

Ergebniskonferenz „Aktives Altern“

Ergebniskonferenz zum sächsischen Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ – Rückblick, Ergebnisse, Ausblick

Die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) hatten am 25. März 2013 zur einer Ergebniskonferenz laufender bzw. bereits abgeschlossener Projekte des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ eingeladen. Die Konferenz, die auch eine Podiumsdiskussion beinhaltete, richtete sich an die Akteure der Entwicklung und Umsetzung des Gesundheitsziels, Vertreter aus öffentlichen und privaten Institutionen, der Forschung und Lehre sowie auch von Bürger- und Senioreninitiativen. Die Sächsische Staatsministerin Christine Clauß eröffnete gemeinsam mit dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die Ergebniskonferenz.

Die Sächsische Staatsministerin stellte in Ihrer Rede heraus: „Größtmögliche Autonomie der Lebensführung bis ins hohe Alter muss Ziel bleiben. Sie betonte, dass Sachsen 2007 die Initiative ergriffen und zu den Fragen einer alternden Gesellschaft alle Disziplinen – Ärzte, Wissenschaftler, Präventionsmanager, Sozialversicherungen – und die Kommunen an einen Tisch geholt habe. Deren Einsatz für den Gesundheitszieleprozess war und ist eine große Leistung. Weiterhin betonte sie, dass der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der älteren Generation ein weiterer Baustein sei. „Denn wer gebraucht wird, der erhält sich subjektiv gesund. Und diese Gewährleistung von Unabhängigkeit, Gesundheit und Würde im Alter ist für uns alle in der älter werdenden Gesellschaft altersunabhängig gleichermaßen wichtig.“

Frau Clauß verdeutlichte das in den letzten Jahrzehnten gewandelte



Staatsministerin Christine Clauß

Altenbild mit folgenden Worten: „Die Oma von heute trägt Mini, fährt Mini und spielt mit dem I-Pad“. Insofern ergebe sich ein neuer Ansatz in der Richtung, dass die fitten „jüngeren Alten“ die „älteren Alten“ im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit unterstützen. In ihrer Rede versprach sie, weiterhin gemeinsam mit Prof. Dr. Schulze im Sinne des Ziels voranzuschreiten.

Prof. Dr. Schulze präsentierte in seiner einführenden Rede grundlegende Daten zur demografischen Entwicklung in Europa und resümierte die Arbeitsschwerpunkte des Europäischen Jahres des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen. Zum anderen beschrieb er den Werdegang und



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Was sind Gesundheitsziele? Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem.

Sie sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik im Rahmen von Public-Health-Ansätzen, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie fokussieren auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen, aber auch auf verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist als langfristiger Prozess angelegt. Zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Zeiträumen für die Umsetzung.

(Quelle: gesundheitsziele.de)

Gesundheitsziele in Sachsen

Die sächsische Staatsregierung nahm 2004 fünf Gesundheitsziele in ihr Regierungsprogramm auf. Der dazu konstituierte Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen besteht aus Kostenträgern und maßgeblichen Verbänden und Organisationen Sachsens. Er sichert unter Leitung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz seit 2006 die Kontinuität und steuert die Prioritätensetzung im Gesundheitszieleprozess. Der Steuerungskreis beauftragte im März 2007 eine multiprofessionell besetzte Initiativgruppe, ein sechstes sächsisches Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ zu entwickeln.

(Quelle: gesunde.sachsen.de)

Implementierungsgruppen und
und Komplettierungsgruppe seit März 2009

Versorgungsstrukturen	Multiprofessionelle Qualifizierung	Subjektive Gesundheit	Intergenerationale Zusammenarbeit
<p>IG I Prävention von Stürzen und Frakturen im Alter Leitung: Alexander Defér, Gemeinschaftspraxis in Dresden</p>	<p>IG II Nicht-akademische Pflegeausbildung Leitung: Dr. Hans Weller (ab Nov. 2010) Martin Wünschmann, (bis Okt. 2010), Sächsisches Staatsministerium für Kultus</p> <p>IG III Akademische Pflegeausbildung Leitung: Prof. Bärbel Dangel, ehem. Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit Dresden</p> <p>KG*</p> <p>Berufsübergreifende Fort- und Weiterbildung</p>	<p>IG IV Subjektive Gesundheit und Arbeit im Alter Leitung: Prof. Dr. Jürgen Wegge, TU Dresden, Professur Arbeits- und Organisationspsychologie</p>	<p>IG V Plegende Angehörige Leitung: Lissy Nitsche-Neumann, Schulungen im Gesundheitswesen in Dresden; ehem. DIG</p> <p>IG VI Nachbarschaftshilfe im ländlichen Raum Leitung (vakant): Dr. Marion Michel (bis Juli 2010), Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin</p> <p>IG VII Intergenerationale Zusammenarbeit Leitung: Dr. Rotraut Sawatzki, Seniorenbeirat und stellv. Vorsitzende WHO-Projekt – Beirat Dresden</p>

Probleme bei der Entwicklung und Umsetzung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“ und zeigte zukünftige Erfordernisse auf.

Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“

Im März 2007 beauftragte der Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen eine Initiativgruppe, ein Rahmenkonzept für ein Gesundheitsziel zur Bewältigung der Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Gesundheitssektor in Sachsen zu entwickeln. Die Leitung der Initiativgruppe lag in den Händen der SLÄK (Prof. Dr. Jan Schulze) und der Liga der Freien Wohlfahrtsverbände in Sachsen (LIGA; Friedhelm Fürst). Zunächst wurde in multiprofessionell besetzten Experten-Workshops mit der Priorisierung von Handlungsfeldern und Oberzielen begonnen. In nominalen Gruppenprozessen priorisierte man insgesamt zehn Handlungsfelder. Aus Kapazitätsgründen wurden nur drei Handlungsfelder weiter bearbeitet:

- „Versorgungsstrukturen“,
- „Subjektive Gesundheit“ sowie
- „Alten- und Angehörigenstärkung“.

Als Oberziele der drei Handlungsfelder sind identifiziert worden:

- Bedarfsgerechte und ressourcenfördernde Versorgungsstrukturen für ältere Menschen,

- multi-professionelle Qualifizierung für den Umgang mit älteren Menschen,
- subjektive Gesundheit im Alter durch körperliche, geistige und soziale Aktivierung,
- Stärkung der intergenerationalen Solidarität.

Ein gegründeter Ausschuss „Aktives Altern“ aus Vertretern der SLÄK, der LIGA, des SMS und des DIG (Deutsches Institut für Gesundheitsforschung) koordinierte und begleitete wissenschaftlich den Entwicklungsprozess.

Als Meilenstein in der Politik empfanden die Akteure, dass im November 2009 das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ in der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU und FDP verankert wurde.

Was konnte bis heute erreicht werden?

Nach Verabschiedung und Publikation des Zielkonzeptes wurden im März 2009 sieben Implementierungsgruppen zur Umsetzung der Teilziele und eine Komplettierungsgruppe gegründet (siehe Abb.)

In vier Implementierungsgruppen konnte eine Finanzierung sichergestellt und damit jeweils ein Projekt zur Umsetzung der Ziele installiert werden. Zwei davon wurden bereits

Ende 2012 abgeschlossen: das Projekt „Stärkung der subjektiven Gesundheit älterer Arbeitnehmer in der stationären Altenpflege“ sowie das „Berufsbildkonzept für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte“. Zwei Projekte befinden sich noch in der Durchführungsphase: „Mobilität schafft Lebensqualität“ und „Evaluation der neuen 2-jährigen sächsischen Krankenpflegehilfeausbildung“. Die Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse dieser vier Projekte wurden auf der Ergebniskonferenz vorgestellt und diskutiert.

In den anderen drei Implementierungsgruppen konnten aus unterschiedlichen Gründen noch keine Projekte installiert werden. Dies lag an einer fehlenden Finanzierung, fehlenden Kooperationspartnern oder mangelndem Interesse an der Projektdurchführung.

Wo liegt generell das Problem bei der Umsetzung von Gesundheitszielen?

Gesundheitsziele sollen in **Selbstverpflichtung!** der Akteure umgesetzt werden (gesundheitsziele.de). Damit Gesundheitsziele erfolgreich umgesetzt werden können, bedarf es einer Steuerung durch die öffentliche Hand, einschließlich einer ausreichenden ideellen und finanziellen Unterstützung. Sowohl die ideelle als auch die finanzielle Unterstützung wurde jedoch von vielen Akteuren, insbesondere in der Umsetzungsphase, als nicht ausreichend empfunden.

Dennoch ist mit dem Gesundheitsziel „Aktives Altern“ ein Prozess in Sachsen angestoßen, der Politik und Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten intensiv beschäftigen wird. Um dem Prozess mehr Gewicht zu verleihen, wäre gegebenenfalls eine Verankerung des Gesundheitsziels bei der Sächsischen Staatskanzlei zu überdenken. Inhaltlich würde sich das unmittelbar anbieten, da das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ in vielen seiner Teilziele interministeriell an gesellschaftlichen und sozialen Einflussfaktoren von Gesundheit und an allen Politikbereichen ansetzt.



Rund 150 Akteure aus öffentlichen und privaten Institutionen sowie aus Forschung und Lehre nahmen an der Tagung teil. © SLAEK

Prof. Dr. Andreas Hoff stellte in seinem Referat heraus, dass das wissenschaftliche Konzept des aktiven Alterns in den 1960er-Jahren in den USA als Gegenentwurf zum damals vorherrschenden „Defizitmodell des Alters“ entwickelt wurde, demzufolge das höhere Lebensalter von Verlust bzw. Abbau körperlicher und geistiger Kompetenzen gekennzeichnet sei. Im Gegensatz dazu werden dem „aktiven Älterwerden“ positive Effekte auf die physische und psychische Entwicklung zugeschrieben. Der inzwischen vielfach erfolgte empirische Nachweis solcher positiven Wirkungen stellt die bisherige Zwangsläufigkeit des „Defizitmodells“ in Frage. Aktives Altern ist ein (lebenslanges) Präventionskonzept, das individuelle Autonomie und Unabhängigkeit fördert und die nachberuflichen Potenziale älterer Menschen für ihr familiäres und soziales Umfeld betont.

Dipl.-Med. Alexander Defèr, Vorsitzender des Bundes der Osteologen Sachsen e. V., stellte Zwischenergebnisse des Projektes „Mobilität schafft Lebensqualität“ vor. Ziele des Projektes sind vor allem, die ältere Bevölkerung in Sachsen für das Thema „Sturz und Sturzfolgen“ zu sensibilisieren

sowie sturz- und frakturgefährdete Patienten in Sachsen mittels eines Screenings einer zielgerichteten Behandlung zukommen zu lassen. Bis dato konnten 154 Fragebögen ausgewertet werden.

Bärbel Dangel stellte ein Berufsbildkonzept für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte vor, das durch die eigenverantwortliche Wahrnehmung von Aufgaben in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung im Sinne einer theoriegeleiteten und evidenzbasierten Pflege charakterisiert ist. Einleitend machte sie deutlich, dass Pflege in der Praxis auf unterschiedlichen kompetenziellen Ebenen stattfindet und Pflege damit ein abgestuftes Ausbildungssystem mit geregelten Übergängen benötigt.

Irén Horváth stellte die Ergebnisse des SUGA-Projektes vor. Ziel des Projektes war es, durch ein Training von Pflegekräften und Wohnbereichsleitern jene Faktoren positiv zu beeinflussen, welche Arbeitsfähigkeit und subjektive Gesundheit von älteren Pflegekräften in der stationären Altenpflege beeinträchtigen. Die Ergebnisse zeigen, dass durch Trainingsmaßnahmen die individuellen Ressourcen von älteren Pflegekräften

gestärkt und Vorurteile von Wohnbereichsleitern gegenüber älteren Pflegekräften abgebaut werden können. Dr. med. Thomas Brockow präsentierte Zwischenergebnisse aus dem Projekt „Evaluation der novellierten Krankenpflegehilfesausbildung in Sachsen“. Gegenstände der Evaluation sind vor allem die Rahmenbedingungen der Ausbildung, der Lehrplan, die Handlungsorientierung der Lehr-Lern-Methoden sowie die erworbenen Handlungskompetenzen der Auszubildenden. Die Zwischenevaluation ergab Hinweise dafür, dass die Ausbildung noch nicht hinreichend kompetenz- und handlungsorientiert ausgerichtet ist.

Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz verdeutlichte in seinem Vortrag „Dresden bewegt sich – Prävention des Typ 2 Diabetes“, dass individuelle Intervention den Erfolg stimuliert. Um eine nachhaltige Lebensstiländerung zu erreichen, werden strukturierte Interventionsprogramme empfohlen. Die Evidenz zeigt hierbei, dass die Regelmäßigkeit eines Interventionskontaktes stärker mit einem Präventionserfolg assoziiert ist als die Intensität. „Eine lange Zeit hat die Bewegung ein Schatten-dasein hinter der Ernährung geführt.“

Wir lernen aber im Moment, dass die Bewegung einen bedeutsameren Anteil hat.“

Ab 2013 wird das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ von der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) begleitet. An den Leiter der SLfG, Herrn Koesling, appellierte Prof. Dr. Schulze, die Umsetzung weiterer Teilziele zu verfolgen und gegebenenfalls die bisher zurückgestellten sieben der zehn noch nicht ausgearbeiteten Handlungsfelder bis hin zu Teilzielen und Maßnahmenkatalogen für die Umsetzung zu spezifizieren.

In der anschließenden Podiumsdiskussion standen Vertreter aus Politik und Experten für Fragen zur Verfügung.

Prof. Dr. Schulze wies auf das Phänomen der „sinuskurvenartigen Beachtung von Problemstellungen in der Gesellschaft hin – das dürfe im Fall

von „Aktives Altern“ nicht geschehen. Die Auswirkungen der demografischen Problemkonstellation hätten sich in Deutschland bereits zuge-spitzt – die Gesellschaft wird in den nächsten Jahrzehnten daran arbeiten müssen.“ Prof. Dr. Karltheodor Resch wies darauf hin, dass zum Beispiel Italien, das Land mit der niedrigsten Geburtenrate der Welt, schon wesentlich weiter als Deutschland in der Problemlösung sei. Deutschland müsse versuchen, in fünf bis sieben Jahren auch dahin zu kommen.

Einig war man sich, dass der Staat weiterhin bei der Erarbeitung des Gesundheitsziels in Verantwortung bleiben müsse. Aber auch die kommunale Verantwortung sei riesengroß. Herr Koesling wies darauf hin, dass große Probleme im Transfer der regionalen Konzepte auf die lokale Ebene bestünden. Ein Bürgermeister „vom Lande“ berichtete, er fühle sich wie Don Quijote bei der Bearbeitung

des vor Ort weitgefächerten Problemkreises.

Prof. Dr. Schulze unterrichtete über die Anstrengungen von SLÄK, SMS und KV Sachsen, um dem Problem des Ärztemangels in ländlichen Regionen zu begegnen und forderte nochmals die Bündelung der Akteure und Aktivitäten. Meinungsverschiedenheiten bestehen hinsichtlich des Einsatzes von Telemedizin, Delegation und unter Umständen Substitution ärztlicher Leistung.

Von den Aktivitäten des WHO-Projektbüros „Gesunde Städte“ in Dresden berichtete Dr. Rotraud Sawatzki (Beirat WHO-Projekt „Gesunde Städte“ und Seniorenbeirat der Stadt Dresden). Ein derzeitiger Hauptschwerpunkt der Arbeit ist „Gesundes Altern“. In einer Großstadt wie Dresden müssen möglichst quartiersbezogene oder quartiersnahe Konzepte erarbeitet werden.

Dr. rer. nat. Evelyne Bänder
Leiterin Referat Medizinische und
ethische Sachfragen