längsschnittliche Daten (2 Messzeitpunkte) zum ADIGU-Modell vorliegen. Im dritten Untersuchungsfeld (private Finanzdienstleistung) wurden sowohl demografische Daten als auch Leistungsdaten über insgesamt vier Jahre (2005-2008) erhoben.

Die Ergebnisse zeigen u. a., dass bei der Bearbeitung komplexer Aufgaben langfristig positive Effekte der Altersheterogenität auf

die Leistung ersichtlich sind, wohingegen bei der Bearbeitung von Routineaufgaben mit zunehmender Altersheterogenität gesundheitliche Beeinträchtigungen ansteigen (Wegge, Roth, Neubach, Schmidt, & Kanfer, 2008). Hinsichtlich der vermittelnden Prozesse konnte gezeigt werden, dass sowohl durch die Dauer der Betriebszugehörigkeit (Thies, Wegge, Shemla & Schmidt, submitted) als auch die Verbundenheit gegenüber der Dienststelle (Roth, Wegge, Schmidt & Neubach, 2006) der Zusammenhang zwischen Altersheterogenität und Leistung erklärt werden kann. In aktuellen Daten von 155 Teams aus der Finanzverwaltung (Ries et al., 2010) zeigte sich ferner wie erwartet, dass die Salienz der Alterskategorie und damit zusammenhängende Konflikte für die Auswirkungen der Altersheterogenität verantwortlich sind.

Nicht zuletzt wurde im Rahmen mehrerer Übersichtsbeiträge der gegenwärtige

Stand der Forschung zur Wirkung von Altersdiversität in Arbeitsgruppen dokumentiert (Roth, Wegge & Schmidt, 2007; Wegge & Schmidt, 2009, Wegge, Roth & Schmidt, 2008) und ein Ausblick über mögliche Forschungsfragen gegeben (Wegge, Frieling & Schmidt, 2008).

Eine zentrale Aufgabe der zweiten Förderperiode (2008-2009) war es, ein spezifisches Trainingskonzept für Vorgesetzte zu erarbeiten, das in einem der Felder erprobt und evaluiert werden soll. Das Konzept zur altersdifferenzierten Führung wurde erstellt und inzwischen auch in einem Feld (Finanzverwaltung) umgesetzt, so dass wir Mitte 2011 den Nutzen des Trainings genauer bestimmen können. Weitere Ziele

der noch laufenden dritten Förderphase (2010-2011) bestehen darin, die Generalisierbarkeit der erarbeiteten Erkenntnisse in anderen Arbeitskontexten (z. B. Automobilproduktion) zu prüfen.

Das Adigu-Projekt wird von Prof. Dr. Jürgen Wegge und Prof. Dr. Klaus-Helmut Schmidt (IFADO) gemeinsam realisiert und geleitet.

Arbeits- und Organisationspsychologie-TU Dresden:

<http://www.wop-psychology.de>

Leibniz-Institut für Arbeitsforschung (IFADO) - TU Dortmund:

<http://www.ifado.de/>

Ausgewählte Publikationen zum ADIGU-Projekt

Liebermann, S. & Wegge, J. (2010). Subjektive Gesundheit beim Übergang in den Ruhestand. In S. Hoffmann & S. Müller (Hrsg.), *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention* (S. 167-181). Bern: Huber.

Ries, B. C., Diestel, S., Wegge, J. & Schmidt, K.-H. (2010). Die Rolle von Alterssalienz und Konflikten in Teams als Mediatoren in der Beziehung zwischen Altersheterogenität und Gruppeneffektivität. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 54, 117-130.

Roth, C., Wegge, J. & Schmidt, K.-H. (2007). Konsequenzen des demographischen Wandels für das Management von Humanressourcen in Organisationen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 6, 99-116.

Roth, C., Wegge, J., Schmidt, K.-H. & Neubach, B. (2006). Altersheterogenität als Determinante von Leistung in Arbeitsgruppen der öffentlichen Verwaltung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 60, 266-273.

Schmidt, K.-H. & Wegge, J. (2009). Altersheterogenität in Arbeitsgruppe als Determinante von Gruppenleistung und Gesundheit. In A. Dehmel, H. Kremer, H., N. Schaper, & P. Sloane (Hrsg.), *Bildungsperspektiven in alternden Gesellschaften* (S. 169-183). Frankfurt: Lang.

Thies, M. A., Wegge, J., Shemla, M. & Schmidt, K.-H. (submitted). Effects of diversity on performance in financial service teams: The joint impact of age-, tenure- and gender diversity.

Wegge, J., Frieling, E. & Schmidt, K.-H. (2008). Alter und Arbeit. Themenheft der Zeitschrift *Wirtschaftspsychologie*, (3), Lengerich: Pabst.

Wegge, J., Roth, C. & Schmidt, K.-H. (2008). Eine aktuelle Bilanz der Vor- und Nachteile altersgemischter Teamarbeit. *Wirtschaftspsychologie*, 10, 30-43.

Wegge, J., Roth, C., Neubach, B., Schmidt, K.-H. & Kanfer, R. (2008). Age and gender diversity as determinants of performance and health in a public organization: The role of task complexity and group size. *Journal of Applied Psychology*, 93, 1301-1313.

Wegge, J. & Schmidt, K.-H. (2009). The impact of age diversity in teams on group performance and health. In A. Antoniou, C. L. Cooper, G. P. Chrousos, C. D. Spielberger & M. W. Eysenck (Eds.), *Handbook of managerial behavior and occupational health* (pp. 79-94). Cheltenham Glos, UK: Edward Elgar Publishing.

Wegge, J., Schmidt, K.-H., Liebermann, S. & van Knippenberg, D. (2011). Jung und alt in einem Team? Altersgemischte Teamarbeit erfordert Wertschätzung von Altersdiversität. In P. Gelléri & C. Winter (Hrsg.), *Personalpsychologie als Beitrag zu Berufs- und Unternehmenserfolg. Ansätze, Entwicklungen und Perspektiven* (S. 35-46). Göttingen: Hogrefe.

Kurzbericht aus der Praxis

Dr. med. Rotraut Sawatzki

AG-Leiterin Sächsisches Gesundheitsziel „Aktives Altern“



Aus der demografischen Situation im Freistaat Sachsen, dem ältesten der deutschen Bundesländer, wurde im Frühjahr 2008 die Entwicklung eines Gesundheitsziels initiiert: „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“. Eine der 4 Arbeitsgruppen hatte ihren Schwerpunkt gesetzt auf die Stärkung der Zusammenarbeit und Solidarität von Jung und Alt in den außerfamiliären Beziehungen in unserer Gesellschaft.

Die Folgen der demografischen Entwicklung

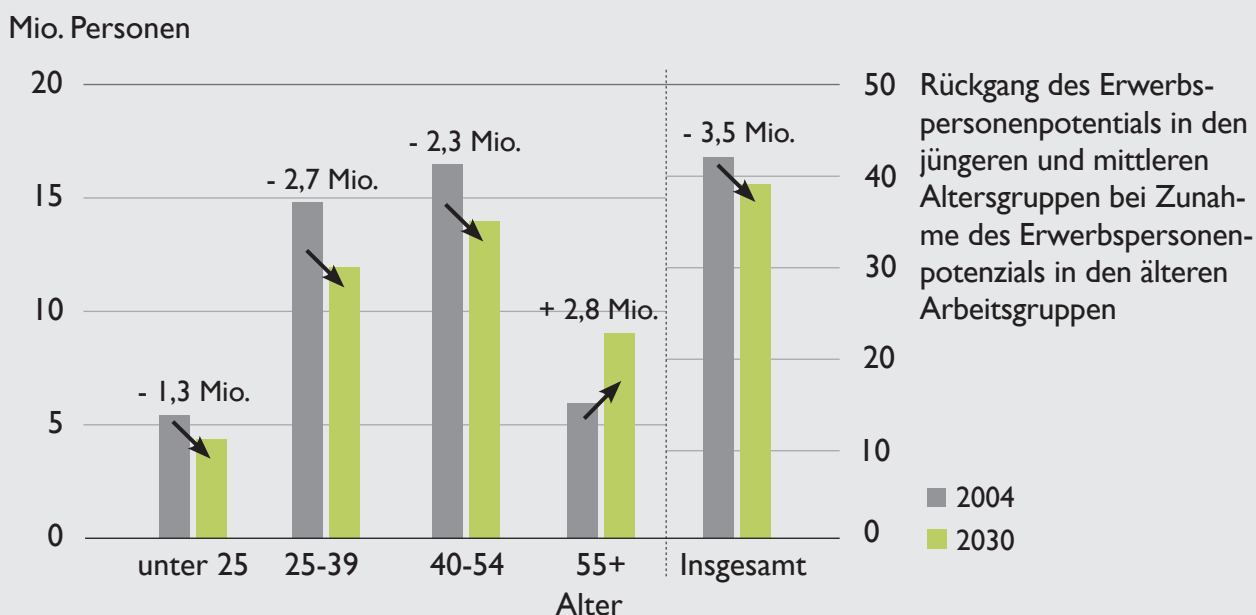
zeigen auch in Sachsen eine Verknappung von Erwerbstätigen und Erwerbsbereiten in den jüngeren und mittleren Altersgruppen bei ständiger Zunahme des Erwerbspersonpotenzials in den älteren Altersgruppen. Eine Prognose zeigt einen Verlust von 5 Mio. Arbeitnehmern zwischen dem 25. und 54. Lebensjahr bis 2030 im Vergleich zu 2004 auf. Die Beschäftigungsgruppe der über 55-Jährigen wird in diesem Zeitraum um 2,8 Mio. ansteigen. Daraus folgt die Notwendigkeit einer Veränderung der Arbeitswelt, hin zu einer Zusammenarbeit der unterschiedlichen Altersgruppen im Unternehmen. Herr Prof. Dr. Wegge hat im Workshop seine Forschungsergebnisse einer solchen altersgemischten Teamarbeit vorgestellt.

Unsere Arbeitsgruppe formulierte die Forderungen an die Unternehmen: betriebliches Umdenken zur Rekrutierung auch älterer Mitarbeiter; alter(n)sgerechte Qualifikations- und Kompetenzentwicklung, altersübergreifende Zusammenarbeit und eine lebensphasengerechte Laufbahngestaltung.

Zu fordern ist ein age diversity management, das bedeutet, die komplementären Ressourcen, Potenziale und Kompetenzen von



Abbildung: Prognos AG, Deutschland Report 2030:
Entwicklung des Erwerbepersonen-potenzials nach Altersgruppen, 2004-2030



Jung und Alt gezielt für das Unternehmen zu identifizieren, zu aktivieren und zum Nutzen des Unternehmens zusammenzuführen.

Diese theoretischen Forderungen sind heute noch sehr schwierig in die Praxis umzusetzen. Kontakte zu einigen größeren Unternehmen zeigten eine mangelnde Sensibilität für dieses Thema, die Angst der Unternehmensleitung vor strukturellen und finanziellen Belastungen bei hohem Wettbewerbsdruck, eine fehlende Einsicht in die Chancen einer generationengerechten Personalpolitik – auf Arbeitgeberseite, aber auch in den Personalvertretungen. Die Mitarbeiter haben häufig Angst vor Strukturwandel und Veränderungen in ihrer Arbeitswelt.

In einem Praxisbeispiel aus einem größeren Dresdner Unternehmen wurden gute Bedingungen zu einer altersgerechten Arbeitsgestaltung vorgestellt: am Arbeitsplatz, zur

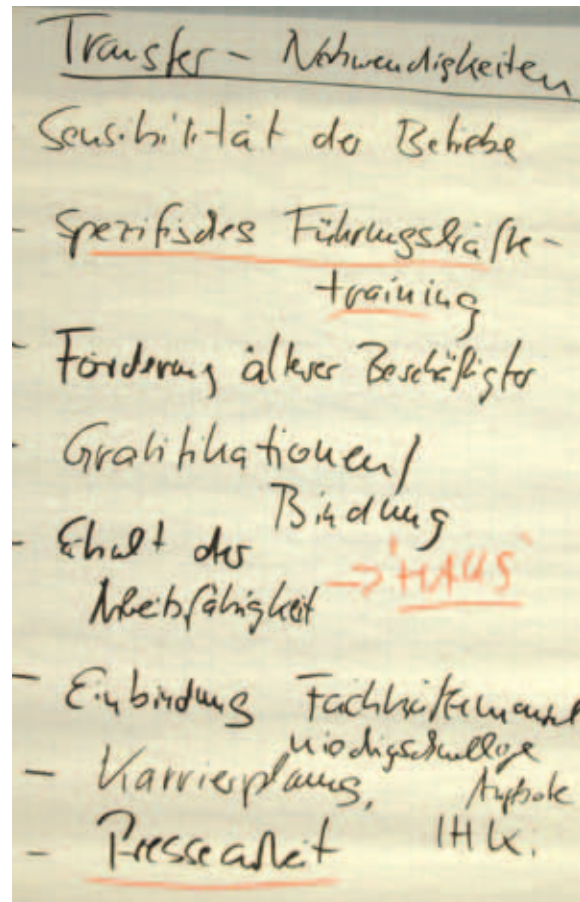
Kompetenzförderung sowie zur Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit älterer Mitarbeiter. Damit ist sicher ein erster Schritt getan.

In der Diskussion mit den Workshopteilnehmern wurde ein Demografiemanagement im weitesten Sinne, der Arbeit in altersheterogenen Arbeitsgruppen als die Chance der Unternehmen gesehen, in der demografischen Situation und Entwicklung im Wettbewerb der Wirtschaft zu bestehen.

Es muss sowohl für große Unternehmen als auch für KMU zunächst eine Sensibilität für ein age diversity management entwickelt werden. Erst wenn die Unternehmensleitung und die Beschäftigten bereit zu den notwendigen Strukturänderungen sind, können Modelle aus dem Unternehmen entstehen, die im Unternehmen verwirklicht werden.

Zentrale Punkte der Diskussion im Workshop I

- altersgemischte Teams haben grundsätzlich nicht bessere Effekte, sondern brauchen gezielte Unterstützung und Führung
- bei komplexen Arbeitsaufgaben lassen sich bessere Effekte in altersgemischten Teams nachweisen, als bei einfacher strukturierten Arbeitsaufgaben
- altersgemischte Teams erfordern spezifische Führungsaufgaben
- Sensibilität für die Frage nach altersgemischten Teams ist in den Unternehmen häufig nicht gegeben, sowohl Unternehmensführung als auch Personalvertretungen sind nicht offen für diesen Ansatz; fehlende Einsicht in die Chancen einer generationengerechten Personalpolitik.
- kleinere Unternehmen haben weniger Diskriminierungsraten als größere Unternehmen.



Ausblick: Was ist aus der Sicht der Workshopteilnehmer zu tun?

- Aufbau von speziellen Führungskräfte-trainings zur Führung altersgemischter Teams als entscheidende Rolle im Gestaltungsprozess altersgerechter Arbeitsgestaltung
- Niedrigschwellige und praxistaugliche Methoden und Zugänge der Umsetzung
- Sensibilisierung von wichtigen Multiplikatoren, z. B. IHK und Mittelstandsvereinigungen
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Verknüpfung des Themas mit anderen für Unternehmen wichtige Themen, z. B. Begegnung des Fachkräftemangels

Workshop 2: Aktiv älter werden im Sozialraum

»Potenziale des Alters im sozialen Nahraum entdecken und nutzen«

Christiane Dumke

apfe - Institut der Evangelischen Fachhochschule Dresden



Anknüpfend an den Fünften Altenbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2005 fragt das Forschungsprojekt „Potenziale im Alter“ nach milieu- und regionalspezifischen Unterschieden in den Lebenslagen und Potenzialen älterer Menschen im Freistaat Sachsen.

Ausgangsannahme dabei ist, dass weder von homogenen Lebenslagen und Lebenswelten der älteren Menschen insgesamt ausgegangen werden kann, noch dass eine einfache Differenzierung älterer Menschen nach individuellen Kriterien wie Lebensalter oder Gesundheit ausreicht, um Schlussfolgerungen hinsichtlich der Frage nach den Potenzialen älterer Menschen in diesen Kontexten ziehen zu können. Zielgruppe dieser Forschung waren deshalb ältere

Menschen (60+), die nicht mehr erwerbstätig, aber auch noch nicht selbst pflegebedürftig sind.

Durch die Projektförderung des Sächsischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst, unter der Projektleitung von Prof. Dr. Ralf Evers und den Mitarbeitern Peggy Lippstreu, Bernhard Wagner und Christiane Dumke bestand in der Förderphase von März 2008 – Juni 2010 die Zielstellung des Projektes darin, Handlungsformen und Förderarrangements institutioneller Akteure mit Elementen bürgerschaftlichen Engagements und Unterstützungsformen sozialer Netzwerke zu verknüpfen.

Einige ausgewählte Forschungsfragen werden vorgestellt:

- Wie sehen und gestalten ältere Menschen ihre Lebenssituation nach Eintritt in den Ruhestand?
- In welchen „sozialen Räumen“ vollzieht sich das Leben im Alter?
- Existieren altersspezifische Potenziale in Sachsen?
- Können Potenziale älterer Menschen gestärkt und gefördert werden und wenn ja, wodurch?

Der methodische Zugang erfolgte mittels unterschiedlicher Instrumente durch:

- verschiedene ExpertInneninterviews zu Fragen des dritten Lebensalters und des möglichen Engagements in dieser Lebensphase
- eine standardisierte Organisationsbefra-

gung bezüglich Art und Umfang freiwilligen Engagements und den damit gemachten Erfahrungen in Vereinen, Verbänden und unterschiedlichen Trägern im Freistaat Sachsen.

■ qualitative Zielgruppeninterviews an drei Standorten im Freistaat Sachsen (ländlich, kleinstädtisch und großstädtisch geprägt)

Ziele hierbei waren es:

■ Hintergrundinformationen zu möglichen spezifischen Potenzialen älterer Menschen im Freistaat Sachsen zu erlangen

■ Quantitative Analysen hinsichtlich der Manifestation der Potenziale älterer Menschen im Kontext freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements durchzuführen

■ Indikatoren zur Beschreibung sozialer Mikromilieus zu gewinnen, milieuspezifische Potenziale sowie deren Wirkbedingungen zu explorieren und zu beschreiben.

Anschließend wurden die gewonnenen Befunde im Zusammenhang zwischen sozialen Milieus und vorgefundenen Potenzialen analysiert und interpretiert:

■ einerseits bezogen auf eine allgemeine Ebene mit generalisierender Perspektive auf mi-

lieuspezifische Potenziale älterer Menschen

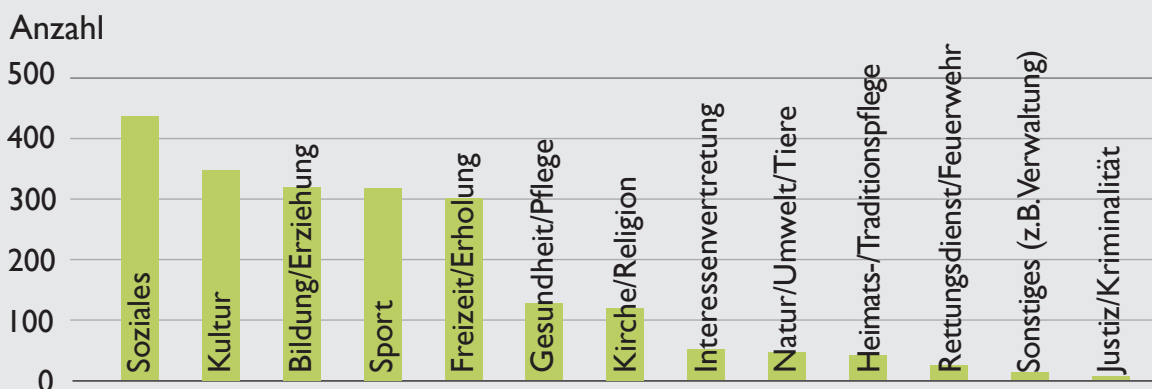
■ andererseits bezogen auf eine konkret raumbezogene Ebene mit der Perspektive auf milieuspezifische Potenziale älterer Menschen in ihren konkreten sozialen Räumen

Von 3.461 verschickten Fragebögen der Organisationsbefragung wurden 1.122 Bögen zurückgeschickt (32,42%), davon waren 1.101 (31,81%) verwertbar. Die Ergebnisse der Organisationsbefragung zeigen, dass die Mehrzahl freiwillig engagierter Bürger im Bereich Soziales, Kultur und Bildung/Erziehung engagiert sind.

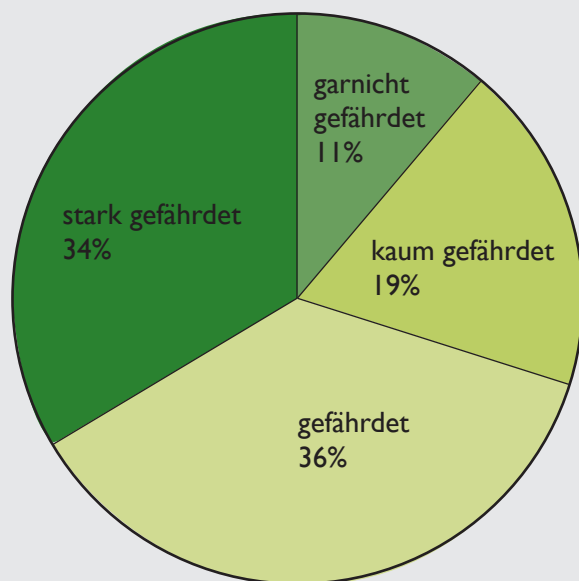
Ältere freiwillig engagierte Menschen sind überdurchschnittlich in persönlichen Hilfeleistungen aktiv. Träger und Vereine schätzen die hohe Motivation, das hohe Fachwissen und die sehr gut anwendbaren Fähigkeiten aus früheren Berufen, die große Lebenserfahrung mit ausgeprägten sozialen Kompetenzen und die zeitliche Flexibilität.

70% der Einrichtungen wären ohne ältere freiwillig engagierte Bürger im Bestand gefährdet.

Abbildung: Ergebnisse der Organisationsbefragung, Darstellung aus dem Beitrag von Christiane Dumke, 21.01.2011



Der Bestand der Organisationen wäre ohne ältere freiwillig engagierte Menschen:



Exemplarische Mikromilieus, die identifiziert werden konnten, waren im kleinstädtischen Sozialraum einerseits ein im Interviewstandort Freiberg analysiertes „bodenständig kirchengebundene Milieu“. Lebenssinn und Motivation für Engagement speisen sich aus Religion und Glauben. Aktivitäten überwiegen deshalb meist im kirchlichen Umfeld, Pflichtbewusstsein und die Motivation, zu helfen, stehen im Vordergrund. Traditionelle Wertorientierungen, Familienwerte, Pflicht- und Akzeptanzwerte sind bedeutend. Ein mittleres bis höheres Bildungsniveau herrscht vor, allerdings mit einem häufigeren Bruch berufsbiografischer Aktivitäten beim Übergang in den Ruhestand. Das „distinktiv akademisches Milieu“ lässt sich beschreiben durch formal hohe Bildungsabschlüsse, eine starke Bildungsorientierung im Berufsleben wie beim Übergang in den Ruhestand. Bil-

dung, Kultur und Interessenvertretung stehen im Vordergrund auch des freiwilligen Engagements. Soziale Netzwerke werden ausgeprägt distinktiv gepflegt, auch über große Entfernungen hinweg. Zur unmittelbaren Nachbarschaft wird oft eine gewisse Distanz aufrecht erhalten. Beim Übergang in den Ruhestand ist eine ausgeprägte Kontinuität feststellbar mit Nutzung berufsbiografisch erworbener Potenziale.

In den beiden Sozialräumen Großstadt Dresden (Stadtteil Gorbitz) und ländlicher Raum Rammenau ist ein bürgerlich konservatives Angestelltenmilieu vorherrschend mit hohen und langfristigen Bindungen an das Dorf oder den Stadtteil. Bis zum Eintritt in den Ruhestand zeigen sich kontinuierliche Erwerbsverläufe, auch über die Wendezeit hinweg. Arbeit zu haben bzw. arbeiten zu können, spielt eine bedeutende Rolle. Es besteht eine hohe soziale Integration in Familie, Nachbarschaft und zu Vereinen und Verbänden (institutionelle Zugehörigkeiten). In Gorbitz ist außerdem ein „prekäres Facharbeitermilieu“ identifizierbar, welches die Transformationen in die Arbeitswelt mit häufigen Wechseln innerhalb der Erwerbsverläufe nur schwer meistern konnte.

Potenziale in städtischen und ländlichen Räumen

Insgesamt gesehen ist eine Annäherung großstädtischer und ländlicher Lebensweisen/ Lebensverhältnisse feststellbar. Durch eine meist gute materielle Sicherheit in diesen Sozialräumen ist eine aktive Gestaltung des 3. Lebensalters nachweisbar.

Im ländlichen Kontext bestehen (noch) häufig

selbstverständlich gelebte soziale Unterstützungsnetzwerke durch Familie und besonders die Nachbarschaft. Krisenerfahrungen und Umbrüche werden persönlich erlebt. Es erfolgte dann eine Phase des Rückzugs und der Neuorientierung, meist in der Familie, in Haus und Hof (eigenem Grund und Boden). Gemeindliche Interessen des Dorfaufbaus durch Förderprogramme, die persönliche und zugehende Ansprache durch die Bürgermeisterin, eigene Interessen der Dorfbewölkerung, trotz Umbrüchen weiter tätig zu sein, gemeindliche Arbeit zum Nutzen aller Bürger und eine intensive Identifikation mit dem Dorf einzubringen, stärkt den Zusammenhalt der Bewohner bis heute.

Identifizierbar sind unter anderem folgende Potenziale:

- Potenziale durch gewachsene Strukturen
- Potenziale durch gewachsene Beziehungen im Sozialraum/Quartier
- Potenziale durch gewachsene Erfahrungen
- Potenziale durch Vernetzung im Intermediärraum

Erfahrungen hinsichtlich Unterstützung und Pflege im Alter sind in fast allen Familien des Dorfes vorhanden, nachbarschaftliche Beziehungen, Vernetzung im Intermediärraum durch institutionelle Zugehörigkeiten wird bejaht, „direkte Pflegehandlungen“ werden verneint. Über das eigene Alter, Altern und Altersbilder bei einem Alter von Mitte Siebzig bis Mitte Achtzig wird sich bei durchweg vorhandener Mobilität im Sozialraum kaum Gedanken gemacht. Bei der Inanspruchnahme von Hilfe ist ein allmählicher Wandel feststellbar, die Menschen „wollen´s nicht noch einmal allein tun“ [pflegen].

Ergebnisse der Forschung „Potenziale im Alter“ konnten hier nur exemplarisch und in gedrängter Form vorgestellt werden. Eine weitere Auswertung und Vertiefung gewonnener Erkenntnisse erscheint sinnvoll. Eine Veröffentlichung des Berichtes ist geplant und in Vorbereitung. Für Anfragen und Auskünfte stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gern zur Verfügung.



»Altwerden in der gewohnten Lebenswelt – Möglichkeiten der Seniorenbegleitung«

Margit Harz

ALTERnativ – Netzwerk älter werdender Menschen in Sachsen



Unser Ziel ist es, die Bedingungen und Möglichkeiten für das Leben und Wohnen der SeniorInnen im Alter innerhalb ihrer gewohnten Lebenswelt weiter zu entwickeln und zu verbessern. Durch Information und Beratung sollen SeniorInnen und deren Angehörige angeregt werden, rechtzeitig die Möglichkeiten zur Sicherung eines altersgerechten Lebensumfeldes wahrzunehmen:

Das Wohnquartier soll als Sozialraum für das Alter wieder entdeckt und wiederbelebt werden. Die Ressourcen der bisherigen Lebenswelt der SeniorInnen sollen bekannt gemacht, gestärkt und ausgebaut werden. Dazu gehören altersgerechte Wohnmöglichkeiten, Infrastruktur (z. B. Nahverkehr, Einkaufsmöglichkeiten, Treff- und Begegnungsorte, Dienstleistungsangebote) sowie vor allem auch die personellen Ressourcen: Verwandte, Freunde, Nachbarn, Bekannte, SeniorenbegleiterInnen usw.

Für die SeniorInnen und deren Angehörige soll eine frühzeitige, vorausschauende Klärung der Wünsche und Möglichkeiten für das Leben im Alter helfen, zu angemessenen und nachhaltigen Lösungen zu kommen.

In Kooperation mit ggf. im Stadtteil bereits aktiven SeniorInnen soll ein personenbezogen nutzbares Unterstützungssystem geplant und organisiert werden. Im Zusammenwirken mit professionellen Hilfsangeboten sowie unterstützungsbereiten Helfern soll ein stabiles Begleit- und Betreuungsnetz im Quartier entstehen.

Das Projekt „Alt werden in der gewohnten Lebenswelt“ bietet so dem älter werdenden Menschen eine vielfältige Plattform der Selbsthilfe.

Dieses Projekt baut auf die langjährigen Erfahrungen unseres Vereines, dass die Erhaltung der Selbstständigkeit ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil der Lebensqualität bis ins hohe Alter ist. Gespräche und Teilnahme am öffentlichen Leben fördern das physische und psychische Wohlbefinden im Alter. Ältere Menschen haben den Wunsch, so lange wie möglich in gewohnter Umgebung zu bleiben und bedürfen dabei der Unterstützung.

Ambulante Pflegedienste sichern die medizinische Grundversorgung und sind dabei auch für einen sehr kurzen Zeitraum ein Ansprechpartner und Zuhörer. Aber die darüber hinausgehenden menschlichen Bedürfnisse nach Kommunikation, Teilnahme am öffentlichen Leben werden damit nicht abgedeckt.

Die Familie ist ein wichtiger Teil in einem Netzwerk der Betreuung von älteren Menschen. Aber auch diese kann manchmal nur bis zu einem bestimmten Punkt unterstützend eingreifen. Hier führen eher räumliche und zeitliche Veränderungen in den jeweiligen Lebenssituationen verstärkt zu familiären Konflikten:

Kinder: „Wir kümmern uns zu selten um unsere Eltern.“ → schlechtes Gewissen, Druck, Eile;

Eltern: „Die Kinder haben schon genug um die Ohren – Arbeit, Kinder und jetzt noch ich!“ → lehnen dadurch Hilfe ab, bzw. sprechen nicht über ihre Bedürfnisse und Wünsche.

Unsere SeniorenbegleiterInnen erleben die Senioren unvoreingenommen in den jeweiligen Lebensumständen und können mit diesen gemeinsam die vorhandenen oder zu entwickelnden Ressourcen herausarbeiten und nutzen. Sie können zusammen ein Betreuungsnetz aufbauen, das bis hin zu einem Notfallplan, den Bedürfnissen der SeniorInnen entspricht.

Wir sind:

- ein Verein, der seit Oktober 1999 besteht und
- zur Befähigung von SeniorenbegleiterInnen ein Weiterbildungsprogramm entwickelt hat.
- Menschen, die sich mit dem Alter und dem Alt werden befassen und
- gemeinsam nach Alternativen zur derzeit gängigen Gestaltung des Lebens im Alter suchen und
- bei deren Umsetzung helfen.

Wir wollen:

- dazu beitragen, dass Menschen in Würde alt werden können,
- ältere Menschen zur Wahrnehmung ihrer Interessen und Möglichkeiten befähigen,
- Selbstbestimmung und Lebensqualität so lange wie möglich erhalten,
- das Verständnis zwischen den Generationen und
- das Ansehen der Altenarbeit in der Öffentlichkeit fördern.

Wir bieten:

Für Seniorinnen und Senioren und deren Angehörige

- Beratung,
 - Vermittlung von SeniorenbegleiterInnen.
- Für Interessenten an der Arbeit mit SeniorInnen
- Grundkurs Weiterbildung zur/zum SeniorenbegleiterIn,
 - Beratung,
 - Vermittlung (von zu betreuenden SeniorInnen),
 - aktive Teilnahme an Projekten im Verein,
 - Unterstützung durch Themenabende, Praxisberatungen und Aufbauangebote.

Unser Grundkurs „Weiterbildung zur/zum SeniorenbegleiterIn“

1. Werbung der TeilnehmerInnen (Presse, Internet, Handzettel, Mundpropaganda, usw.)
 2. Informationsabend
 3. Weiterbildungsseminar mit 60 Stunden im Bausteinsystem
- Leben im Alter – persönliche Bilder gerontologische Grundlagen
 - Lebensgestaltung im Alter
 - Kommunikation Einführung

- Grundlagen der Pflege
 - Pflegeversicherung und praktische Hilfen
 - Sicherung des Pflegenetzes/ Reaktionen im Notfall
 - Loslassen und Abschied nehmen
 - Umgang mit Sterben und Tod, Sterbebegleitung
 - Patientenverfügung, Vorsorge- und Betreuungsvollmacht
 - Eigene Trauer und Trauerbegleitung
 - Verwirrtheit im Alter, Demenz
 - Seniorenbegleitung in der Praxis/Versicherungsfragen
4. Praxiserprobung
 5. Dokumentation der Seniorenbegleitung
 6. Abschlussgespräche, Zertifikat
 7. Vermittlung und Begleitung von Senioren
 8. Praxisberatung

Zielgruppe:

Frauen und Männer zwischen 18 und 70 Jahren, mit den unterschiedlichsten Hintergründen: Pflegefälle in der Familie, eigene „Alters“-Vorsorge, Weiterbildung oder Veränderung in der beruflichen Entwicklung, Vorbereitung auf Selbstständigkeit, bzw. Ehrenamt, u. v. a. m.

Referenten:

Sozialpädagogen, Erwachsenenausbilder, Theologe, Supervisor

Stand 2010:

20 Kurse (Dresden, Leipzig, Pirna, Radebeul, usw.) und ca. 300 SeniorenbegleiterInnen

Einsatzmöglichkeiten als Seniorenbegleiterinnen - Beispiele:

- Lebens-/Freizeitgestaltung

- Teilnahme am öffentlichen Leben (Besuch von kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, usw.)
- Individuelle Aktivitäten (aktive Bewegung, Ausflüge, usw.)
- Lebenserinnerungen (Fotos sortieren, Biografie aufschreiben)
- Unterstützung im Alltag: Organisation, Begleitung, alltägliche Hilfen (z.B. gemeinsame Gartenarbeiten), Beratung und Kontakte
- Auskünfte und Informationsbeschaffung
- Streitschlichtung, Mediation (z. B. zwischen Angehörigen oder Nachbarn)
- Aufbau eines Betreuungsnetzes – Notfallplan

Die gesamten Angebote, z. B. nach Lebenslage oder nach Anbieter sortiert, finden Sie auf unserer Web-Seite: www.alternativ-sachsen.de unter Vermittlung.

Wichtig ist aber auch, dass jeder Mensch sich rechtzeitig mit dem Älter werden beschäftigt und selbst ein soziales Netzwerk aufbaut, dass aus Verwandten, Bekannten, Freunden und Nachbarn, oder auch Vereinstätigkeit bestehen kann. Dabei ist natürlich auch das Wohnumfeld zu beachten und dass jeder sich rechtzeitig über Unterstützungs- und Betreuungsangebote bzw. Treff- und Begegnungsorte, u. a. informiert.

„Es kommt nicht darauf an, wie alt man wird, sondern wie man alt wird.“

Werner Mitsch

Zentrale Punkte der Diskussion im Workshop 2

Sozialraum im Wandel

Der Sozialraum von Senioren beinhaltet alle sozialen Netzwerke wie Familie, Nachbarschaft, Dorfgemeinschaft / Wohngebiet etc. Der Großteil von Senioren hat den Wunsch, im eigenen häuslichen Umfeld alt zu werden. Dies stellt die ambulante Pflegesituation vor neue Herausforderungen und zeigt die Notwendigkeit auf, in den jeweiligen Sozialräumen kleinräumig Sozialangebote zur Verfügung zu stellen. Diese Entwicklung sollte gemeinsam mit möglichen beteiligten Praxispartnern vorangebracht werden (z. B. Kommunen, Wohnungsgenossenschaften, Wohlfahrtsverbände, Pflegedienste, Vereine).

Einbindung ländlicher Regionen

Es gibt große Unterschiede zwischen den Herausforderungen eines gesunden und aktiven Alterns im ländlichen und städtischen Bereich. Auf dem Land ist beispielsweise die Schwelle, Hilfe anzunehmen, größer. Es besteht ein Hemmnis, sich einzugestehen, dass man Unterstützung benötigt und die Versorgung durch die Familie allein nicht mehr sichergestellt werden kann, wodurch das Problem erst spät nach außen gelangt. Hilfe anzunehmen fällt oft schwer, selbstverständlicher dagegen ist es, Unterstützung zu geben. Hinzu kommen oft Probleme der fehlenden Infrastruktur, Mobilität, Versorgungsengpässe und Vereinsamung. Dagegen ist zwar in der Stadt die Infrastruktur gut ausgebaut, aber hier ist

die Gefahr der Vereinsamung größer als in den ländlichen Regionen, in denen soziale Netzwerke, auch außerhalb der eigenen Familie bzw. die Sorge/Verantwortung füreinander eine wesentliche Rolle spielen. Für Stadt und Land müssen daher spezifische, den unterschiedlichen Bedingungen angepasste Lösungen gefunden werden. Rollende Geschäfte, Arztpraxen, der Ausbau von mobilen Diensten, z. B. Mitfahrdienste in und aus der Stadt, persönliche Ansprache der Menschen durch Seniorenbegleiter, rotierende Treffen in Privathäusern sowie die Verbesserung des Öffentlichen Personennahverkehrs sind hier als praxisnahe Vorschläge zu nennen.

Eigenverantwortung und Mitverantwortlichkeit

Im Prozess einer älter werdenden Gesellschaft steht die Politik in der Verantwortung, entsprechende strukturelle und finanzielle Bedingungen zu schaffen. Gleichzeitig ist für das Finden von kreativen Lösungen neben Staat und Kommune auch jeder Einzelne gefragt. In der Stärkung der Eigenverantwortung und dem Einbringen von persönlichen Potenzialen liegt eine große Chance. Diese kann durch Förderung von Eigeninitiativen und Nachbarschaftshilfen sowie Einbeziehung von Senioren als „Experten in eigener Sache“ umgesetzt werden. Der 4., 5. und 6. Altenhilfebericht benannte auch das Ziel, mitverantwortlich zu leben und MITverantwortung zu

übernehmen. Diese „Kultur des Helfens“ kann noch unterstützt werden durch die Schaffung positiver Voraussetzungen für das Ent- und Bestehen sozialer Netzwerke und nachhaltiger Beziehungen. Diese Aufgaben und Herausforderungen sind nicht

allein Zukunftsaufgaben, sondern müssen jetzt angegangen werden und erfordern das Mitwirken aller Beteiligten, denn das Netzwerk von älter werdenden Menschen sind WIR ALLE – es beginnt bei uns selbst.

GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
WANDERHAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK

Workshop 3: Wohlbefinden und psychische Gesundheit älterer Menschen

»Lebensqualität und psychosoziale Ressourcen«

Prof. Dr. Gesine Grande

HTWK Leipzig, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften



„Es gibt nichts Komisches am Altern. Außer für die anderen. Aber für einen selbst ist es bloß tragisch. Man nähert sich dem Tod. Der Körper funktioniert nicht mehr richtig. Die Augen werden schlecht. Sehen Sie, wie dämlich ich mich immer zu Ihnen rüberbeuge? Das sind die schlechten Ohren! Das Koordinationsvermögen lässt nach. Ich kann nicht mehr den Frauen hinterherjagen, wie ich es früher getan habe, nicht mehr den Sport machen, den ich trieb, als ich jung war. Kurz: Das Lebensende schwebt über Ihnen.“

Interview mit Woody Allen (70), Süddeutsche Zeitung Magazin, 4.11.2006

Lebensqualität ist ein komplexes Konstrukt. Gesundheit stellt den wichtigsten Lebensbereich in der Gruppe der über

60-jährigen Deutschen dar (Spangenberg et al., 2010). Dies gilt gleichermaßen für Frauen und für Männer, obwohl Männer sich insgesamt weniger stark von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen fühlen (z. B. Kohler & Ziese, 2004). Während die Bedeutung einiger Lebensbereiche wie Beruf und Arbeit oder Freizeit mit dem Alter abnimmt, werden andere wie Gesundheit und Familie sogar noch wichtiger.

Eine schlechte Gesundheit wird vor allen anderen widrigen Lebensbedingungen als entscheidender Faktor für Einbußen in der Lebensqualität im Alter eingeschätzt, andererseits kann ein guter Gesundheitszustand neben sozialen Beziehungen und sozialen Aktivitäten die Lebensqualität auch fördern (Gabriel & Bowling, 2004). Tatsächlich nehmen nicht nur gesundheitliche Probleme mit dem Alter zu, sondern analog auch die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ab (Spangenberg et al., 2010, Beutel et al., 2010). Interessanterweise bleiben andere Bereiche der Lebensqualität und auch das psychische Wohlbefinden im Alter jedoch lange auf hohem Niveau stabil (z. B. Kruse 1999, Statistisches Bundesamt, 2005, Böhm et al., 2009).

Folgt man einem erweiterten Verständnis von Gesundheit wie z. B. von Kruse vorgeschlagen (vgl. Abbildung S. 50), wird deutlich, dass neben den unmittelbaren gesundheitlichen Problemen andere Dimensionen, wie die funktionale Leistungsfähigkeit, die

Abbildung: Aspekte eines erweiterten Verständnisses von Gesundheit (Kruse, 1999)

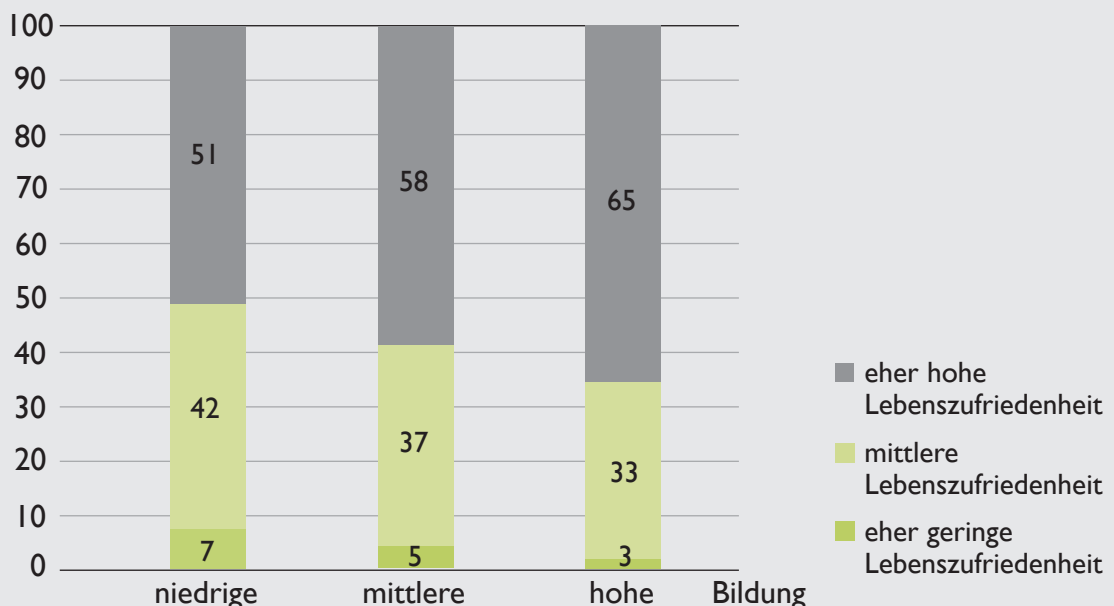
Aspekte eines erweiterten Verständnisses von Gesundheit	
Krankheiten	Körperliche und seelische Erkrankungen
Funktionelle Leistungsfähigkeit	Körperliche und seelisches Wohlbefinden
	Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
	Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
	Selbstständigkeit im Alltag
	Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung
Psychosoziale Ressourcen und Kompetenzen	Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen
	Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger Beziehungen
	Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten
	Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibenden Einschränkungen und Verluste
	Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

Selbstständigkeit im Alltag und die psychischen und sozialen Ressourcen die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden mitbestimmen (Kruse, 1999).

Ein erweitertes Gesundheitsmodell trägt auch zum Verständnis der anhaltend hohen Lebenszufriedenheit der meisten Men-

schen im Alter bei. Offensichtlich werden viele Lebensbereiche weiterhin mit hoher Zufriedenheit erlebt. Darüber hinaus spielen gute Ressourcen und die Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen sowie zur Kompensation von Verlusten eine wichtige Rolle für die Erhaltung der Lebensqualität im Alter.

Abbildung: Lebenszufriedenheit im Alter und Bildung (in Prozent) (Deutscher Alterssurvey, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2008)



GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION & WANDERAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS & AUSBLICK

Beutel und Kollegen beschreiben an einer repräsentativen Stichprobe Faktoren wie Selbstwertgefühl, Resilienz, Partnerschaft und Einkommen als wichtige Prädiktoren der Lebensqualität von über 65-Jährigen (Beutel et al., 2010).

Es ist gut belegt, dass der sozioökonomische Status auch im Alter einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität nimmt. So sind höher gebildete Menschen deutlich zufriedener als Menschen mit einem niedrigen Bildungshintergrund, sie verhalten sich gesundheitsbewusster, haben weniger Gesundheitsprobleme und eine höhere Lebenserwartung.

Eine weitere wichtige Ressource für ein gesundes Älterwerden stellt die soziale Integration eines Menschen dar. Das Vorhandensein einer festen Partnerschaft, aber auch gute Kontakte zu den eigenen Kindern beugen der sozialen und emotionalen Einsamkeit vor. Die meisten Älteren geben an, vom eigenen Partner/von der eigenen Partnerin und der Familie emotional unterstützt zu werden. Außerdem kann sich jede dritte ältere Person darauf verlassen, von Freunden und Nachbarn in Krisensituationen Unterstützung zu erfahren. Je älter die Menschen werden, desto weniger werden jedoch auch diese Quellen der Unterstützung (Motel-Klingebiel et al., 2010). Besonders gefährdet für emotionale Einsamkeit sind ältere verwitwete Menschen ohne Partner oder Partnerin. Soziale Teilhabe bzw. Integration stellen einen Schutzfaktor für soziale und emotionale Einsamkeit und

damit auch für Depressivität im Alter dar. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Lebensqualität der Älteren in Deutschland hoch ist, auch im internationalen Vergleich. Psychische und soziale Ressourcen spielen eine erhebliche Rolle für die Erhaltung der Lebensqualität und des Wohlbefindens und damit für ein gesundes Älterwerden. Dennoch lassen sich große interindividuelle Unterschiede, abhängig von sozioökonomischem Status, Partnerschaftsstatus, biographischen Faktoren, erkennen. Diese erfordern zielgruppenspezifische Ansätze zur Gesundheitsförderung in psychosozial gefährdeten Gruppen.

Literatur

- Beutel, M., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H. & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 32-39.
- Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin.
- Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004) Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24, 675–691.
- Motel-Klingebiel, A., Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2010). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ellert, U., Lampert, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8 – Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 12 (48), 1330–1337.
- Kohler, M. & Ziese, T. (2004). Telefonischer Gesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. RKI, Berlin.
- Kruse (1999). Gesundheit im Alter. RKI (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 10).
- Spangenberg, L., Brähler, E., Glaesmer, H., Henrich, G. & Herschbach, P. (2010). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der FLZM für über 60-jährige Deutsche. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 244–256.
- Statistisches Bundesamt (2004). Telefonischer Gesundheitsurvey 2003. online verfügbar: www.gbe-bund.de
- Statistisches Bundesamt (2005). Mikrozensus 2005. online verfügbar: <http://www.destatis.de>

»Gesundheitsförderung bei älteren Erwerbslosen - ‚Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)‘«

**Katrin Rothländer und
Susann Mühlpfordt,**
TU Dresden, Arbeits- und
Organisationspsychologie

I. Gesundheitszustand von älteren Erwerbslosen

Empirische Befunde zum Gesundheitszustand von älteren Erwerbslosen in Deutschland sind rar gesät. Das grundsätzlich bei Erwerbslosen erhöhte Gesundheitsrisiko steigt mit zunehmendem Alter leicht an (Hollederer, 2003) und wird ab 50 Jahren zum Beschäftigungsrisiko (Haan & Myck, 2009). Die Chancen für diese Altersgruppe, in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren, sind angesichts einer nach wie vor verbreiteten altersdiskriminierenden Personalpolitik (Brussig, 2005) geringer als für jüngere Erwerbslose. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Folgen von Erwerbslosigkeit bis in die

Zeit des Ruhestands hineinreichen: Entsprechend ist die Lebenserwartung ab 65 Jahren bei den Personen am höchsten, die weder Anrechnungszeiten für Erwerbslosigkeit noch für Krankheit in den Rentendaten aufweisen (Scholz & Schulz, 2007).

In internationalen Meta-Analysen (z. B. Paul & Moser, 2009) sind keine (linearen) Alterseffekte auf die Gesundheit von Erwerbslosen nachweisbar. Bei älteren wie jüngeren Erwerbslosen dominieren psychische Beschwerden aus dem depressiven Formenkreis. In eigenen Erhebungen haben wir 1045 Erwerbslose aus Sachsen zu ihren gesundheitlichen Beschwerden befragt, wobei zwischen körperlichen, psychischen und sozial-kommunikativen Beschwerden differenziert wurde. Die häufigsten Nennungen waren: sich unausgeruht/müde fühlen (64%), sich sehr lange mit Enttäuschungen beschäftigen (63%), Kreuz- oder Rückenschmerzen (59%), Mattigkeit (53%), das Gefühl verspüren, dass einem die Schwierigkeiten über den Kopf wachsen (52%). Ein Vergleich der Antwortmuster



von Erwerbslosen unter 50 Jahren und Erwerbslosen ab 50 Jahren zeigte lediglich für die Aussage „Enttäuschungen beschäftigten mich sehr lange“ einen bedeutsamen Unterschied zu Ungunsten der älteren Erwerbslosen. Dies widerspricht der These von Kunzmann, Little und Smith (2000), nach der ältere Erwerbslose Enttäuschungen besser akzeptieren und positiven Affekt eher maximieren können als jüngere Erwerbslose. Mit anderen Worten führt eine größere Lebenserfahrung nicht zwangsläufig zur Ausprägung konstruktiver Verarbeitungsstrategien.

2. Erklärungsmodelle

Verschiedene Theorien versuchen den Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit zu erklären. Die Theorie der psychischen Deprivation (Jahoda, 1983) stellt heraus, dass Erwerbsarbeit neben der manifesten Funktion des Gelderwerbs auch verschiedene latente Funktionen besitzt, die bei Erwerbslosigkeit entfallen: Zeitstruktur, Sozialkontakte, Teilhabe an kollektiven Zielen, Status/ Identität, regelmäßige Tätigkeit/ Aktivität. Die Agency-Theorie (Fryer & Payne, 1984) hingegen betont, dass Erwerbslose diesen äußeren Bedingungen nicht passiv ausgeliefert sind, sondern interne Regulationsstrategien nutzen, um ihre Lebenssituation trotz Erwerbslosigkeit bestmöglich zu gestalten. Das Modell der sozialen Stigmatisierung (Goffman, 1967) schließlich rückt die sozialen Rahmenbedingungen, auf die Erwerbslose treffen, in den Mittelpunkt. Demnach wird Erwerbslosigkeit negativ definiert, mit weiteren Eigenschaften assoziiert, die ob-

jektiv nichts mit Erwerbslosigkeit zu tun haben und zum bestimmenden Status der jeweiligen Person werden. Erwerbslose übernehmen schließlich diese Negativ-Bewertungen und zeigen ein erwartungskonformes Verhalten.

3. Das psycho-soziale Training AktivA

Das AktivA-Training stellt eine Kombination bewährter kognitiv-behavioraler Techniken und Programme dar, die auf den Alltag von Erwerbslosen übertragen werden. Insgesamt hat das AktivA-Training einen zeitlichen Umfang von 24 Stunden, in denen die folgenden Themen behandelt werden: 1. Aktivitätenplanung, 2. Konstruktives Denken, 3. Soziale Kompetenzen und soziale Unterstützung sowie 4. Systematisches Problemlösen (für eine nähere Beschreibung siehe Rothländer, 2009). Dabei wird auf eine Vielfalt unterschiedlicher Methoden, wie Wissensvermittlung, Selbstreflexion, Erfahrungsaustausch, Rollenspiel und Gruppendiskussionen zurückgegriffen. Das im Rahmen des Sächsischen Gesundheitsziels „Gesundheitsförderung für Arbeitslose“ geförderte Programm wird vorwiegend über die Schulung von Multiplikatoren aus der Erwerbslosenarbeit in die Breite getragen.

4. Evaluation der Wirksamkeit von AktivA bei älteren Erwerbslosen

Die Wirksamkeit des AktivA-Programms wurde an einer Stichprobe von 370 älteren Erwerbslosen (ab 50 Jahren) untersucht, die im Trainingszeitraum überwiegend Arbeitslosengeld-II bezogen. Selbstberichtete gesundheitliche Beschwerden (KÖPS,

Manz, 1998) wurden jeweils vor dem Training, unmittelbar nach dem Training sowie drei Monate später erhoben. Eine Kontrollgruppe ohne Trainingsteilnahme wurde zu denselben Zeitpunkten befragt. Beide Gruppen sind hinsichtlich der erhobenen soziodemografischen Merkmale vergleichbar: Die UntersuchungsteilnehmerInnen sind im Durchschnitt 54 Jahre alt, zum dritten Mal erwerbslos und dies zuletzt seit 3 Jahren. Mehr als 90% weisen einen Berufsabschluss auf. Der Anteil der Frauen liegt bei gut 60%.

Wie die Auswertung der Fragebogendaten zeigt, bewirkt die Teilnahme älterer Erwerbsloser an AktivA eine signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie tendenziell der sozial-kommunikativen Gesundheit. Dies ist vor allem in Anbetracht der kurzen Trainingsdauer bemerkenswert. Zwar verringern sich die Abstände der Interventions- zur Kontrollgruppe zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt wieder, jedoch bleiben die Beschwerden der Interventionsgruppe immer noch niedriger als vor dem Training.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das Alter der TeilnehmerInnen per se kein Indikator für eine bessere oder schlechtere Bewältigung von Arbeitslosigkeit darstellt. Es gilt daher vielmehr, lebensphasenspezifische Anforderungen zu identifizieren und die TeilnehmerInnen bedarfsbezogen zu unterstützen. Bei Älteren ist die Anerkennung der Lebensleistung eine wichtige Determinante. Hier sind das Sichtbarmachen von Erfahrungen, Kompetenzen und (Lebens-)Zielen sowie positive Verstärkung

von besonderer Bedeutung. Die erfolgreiche Teilnahme an AktivA zeigt nicht zuletzt: Ältere Erwerbslose sind lernfähig und offen für Neues – auch für psychosoziale Gesundheitsförderung!

Literatur

- Brussig, M. (2005). Die „Nachfrageseite des Arbeitsmarktes“: Betriebe und die Beschäftigung Älterer im Licht des IAB-Betriebspanels 2002. IAT-Altersübergangsreport 2005-02. Gelsenkirchen: IAT.
- Fryer, D. M. & Payne, R.L. (1984). Pro-active behaviour in unemployment: Findings and implications. *Leisure Studies*, 3, 273-295.
- Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Haan, P. & Myck, M. (2009). Dynamics of poor health and non-employment. Discussion Paper No. 4154. Bonn: IZA.
- Hollederer, A. (2003). The Health Status of the Unemployed in German Unemployment Statistics. *IAB Topics*, 54. Nürnberg: IAB.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and Unemployment. A social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kunzmann, U., Little, T. D. & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.
- Manz, R. (2001). Fragebogen für körperliche, psychische und soziale Symptome (KÖPS). Frankfurt: Swets.
- Paul, K.I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.
- Rothländer, K. (2009). Training psycho-sozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA. In A. Holleder (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! (S. 155-167)*. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Scholz, R. & Schulz, A. (2007). Haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit einen Einfluss auf die Lebenserwartung? Diskussionspapier No. 18. Rostock: Rostocker Zentrum zur Erforschung des demografischen Wandels.

Wissenschaftliche Begleitung gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Foerderkennzeichen: 01EL0709)

Zentrale Punkte der Diskussion im Workshop 3

Problematisch ist der Zugang zu den am meisten gefährdeten Zielgruppen. Beispielsweise deuten extrem niedrige Wahlbeteiligungen in sozial schwachen Stadtteilen, wie beispielsweise dem Leipziger Osten, darauf hin, dass auch das Interesse für Gesundheit/Gesundheitsförderung und damit verbundenen Aktivitäten eher mäßig ausgeprägt sind.

Vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit und assoziierte Altersbilder haben Medien einen wichtigen Einfluss. Medien können Altersbilder verändern und das Interesse an verschiedenen Teilthemen verstärken. Daher sollte das Ziel verfolgt werden, dass Interesse der Medien für die Themen psychische Gesundheit älterer Menschen zu wecken.

Wichtig ist es darüber hinaus, Lernen als lebensbegleitender Prozess im Alter didaktisch besser zu gestalten. Insbesondere für bildungsfernere Ältere sollten zielgruppengerechtere Informationen und Bildungsmodelle entstehen. Zum Beispiel belegen Teilnehmer an AktivA-Trainings, dass v. a. die jungen Alten sehr lernbegeistert und offen für psychosoziale Teilnehmer sind.

Fazit insgesamt: Gesundheit braucht Bildung und Bildung braucht Gesundheit. Vor allem auch für die Zielgruppe der Älteren, da Bildung immer noch zu wenig als ein lebenslanger Prozess verstanden wird. Gleichzeitig sollte auch Gesundheitsförderung ein lebenslaufbezogener Prozess sein und nicht erst im Alter ansetzen.

Workshop 4: Fokus pflegender Angehöriger - Die vergessene Mehrheit

»Ausgangslage und empirische Grundlagen«

Lissy Nitsche-Neumann

Dipl.-Pflegerin (FH), wiss. MA am Deutschen Institut für Gesundheitsforschung gGmbH



Im Jahre 2007 wurden in Deutschland 46%, von insgesamt 2,25 Millionen Pflegebedürftigen nach SGB XI, allein durch Angehörige zu Hause versorgt. Die Alterung im Rahmen des demografischen Wandels stellt insbesondere Sachsen vor enorme Herausforderungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Sachsen verzeichnet die höchste Altenquote bundesweit. Von knapp 127.000 Pflegebedürftigen in Sachsen wurden 66% zu Hause und davon 40% allein durch Angehörige versorgt. Sowohl stationäre Versorgungen verzeichnen eine zunehmende Tendenz als auch häusliche Versorgungen mit einer Zunahme von 5% in den letzten fünf Jahren.

Ein Hilfs- und Unterstützungsbedarf eines

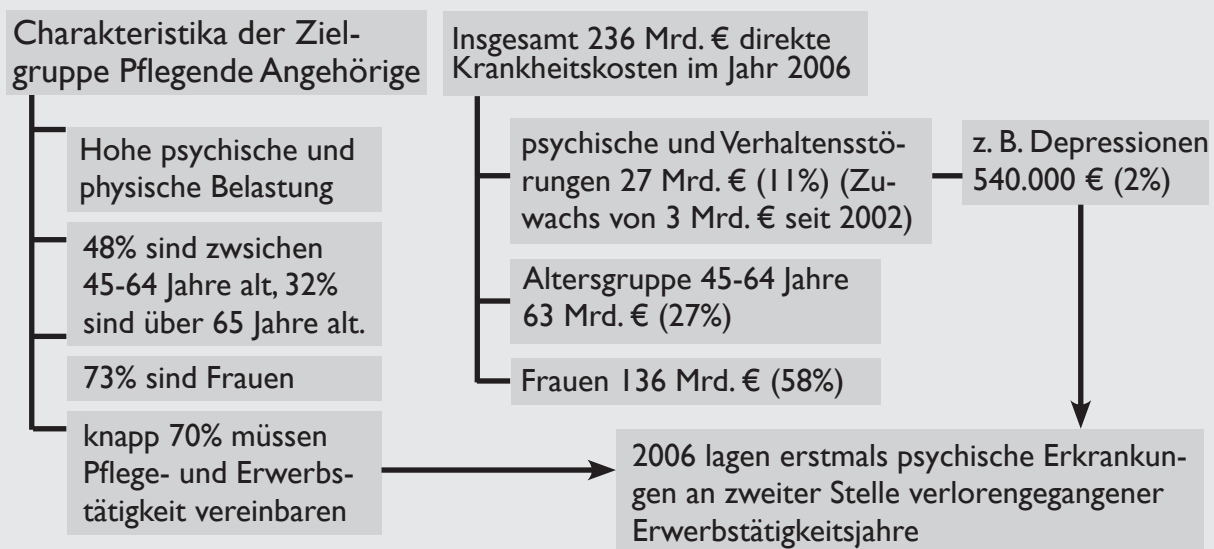
Pflegebedürftigen welcher durch Angehörige in der Familie gedeckt wird, stellt nicht länger eine Ausnahme dar. Vielmehr ist es zu einem kalkulierbaren, erwartbaren Ereignis geworden. Die Familie gilt, bei ungebrochen hoher Pflegebereitschaft, noch immer als größte und leistungsfähigste „Pflegeinstitution“. Die Rolle der Pflegeperson wird primär in der Familie definiert. Dabei ist der Ehepartner der wichtigste Helfer. Frauen dominieren mit über 70% bei den Übernahmen häuslicher pflegeunterstützenden Leistungen. Beispielsweise werden knapp 40% der Männer im Alter zwischen 65 - 79 Jahren von ihren Ehefrauen gepflegt, während der Anteil der Frauen derselben Altersgruppe, die durch ihre Ehemänner gepflegt werden, nur 22% beträgt. 48% der Hauptpflegepersonen sind zwischen 45 - 64 Jahre alt und 32% sind über 65 Jahre alt. Knapp 70% der pflegeunterstützenden Angehörigen müssen Pflege und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren. Dabei treten vielfältige Interessenskonflikte auf. Während die Betroffenen so lange wie möglich im vertrauten Umfeld leben möchten, müssen die Angehörigen hingegen eine Balance zwischen ihren eigenen Bedürfnissen wie Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Kindererziehung und Freizeit herstellen. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit durchaus verbessert. Doch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Grad der Erwerbsbeteiligung eng mit dem Ausmaß an notwendiger

Unterstützung sowie dem individuellen Belastungserleben korreliert; je intensiver das Ausmaß an Pflegeleistung ist, umso weniger Ressourcen stehen einer Erwerbsbeteiligung zur Verfügung und die Erwerbsbeteiligung wird eingeschränkt oder aufgegeben. Pflegenden Angehörigen, die sich um Hilfebedürftige ohne Demenzerkrankung kümmern, sind z.B. in einem höheren Umfang (31%) erwerbstätig gegenüber der Gruppe von pflegenden Angehörigen, die eine an Demenz erkrankte Person betreuen (25%). Eine Pflegeübernahme sowie das Fortsetzen der Erwerbstätigkeit ist auch vom sozialen Status und Bildungsniveau abhängig. Allgemein kann festgehalten werden, je niedriger das Bildungsniveau umso mehr wird die Erwerbsbeteiligung eingeschränkt oder aufgegeben. Bemerkenswert ist, dass in Ostdeutschland mit 31% deutlich mehr pflegende Angehörige mit mindestens 30 Stunden pro Woche beschäftigt sind als in Westdeutschland, wo dies lediglich für 11% der pflegenden Angehörigen zutrifft. Zu-

künftig muss mit abnehmendem Pflegepotenzial gerechnet werden. Eine Zunahme an erwerbstätigen pflegeunterstützenden Angehörigen bestätigt beispielsweise die Trendanalyse der AOK, denn deutlich weniger Pflegepersonen geben mit der Übernahme von Pflege eines Angehörigen ihre Erwerbstätigkeit auf. Es lässt sich allerdings nicht genau klären, ob diese Zunahme darauf beruht, dass die Pflegepersonen heute häufiger arbeiten müssen, damit ausreichend Haushaltseinkommen zur Verfügung steht, ob die heutigen erwerbstätigen Frauen von ihrem kulturellen Selbstverständnis her lieber arbeiten möchten, oder ob immer mehr Pflegepersonen die gesetzlichen Regelungen so bewerten, dass eine Vereinbarung von Pflege und Erwerbstätigkeit gut möglich ist.

Häufig stellt die Pflege eines Angehörigen einen unreflektierten Prozess für pflegende Angehörige dar. Es besteht meist eine hohe intrinsische Motivation, also eine

Abbildung: Charakteristika der Zielgruppe in Gegenüberstellung von Sozialkosten, hier Krankheitskosten; Darstellung aus dem Beitrag von Lissy Nitsche-Neumann, 21.01.2011



emotionale Bindung und/oder ein persönlich-moralisches Pflichtgefühl zur Pflegeübernahme. Auch bei mangelnden Alternativen oder weil professionelle Pflege schlicht zu teuer ist, wird Pflege eines Angehörigen übernommen, jedoch ohne Bewusstsein für die Bedeutung einer solchen Entscheidung bzw. der langfristigen Konsequenzen. Zahlreiche Interessenskollisionen bzw. der stetige Balanceakt zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Kindererziehung, Freizeit und der Pflegetätigkeit beginnen den Alltag zu belasten. Folgen der Belastungen sind gesundheitliche Risiken, Verminderung der Lebensqualität und der Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger sowie steigende Kosten für das Sozialsystem (vgl. Abbildung S. 57). Zahlreiche Untersuchungen zeigen auf, dass es sich bei pflegenden Angehörigen um eine vulnerable Personengruppe handelt die als besonders physisch und psychisch belastet gilt, insbesondere wenn eine Demenzerkrankung der gepflegten Person vorliegt. Im Vergleich zu nicht Pflegenden leiden pflegende Angehörige deutlich häufiger an depressiven Erkrankungen, verzeichnen eine steigende Medikamenteneinnahme insbesondere nach Pflegebeginn, neigen zur Selbstüberforderung und sind dem Risiko der sozialen Isolation ausgesetzt.

Ein interessantes, wenn auch enttäuschendes Ergebnis ist, dass es innerhalb von 15 Jahren Pflegeversicherung nicht gelungen ist, den Anteil an Pflegehaushalten mit Belastungen von Pflegenden deutlich zu reduzieren. Entlastende und unterstützende Angebote zur Pflege von Angehörigen werden nur gelegentlich (z.B. bei Pflegeproblemen

wie Stürze, Wundliegen oder Verwirrtheit) bis kaum in Anspruch genommen, obwohl die Angebotsstruktur in Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut ausgebaut ist. Gründe sind vor allem in dem komplizierten bürokratischen Aufwand (Hilfe- und Unterstützungsbedarfe beziehen sich auf Leistungsbereiche unterschiedlicher Sozialgesetze und unterliegen ungleichen Gestaltungsprinzipien und finanziellen Verantwortlichkeiten) sowie in der mangelnden Transparenz (Informationsdefizit, mangelnde Öffentlichkeitsarbeit und Pluralität der Angebote) für Betroffene zu sehen. Zudem stellen die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige ohne Einstufung in eine Pflegestufe eine große Hürde für den Zugang zu den Beratungsangeboten dar. Vorhandene Angebote sind nicht übersichtlich, nicht vernetzt, nicht an die Bedürfnisse angepasst (meist liegt Fokus auf dem/der Pflegebedürftigen) und nicht immer unabhängig (mangelnde Einsicht/negative Einstellung gegenüber der Unterstützung durch Pflegekasse). Des Weiteren werden Angebote von z.B. professionellen Pflegekräften nicht aktiv eingebracht. Nicht bedürfnisgerechte Angebote werden von den Betroffenen eher als zusätzliche Belastung empfunden! Pflegende Angehörige nehmen Angebote nur wahr, wenn die Angebote denn reale Entlastungen im Pflegealltag bringen.

Um die Ressourcen familialer Pflege unter den demografischen Veränderungen nachhaltig zu stärken und zu fördern, bedarf es einer stärkeren Berücksichtigung der Bedürfnisse pflegender Angehöriger sowie effektiveren Unterstützungs- und Vernetzungsstrategien als bisher. Eine Strategie

zur Entwicklung von Lösungsansätzen ist die Formulierung von Gesundheitszielen. In Sachsen wurde im Rahmen des Gesundheitsziels „Aktives Altern – Altern in Autonomie, Gesundheit und Mitverantwortlichkeit“ u. a. das Teilziel „Qualifizierungs- und Unterstützungsbedarf für pflegende Angehörige“ als besonders bedeutsam und ge-

eignet für eine zeitnahe Implementierung erachtet. Es gilt, gemeinsam konstruktive Unterstützung und Qualifizierung für pflegeunterstützende Angehörige zu entwickeln und zu befördern, um so eine angemessene Entlastung für die Betroffenen zu erreichen, Folgeerkrankungen zu vermeiden und Sozialkosten zu senken.

Literatur

Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C. & Schumacher, J. (1996). Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29(2), 143-49.

Brockow, T., Schulze, J., Fürst, F., Sawatzki, R., Wegge, J., Kliegel, M. (2009). Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 52(7), 775-88.

Gräbel, E. (1998). Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach, Frankfurt am Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen.

Meyer, M. (2006). Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und zukünftige Entwicklungen. Deutsche Überarbeitung des „National Background Report of Germany“. (PDF Dokument im Internet). http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf (31. März 2009).

Reichert, M. (2010). Erwerbstätige Pflegende – eine bislang nicht beachtete Gruppe. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., 19(4), 11-3.

Runde, P., Giese, R., Kaphengst, C. & Hess, J. (2009). AOK-Trendbericht Pflege II - Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung (RPF) der Universität Hamburg.

Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. Gerontologist, 42(3), 356-72.

Statistisches Bundesamt (2009). Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich Pflegebedürftige. Statistisches Bundesamt.

»EinBlick in die Praxis des ‚Dresdner Modells für Angehörigenedukation®‘«

Dr. phil. Ingrid-Ulrike Grom
Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit gGmbH

I. Einführung

Wenn ein Mensch schwer erkrankt, wird nicht nur sein Leben aus einem vertrauten Lebensgefüge, -rhythmus und -gefühl herausgerissen.

Auch seine Angehörigen sind betroffen und werden fortan mit neuen Aufgaben kon-

frontiert, denn in gleicher Weise gerät auch ihr Lebensgefüge ins Wanken.

- Sorge um den Gesundheitszustand des ihnen nahe stehenden Menschen,
 - existentielle Fragen,
 - Zuständigkeiten und Verantwortungen innerhalb des Familienverbandes.
 - Angst um die berufliche und wirtschaftliche Zukunft und
 - Unsicherheit gegenüber dem Freundeskreis
- sind Facetten eines oft kaum erfassbaren Spektrums ungeklärter Gefühle, Befürchtungen und Konfrontationen im Alltag.



In der Arbeit mit Angehörigen erleben Behandler und Pflegende Situationen, die sie manchmal mit 'merkwürdigen Gefühlen' zurücklassen. Verunsicherung ist die häufigste Reaktion der Professionellen auf das Verhalten von Angehörigen.

Wesentlich in der Arbeit mit Angehörigen ist es, die Konflikte zu kennen, die sich von ihrem Potential her in eine klassische Krise verdichten können und häufig der Grund dafür sind, warum die Arbeit mit Angehörigen, zumal auch Pflegeunterstützenden Angehörigen, als 'schwierig' empfunden wird.

Hinzu kommt die persönliche Belastung der Angehörigen: „Infolge der Pflegebelastung werden ca. 1/3 der pflegenden Angehörigen krank (Bösch 1998, Grond 1994). Starke emotionale und körperliche Belastungen können für pflegende Ehepartner das Mortalitätsrisiko um bis zu 64% erhöhen (Schulz 1999). Für die gesamte Familie Pflegebedürftiger entstehen durch die Pflegeleistung erhöhte Erkrankungsrisiken (Görres 1993). Nicht nur punktuelle Stressoren, sondern auch länger anhaltende Belastungen zeigen Auswirkungen auf die

Verfassung der pflegenden Angehörigen (Faltermajer 1988) (level of evidence K IV)¹.

Wollen sich Angehörige in der Pflege einbringen, so beklagen sie häufig ihre Hilflosigkeit, ja Ohnmacht, den ihnen nahe stehenden Menschen nicht ausreichend unterstützen zu können. So gerne wollte man - gerade angesichts der noch verbleibenden Lebenszeit – etwas Gutes tun, „aber man möchte auch nichts falsch machen“, so lautet die häufige Aussage von betroffenen Angehörigen.

Immer mehr werden öffentliche Leistungen gekürzt und die Anforderungen an die häusliche Versorgung nehmen zu. Aber wer qualifiziert die "Versorgenden" und gibt ihnen eine Unterstützung für kompetente Pflegeunterstützende Maßnahmen daheim sowie die Möglichkeit, sich mit dieser menschlich enormen Herausforderung auseinander zu setzen?

Ein weiterer Punkt, der oft schwer fällt, offen an- und ausgesprochen zu werden, ist die Entscheidung, dass der pflegebedürftige

¹ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), Leitlinie Nr. 6 kann im Internet unter www.degam.de eingesehen und herunter geladen werden.

Mensch in ein Altenpflegeheim geht. Dieser Schritt fällt selten leicht: weder dem Betroffenen noch seinen Angehörigen. Wenn gleich es häufig die beste Wahl ist, so bleibt doch auch die Gewissheit, dass dies nun die letzte Stufe auf der Lebensleiter ist. Angehörige haben oft ein schlechtes Gewissen, den ihnen nahe stehenden Menschen in ein Altenpflegeheim zu geben, ‚man will ihn ja nicht abschieben‘. Gerne möchte man sich einbringen, die Betreuung und Begleitung im Altenpflegeheim sinnvoll unterstützen, aber auch hier ist die Angst, dass man etwas falsch machen könnte. Und ‚man will den Mitarbeitern im Heim ja ‚nicht ins Handwerk pfuschen‘.“

2. Förderung pflegender Angehöriger – gesetzliche Grundlagen

Angesichts der beschriebenen Lage macht es Sinn, für pflegende Angehörige eine Plattform für Information, Beratung und Qualifizierung zu schaffen, um so ihren besonderen Dienst zu würdigen, ihr Engagement fachlich zu fundieren und körperlichen und seelischen Belastungsfaktoren vorzubeugen.

2.1 Gesetzliche Grundlagen

In der Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022) wurde im SGB XI der § 45 „Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“ aufgenommen. Er ist die Grundlage, auf der Angehörigenedukation entwickelt und realisiert werden kann.

2.2 Wer sind pflegende Angehörige?

Im § 45 SGB XI wird keine Definition von Angehörigen gegeben. Wie sich aus zahlreichen Literaturquellen erschließen lässt, wird bei der Pflege von Angehörigen an erster Stelle die Pflege des Ehepartners oder eines Elternteils verstanden. Zunehmend wird auch die Pflege eines kranken, behinderten Kindes thematisiert. Für unseren Kontext verständigen wir uns auf folgende Arbeitsdefinition: *Angehörige sind alle familiären und bevollmächtigten Bezugspersonen der von Pflege abhängigen Menschen, die in einer gewachsenen Beziehung vielfältige Leistungen (Pflege, Betreuung, Versorgung) und weitere materielle/ immaterielle Zuwendungen (nachbarschaftliche Hilfen, seelischen Beistand) erbringen.*

3. Angehörigenedukation als Strategie der Zukunft

Die individuelle Lebens- und Pflegesituation von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ist komplex: medizinische, pflegerische, psychosoziale, ethische und juristische Fragestellungen kumulieren und führen die Betroffenen in eine starke Belastungsprobe.

Positiv zu bewerten ist an erster Stelle, dass die gesetzlichen Krankenkassen auf diese besondere Versorgungslage reagieren und binnen sieben Jahren durch juristische Regelungen Angebote in Richtung Pflegeberatung (§7 SGB XI) und Schulung (§45 SGB XI) in die Sozialgesetzgebung integrieren.

Die Frage stellt sich: Warum wird gerade in unseren Tagen Angehörigenbildung zu einem Thema?

3.1 Neue Formen der Versorgung

Die Pflege der Angehörigen war lange innerhalb eines Familienverbandes selbstverständlich. In der Moderne dissoziieren und atomisieren traditionelle soziale Strukturen. Zum einen wirken diese Veränderungen auf die häusliche Versorgung ein, aber auch Medizin und Pflege sind für die Professionellen zur Fließbandarbeit unter industriellen Bedingungen geworden.

Die Versorgungslandschaft zwischen stationärem und ambulantem Sektor hat sich soweit ausdifferenziert, dass pflegende Angehörige oft nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen.

3.2 Zur Geschichte der Angehörigenbildung

Angehörige, die sich einem Pflegeauftrag in der Häuslichkeit stellen, brauchen Unterstützung. Hierbei hat sich in den letzten fünfzig Jahren Angehörigenbildung als konstruktiv erwiesen. Angehörige werden systematisch für Pflegehilfen angeleitet. Das Modell Angehörigenbildung wurde in den 1960er Jahren in USA entwickelt, in Großbritannien und Italien weiterentwickelt und wird zunehmend auch in Deutschland immer mehr in den Versorgungskontext integriert.

4. Modellentwicklung in Dresden

Seit 2003 bietet die Dresdner Akademie für Palliativmedizin Kurse für Angehörige

von Palliativpatienten an. Dank der Förderung durch die Barmer Ersatzkasse (heute Barmer GEK) und nachfolgend durch die AOK Sachsen (heute AOK plus) werden diese Kurse kostenfrei für pflegende Angehörige angeboten und erfahren eine gute Nachfrage. Was für die künftige Umsetzungsstrategie dieses Modells noch durch die Kassen unterstützt werden muss, ist eine breit angelegte Form der Öffentlichkeitsarbeit. Denn häufig erfahren die Betroffenen zu spät von den Angeboten.

4.1 Was brauchen pflegende Angehörige?

Welche Fragen beschäftigen Angehörige, die zu pflegenden Angehörigen werden?

Es sind W-Fragen, die sich auch der Betroffene stellt: was ist das für eine Krankheit, woher kommt sie, wohin geht sie, wie lange dauert sie? was kann ich tun? was habe ich falsch gemacht?

Eine Umfrage bei 150 pflegenden Angehörigen², die sich für die Kurse in der Dresdner Palliativakademie gemeldet haben, ergibt folgendes Themenspektrum:

Informationen über

- körperliche Krankheiten, auch Grundkenntnisse über alterstypische Erkrankungen,
- Demenz,
- Depression und andere psychische Störungen,
- Medikamente (Einnahme, Verträglichkeit; Hilfen bei Unverträglichkeit),
- Pflegehilfen, Heil- und Hilfsmittel, Lagerung,
- Ernährung (Nahrungsverweigerung, Nahrung am Lebensende),
- Unterstützung durch Kostenträger, Pflegestufe, Beratung und Hilfen bei der leistungs-

² Fragebogenaktion bei 150 pflegenden Angehörigen, die sich für einen Angehörigenpflegekurs interessiert haben, Umfrage der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit, Dresden 2002/2003

rechtlichen Erschließung in der Schwerstpflege und hospizlichen Begleitung Sterbender „daheim“,

- (Weiter-)Leben im Angesicht des Sterbens, Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen in der Bewältigung existenzieller Fragen und des Pflegealltags,

- Abschied, Bestattung,

- Juristische Regelungen (Vorsorgende Verfügung einschließlich Patientenverfügung, Testament),

- Trauerarbeit und Verarbeitung von Verlust Erfahrungen,

- Möglichkeiten entlastender Angebote für pflegende Angehörige.

4.2 Das Dresdner Modell für Angehörigenedukation®

Diese Fragen waren handlungsleitend in der Konzeptentwicklung des Kurses „Pflegende Angehörige lernen Grundlagen von Palliative Care“. Heute umfasst der Lehrplan für pflegende Angehörige 16 Einheiten à drei Stunden pro Woche. Der Lehrplan ist in fünf Themenblöcken unterteilt. Die Themen orientieren sich an der häuslichen Pflegesituation von Angehörigen:

- Im Block I - Medizin und Therapie - werden zunächst ausgewählte Krankheitsbilder erläutert, einschließlich Fragen zur Psychopathologie und Gerontopsychiatrie, sowie zur Pharmakotherapie.

- Im Block II - Pflege - werden Informationen und praktische Übungen im Bereich Pflege vermittelt; Heil- und Hilfsmittel werden vorgestellt, Formen der Lagerung [Kinästhetik] werden eingeübt, sowie Fragen zur Verordnung und Finanzierung beantwortet.

- Im Block III - Menschen mit Demenz - folgt eine Einführung zur Biographiearbeit und Validation bei Menschen mit Demenz.

- Im Block IV - Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden - wird die Betreuungssituation vermehrt in den Blick genommen und gemeinsam Hilfe zur Klärung (die Bedürfnisse des Patienten – meine eigenen Bedürfnisse) entwickelt.

- Im Block V - Vorsorgende Verfügungen und sozialrechtliche Fragen - geht es um Pflegestufe, Möglichkeiten von Reha-Maßnahmen, Finanzierung von Heil- und Hilfsmittel einschließlich möglicher Umbaumaßnahmen. Des Weiteren geht es um Fragen zum Testament, zur Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht und Vorsorgevollmacht.

- Im Block VI steht der Bestatter den Teilnehmern Rede und Antwort zu Fragen: Versorgung des Leichnams, Aufbahrung, Formen der Bestattung und Kosten.

Die Kurse werden mit einem Einführungsgespräch eröffnet und mit einem Auswertungsgespräch abgeschlossen.

4.3 Auswertungsergebnis

Begleitet wird der Kurs zum einen durch die Evaluierung des jeweiligen Schulungsabends, des Weiteren durch ein Tagebuchprojekt, das vom Institut für Medizinische Psychologie des Dresdner Uniklinikums entwickelt wurde.³ Die Dauer des Kurses hat in mehrfacher Weise wichtige Veränderungsprozesse bei den pflegenden Angehörigen in Gang gebracht. Es zeigt sich eindeutig, dass sie neben einer Anleitung für Pflege auch eine Begleitung während der Pflegephase brauchen.

³ Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Lehrstuhlinhaber Prof. Dr. phil. Friedrich Balck

Unterschätzt wird nach wie vor die Belastung der häuslichen Pflege auf die eigene Berufstätigkeit. Unabdingbar sind hier neue Wege in Betrieben zu erschließen, die pflegenden Angehörigen die häusliche Pflege in gleicher Weise ermöglichen wie vergleich-

bar die Elternzeit. Bisherige Vorschläge greifen zu kurz. Ein breiter gesellschaftlicher Dialog muss hierzu in Gang kommen, um den Pflegeauftrag von morgen bewältigen zu können.

Zentrale Punkte der Diskussion im Workshop 4

Pflegestützpunkte – Qualitätssicherung und Vernetzung

Sachsen hat sich als einziges Bundesland gegen den staatlich organisierten Aufbau von Pflegestützpunkten ausgesprochen. Die Verantwortung für eine Pflegeberatung sollen in Sachsen die Pflegekassen übernehmen. In einigen Kommunen entwickeln sich Pflegenetzwerke, die auch beratend tätig sind. Anbieter sind in der Regel Pflegeeinrichtungen. Eine allgemeine/neutrale Beratung und weitergehende Unterstützung, wie sie durch Pflegestützpunkte erfolgen könnte, können durch die Pflegeeinrichtungen nicht erbracht werden. Unklarheit herrscht auch über die Begrifflichkeiten im Hinblick auf Pflegestützpunkte, Pflegeberatung etc. Diese sind nicht geschützt und damit ist nicht eindeutig definiert, was sich inhaltlich hinter den Angeboten verbirgt. Unklare Rollen und Zuständigkeiten führen zu Unsicherheiten der Zielgruppen und verstärken die Problematik, sich in dem zergliederten Versorgungssystem zurechtzufinden. Kritisch angemerkt wurde, dass ein gemeinsames, qualitätsgesichertes und transparentes Konzept für Pflegebe-

ratungen fehlt. Wünschenswert sind eine strukturelle Integration der pflegenden Angehörigen in das Versorgungssystem und die Bereitstellung finanzieller Ressourcen für deren Qualifizierung, was sich in einem Ausbau sowie der Förderung von Pflegestützpunkten in Sachsen als ganzheitliche und neutrale Beratungsinstrumente umsetzen ließe.

Familienpflegezeiten

Im Workshop wurde darauf hingewiesen, dass es auf Grund der demographischen Situation und des absehbaren „Pflegenotstands“ eine starke Zunahme der Pflege durch Angehörige eintreten wird. Diese Pflegezeiten erfordern Regelungen, wie sie z. B. bezüglich der Elternzeit bestehen.

Ländliche Regionen

Sachsen als Flächenland hat besonders in den ländlichen Regionen erhöhten Handlungsbedarf. Unklar ist, inwieweit Pflegeberater der Krankenkassen in allen Regionen vertreten sind und wie die Pflege organisiert werden kann.

Singularisierung

Aufgrund der zunehmenden Singularisierung des dritten und vierten Lebensalters ergibt sich ein erhöhter Unterstützungsbedarf der pflegenden Angehörigen, die alleinstehende Menschen versorgen.

Selbstverständnis

Wir sind ALLE Angehörige und ein Großteil von uns wird früher oder später in die Situation kommen, selbst zur Gruppe der pflegenden Angehörigen zu gehören. Die Pflege durch Angehörige ist sowohl familiär als auch gesellschaftlich gesehen eine wichtige Aufgabe und sollte perspektivisch noch mehr an Bedeutung gewinnen und als Ressource erkannt und genutzt werden. Zudem sollte es immer mehr eine Selbstverständlichkeit werden, als Angehöriger Hilfe in Anspruch zu nehmen und auf Unterstützungsangebote zurückzugreifen.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Erkenntnis über die Bedeutsamkeit pflegender Angehöriger als gesellschaftliche Ressource sollte noch medienwirksamer kommuniziert werden. Auch die Wirtschaftlichkeit und Finanzierung dieses Bereiches zählen zu den Faktoren, die gehört werden müssen. Die Kommunikation nach außen sollte verbessert werden, so dass mehr Transparenz sowohl bei den Angehörigen als auch in der Öffentlichkeit entsteht. Immer noch sind die Informationskanäle zu lang, wodurch wesentliche Informationen verloren gehen bzw. zu spät bei den Betroffenen ankommen. Hieraus erwächst der Wunsch nach lancierten Informationskanälen für pflegende Angehörige und insgesamt mehr Transparenz durch eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit.



Ausblick und Quintessenz

Ca. 130 Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft sowie Fachkräfte der Seniorenarbeit, dem Gesundheitswesen und interessierte Bürger aus ganz Sachsen nutzten die Regionalkonferenz für einen interdisziplinären Austausch. Die Teilnehmer diskutierten miteinander, informierten sich zu wissenschaftlichen Erkenntnissen eines gesunden und aktiven Älterwerdens und tauschten ihre Erfahrungen und gute Praxisbeispiele aus. An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei allen bedanken, die zu dem konstruktiven und informativen Charakter der Veranstaltung beigetragen haben. Unter den vielseitigen Anregungen und Entwicklungstendenzen lassen sich vor allem die folgenden vier Aspekte festhalten:

- Qualitätsentwicklung/-sicherung
- Vernetzung der Beteiligten
- Förderung des ehrenamtlichen Engagements
- Öffentlichkeitsarbeit

Qualitätsentwicklung/-sicherung und nachhaltige Entwicklung

Gegenwärtig existieren vielseitige Ansätze,

wie ein gesundes und aktives Älterwerden in den Regionen bzw. von den unterschiedlichsten Trägern umgesetzt wird. Handlungshilfen und Beratungsangeboten fehlt es dabei jedoch meist an einheitlichen Qualitätsstandards, was bei den Nutzern häufig zu Unklarheiten und Unsicherheiten führt. Perspektivisch sollte es aus diesem Grund neben einem Ausbau, einer Weiterentwicklung und Differenzierung dieser Ansätze vordergründig um die Sicherung und Entwicklung von Qualität gehen. Mit der Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen gehen auch ein Ausbau und eine Verstetigung der Maßnahmen einher. Modellprojekte sind zwar notwendig, um Impulse zu setzen und Bedarfe aufzuzeigen, was durch die Forschungsergebnisse veranschaulicht wurde. Eine notwendige Konsequenz daraus sollte es aber sein, den Transfer dieser Erfahrungen und Ergebnisse nachhaltig in praxistaugliche Strukturen einzubinden und die Qualität sicherzustellen. Dies ist immer auch an die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen und gesetzlichen Rahmenbedingungen gekoppelt.

Fördermöglichkeiten durch das Land bzw. den Bund sowie die Festlegung einer gesetzlichen Regelung zur Prävention würden den Ausbau von Strukturen, die nachhaltige Entwicklung von Angeboten und die Sicherstellung von Qualitätsanforderungen unterstützen.

Vernetzung

Bei der Planung und Einrichtung von Strukturen sowie der Umsetzung von Aktivitäten zum gesunden Altern sollte der Fokus auf mehr Vernetzung im Flächenland Sachsen gelegt werden. Die Schnittstellen der Themen Alter – Gesundheit – Arbeit – Pflege sollten sich verstärkt in Form einer multidisziplinären Zusammenarbeit der beteiligten Akteure wiederfinden. Der auf diese Weise stattfindende Austausch der vielfältigen Erfahrungen von Vertretern aus Politik, Wirtschaft, kleiner und mittlerer Unternehmen (KMU), Kommunen, Wohnungsgenossenschaften, Seniorenvertretungen, Pflegebereich, Selbsthilfegruppen und weiteren Beteiligten bringt schlussendlich einen Synergieeffekt hervor und wird damit für alle Beteiligten zu einem Gewinn. Voneinander zu wissen ist die Voraussetzung, um miteinander zu arbeiten und voneinander

zu profitieren. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Einbindung der ländlichen Regionen gelegt werden. Durch intensivierte Vernetzungsarbeit können die vielseitigen Facetten des Alterns aufgegriffen, Erfahrungen in die (Weiter-) Entwicklung zukünftiger und bestehender Ansätze eingebunden und neue Anbieter unterstützt werden. Nicht zuletzt ist auch beim Thema Vernetzung die Bereitstellung von Ressourcen - finanzieller und struktureller Art - unabdingbar.

Förderung des ehrenamtlichen Engagements

Das Ehrenamt gilt als wichtige gesellschaftliche Ressource und hat besonders im Bereich der Begleitung und Betreuung von älteren Menschen eine bedeutende ergänzende Funktion zu professioneller Arbeit. Hier sind insbesondere die biografische Arbeit und die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung zu nennen. Im Sinne eines lebenslangen Arbeitens und Lernens ermöglicht bürgerschaftliches Engagement die soziale Teilhabe sowohl von den Ehrenamtlichen als auch von den Senioren, die begleitet werden. Hierbei können insbesondere Zugänge zu sozial benachteilig-



ten älteren Menschen erleichtert werden, die sich allein nur schwer in dem Versorgungssystem zu Recht finden und über ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot gut erreicht werden. Entsprechend ihres Einsatzes sollten Möglichkeiten, Aufgaben und Bedingungen (z. B. Aufwandsentschädigungen) für ehrenamtlich Engagierte in den Sozialräumen definiert und geschaffen werden. Gleichzeitig gilt es, eine Balance zwischen sozialstaatlicher Verantwortung/Hilfe und Ehrenamt zu gestalten.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Nutzung von Angeboten durch die Zielgruppen sowie die Möglichkeiten für Akteure, Kooperationen einzugehen, werden im Wesentlichen mitbestimmt von ihrem Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit. In diesem Kontext trägt eine gute Öffentlichkeitsarbeit dazu bei, die Vielfalt der Versorgungsangebote und -hilfen transparent zu gestalten und den Transfer guter Praxisbeispiele zu fördern. Eine erhöhte Präsenz des Themas in den Medien würde zudem die Wahrnehmung und Bedeutsamkeit eines gesunden und aktiven Älterwerdens in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft verstärken.

Die Regionalkonferenz brachte durch einen breiten fachlichen Austausch und die Diskussion von Experten und Interessierten vielfältige Impulse und Anregungen hervor, wie das Thema in Sachsen weiterentwickelt werden kann. Handlungsbedarf ist also gegeben - die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. steht als Kooperationspartner in der Diskussion, Weiterentwicklung und Bearbeitung demografierrelevanter Themen zur Verfügung.

Die Sechste Altenberichtscommission hat im Rahmen ihres Auftrages, die in zentralen gesellschaftlichen Bereichen dominierenden Altersbilder zu untersuchen, im Jahr 2010 Empfehlungen für eine neue Kultur des Alterns formuliert. Die Regionalkonferenz hat gezeigt, wie vielfältig und kontrovers bestehende Altersbilder sind. Zusammenfassend werden deshalb hier die Empfehlungen des Sechsten Altenberichts dargestellt, deren Umsetzung den gesellschaftlichen Prozess eines gesunden und aktiven Älterwerdens in hohem Maße fördern würde. Der vollständige Bericht steht auf den Webseiten des Deutschen Zentrums für Altersfragen bzw. des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Download zur Verfügung.

Empfehlungen des Sechsten Altenberichts

- Den demografischen Wandel als Gestaltungsaufgabe verstehen
- Eine neue Kultur des Alters entwickeln
- Lebenslauforientierung stärken und Altern als individuelle und gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe begreifen
- Bildung als Recht und Pflicht für alle Lebensalter anerkennen
- Negative und positive Diskriminierungen aufgrund des Alters vermeiden
- Zu einer neuen Sicht des Alters in der Arbeitswelt gelangen
- Die Gesundheitspolitik an eine Gesellschaft des langen Lebens anpassen
- Zu einem erweiterten Verständnis von Pflege finden
- Selbst- und Mitverantwortung in der Zivilgesellschaft fördern
- Kulturelle Unterschiede erkennen und gestalten

Kultureller Abschluss der Regionalkonferenz: Seniorentheater Dresden „Ohne Verfallsdatum“

Zur Regionalkonferenz wurden vielseitige Aspekte eines gesunden und aktiven Älterwerdens aufgezeigt und diskutiert. Zum Abschluss der Veranstaltung wurde das Thema -Wohnen im Alter- von dem Dresdener Seniorentheater „Ohne Verfallsdatum“ mit dem Stück „Heim oder Daheim“ aufgegriffen. Wohnen im Alter – hier kommen in Abhängigkeit von gesundheitlichem

Zustand und familiärer Situation unterschiedliche Modelle zum Tragen. Das Stück „Heim oder Daheim“, welches seit 2007 sachsen- und bundesweit aufgeführt wird, widmete sich der aktuellen gesellschaftlichen Thematik mit einem Augenzwinkern und zeigte dabei die ein oder andere kreative Form eines „Heims oder Daheims“ im Alter auf.



GRÜßWÖRTE

THEMATISCHE
EINORDNUNG

IMPULSREFERAT

POSTERPRÄSENTATION &
MANDERLAUSSTELLUNG

WORKSHOPS

ABSCHLUSS &
AUSBLICK

Referentenverzeichnis

Dumke, Christiane
 apfe-institut
 Zentrum für Forschung, Weiterbildung und
 Bearbeitung an der
 Evangelischen Hochschule Dresden gGmbH
 Semperstraße 2a
 01069 Dresden
 0351 - 4690216 / 61
 christiane.dumke@apfe-institut.de
 www.apfe-institut.de

Prof. Dr. Grande, Gesine
 Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur
 Leipzig
 Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften
 PF 301166
 04251 Leipzig
 0341-30764401
 grande@fas.htwk-leipzig.de
 www.htwk-leipzig.de

Dr. phil. Grom, Ingrid-Ulrike M.A.HC
 Akademie für Palliativmedizin und
 Hospizarbeit Dresden gGmbH
 Staatlich anerkanntes Weiterbildungsinstitut
 für Palliativ- und Hospizpflege
 Georg-Nerlich-Str. 2
 01307 Dresden
 0351 4440-2902
 grom@palliativakademie-dresden.de
 www.palliativakademie-dresden.de

Harz, Margit
 ALTERnativ – Netzwerk älter werdender
 Menschen in Sachsen e. V.
 Kreischaer Str. 3
 01219 Dresden
 0351 - 3273309
 seniorenbegleitung@vodafone.de
 www.alternativ-sachsen.de

Prof. Dr. Kliegel, Matthias
 Technische Universität Dresden
 Institut für Pädagogische Psychologie und
 Entwicklungspsychologie
 Zellescher Weg 17
 01069 Dresden
 0351 - 46334162
 kliegel@psychologie.tu-dresden.de
 www.entwicklung-dresden.de

Nitsche-Neumann, Lissy
 Deutsches Institut für Gesundheitsforschung
 gGmbH
 Lindenstr. 5
 08645 Bad Elster
 Geschäftsstelle Dresden
 Königsbrücker Str. 28
 01099 Dresden
 0351 - 56341310
 lissy.nitsche@d-i-g.org
 www.d-i-g.org

Rothländer, Katrin; Mühlpfordt, Susann
 Technische Universität Dresden
 Institut für Arbeits-, Organisations- und
 Sozialpsychologie
 Zellescher Weg 17
 01069 Dresden
 0351 - 46336940
 rothlaender@psychologie.tu-dresden.de
 muehlpfordt@psychologie.tu-dresden.de
 www.wop-psychology.de
 www.aktiva-training.de

Dr. med. Sawatzki, Rotraut
 Sächsische Landesvereinigung für
 Gesundheitsförderung e. V.
 Könnertstr. 5
 01067 Dresden
 0351 - 5635523
 post@slfg.de
 www.slfg.de

Prof. Dr. Wegge, Jürgen
 Technische Universität Dresden
 Institut für Arbeits-, Organisations- und
 Sozialpsychologie
 Zellescher Weg 17
 01069 Dresden
 0351 - 46333784
 wegge@psychologie.tu-dresden.de
 www.wop-psychology.de

Wir danken den Förderern und Kooperationspartnern:



STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



Freistaat
SACHSEN



DEUTSCHES INSTITUT FÜR
GESUNDHEITSFORSCHUNG





Impressum

Herausgegeben von der
Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
Könneritzstraße 5, 01067 Dresden
Telefon 0351/563 55 23, Telefax 0351/563 55 24
E-Mail: post@slfg.de
www.slfg.de

Redaktion
Franziska Faselt
Eileen Reichelt
Stephan Koesling

Satz und Layout
Ines_Mager@gmx.de

Gefördert von der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Postfach 91 01 52
51071 Köln
www.bzga.de

Druck
Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Str. 30
01277 Dresden
www.druckhaus-dresden.de

Fotos
Titelfoto: ©Simone van den Berg/Fotolia.com
Uwe Zimmer, Fotostudio Dresden

© SLFG Dresden, 2011