



Deutscher
Präventionspreis

Deutscher Präventionspreis 2005

Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus)

Die Preisträger und Nominierten

Impressum



© 2005 Deutscher Präventionspreis

Verantwortlich:

Mirjam Stierle, Bertelsmann Stiftung

Redaktion und Texte (soweit im

Text nicht anders vermerkt):

Mirjam Stierle, Gunnar Stierle,

Brigitte Roth (Maßnahmen-
beschreibungen)

Koordination:

Tanja Vitte, Geschäftsstelle Deutscher
Präventionspreis

Gestaltung:

A.Dreiplus, Gütersloh

Druck:

Druckerei festge, Oelde

Bildnachweise:

Veit Mette, Mirko Krizanovic,

Jules Fraizer, PhotoAlto,

Life After, Health and Medicine,

imagesource,

Fotos aus den Projekten

mit freundlicher

Genehmigung der Bewerber

Die nachfolgend verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.



Inhalt

| | |
|--|-------|
| Grußwort der Träger | 4-7 |
| Demographischer Wandel und die Notwendigkeit der Prävention | 8-11 |
| Gesundheitsförderung und Prävention in der zweiten Lebenshälfte | 12-15 |
| Der Deutsche Präventionspreis – mehr als ein Projekt | 16-21 |
| Der Deutsche Präventionspreis 2005 | 22-23 |
| Vorstellung der Preisträger 2005 | |
| 1. Preis: Aktive Gesundheitsförderung im Alter | 24-29 |
| PATRAS – Paderborner Trainingsstudie | 30-33 |
| Kölner Seniorennetzwerke | 34-37 |
| Gesund Älter Werden | 38-41 |
| Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige | 42-45 |
| Ehrenpreis 2005 | |
| Alexander Spirling und Ulrich Grundmann von Begleitetes Wohnen | 46-51 |
| Nominierte Maßnahmen 2005 | |
| gEMiDe | 52-55 |
| Beratungsservice Wohnraumanpassung | 56-59 |
| Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige | 60-63 |
| Wann ist Mann ein Mann? Bedürfnisse von Männern in Altenheimen | 64-67 |
| Prävention des Typ-2-Diabetes – TULIP-Studie | 68-71 |
| Schlaganfallprävention | 72-75 |
| Akademie für Ältere | 76-79 |
| SchwertfischKonzept | 80-83 |
| Begleitung älterer demenzkranker Menschen und ihrer Familien in Mannheim-Süd | 84-87 |
| Die Juroren 2005 | 88-91 |
| Die Verleihung des Deutschen Präventionspreises 2005 | 92-93 |
| Deutscher Präventionspreis 2006 | 94 |

Deutscher Präventionspreis

Grußwort der Träger



Ulla Schmidt
Bundesministerin
für Gesundheit und
Soziale Sicherung

Gesund alt werden, das geht. Mit Prävention kann man nicht nur die Gesundheit junger Menschen positiv beeinflussen. Man kann auch bei Älteren Krankheiten vorbeugen bzw. bereits eingetretene, chronische Krankheiten im Verlauf günstig beeinflussen oder Krankheiten und Pflegebedürftigkeit verhindern. Prävention ist eben keine Frage des Alters.

Der diesjährige Deutsche Präventionspreis „Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus)“ soll all dies ins Bewusstsein bringen. Fünf Preisträger und ein geehrtes Engagement, weitere neun Nominierte und über 250 Bewerber zeigen, in Deutschland wird bereits hervorragende Präventionsarbeit geleistet, die unsere Aufmerksamkeit verdient.

Das Spektrum vorbildlicher Maßnahmen reicht weit. Vom ganzheitlichen Angebot der Ernährung, Bewegung und Teilhabe am gesellschaftlichem Leben bis zur Erhaltung von Lebensqualität und Selbstständigkeit durch Verhinderung von Mangelernährung. Von der professionellen, ehrenamtlichen Vermittlung des Wissens Älterer nach der Berufsphase an ihresgleichen in einer Akademie bis zur lebens-, arbeits- und bildungsorientierten Integration von Migrantinnen. Von der Anpassung des Wohnumfeldes bis zum begleiteten Wohnen.

Unsere Gesellschaft ist auf ehrenamtliches Engagement angewiesen, sei es in der Politik oder in der Kultur, im Sozialbereich oder im Sport. Deshalb ist es besonders erfreulich, wenn Menschen aus eigener Kraft und mit fachlichen Kompetenzen Mitbürger sozial integrieren, Pflegebedürftige präventiv betreuen und begleiten sowie Hochaltrige gesundheitsfördernd bewegen und ihnen allen somit Teilhabe an unserer Gesellschaft ermöglichen.

Für diese Eigeninitiative ehren wir dieses Jahr exemplarisch ein junges Team aus Dresden, das aus bescheidenen studentischen Anfängen heraus bis heute eine professionelle und inzwischen tragfähige Maßnahme entwickelte, die älteren Menschen mit Handicap in eigener Häuslichkeit bzw. in stationären Pflegeeinrichtungen weitgehend ein eigenständiges und selbstverantwortliches Leben ermöglicht.

Es gibt also viele gute Ansätze, die wir jetzt bündeln und ausbauen. Geehrte, Preisträger und Nominierte des Deutschen Präventionspreises haben im Wettbewerb und durch die Arbeit der Jury aus Experten eine hohe Qualität

bewiesen und stehen damit beispielhaft für die notwendige Qualität. Auf dieser Grundlage soll eine Präventionsbewegung entstehen, die uns allen mehr Lebensqualität bringt.

Mehr Gesundheit und mehr Lebensqualität – um das zu erreichen, werden viele Mitmacher gebraucht. Deshalb: Unterstützen Sie uns, fördern Sie den Deutschen Präventionspreis und helfen Sie den Vorbildern bei der Entwicklung und Verbreitung. Fangen Sie an. Jetzt!

Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung



**Prof. Dr. Dr. h.c. mult.
Heribert Meffert**
Vorsitzender des
Vorstandes der
Bertelsmann Stiftung

Liebe Leserinnen und Leser,

ich freue mich, Ihnen heute eine Dokumentation zum diesjährigen Deutschen Präventionspreis in die Hände geben zu können, die mehr ist als ein Bericht. Sie ist der anschauliche Beweis für die eigenverantwortliche und kreative Gestaltung wirkungsvoller Projekte im Bereich Prävention.

„Gesund in der zweiten Lebenshälfte“ lautet das Motto des diesjährigen Wettbewerbs und weist darauf hin, dass Prävention nicht nur auf junge Menschen gerichtet ist. Die Altersgruppe der über 50-Jährigen ist in besonderem Maße gefordert. Zum einen wird sich in den nächsten Jahren die Lebensarbeitszeit für alle Berufstätigen deutlich verlängern, zum anderen stellen ältere Mitarbeiter ein wertvolles Potenzial für Unternehmen dar, da sie oft über langjährige Erfahrungen verfügen, die schon aus ökonomischer Sicht nutzbar gemacht werden müssen. Außerdem zeigen Untersuchungen, dass präventive Maßnahmen gerade bei Älteren den gesundheitlichen Status deutlich verbessern können und damit helfen, Behandlungskosten zu vermeiden. Darüber hinaus tragen sie mit dazu bei, die persönliche Lebensqualität zu verbessern.

Auch 2005 ist es wieder gelungen, vorbildhafte Interventionen zu identifizieren, zu prämiieren und damit zur Verbreitung und Nachahmung anzuregen. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Deutsche Präventionspreis möchte diese unterstreichen und mit guten Praxisbeispielen Prävention und Gesundheitsförderung größeren gesellschaftlichen Stellenwert verschaffen. Außerdem leistet er einen wichtigen Beitrag zur Transparenz der Leistungsfähigkeit der Angebote und Kooperationsformen im Gesundheitswesen.

Mitgetragen werden Preis und Projekt „Deutscher Präventionspreis“ vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der ihr nachgeordneten Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Beiden Institutionen danke ich für die kooperative Zusammenarbeit in der Sache.

Mit „Monheim für Kinder“ wurde 2004 ein Projekt erster Preisträger, das in herausragender Weise Gesundheitsförderung, Integration, Bekämpfung von sozialer Benachteiligung, Vernetzung aller beteiligten Akteure,

Bildung und Zukunftssicherung vereint. Die Preisträger des Jahres 2005 stehen dem in keiner Weise nach.

Ich wünsche dieser Dokumentation, dass sie ihre Leser nicht nur informiert, sondern auch weiterführendes Interesse weckt, Diskussionen initiiert und zur Nachahmung anregt. Den vorgestellten Projekten wünsche ich eine starke Breitenwirkung im Interesse der Menschen, für die Prävention der entscheidende Schritt zu mehr Lebensqualität ist.

Herzlichst
Ihr Heribert Meffert

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Heribert Meffert

Deutscher Präventionspreis

Grußwort der Träger



Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen in Deutschland ist erheblich gestiegen. Damit die Zunahme an Lebenserwartung nicht mit einer Zunahme an „kranken“ und „behinderten“ Jahren einhergeht, hat die Förderung der Gesundheit von Menschen in der zweiten Lebenshälfte an Bedeutung gewonnen.

Es ist erfreulich, dass inzwischen ein gesellschaftlicher Diskurs zu diesem Thema in Gang gekommen ist, der die Vielzahl von bislang unausgeschöpften Präventionspotenzialen – sogar bis ins hohe Alter hinein – aufgezeigt hat. Beispielhaft nenne ich hier die Arbeitsergebnisse der AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. Die Diskussionen haben sich gelöst von ausschließlichem Risikofaktor-Denken und stattdessen die Potenziale in den Mittelpunkt gestellt: gesellschaftliches Engagement der neuen fitten Alten, Ressourcenorientierung auch bei Krankheit und Behinderung, neue Formen des Zusammenlebens und -wohnens und insbesondere eine entsprechende Kommunikation in den Medien.

Das Aufgabenspektrum der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich „Gesund altern“ ist enorm breit:

- Die Arbeitsfähigkeit von Menschen, die heute im Berufsleben stehen, bis zum Eintritt des gesetzlichen Rentenalters erhalten,
- Selbstständigkeit und Lebensqualität nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben erhalten,
- Lebensqualität bei pflegebedürftigen Menschen verbessern.

Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Initiativen und Projekten, die für verschiedene Zielgruppen und mit unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen und Methoden bereits einen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte leisten. Neben der fachlichen Diskussion über prioritäre Zielgruppen, geeignete Zugangswege, Methoden und notwendige Ressourcen ist es wichtig, diese Erfahrungen auszuwerten und in die fachliche Diskussion einzubringen. Dies sind wichtige Voraussetzungen dafür, ein Konzept für nachhaltige bevölkerungsweite Interventionen zum Bereich „Gesundes Alter“ zu entwickeln.

Ich habe mich deshalb sehr gefreut, dass die Bertelsmann Stiftung den Vorschlag des BMGS und der BZgA aufgegriffen hat, den zweiten Deutschen Präventionspreis zum Thema „Gesund in der zweiten Lebenshälfte“ auszuloben. Obwohl Gesundheitsförderung und Prävention in der zweiten Lebenshälfte ein relativ junges Arbeitsfeld darstellt, haben sich mit 258 Bewerbern eine große Anzahl an Initiativen und Maßnahmen an der Ausschreibung beteiligt. Damit ist die Erwartung der BZgA, praktische Erfahrungen als Beiträge für die fachliche Diskussion zu liefern, voll erfüllt worden.

Die Bewerbungen geben einen hervorragenden Einblick in die Projektlandschaft in Deutschland. Sie schaffen die Voraussetzung für eine systematische Auswertung der Praxiserfahrungen und für die Identifikation erfolgreicher Interventionsstrategien.

Der Jury ist es gelungen, herausragende Maßnahmen als Preisträger auszuwählen, die wichtige Teilziele und Interventionsfelder abdecken. Besonders erfreulich ist, dass die Projekte durch Projektdokumentationen, Evaluationen, Beteiligung der Zielgruppe an der Maßnahmenplanung und -durchführung in dem noch jungen Arbeitsfeld bereits hohe Qualitätsstandards erfüllen. Dies ist aus meiner Sicht besonders wichtig, da die Überprüfbarkeit und Erfolgskontrolle von Maßnahmen eine wesentliche Voraussetzung für ihre Übertragbarkeit sind. Außerdem ermöglichen sie die weitere fachliche Diskussion über prioritäre Maßnahmen und Strategien.

Hervorheben möchte ich folgende Einzelaspekte der Preisträgerprojekte:

- Zur Beeinflussung der Lebensqualität und des Morbiditätsgeschehens sind Ernährung und Bewegung von zentraler Bedeutung. Dies gilt für alle Lebensphasen, so auch für Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Diese Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention werden von einem Preisträgerprojekt vorbildlich umgesetzt.
- Kommunale Strategien sind wichtig, um ältere Menschen zu erreichen. So zeigt auch ein Preisträgerprojekt,

dass die Vernetzung lokaler Angebote und die damit verbundene Möglichkeit, die Versäulung der kommunalen Dienste, Ämter und Institutionen aufzubrechen, eine wesentliche Voraussetzung für ganzheitliches Arbeiten und damit für den Erfolg kommunaler Maßnahmen ist.

- Die Mitarbeit von Ehrenamtlern ist – anders als in anderen Feldern der Gesundheitsförderung – bei Maßnahmen für ältere Menschen besonders häufig. Eindrucksvoll in diesem Zusammenhang ist eine Initiative, die den Bereich der Ehrenamtlichkeit einbezieht und dabei – nach dem Prinzip „Jung für Alt“ – soziale Verantwortung und soziales Engagement generationsübergreifend nutzt, um die Lebensqualität der älteren Menschen zu verbessern.
- Ein anderes Preisträgerprojekt zeigt auf vorbildliche Weise, dass auch mit begrenzten medizinischen Prophylaxe-Maßnahmen Lebensqualität bei pflegebedürftigen Menschen erhöht werden kann.
- Angesichts knapper Ressourcen in öffentlichen und privaten Haushalten ist es in Zukunft wichtig, den ökonomischen Nutzen von Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention aufzuzeigen. Ein Preisträgerprojekt greift diesen Aspekt auf hohem wissenschaftlichen Niveau auf und setzt ihn erfolgreich um.
- Niedrigschwellige Zugangswege sind auch für die Zielgruppe älterer Menschen von zentraler Bedeutung. Erfreulich ist daher, dass mehrere Projekte aufsuchende Angebote als Zugangsweg nutzen und weitere Maßnahmen darauf aufbauen.
- Um individuelles Verhalten erfolgreich zu ändern und gesundheitsfördernde Lebensstile zu ermöglichen, ist die Verknüpfung verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze notwendig. Einige Preisträgerprojekte greifen diesen Aspekt vorbildlich auf.

Gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung möchte ich mich in Zukunft dafür engagieren, dass die Preisträgerprojekte nachhaltige Wirkung entfalten. Wir möchten mit ihrer Präsentation den fachlichen Erfahrungsaustausch anstoßen und Impulse geben für die konzeptionelle Weiterentwicklung des Arbeitsfeldes „Gesund in der zweiten Lebenshälfte“.

Allen Bewerbern möchte ich für ihr Engagement und ihre gute Arbeit danken, den Preisträgerprojekten gratuliere ich recht herzlich.

Mein Dank gilt außerdem der Bertelsmann Stiftung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle für die professionelle und innovative Vorbereitung und Durchführung des Wettbewerbs sowie der Jury für ihre engagierte Diskussion und sorgfältige Auswahl.



Dr. Elisabeth Pott

Demographischer Wandel und die Notwendigkeit der Prävention



Dr. Johannes Meier
Mitglied des Vorstands
der Bertelsmann Stiftung

Die private demographische Dividende

Aktive und fitte Senioren sind zu einem selbstverständlichen Teil unserer Gesellschaft geworden. Im Vergleich zu den Generationen vor ihnen sind die heutigen Senioren nicht nur wohlhabender, für die meisten sind eine gesunde Lebensführung und aktive Gesundheitsförderung, gerade in der Phase nach dem Austritt aus dem Berufsleben, selbstverständlich geworden. Nicht nur materielle, auch die ausreichend vorhandenen zeitlichen Ressourcen werden investiert. Man denke nur an die Scharen der Nordic Walker, die unsere Wege und Wälder durchwandern. Stand für die Senioren der 60er Jahre noch der geruhsame Lebensabend als erstrebenswertes Ziel an erster Stelle, so hat sich die Einstellung zur so genannten dritten Lebensphase gewandelt. Durch die im Durchschnitt deutliche Zunahme der verbleibenden Lebenszeit nach Renteneintritt haben viele Ältere heute die Chance, ihre persönliche demographische Dividende zu erleben. Somit ist der demographische Wandel zunächst eine sehr erfreuliche Entwicklung. Wer würde sich nicht über die Aussicht auf zusätzliche Lebensjahre voll Aktivität und in Gesundheit freuen?!

Jedoch verbinden viele Bürger mit dem demographischen Wandel die Angst vor einem Horrorszenario geprägt von unsicheren Renten, kollabierender Pflegeversicherung, wachsenden Gesundheitsbeiträgen und allgemeinem Wohlstandsverlust in einem Deutschland, wo immer weniger Junge immer mehr Ältere stützen müssen. Es lohnt deshalb zunächst ein Blick auf die demographischen Fakten und Trends, bevor die Rolle der Prävention angesichts des demographischen Wandels bewertet wird.

Das „demographische Uhrwerk“

Der demographische Wandel ist kein deutsches Phänomen. Der internationale Vergleich zeigt, dass mit der Zunahme der Lebenserwartung und des Wohlstands die Geburtenzahl auf allen Kontinenten und in fast allen Ländern deutlich unter das bestandserhaltende Niveau von 2,1 Kindern pro Frau gesunken ist. Ausnahmen bilden hier lediglich Frankreich und die USA. Während in Deutschland

im Jahr 1964 noch 1,3 Millionen Kinder geboren wurden, waren es im Jahr 2003 nur noch 0,7 Millionen Kinder. Die Geburtenzahl in Deutschland beträgt heute durchschnittlich 1,4 Geburten pro Frau. Damit liegt die Quote um ein Drittel unter dem Niveau, das für eine langfristig konstante Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung erforderlich wäre.

Renate Köcher, Leiterin des Instituts für Demoskopie Allensbach, spricht von einer wachsenden „Kinderdistanziertheit“ innerhalb der deutschen Gesellschaft, in der Kinder als Kosten- und Störfaktor empfunden würden. Neben dem Fehlen eines Partners und der Angst um den Job geben 75 Prozent der Befragten einer aktuellen Allensbach-Studie vom Januar 2005 das kinderfeindliche Klima als Grund für Kinderlosigkeit an. Nach Ergebnissen einer Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung vom Mai 2005 liegt der Durchschnittswert für die Zahl der gewünschten Kinder bei den Frauen zwischen 20 und 39 Jahren mit 1,74 nur noch wenig über der tatsächlichen Kinderzahl bei den Frauen. Bei den Männern ist dieser Durchschnittswert mit 1,57 sogar noch niedriger. Die Bevölkerung wird auch dann deutlich schrumpfen, wenn alle Frauen und Männer ihren Kinderwunsch vollständig verwirklichen. Bislang ist keine Trendumkehr feststellbar. Die Zahl junger Menschen, die überhaupt keine Kinder mehr haben wollen, ist sogar in den letzten Jahren noch gewachsen: Im Jahre 1992 wünschten sich nur 9,9 Prozent der Frauen und 11,8 Prozent der Männer keine Kinder, heute liegt dieser Wert bei den Frauen bei 14,6 Prozent und bei den Männern sogar bei 26,3 Prozent.

Die Ursachen dieser Entwicklung sind vielfältig: Kinder werden von Kinderlosen häufig als Bedrohung ihres derzeitigen Lebensstandards wahrgenommen. Viele potenzielle Eltern befürchten, dass ihre Selbstverwirklichung leiden könnte, so die aktuelle Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Auch die Anforderungen des modernen Berufslebens – Flexibilität in räumlicher, zeitlicher und qualifikatorischer Hinsicht – führen dazu, dass der Kinderwunsch oftmals immer weiter aufgeschoben wird. Der Bildungsforscher Professor Hans Bertram spricht von einem Lebensstau, wo Ausbildung, Beruf, Karriere und Partnerschaft zwischen 20 und 39 zugleich bewältigt werden

wollen in einem zunehmend härteren Konkurrenzkampf.

Am anderen Ende der Lebensbiographie tragen der medizinisch-technische Fortschritt, bessere Ernährung und gesündere Lebensweisen dazu bei, dass die Lebenserwartung auch in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Wenn wir die Chance haben, bis ins hohe Alter gesund und fit zu bleiben, ist das für jeden Einzelnen positiv. Die Verlängerung unserer Lebensspanne wird auch zu einem Gewinn an aktiven Jahren beitragen. So ist in den hohen Altersgruppen der Geburtsjahrgänge 1917, 1922, 1927 schon heute eine deutliche Zunahme aktiver Lebenszeit, Selbstständigkeit und Mobilität messbar.

Demographische Prozesse sind langfristiger Art: Auch ein unmittelbar einsetzender Wertewandel – ebenfalls meist ein langwieriges Geschehen –, an dessen Ende ein Ansteigen der Geburtenrate über den aktuellen Wert hinaus steht, würde die für das Jahr 2050 bestehenden Herausforderungen der deutschen Gesellschaft nicht grundsätzlich ändern. Wohlgemerkt, für die langfristige Nachhaltigkeit der Gesellschaft ist dieser Wertewandel notwendig. Mittelfristig ist aber unabhängig davon klar: Das Verhältnis der Menschen im Rentenalter zu den Erwerbstätigen (der so genannte Altenquotient) wird sich in den kommenden Jahrzehnten erheblich erhöhen – selbst wenn es gelingen sollte, die Geburtenrate signifikant zu steigern. Die Zunahme der Lebenserwartung und damit die Alterung der Bevölkerung sind unumstößlich, solange Kriege und Seuchen uns hoffentlich erspart bleiben. Es wird also in den kommenden Jahrzehnten zu einem umfassenden Strukturwandel der Bevölkerung kommen, der durch Binnenwanderungen sich sehr unterschiedlich in den Regionen ausprägt.

Grenzen unserer heutigen sozialen Sicherungssysteme

Selbst wenn eine neue Einwanderungspolitik die erfolgreiche Integration kinderreicher Familien ermöglicht, wird sich die ältere Bevölkerung ab dem Jahr 2020 von der heutigen deutlich unterscheiden: Die Zahl der Kinderlosen bei den über 65-Jährigen wird zunehmen. Bis zu 30 Prozent der Menschen im Rentenalter werden keine eigenen Kinder haben und können familiären Austausch nur über ihre

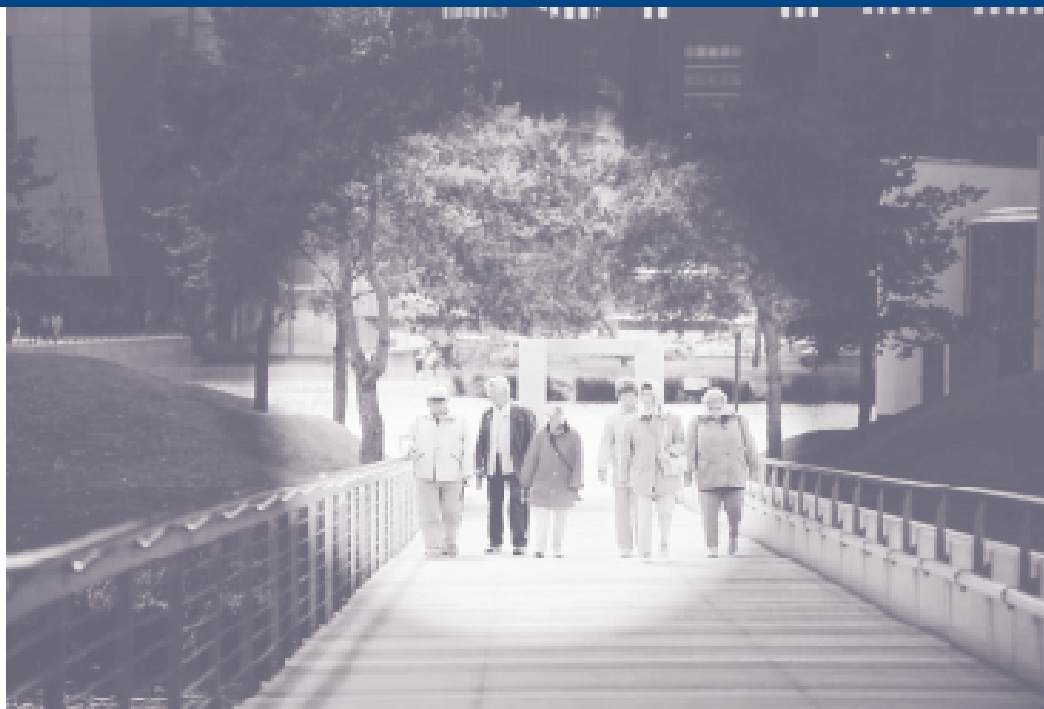
ebenfalls abnehmende Seitenverwandtschaft realisieren. Pflegeleistungen von Angehörigen, die heute noch 70 Prozent des Pflegebedarfs abdecken, müssen durch andere Netzwerke und Versorgungseinrichtungen ersetzt werden.

Eine besondere Herausforderung an unsere Sozialleistungssysteme stellen vor diesem Hintergrund die geburtenstarken Jahrgänge dar. Wenn sie die Systeme nicht mehr durch ihre Beitragszahlungen stützen, sondern selbst auf die Seite der Leistungsempfänger wechseln, bedeutet dies leicht nachvollziehbare Überforderungen für die sozialen Sicherungssysteme in ihrer heutigen Konstitution.

Insbesondere haben diese Entwicklungen umfassende Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem. Die an Sozialbeiträge gekoppelte Finanzierung des Gesundheitswesens wird zum größten Teil über ein demographieempfindliches Umlageverfahren gedeckt, das den Faktor Arbeit belastet. Zu den durch die Alterung der Bevölkerung entstehenden Kosten gibt es zwei Thesen: Mit der Zunahme der Lebenserwartung steigen die Gesundheitsausgaben mit einem Höhepunkt kurz vor dem Tod, so nimmt die Medikalisierungsthese an. Die Kompressionsthese geht davon aus, dass sich die kostenintensive Phase der Multimorbidität in ein höheres Lebensalter verschiebt, aufgrund verbesserter Lebensbedingungen jedoch die längere Phase davor nicht kostenintensiver als die Phase der Erwerbstätigkeit ist. Noch ist nicht geklärt, welche der beiden Annahmen zutrifft, die Kosten sinken jedenfalls nicht im Alter. Der technische Fortschritt mit seinen gesundheitspolitisch und individuell erfreulichen, jedoch oft kostensteigernden Wirkungen birgt zusätzliches Konfliktpotenzial.

Die Herausforderung liegt also in einer demographiefesten Gestaltung eines umfassenden „Systems der Gesundheit“. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Aufgabe vor dem Hintergrund einer wachsenden Verschuldung des Staates zu bewältigen ist. Zu den notwendigen Reformen sind emotionalisierte Diskussionen zu erwarten – der Umbau des gesetzlichen Rentenversicherungssystems hat bereits zu einem solchen Diskurs geführt. Um die zu erwartende Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu begrenzen, wird es auch darauf ankommen, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen.

Demographischer Wandel und die Notwendigkeit der Prävention



Prävention und die Potenziale einer alternden Gesellschaft

Wir sind überzeugt, dass die Verbesserung der vorbeugenden Prävention wichtig und notwendig ist zur Gestaltung eines robusten Systems der Gesundheit. Derzeit machen Gesundheitsförderung und Prävention nur einen geringen Anteil von zirka 4,5 Prozent aller öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben aus. In der Rentenversicherung wird für Rehabilitationsmaßnahmen ein Vielfaches der Mittel aufgewandt, die Krankenversicherungen für die Gesunderhaltung aufbringen. Ein transparentes und logisches System der Leistungen der Kostenträger, das nach Verantwortungsbereichen gegliedert ist, ist notwendig zur Schaffung von Transparenz und als Grundlage klarer Kommunikation. Konsequenter wäre es, die Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungszweige darauf zu beschränken, ihren Versicherten solche präventiven Angebote und Leistungen zu unterbreiten, die durch ihren jeweiligen Auftrag auch gedeckt sind.

Dass Präventionsausgaben sich sowohl aus Sicht des Individuums als auch der Gesellschaft lohnen, liegt nahe. Studien zeigen, dass Kraft-, Ausdauer- und Bewegungs-

training bei älteren Menschen sowie eine ausgewogene Ernährung zu den wirksamsten Maßnahmen gehören. 70 Prozent aller mit der Alterung verbundenen Vorgänge sind beeinflussbar. Es ist erwiesen, dass sich die körperliche Flexibilität auch im Alter noch um etwa 60 Prozent steigern lässt. So ließen sich durch eine Ausdehnung der Grundpflege hin zu einer ganzheitlichen Pflege weitere Potenziale erschließen – um Kosten zu sparen, aber vor allem auch um mehr Lebensqualität für den Einzelnen zu erreichen.

Angesichts der bevorstehenden Schrumpfung der aktiven Gruppe der Berufstätigen sind eine erhöhte Leistungsfähigkeit und Produktivität älterer Mitbürger von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Es bedarf keiner großen Phantasie, um eine schrittweise Anhebung des effektiven Renteneintrittsalters zu prognostizieren über die nächsten Dekaden.

Finanzierung und Anreize zur Prävention

Die Akteure des Gesundheitswesens, der Politik und der Wirtschaft müssen dazu motiviert werden, Prävention zu fördern. Der Ansatz, die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die umlagegestützte

Sozialversicherung zu finanzieren, muss aber vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung kritisch hinterfragt werden. Dem Anspruch, Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu definieren, werden Bund und Länder so nicht gerecht. Darum müssen alle gesellschaftlichen Gruppen einen finanziellen Beitrag leisten.

Konsequenter wäre es, denjenigen Teil von Gesundheitsförderung und Prävention, der in gesellschaftlicher Verantwortung liegt, aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren. So würde – wie im Sozialgesetz formuliert – „ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ geleistet. Damit wäre ein erster Schritt hin zu einer demographiefesten Finanzierung gemacht.

Durch eine transparente und effektiv vernetzte Angebotsstruktur kann die Eigenverantwortung des Individuums unterstützt werden. Neue Strukturen können dem Einzelnen als „selbstlernendem Unternehmer“ in Sachen eigener Gesundheit die notwendigen und differenzierten Angebote eröffnen. Flächendeckende Strukturen zu schaffen und zu erhalten ist vor dem Hintergrund der schrumpfenden Bevölkerung und der damit zum Beispiel einhergehenden Ausdünnung der Versorgung mit Hausärzten für einige Regionen schon heute eine große Herausforderung. Wichtig erscheint hier eine koordinierte Gesamtpolitik, von der Bundes- bis zur kommunalen Ebene, die den Ansatz der integrierten Versorgung ausbaut. Noch besteht auf Seiten des Einzelnen häufig ein Zielkonflikt zwischen gesundheitsförderlichem Verhalten und Lebensqualität. Der bisher gewählte Ansatz der Bonusprogramme ist in der breiten Öffentlichkeit nicht hinreichend verankert und zeigt noch keine messbare Wirkung.

Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation

Da erfolgreiche Prävention Verhaltensänderungen in allen Teilen der Bevölkerung voraussetzt, liegt eine zentrale Herausforderung in der Kommunikation. Konzepte zur Kommunikation müssen nach Zielgruppen differenziert werden, um auch solche Bevölkerungsteile anzusprechen, die bislang noch nicht erreicht werden.

Angesichts einer zunehmenden Herausbildung einer Klassengesellschaft, die sich entlang Ernährung, Gesund-

heit, Bildung und Mediennutzung nahezu identisch ausprägt, stehen Kommunen mit einem hohen Anteil in der Bevölkerung an bildungsfernen Schichten und Migrationshintergrund vor einer besonderen Herausforderung. Es überrascht nicht, dass heute Prävention positiv mit sozialem Status korreliert.

In der Forschung, Aus-, Weiter- und Fortbildung ist die Prävention noch nicht hinreichend verankert. In sozialen und gesellschaftlichen Institutionen, insbesondere der Schule, sollte der Präventionsgedanke bereits jungen Zielgruppen vermittelt werden. Besonderes Augenmerk sollte künftig auch auf den Familien liegen.

Fazit

Als erster Schritt sollten nun messbare Gesundheitsziele und die zur Erreichung notwendigen Maßnahmen auf Bundes- und Länderebene vereinbart werden. Dieser Ansatz schließt die präventive Vermeidung von Krankheiten und eine verbesserte Versorgung im Krankheitsfall ein. Die Akteure des Gesundheitswesens sollten sich verpflichten, diese Ziele und Maßnahmen mit vorhandenen Ressourcen umzusetzen. Die größten Potenziale liegen aber in der Stärkung der Eigenverantwortung. Verbesserte Lebensqualität, gewonnene gesunde Lebensjahre und erhöhte Leistungsfähigkeit sind für viele Menschen – etwa die eingangs erwähnten Nordic Walker – Motivation, die Gesundheitsförderung selbst in die Hand zu nehmen. Diesen Bewusstseinswandel zu festigen und weiter auszubauen hat höchste Priorität – gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels.

Um einer steigenden Zahl von Menschen die Chance auf ein langes, gesundes Leben eröffnen zu können, sind gute Beispiele gefragt. Die Dokumentation des Deutschen Präventionspreises 2005 „Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus)“ zeigt zahlreiche solcher guten Beispiele auf.

Dr. Johannes Meier

Gesundheitsförderung und Prävention in der zweiten Lebenshälfte



Dr. Horst Peretzki

Leitung Referat 323,
Medizinische Grundsatz-
fragen der Prävention,
Bundesministerium für
Gesundheit und Soziale
Sicherung

Wir alle wünschen uns Gesundheit. Bis ins hohe Alter gesund zu bleiben und gesund alt zu werden ist in unserer Gesellschaft mit einem zunehmenden Anteil älterer Menschen ein vorrangiges Ziel.

Der demographische Wandel und die damit verbundene Belastung unserer Sozialsysteme macht eine gemeinsame intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Altern erforderlich. Bereits heute sind 25 Prozent unserer Bevölkerung über 60 Jahre alt.

Immer mehr Menschen werden aber nicht nur älter, sondern leiden im Alter auch an Krankheiten, mitunter auch an einer Vielzahl von Erkrankungen, man spricht von der Multimorbidität.

Dies muss aber keineswegs so sein. Alter muss nicht zwangsläufig zu Krankheit oder Hilfsbedürftigkeit führen. Neben genetischen Faktoren, auf die wir ja alle keinen Einfluss haben, liegt es auch ein Stück weit an jedem Einzelnen von uns, mitzubestimmen, wie man alt wird.

Wir wissen heute, dass uns unser Körper eine gesunde Lebensweise schon in frühen Jahren, im Alter ganz besonders dankt. Aber es ist auch im Alter nicht zu spät, sich gesundheitsbewusst zu verhalten und Risiken zu vermeiden.

Gesund alt zu werden ist erreichbar, denn wir wissen, dass frühzeitige und lebensbegleitende Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils die besten Voraussetzungen für ein gesundes Altern und für die möglichst lange Gesunderhaltung im Alter sind. Prävention ist keine Frage des Lebensalters. Selbst wenn man im fortgeschrittenen Alter anfängt, kann man noch gute Ergebnisse erzielen. Auch bei Menschen im höheren Alter, die bereits krank oder pflegebedürftig sind, können spürbare Verbesserungen erreicht werden. Verbesserungen, die sich ganz praktisch in einer höheren Lebensqualität auszahlen.

Jeder Mensch trägt Verantwortung für seine Gesundheit. Aber vielen Menschen ist gar nicht bewusst, dass sie etwas tun können, um gesund zu bleiben. Regelmäßige körperliche Bewegung und eine ausgewogene Ernährung fördern und erhalten die Leistungsfähigkeit und wirken sich auch auf den Stoffwechsel und praktisch alle Organsysteme positiv aus. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird deutlich reduziert, aber auch der Stabilität der

Knochen tut ausreichende körperliche Bewegung gut. Dazu genügen schon regelmäßige Alltagsaktivitäten wie Wandern, Schwimmen, Radfahren und Ähnliches.

Regelmäßige geistige Aktivität bis ins hohe Alter hilft sowohl die Flexibilität des Denkens als auch die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses zu erhalten. Hierzu trägt bereits jede konzentrierte Beschäftigung wie Zeitung lesen, Briefe schreiben, Kreuzworträtsel lösen etc. bei.

Wer Risikofaktoren wie Übergewicht, Fehlernährung, Bewegungsarmut, übermäßige Sonnenexposition und vor allem Nikotin und übermäßigen Stress vermeidet, hat ein deutlich geringeres Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, bestimmte Krebserkrankungen, Erkrankungen der Atemwegsorgane und Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus Typ 2. Die Änderung der Lebensweise ist auch dann noch sinnvoll und notwendig, wenn bereits eine solche Erkrankung vorliegt.

Die Nutzung von Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten erlaubt es, häufige Krankheiten oder ihre Risikofaktoren in einem frühen, therapeutisch gut beeinflussbaren Stadium festzustellen.

Stürze sind bei älteren Menschen häufig die Ursache von Knochenbrüchen wie dem Oberschenkelhalsbruch. Körperliche Bewegung und eine barrierefreie Gestaltung der Wohnung vermindern das Risiko, zu stürzen. Auch gezieltes Beinmuskulaturtraining sowie die Förderung des dynamischen Gleichgewichts verringern dieses Risiko. Im Hinblick auf ein erhöhtes Sturzrisiko spielt die Einnahme von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka, eine wichtige Rolle. Effektive Maßnahmen zur Eindämmung von Medikamentenabhängigkeit im Alter versprechen einen positiven Effekt auf das Sturzgeschehen, insbesondere bei Frauen.

Es ist also weder besonders aufwändig noch schwierig oder zeitraubend, etwas für seine Gesundheit zu tun.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung arbeitet bereits seit dem Weltgesundheitstag 1999 erfolgreich mit der Bundesvereinigung für Gesundheit auf dem Gebiet der Prävention im Alter zusammen. Im Vordergrund steht, das Alter als Chance und Erfolg zu werten und unter dem Aspekt des Zugewinns an Lebensqualität zu gestalten. Hierbei spielen die präventiven



Potenziale im Alter eine zentrale Rolle.

Darauf, dass die hohen präventiven Potenziale bei älteren Menschen unterschätzt werden, hat auch der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2001 hingewiesen.

Wir wollen gezielt aufzeigen und darüber informieren, was man selbst tun kann, um aktiv Krankheiten im Alter entgegenzuwirken und die eigene Gesundheit zu fördern, und zum Mitmachen motivieren.

Daher stellt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Broschüre „Gesund altern – Prävention und Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter“ im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit den Bürgerinnen und Bürgern kostenlos zur Verfügung.

Die Expertise von Prof. Kruse ist eine umfassende Analyse der Faktoren, die Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Menschen im Alter haben. Wichtige Inhalte sind die Bedeutung der körperlichen Bewegung für das psychosoziale Wohlbefinden und auf die Reduktion der

Mortalität. So weist die Expertise auf eine Studie hin, demzufolge die kontinuierliche Ausübung von Sport- und Bewegungsaktivitäten mit mittlerem physischem Anforderungsgrad die Wahrscheinlichkeit der Mortalität gegenüber Personen, die keinen Sport betrieben haben, um 23 Prozent reduziert hat.

Weiterhin wird in der Expertise die Bedeutung gesunder Ernährung, kognitiver Aktivität und Stressbewältigung dargestellt.

Auch bei Menschen im höheren Alter, die bereits krank oder pflegebedürftig sind, kann man noch viel erreichen, denn auch im Alter können noch bereits verlorene Fähigkeiten wiedergewonnen werden. Wichtige Maßnahmen, um dies zu erreichen, sind: die Rehabilitation und die aktivierende Pflege.

Prävention ist auch eine Antwort auf chronische Erkrankungen. Sie nützt den Bürgerinnen und Bürgern und sie kann zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen beitragen. So verursachen chronische Rückenschmerzen

Gesundheitsförderung und Prävention in der zweiten Lebenshälfte



Krankenbehandlungskosten in Höhe von rund 3,5 Milliarden Euro und weit darüber hinausgehende zusätzliche indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle und Frühverrentung.

Wir haben die Erkenntnisse der Expertise in die Arbeit des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung eingebracht und gemeinsam mit dem Forum den Kongress „Gesellschaft mit Zukunft“ am 29. und 30. April 2004 in Berlin veranstaltet.

Um möglichst viele Menschen zu erreichen, soll Prävention im direkten Lebensumfeld der Menschen verankert werden. Das heißt, Gesundheitsförderung muss in den Kindergärten, Schulen, in den Betrieben, in Senioreneinrichtungen etc. erfolgen.

Unser Gesundheitssystem ist bisher sehr stark auf Kuration, Rehabilitation und Pflege ausgerichtet. Wir wollen das ändern und die Prävention zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen ausbauen. Das vom Deutschen Bundestag am 22. April 2005 verabschiedete Gesetz zur Stär-

kung der gesundheitlichen Prävention wurde bedauerlicherweise am 27. Mai 2005 vom Bundesrat gestoppt und an den Vermittlungsausschuss überwiesen. Offen ist, in welcher Form der gemeinsam von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitete Gesetzestext verändert wird. Ziel des Präventionsgesetzes sollte sein, die primäre Prävention als wesentlichen und festen Bestandteil des Gesundheitssystems zu verankern. Die bisher bereits vorhandenen Präventionsanstrengungen sollten gebündelt werden, so dass ihre Wirksamkeit sich erhöht. Gemeinsame Präventionsziele sollten dafür sorgen, dass die Mittel dort eingesetzt werden, wo sie den größten Nutzen bringen. Durch Präventionsziele wären die Maßnahmen nicht nur nachvollziehbar, sondern auch kontrollierbar. Das Robert-Koch-Institut hätte dann auch die Möglichkeit, den Grad ihrer Erreichung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung darzustellen.

Auf der Bundesebene soll es eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung von den Sozialversicherungs-

zweigen geben. Hier sollen die Präventionsziele und Qualitätsstandards bestimmt und Kampagnen durchgeführt werden, um in der Bevölkerung das Bewusstsein für Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll sich hier mit ihrem Wissen einbringen.

Damit wir mit den Präventionsangeboten möglichst viele Menschen zielgerecht erreichen, ist es erforderlich, den Setting-Ansatz zu stärken, das heißt, Prävention soll da stattfinden, wo die Menschen sind: in ihrem jeweiligen Lebensumfeld. Fast die Hälfte der Mittel sollen daher für solche Projekte in den Lebenswelten zur Verfügung gestellt werden. Im Ergebnis sollen pro Jahr 250 Millionen Euro von der gesetzlichen Kranken-, Renten-, Unfall- und der sozialen Pflegeversicherung für Präventionszwecke zur Verfügung gestellt werden.

Um die Erkenntnis, dass präventive und gesundheitsförderliche Interventionen auch in der zweiten Lebenshälfte sinnvoll sind, weiter umsetzen zu können, müssen zentrale Fragen geklärt werden, u.a.:

1. Wie können Menschen in der zweiten Lebenshälfte in ihren Lebenswelten erreicht werden? – Hierzu erstellt die Bundesvereinigung für Gesundheit eine Expertise.
2. Welche Altersgruppen und welche Präventionsziele haben Priorität? – Hieran arbeitet eine Arbeitsgruppe des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung.
3. Wo ist eine Differenzierung nach Geschlecht und sozialer Lage erforderlich? – Im Hinblick auf präventive Potenziale bei älteren Frauen (ab 55 Jahre) läuft derzeit eine Studie, die bzgl. Risiken und Ressourcen die Zusammenhänge von Geschlecht und Krankheit analysiert und ganzheitlich bewertet. Ziel ist die Identifizierung von weiteren Ansatzpunkten der geschlechtersensiblen Prävention bzw. Empfehlungen für verhältnispräventive Maßnahmen für diese Zielgruppe.
4. Welche Interventionsstrategien haben sich bereits nachweislich bewährt? – Im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung wird derzeit der Interventionsansatz des „Präventiven Hausbesuchs“ im Hinblick auf die Machbarkeit geprüft.

Diese Klärungen sind notwendig, um in diesem Bereich die flächendeckende Umsetzung von prioritären Maßnahmen empfehlen zu können. Neben der Auswertung vorhandener Daten und Studien sowie zusätzlichen Forschungsanstrengungen ist die systematische Auswertung bereits vorhandener Praxiserfahrungen vordringlich. Mit dem Deutschen Präventionspreis 2005 „Gesund in der zweiten Lebenshälfte“ wurde erstmalig ein Einblick in die bereits vorhandenen vielfältigen Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte geschaffen. Ein erfreulich hoher Anteil von Wettbewerbsbeiträgen weist bereits eine Dokumentation bzw. Evaluation nach.

Damit wurden die Voraussetzungen für eine systematische Auswertung der Praxiserfahrungen und die Identifikation erfolgreicher Interventionsstrategien geschaffen.

Dr. Horst Peretzki

Der Deutsche Präventionspreis – mehr als ein Projekt

„Und dann bitte ich die Preisträger dieses Jahres auf die Bühne: ...“ Mit diesem Satz sind wir auf dem Höhepunkt eines Preisjahres angekommen. Bereits zweimal konnten jeweils am 22. Juni über 250 geladene Gäste im axica in Berlin die Spannung im Saal und zwischen ihren Schulterblättern spüren. Erst an diesem Tag der Preisverleihung erfahren die Öffentlichkeit und auch die Preisträger und Geehrten selbst, welche Projekte in dem einjährigen Wettbewerb bis an die Spitze gelangt sind.

Für viele war es ein langer Weg. Im Herbst des Vorjahres konnten sie erstmals die Ausschreibung des Preisthemas im Internet, im Flyer oder E-Mail von der Geschäftsstelle, in Fach- oder Publikumsmedien lesen. Ab Mitte November hatten sie die Möglichkeit, ihre Online-Bewerbung abzusenden, und bis Ende Januar, sie nachzubessern.

Obwohl im zweiten Wettbewerbsjahr die Bewerbungsdauer drei Wochen länger war, zeigte sich doch das gleiche Bild wie im Vorjahr: Erst in den letzten drei Wochen schnellte die Zahl von ca. 50 rasant auf den Endstand von 445 bzw. 258 Bewerbungen. Zudem ergänzten und korrigierten die meisten in dieser Endphase noch einmal ihre Bewerbung: Über 300 Neubewerbungen und Änderungen registrierte die Geschäftsstelle allein in der letzten Woche. Und dann – von einem Tag auf den anderen – Funkstille.

Für die Bewerber begann jetzt bis zur Preisvergabe ein langes Warten. Die zwischenzeitlichen Mitteilungen, wie viele sich beworben haben und welcher Art die Teilnehmerprojekte sind, trugen auch nicht gerade zur Beruhigung der Nerven bei. Was dauert denn bloß so lange?

Ganz anders in der Geschäftsstelle, hier begann schon am Tag nach dem Bewerbungsschluss die Offline-Sicherung und Sichtung der Bewerberdaten. Die Datenbank wurde zunächst mit Prüftools ausgewertet: Welche Bewerbungen enthalten vollständig verwertbare Angaben, welche erfüllen die Mindestvoraussetzungen wie Thema oder Laufzeit? Einige Bewerber hatten nur irgendwelche Zeichen in manche Pflichtfelder getippt und wohl gehofft, sie später gegen sinnvollen Text auszutauschen, waren aber nicht mehr dazu gekommen. Ein Bewerberprojekt betraf die Gesundheits-

förderung bei Kindern – das Thema des letzten Jahres.

Schwieriger wurde die Beurteilung, ob die gewünschte Vernetzung und Integration sowie die geforderte Verknüpfung von Zielthemen vorlag. Hier reichte die programmierte Auswertung nicht allein, weil manche Ja- oder Nein-Angabe nicht mit den übrigen Textaussagen übereinstimmte. In der Geschäftsstelle wurde eifrig gelesen... Auf diese Weise kamen manche maschinell aussortierten Bewerbungen wieder ins Rennen, andere dagegen wurden nun herausgenommen.

Insgesamt schieden in dieser Plausibilitätsprüfung und Vorselektion 60 Bewerbungen aus. Das einstimmige Votum der Kooperationspartner reduzierte die Zahl der Teilnehmer auf 198 – dies entspricht in etwa der Anzahl des Vorjahres. Von diesen Teilnehmern vervielfältigte die Geschäftsstelle alle Bewerbungsunterlagen für die acht Juroren dieses Preisjahres und bereitete sie für deren Bewertung auf.

Damit waren die vorbereitenden Arbeiten der Geschäftsstelle abgeschlossen: Unabhängig voneinander beurteilten nun jeweils zwei Juroren eine Bewerbung nach den Kriterien der Steuerungsgruppe wie Dokumentation, Fortführbarkeit, Übertragbarkeit, Innovation, Berücksichtigung von Problemlagen und vergaben hierzu ihre Punkte nach der Schulnoten-Skala. Dafür hatte die Jury zwei Wochen Zeit. Ihr Votum wurde in der Geschäftsstelle erfasst und im vorgegebenen Rechenverfahren in Gesamtpunktzahlen für jedes bewertete Projekt umgewandelt. Daraus ergab sich eine gerankte Liste als Grundlage für die erste Jurysitzung.

Wir befinden uns Mitte März in einem Hotel am Frankfurter Flughafen. Juroren, Mitglieder der Steuerungsgruppe, Projektleitung und Mitarbeiter der Geschäftsstelle sitzen vor Ordnern mit Listen und Bewerbungen, Benotungen und Rankings. Projekt- und Geschäftsstellenleiter hinterfragen zunächst Abweichungen in den Bewertungen: Warum hält ein Juror dieses Projekt für besonders innovativ, die andere Jurorin weniger? Weil sie aus ihrer Tätigkeit bereits einige Vorläufer kennt! Ein Teil der Juroren nickt bestätigend, aha! Der Juror ist angesichts dieser Sachlage bereit, seine Note zu reduzieren. So wird jede Fragwürdigkeit ausgeräumt. Dann beginnen die Plädoyers – die Abwägung von Für und Wider der Bewerberprojekte. Ihnen folgt das gemeinschaftliche Urteil.



Die Jury 2005 bei der Preisträgerauswahl

Kein Zweifel, diese Jury würde auch in jedem Gericht eine gute Figur machen. Inzwischen hat sich die Rangfolge der Projekte immer wieder verschoben. Zum Schluss verbleibt eine Spitzengruppe preisverdächtiger Bewerber. Jetzt folgt der letzte Akt: Die Jury beauftragt die Visitationen der Projekte, von denen sie (weitere) Kenntnisse vor Ort erlangen will.

Einen Monat lang besuchen Mirjam und Gunnar Stierle die Bewerberprojekte zwischen Hamburg und München, Düsseldorf und Dresden. Jedes Mal erfragen sie gezielt zusätzliche Informationen, sehen sich weitere Unterlagen an, nehmen – so weit möglich – an typischen Projektabläufen teil, diskutieren, notieren, fotografieren. Das Ergebnis einer nachmittäglichen Visitation wird abends gemeinsam besprochen und am folgenden Vormittag in einem standardisierten Bericht für die Jury festgehalten. Dann geht es weiter zur nächsten Adresse.

Anfang Mai liegen alle Berichte – gedruckt und um vielfältige Unterlagen und Abbildungen ergänzt – für die Jury vor. Diese hat nun zwei Wochen Zeit, das Material zu sichten und sich auf den entscheidenden Moment, die Wahl der Preisträger vorzubereiten. Der kommt Ende Mai, diesmal in einem Berliner Hotel. Im Raum der Jury hat die Geschäftsstelle für jedes nominierte und visitierte Projekt eine große

Metaplanwand mit den wichtigsten Daten aufgestellt, davor ein Tisch mit allen gebündelten Informationen. In der Mitte dieser geballten Präsenz entscheidet die Jury – einfach mit fünf zu vergebenden Klebepunkten und klar in der Aussage: Es gibt einen eindeutigen ersten Preisträger, vier weitere klar führende Projekte und ein einstimmiges Votum für eine persönliche Ehrung. Einen Monat später werden es die Auserwählten erfahren: „Und dann bitte ich die Preisträger dieses Jahres auf die Bühne: ...“

Vielleicht haben Sie diesen großen Moment ja soeben miterlebt, vielleicht lesen Sie jetzt erst davon. „Es tut richtig gut“ und „ermuntert zum Weitermachen“ – diesen spontanen Äußerungen von Preisträgern können wir uns nur anschließen. Und deswegen machen wir ja schon weiter, sind bereits in diesem Moment der Preisverleihung dabei, die diesjährigen Preisträger und Nominierten publik zu machen und parallel dazu, das nächste Preisjahr vorzubereiten.

Schon im Frühjahr begannen die ersten konkreten Abstimmungen zum neuen Preisthema 2006. Aus der Verdichtung von vielen einzelnen Gesprächen mit Experten der Gesundheitsförderung und Prävention, den Inputs der Organisationen der Kooperationspartner und Anregungen, die über die Website oder spontan geäußert wurden, zeich-

Der Deutsche Präventionspreis – mehr als ein Projekt



Die Website www.deutscher-praeventionspreis.de

net sich der Rahmen des künftigen Themenfeldes ab. In einem aufwändigen Recherche- und Abstimmungsprozess werden nun die Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Praxis, Medien in diesem Themenfeld eruiert, vorgeschlagen, gewogen, angefragt und letztlich als die Juroren des nächsten Preises verpflichtet.

Auf sie wartet eine Menge Arbeit. Anders als in den beiden Vorjahren werden sie – als ein Ergebnis des kontinuierlichen Erkenntnis- und Verbesserungsprozesses im Projekt – bereits zur Konkretisierung des Themas, zur wortgenauen Definition des Ausschreibungstextes, zur detaillierten Gestaltung des Bewerbungsbogens und ergebnisorientierten Programmierung des Auswertungsverfahrens herangezogen. So gehen bereits zu Beginn des neuen Preisjahres Jury, Träger und Geschäftsstelle in eine zweitägige Klausur, um eine noch bessere Konsistenz des Wettbewerbes zu erzielen.

Jeder Ergebnisschritt setzt weitere Aktivitäten frei. Sobald der Ausschreibungstext freigegeben ist, veröffent-

licht ihn die Geschäftsstelle über die Webagentur Studio Blickfang auf der Internetseite des Deutschen Präventionspreises, gestaltet mit der Kommunikationsagentur A.DREIplus GmbH den Flyer, textet und versendet Informationsmails an über 2.000 Multiplikatorenadressen, informiert Fach- und Publikumsmedien und verbreitet die Information durch Präsentationen, Fachveranstaltungen und Kongresse.

Ist der Bewerbungsbogen fertig, erarbeitet die Geschäftsstelle mit dem Softwareentwickler Basework GmbH das Layout und die Funktionalität der Bewerberdatenbank sowie die Auswertungstools für die Plausibilitätsprüfungen und Vorselektionen. Hierin eingebunden ist die Iquer.net GmbH & Co KG, die als Webhoster die erforderlichen Technologien und Kapazitäten für das Online-Bewerbungsverfahren und die Online-Datenbanksicherung bereitstellt.

Wenn zum Ende des Jahres alle Tests positiv ausgefallen und alle Freigaben erfolgt sind, kann der nächste Online-



Das Team des Deutschen Präventionspreises nach der Preisverleihung 2004

Wettbewerb beginnen. Dann beginnt für die Geschäftsstelle eine mehrwöchige Betreuung der Interessenten und der lange Weg für die Bewerber.

Sie haben schon gemerkt: Es sind viele fleißige Hände am Werk und einige sind noch gar nicht aufgezählt: Fotografen, Texter, Filmer, Drucker und Techniker. Dazu kommen Projektleitung, Juristen, Mitarbeiter des Event-, Kommunikations- und Servicemanagements, die von der Bertelsmann Stiftung partiell für Aufgaben des Preisprojektes ebenso pro bono eingebunden werden wie ihre Kollegen in den Pressestellen und Sekretariaten des BMGS und der BZgA. Ihnen allen sei an dieser Stelle Dank gesagt, denn ohne sie – nein, stellen Sie sich gar nicht erst vor, es sei Preisverleihung und keiner ginge hin.

Dass nun (fast) alle gekommen sind, ist daher kein Zufall: Die Begeisterung aller dieser Mitwirkenden hat die Bewerber ins Internet und die Gäste nach Berlin bewegt. Dazu haben unsere Medienpartner und Multiplikatoren als Transmitter beigetragen. 2004 trieb der STERN mit zwei

Beiträgen die Bewerberzahlen nach oben, 2005 belebte n-tv mit Ausstrahlungen über beispielhafte Projekte das Interesse am Event.

Organisationen wie die Bundesvereinigung für Gesundheit, die BAGSO, die Volkssolidarität und der Deutsche Sportbund sorgten durch ihre Informationsverteiler für wachsende Aufmerksamkeit und über 150 Online-Erwähnungen, zig Abdrucke in regionalen, überregionalen und Fachmedien sowie die Verbreitung über Nachrichtendienste und Radiosender wecken die Neugier: Im Durchschnitt verzeichnen wir im Monat durchschnittlich rund 10.000 Pageviews auf unserer Website sowie 100 Mail- und Telefonanfragen.

Die Öffentlichkeits- und Medienarbeit ist ein immer wählender Prozess im Projekt und wird nun – nachdem die Geschäftsstelle in den ersten beiden Projektjahren die Infrastruktur und die Wettbewerbsorganisation aufgebaut und fortentwickelt hat – in den nächsten beiden Projektjahren forciert. Über die eigenen Medien wie Website,

Der Deutsche Präventionspreis – mehr als ein Projekt



Dr. Marcel Mangen von Janssen-Cilag übergibt 2004 einen Preis an Dr. Rainer Hanewinkel von dem Projekt „Eigenständig werden“

Newsletter, Flyer, Publikationen (wie diese) und Informationsmails hinaus gehören dazu nicht nur die laufende Kontaktabbauung und -pflege zu Redaktionen der Print-, TV-, Radio- und Onlinemedien, sondern auch die persönliche Präsentation des Preises und der Projekte auf Fachveranstaltungen und Kongressen.

Hier treffen sich zwei Ziele: die Publizität des Deutschen Präventionspreises und die Verbreitung der ausgezeichneten Projekte. Beides ist nicht allein mit den von den Kooperationspartnern zur Verfügung gestellten Ressourcen zu bewältigen – und soll es auch nicht: Der Deutsche Präventionspreis ist zwar in erster Linie ein Preisprojekt, beim zweiten Hinsehen fällt auf, dass dieses in einem Public-Private-Partnership zwischen Bundes- und NGO-Organisationen getragen und durchgeführt wird, und wer ein Stück weiter blickt, erkennt, wie viele andere im Rahmen der gewünschten „gesamtgemeinschaftlichen Verantwortung“ zum Gelingen des Projektes beitragen.

(Hoffentlich) offensichtlich sind dies die Sponsoren. 2004 stockte Janssen-Cilag das Preisgeld auf und führte eine Regionalveranstaltung mit unseren Preisträgerprojekten durch. 2005 ist die Takeda Pharma GmbH Gastgeber der Preisverleihung des Deutschen Präventionspreises. In beiden Jahren unterstützt TÜV Management Systems den Aufbau des Qualitätsmanagements im Projekt und TÜV

Industrie Service hat sich bereit erklärt, die QM-Zertifizierung zu tragen. Das „Haus im Park“ in Hamburg, eine Einrichtung der Körber-Stiftung, und die Hamburger Landesvereinigung für Gesundheit stellen im Herbst auf einer regionalen Fachveranstaltung die herausragenden Projekte dieses Jahres vor.

Eher im Verborgenen fördern dieses Projekt seine „Sympathisanten“: Experten und Juroren der ersten beiden Preisjahre, die uns im „privaten Nebenjob“ etliche ihrer fachkundigen Tage schenken, Stephan Meyer von icore, der die IT der Geschäftsstelle rund um die Uhr überwacht, sie vor Viren, Würmern und sonstigen Anomalien beschützt und manche Stunde über den Vertrag hinaus uns und die IT psychotherapeutisch betreut – Holger Thamm von base-work, der in seiner freien Zeit an der Verbreitung der Projekte über das Internet arbeitet – wie viele andere hier Ungenannte in Organisationen aus Politik, Wirtschaft, Verband und Medien oder als einzelne, interessierte Informations- und Ratgeber. Ihre Sympathie – das hat sich in den ersten beiden Jahren erwiesen – ist belastbar und damit tragfähig für die weiteren beiden Jahre dieses Projektes. Danke!

Sie alle tragen dazu bei, dass der Deutsche Präventionspreis inzwischen weit mehr ist als nur ein Preis-Projekt, eine Public-Private-Partnership-Erprobung, ein Medienpartner-Multiplikatoren-Sponsoren-Experiment – es ist eine Bewegung vieler geworden, wenngleich noch längst nicht aller – im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Der Deutsche Präventionspreis braucht das Engagement dieser offiziellen wie inoffiziellen Förderer – ebenso wie seine Preisträger, Nominierten und Teilnehmer, um Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich tragfähig zu machen.

Wir alle sind hier auf einem langen Weg und mit karger Wegzehrung unterwegs. Das Planbudget des Deutschen Präventionspreises wurde unter anderem aufgrund der wirtschaftlichen Folgen des 11. September 2001 und der Elbe-Hochwasser-Katastrophe 2002 um rund ein Drittel reduziert. Die Projektaufgaben dagegen blieben und wachsen – wie diese Preisträgerbroschüre, die in diesem Jahr in fünffacher Auflage erscheint, nicht nur verteilt, sondern auf Anforderung auch versendet wird und sowohl Preisträger als auch zusätzlich die nominierten Projekte verbreitet – auch wenn dies alles einige zehntausend Euro mehr kostet.

Daher stellt die Gewinnung von Sponsoren sowohl eine Ressourcenentlastung dar als auch die Grundlage für die Fortentwicklung unseres Preisprojektes und der von uns bekannt gemachten, nachahmenswerten Projekte.

Sponsoren des Preisvergabe-Events, der regionalen Fachveranstaltungen, der Publikationen, der geplanten Bewerberdatenbank oder Organisation des Deutschen Präventionspreises unterstützten also unmittelbar sowohl den Deutschen Präventionspreis heute und seinen Fortbestand morgen als auch mittelbar die derzeitige Existenz sowie künftige Entwicklung und Verbreitung innovativer und effizienter Präventionsprojekte.

Wie wirksam diese Mehrfachförderung ist, zeigen die Entwicklungen des vergangenen Jahres. Wettbewerbs-, Medien- und Sponsorenarbeit des Deutschen Präventionspreises haben Gebietskörperschaften, Medien und Sponsoren veranlasst, die hervorragenden Projekte des Preisjahres 2004 zu festigen und zu multiplizieren:

- Der erste Preisträger „Mo.Ki“ ist nun kein Projekt mehr, sondern ein fester Bestandteil der Jugendhilfe für präventive Angebote – insbesondere für benachteiligte Familien und deren Kinder. Die Leitungsstelle wurde fest bewilligt. Zudem erfolgt eine Ausweitung auf das gesamte Monheimer Stadtgebiet. Inzwischen gibt es auch einen Nachahmer in einer norddeutschen Großstadt. Eine besondere Ehre: Mo.Ki wurde OECD-Modellprojekt. Die Projektleiterin schreibt hierzu: „Die Preisvergabe und die damit verbundene Pressearbeit und Imageverbesserung ... sind maßgeblich dafür verantwortlich, dass Mo.Ki dauerhaft fortgeführt wird.“
- Das Schülermultiplikatorenprojekt „free your mind“ hat seine Pilotphase beendet und wurde als ein eigenständiges Projekt der Stadt Leipzig anerkannt – es gibt eine selbstständige Projektleitung: „Wir schätzen den Erfolg für unser Projekt durch die Preisvergabe als sehr hoch ein. Es gab viel Anerkennung von außen und nun eine strukturelle Weiterentwicklung des Projektes. Auch gab es weitere finanzielle Unterstützung von anderen Partnern. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit wird es ab Mitte des Jahres sein, qualitative Standards für die Schülermultiplikatoren Ausbildung im Bereich der primären Suchtprävention mit anderen Schülermultiplikatorenprojekten zu erarbeiteten.“

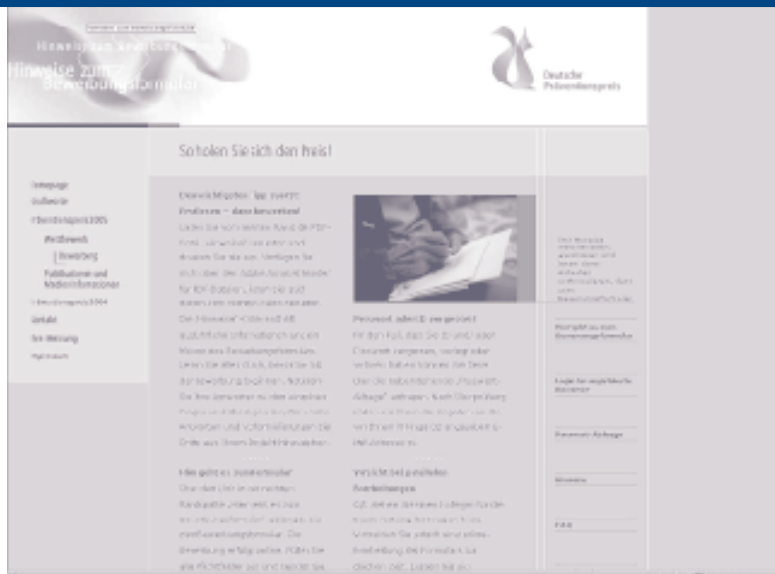
- Ein weiterer Preisträger – die Hauptschule in Frankenthal – berichtet: „Unsere Partnerschulen (Grund- und Hauptschule Glan-Münchweiler sowie die regionalen Schulen Altenglan und Idar-Oberstein) übernahmen weite Teile unseres Konzepts und passten sie ihrer Situation an.“
- Das Preisträgerprojekt „Anna & Marie“ berichtet: „Das Projekt hat durch die Preisverleihung eine noch breitere Basis bekommen. Der Bekanntheitsgrad ist deutlich gestiegen. Akzeptanz und Wertschätzung des Projekts in der Öffentlichkeit haben ebenfalls erheblich zugenommen. Im Juli 2004 wurden alle 38 Gesundheitsämter in Baden-Württemberg vom Landesgesundheitsamt schriftlich mit diversen Unterlagen informiert, im Oktober 2004 Vorstellung des Projektes beim Ehrenamtforum in Heilbronn, im Mai 2005 Vorstellung des Projektes an der PH in Reutlingen.“

Ein weiterer wesentlicher Effekt ist die Vernetzung der Projekte untereinander. So hat Mo.Ki Kontakt zu einem anderen Preisträger, Pro Kita, aufgenommen. Ein Austausch vor Ort führte zu der Überlegung, Mo.Ki durch weitere Aspekte zu ergänzen. Für diese beginnende Vernetzung aus eigener Initiative gibt es mehrere Beispiele, aber auch stark begrenzende Erkenntnisse: Die Ressourcen in den Projekten reichen kaum für die Durchführung der Projekte selbst. So groß die Freude am Interesse anderer und so engagiert der eigene Einsatz in der Weitervermittlung ist, für den anhaltenden Dialog und die nachhaltige Verbreitung ist eine langfristig verlässliche und professionell organisierte Plattform erforderlich. Dies ist eine wichtige Aufgabe für die kommenden Jahre.

Hieran sehen wir, dass die Förderung des Deutschen Präventionspreises nicht nur ein Preisprojekt unterstützt, sondern zudem viele ausgezeichnete und hervorragende Projekte fördert sowie den von diesen Projekten betreuten Menschen hilft und – dass auch hier eine Bewegung entsteht, die kaum besser auszudrücken ist als mit den Worten einer Frau, die schon viel bewegt hat, der Mo.Ki-Koordinatorin Inge Nowak: „Herzlichen Dank, für uns war und ist die Auszeichnung ein großes Erlebnis. Wir schauen über den Tellerrand und sehen die Welt!“

Gunnar Stierle

Der Deutsche Präventionspreis 2005



Die Website während der Bewerbungsphase

Rund 7.000 Dateien – eine Datenmenge von gut zwei Gigabyte – bescherte das Preisjahr 2005 der Geschäftsstelle des Deutschen Präventionspreises.

Dabei fing alles so unscheinbar an mit den ersten Recherchen, Sammlungen und Aufbereitungen für den Themenkomplex „Alter“ seit Mitte 2003. Ein Jahr später waren diese Informationen bereits deutlich verdichtet und in den Expertenrunden Mitte 2004 zeichnete sich das Preisthema für den Wettbewerb 2005 ab.

Offiziell wurde es mit dem Beschluss der Steuerungsgruppe im Oktober 2004:

- „Der Deutsche Präventionspreis 2005 wird für realisierte / laufende Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ausgeschrieben, die in der zweiten Lebenshälfte (50plus) vernetzt und integriert
- Eigenverantwortung / -kompetenz stärken sowie körperliche, soziale und geistigseelische Aktivitäten fördern,
- Partizipation ermöglichen und
- Umfeld- wie Umweltaspekte einbeziehen.

Die Maßnahme muss mehrere Aspekte berücksichtigen, diese müssen jedoch nicht alle in gleicher Weise umgesetzt sein.“

Das Thema wurde auf der Website „www.deutscher-praeventionspreis.de“ bereits im Juli 2004 angekündigt und dann im Oktober dort und im Flyer 2005 ausgeschrieben.

Ebenfalls wurden im Sommer die Beurteilungskriterien für eine Bewerbung bekannt gegeben:

- definierte, überprüfbare Zielsetzung
- definierte Zielgruppe(n) der Maßnahme (innerhalb der Zielgruppe 50plus)
- aktiver Einbezug der Zielgruppe(n) in Maßnahmengestaltung und -durchführung
- bestehende Dokumentation der Maßnahme
- Nachweis der Zielerreichung in Bezug auf die Zielsetzung
- Fortführbarkeit der Maßnahme auch nach der Anschubfinanzierung
- Übertragbarkeit der Maßnahme
- Innovation, z. B. der Maßnahme als solche, bei der Kooperationsform oder Finanzierung
- Erreichbarkeit für Bevölkerungsgruppen in besonderen Problemlagen (sozial Benachteiligte, hochbetagte Frauen und Männer, Migranten und Migrantinnen).

Für eine Bewerbung um den Deutschen Präventionspreis mussten – wie im Jahr davor – grundsätzliche Kriterien erfüllt werden:

- Die Maßnahme wird in Deutschland durchgeführt.
- Die Maßnahmeträger haben ihren (Firmen-)Sitz in Deutschland bzw. auf deutschem Hoheitsgebiet.
- Die Bewerber und Bewerberinnen müssen mit einer Veröffentlichung ihrer Maßnahme (ggf. inkl. Materialien) und einer nachfolgenden Modellevaluation einverstanden sein.
- Das Preisgeld wird für die Fortführung der prämierten Maßnahme verwendet.

Mit der Ausschreibung teilte die Geschäftsstelle auch den Ablauf des Preisjahres mit: „Der Wettbewerb zum Deutschen Präventionspreis 2005 besteht aus den Phasen:

- Preisankündigung seit dem 22. Juni 2004
- Ausschreibung seit September 2004
- Online-Bewerbung vom 15. November 2004 bis zum 31. Januar 2005
- Nominierung einer Vorauswahl von Projekten, die in die Endauswahl kommen

- Besuch nominierter Teilnehmer, voraussichtlich im März und April 2005
- Auswahl der Preisträger durch eine unabhängige Fachjury
- Preisverleihung durch die Schirmherrin Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, am 22. Juni 2005 in Berlin.“

Am 15. November 2004 ging es dann los. Die Website forderte alle Besucher zur Teilnahme am Online-Wettbewerb auf: „Holen Sie sich den Preis 2005: Gesund in der zweiten Lebenshälfte“. Mit zwei Clicks kamen die Interessenten direkt zum Online-Bewerbungsformular und fanden wichtige Hinweise, wie sie sich den Preis holen können.

Zusätzlich konnten sie ihre Bewerbung mit Hilfe einer 20-seitigen Information offline ausprobieren und offene Fragen zudem über einen E-Mail-Dialog direkt mit der Geschäftsstelle oder vorher in der FAQ-Datei klären, zum Beispiel:

? Was heißt in der Ausschreibung „integriert“? Wir führen für die Zielgruppe mehrere Teilmaßnahmen zum Thema Eigenverantwortung, Förderung von körperlicher Aktivität und Ermöglichung von Partizipation durch. Allerdings geschieht die Umsetzung in jeweils unterschiedlichen Gruppen und unabhängig voneinander.

! Integriert bedeutet, dass verschiedene Präventionsaspekte gemeinsam in einer Maßnahme berücksichtigt werden. Nicht alle Aspekte müssen dabei jedoch in gleicher Weise bereits umgesetzt sein. So wie Sie Ihre Maßnahme schildern, sind die Themen bei Ihnen nicht verknüpft.

? Was bedeutet in der Ausschreibung „vernetzt“?

! Vernetzt meint, dass mehrere Akteure zusammenarbeiten bzw. an der Maßnahme direkt oder indirekt beteiligt sind. Vernetzt meint auch, dass sie mit anderen Maßnahmen oder Anbietern von Gesundheitsförderung und Prävention zusammenarbeiten, um den Erfolg ihrer Maßnahme zu stärken.

? Unsere Maßnahme ist bereits abgeschlossen – können wir teilnehmen?

! Ja, auch mit bereits abgeschlossenen Maßnahmen können Sie sich bewerben.

? Unsere Maßnahme ist noch nicht bewilligt, noch nicht angelaufen – können wir teilnehmen?

! Nein, Sie können sich nur mit bereits realisierten oder zurzeit laufenden Maßnahmen bewerben.

258 Bewerber nehmen die Herausforderung zum Online-Wettbewerb um den Deutschen Präventionspreis 2005 an – ein bunt gemischter Strauß an Projekten wie Mundpflege in Pflegeeinrichtungen, multifunktionelle dynamische Wirbelsäulentherapien, tiergestützte Ergotherapie gegen psychische Erkrankungen wie Demenz oder Depression, Sturzprophylaxe, Prävention der Kriminalisierung älterer schwuler Männer, Organisation von Selbsthilfe, Aufarbeitung von Biografien, Zeitung von Senioren für Senioren, „Märchenoma“, Wanderausstellung, Wunschgroßeltern-dienst, qualifizierte Bildungsangebote für ältere Menschen, Erfahrungswissen Älterer zur Personal- und Organisationsentwicklung, Pflege zu Hause, begleitetes Wohnen, Pflegehotel, ganzheitliche Stressbewältigung für pflegende Angehörige.

Jeweils 11 bis 13 Prozent der Bewerbungen entfielen auf die Zielthemen Eigenverantwortung und Eigenkompetenz, körperliche, soziale und geistig-seelische Aktivitäten sowie Ermöglichung von Partizipation. Ein Viertel der Projekte wird in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, 15 Prozent in Baden-Württemberg, 12 Prozent in Bayern, Schlusslichter sind mit unter einem Prozent das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern.

Nach eigenen Angaben dokumentieren knapp 90 Prozent der Bewerber ihre Projekte und rund 75 Prozent haben sie evaluiert. 80 Prozent geben an, ihre Zielgruppe bei der Planung der Maßnahme beteiligt zu haben, über 90 Prozent beteiligen sie bei der Durchführung.

Über 90 Prozent der Maßnahmen laufen noch und sollen auch nach der Anschubfinanzierung fortgeführt werden. Ebenfalls halten weit über 90 Prozent der Bewerber ihre Maßnahmen für übertragbar. Damit wurden wesentliche Kriterien des Wettbewerbes erfüllt.

Von den insgesamt 258 Bewerbungen schafften 198 die hohen Teilnahmebedingungen.

Am 14. März nominierte die Jury die Gruppe der 15 Teilnehmer, die als Preisträger in Frage kommen können. Sie wurden vor Ort besucht (Visitation), um weitere Eindrücke zu erhalten. Ende Mai wählte die Jury aus den nominierten und visitierten Maßnahmen die Preisträger 2005.

1. Preis

Preisträger

Aktive Gesundheitsförderung im Alter

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Albertinen-Diakoniewerk e.V. |
| Anschrift: | Süntelstraße 11a, 22457 Hamburg |
| Tel. / Fax: | 0 40-55 81 13 01 / Fax 0 40-55 81 13 04 |
| E-Mail: | dapp@albertinen.de |
| Web: | www.albertinen.de |
| Projektleitung: | Prof. Dr. med. Hans-Peter Meier-Baumgartner, Direktor des Albertinen-Hauses und stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks (ADW) e.V. |
| Rechtsräger: | Albertinen-Diakoniewerk e.V. |
| Initiatoren: | Ulrike Dapp, Diplom-Geographin mit dem Schwerpunkt medizinische Geographie, zusammen mit der Ärztin Dr. Jennifer Anders |
| Präventive Zielthemen: | Niedrigschwelliges Angebot für selbstständige Ältere, deren Lebensqualität und Eigenständigkeit möglichst lange zu erhalten, erfolgreiches Altern |
| Integration: | Interdisziplinäres Programm mit Ärzten, Ökotrophologen, Bewegungsspezialisten und Sozialpädagogen, eingebunden in das Netzwerk mit allen Institutionen, die mit älteren Menschen zu tun haben, darunter Sportverbände, Bildungsorganisationen und Seniorenvereine |
| Zielgruppen: | Selbstständig lebende ältere Menschen, die nicht pflegebedürftig sind; im wissenschaftlich begleiteten Programm Bürger über 60 Jahre |
| Laufzeit: | Seit Anfang 2001, fortlaufend Schulung, Einzelgespräche und ein persönlicher Empfehlungsbrief |

Beweggrund

Professor Meier-Baumgartner wurde im Rahmen eines Auftrags um die Prüfung einiger Fragebögen aus geriatrischer Sicht gebeten. Daraus ergaben sich eigene Überlegungen und Nachforschungen, die letztlich das vorliegende Projekt auslösten.

Das Konzept (intern als Hausarzt-Studie bezeichnet) wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2000 in der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses entwickelt, seit 2001 wird es in der Praxis erprobt.

Das Albertinen-Haus in Hamburg ist ein Zentrum für Geriatrie und Gerontologie mit angegliedertem Pflegeheim. Seit Mitte der neunziger Jahre arbeitet die Einrichtung verstärkt mit niedergelassenen Hausärzten zusammen, denn fast jeder ältere Mensch hat einen Hausarzt. Das Motto des Programms lautet daher auch „niemals ohne den Hausarzt“, der eine Person des Vertrauens für die älteren Patienten ist – in medizinischen, aber auch in sozialen Fragen.

Weil die meisten älteren Menschen selbstständig leben, will das Albertinen-Haus sein Engagement in der Präven-

tion verstärken und das geriatrische Netzwerk, in dem auch der Qualitätszirkel für Hausärzte angesiedelt ist, um diesen Aspekt bereichern. Zwar ist die medizinische Versorgung älterer Menschen in Deutschland sehr gut. Dennoch wäre es besser, wenn jemand gar nicht erst ins Krankenhaus oder nach einem Schlaganfall mit schweren neurologischen Störungen in ein Pflegeheim muss. Das soll durch frühzeitige gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen möglichst verhindert werden.

Beschreibung der Maßnahme

Im Vordergrund stehen die Entwicklung und das niedrigschwellige Angebot eines ganzheitlichen Programms als Kombination von Ernährung, Bewegung und sozialem Umfeld (beispielsweise zwischenmenschliche Beziehungen, Teilhabe an gesellschaftlichem Leben), das in didaktisch aufbereiteter Form durch ein interdisziplinär besetztes Team in Verbindung mit Hausärzten an über Sechzigjährige vermittelt wird, die nicht pflegebedürftig sind und noch unabhängig und ohne kognitive Beeinträchtigungen zu Hause leben.

Aktive Gesundheitsförderung im Alter



Dasselbe gilt für die Bewegung. Es macht keinen Sinn, jemandem Wassergymnastik ans Herz zu legen, der Schwimmbäder generell meldet, oder eine Frau von Kraft-Training an Geräten überzeugen zu wollen, für die jedes Studio eine „Muckibude“ ist. Zunächst werden Protokolle angefertigt, um einen Einblick in die Aktivitäten jedes Einzelnen zu bekommen. Dabei geht es um Fragen wie: Haben Sie einen Hund, mit dem Sie regelmäßig an die frische Luft gehen? Arbeiten Sie im Garten? Was machen Sie im Haushalt? Oder auch: Welche Sportart haben Sie früher gerne betrieben? Welcher gehen Sie heute nach? Ziel war es, dass die Schulung von Kraft, Ausdauer und Gleichgewicht in den Alltag integriert wird. Um konkrete Angebote in Wohnortnähe zu vermitteln, wird das Hamburger Netzwerk genutzt.

Der Motivation zur Veränderung des Lebensstils dienen aber nicht nur Einzelgespräche. Darüber hinaus werden gezielt gruppendynamische Effekte und ähnliche Interessen von Teilnehmern genutzt. So kann selbstverständlich jemand aus der Gruppe einem anderen aus eigener Er-

fahrung einen Tipp geben, der oft leichter angenommen wird als von einem professionellen Mitarbeiter.

Zwei Wochen nach der Veranstaltung im Albertinen-Haus erhält jeder Teilnehmer von den Experten einen Brief mit Empfehlungen zu den Themen Ernährung und Bewegung. Die individuellen Schreiben, die die Informationen noch einmal zusammenfassen und um weitere bereichern, werden als eine Art „Auffrischungs-Impfung“ verstanden.

Außerdem bekommen die Teilnehmer Vorschläge, wo beziehungsweise mit welcher Unterstützung sie die Empfehlungen umsetzen können. Dafür wird eine Datenbank von derzeit 24.000 Angeboten im Stadtgebiet Hamburgs fortlaufend aktualisiert. In dieser Datenbank sind Ernährungs-, Bewegungs-, Gesundheitsförderungs- und Bildungsangebote für Ältere zusammengefasst. Eine Ein-Euro-Kraft ist laufend damit beschäftigt, die Angebote zu spezifizieren (was genau, nach welchem Programm, Dauer, Kosten, Teilnehmerstruktur usw.).

Ein zweiter Termin wird mit den Teilnehmern etwa ein

halbes Jahr nach der Erstberatung angeboten. Er dient dem Erfahrungsaustausch. Zudem besteht die Möglichkeit, Schnupperangebote zu den Beratungsschwerpunkten Ernährung und Bewegung zu nutzen.

Ziele und Wirksamkeit

Sechs Monate nach der Auftaktveranstaltung werden die Programm-Teilnehmer eingeladen und nach ihrem Lebensstil befragt, um Einblicke in die Veränderungen zu gewinnen. Wichtige Schwerpunkte für eine „aktive Gesundheitsförderung im Alter“ sind körperliche Aktivität, Ernährung und soziale Vorsorge. Dazu werden umfangreiche Einzelparameter mittels standardisierter, validierter Instrumente erhoben. Diese orientieren sich an Vorgaben wie: fünf Portionen Obst / Gemüse am Tag, Zufuhr von 1,6 Litern Flüssigkeit täglich, Vermeidung versteckter Fette, Erhöhung von ausdauerfördernden Sportarten, Sturzprävention, Teilhabe an sozialen Ehrenämtern, altengerechtes Wohnen.

Ziel war es, dass zehn Prozent der Teilnehmer sechs Monate nach der Veranstaltung mindestens eine, im Aktivitätsprotokoll gemessene Trainingsform mindestens einmal wöchentlich in den Alltag integriert haben. Diese sollte unter fachlicher Anleitung erfolgen und sowohl mit einer quantitativen als auch einer qualitativen Steigerung der körperlichen Aktivität einhergehen. So zum Beispiel: Teilnahme an einer für Senioren geeigneten Ausdauersportart wie Nordic Walking, Balancetraining wie Tai-Chi oder Krafttraining an Geräten. Tatsächlich erreichten 67 Prozent der Teilnehmer dieses Ziel.

In Bezug auf die Ernährung haben ein halbes Jahr später 77 Prozent ausreichend getrunken und damit ihr Trinkverhalten positiv verändert. Etwas mehr als die Hälfte hat es bisher geschafft, regelmäßig mehr Obst und Gemüse zu essen.

Zum Erfolg haben besonders das Zusammenspiel von Vorträgen, Kleingruppenarbeit, allgemeinen Informationsmaterialien und einem individuellen Ernährungs- und Bewegungsbrief beigetragen, aber auch die Hotline, die gerne und von vielen genutzt wurde.

Kooperation und Vernetzung

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit den Hausärzten des Qualitätszirkels. Darüber hinaus kooperiert das



Albertinen-Haus mit weiteren Hausärzten in der ganzen Stadt. Eingebunden sind in das Präventionsprogramm auch der Berufsverband der Allgemeinmediziner und das Hamburger Netzwerk mit allen Institutionen, die mit älteren Menschen zu tun haben, darunter Sportverbände, Bildungsorganisationen und Seniorenvereine.

Finanzierung

Die Finanzierung des wissenschaftlich evaluierten Programms (2001 bis 2002) erfolgte durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie die Max und Ingeburg-Herz-Stiftung in Hamburg. In den Jahren 2003 bis 2004 wurde eine moderate finanzielle Beteiligung der Teilnehmer von 29 Euro erhoben.

Von 2005 an entfällt die finanzielle Unterstützung durch externe Partner. Die Infrastruktur (Räume, Verwaltung) wird durch das Albertinen-Haus zur Verfügung gestellt. Die Kosten für die Teilnehmer (Personalkosten für Gesundheitsberater-Team) belaufen sich auf 89 Euro. Die meisten Krankenkassen bezuschussen die Maßnahme für ihre Mitglieder mit bis zu 80 Prozent.

Aktive Gesundheitsförderung im Alter

Übertragbarkeit

Das Konzept lässt sich eins zu eins auf alle geriatrischen Zentren mit einem interdisziplinären Team übertragen. Mit diesem Ziel können ähnliche Teams entsprechender Einrichtungen in Deutschland geschult werden. Das Albertinen-Haus bietet hierzu spezielle Weiterbildungen in seiner Akademie an.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Das Programm wurde von Anfang an, dann allerdings nur punktuell durch Öffentlichkeitsarbeit begleitet. Zum Beispiel: Meier-Baumgartner HP., Dapp U., Anders J. (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, Kohlhammer Stuttgart 2004.

Es gab diverse Beiträge auf deutschen und europäischen Tagungen und Kongressen. Die meisten Abstracts dazu sind in verschiedenen Fachzeitschriften publiziert.

Auf der Homepage des Albertinen-Diakoniewerks (www.albertinen.de) findet sich eine Gesamtübersicht aller Veröffentlichungen.

Nachhaltigkeit

Durch die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen wird eine Nachhaltigkeit hergestellt.

Inzwischen haben 1.100 Menschen über 60 Jahre an dem Programm teilgenommen. Denn dieses ist über das wissenschaftliche Projekt hinaus zum festen Bestandteil im Albertinen-Haus geworden.

Auf Initiative des geriatrischen Zentrums ist das wissenschaftliche Programm inzwischen auf breiter kommunaler Ebene implementiert. In Hamburg-Eimsbüttel, dem Bezirk, in dem auch das Albertinen-Haus liegt, gibt es seit 2004 eine regelmäßige Gesundheits- und Pflegekonferenz mit dem Fokus auf „gesunde alte Menschen“; die Geschäftsführung obliegt dem Gesundheitsamt. Ulrike Dapp ist Mitglied der Lenkungsgruppe der Konferenz, und damit ist das wissenschaftliche Programm direkt in der Praxis angekommen.

Dokumentation und Evaluation

Es handelt sich bei dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ um einen innovativen Ansatz der Gesundheitsförderung bei selbstständig lebenden älteren Bürgern, der im Albertinen-Haus entwickelt, durchgeführt und evaluiert wurde. Das Material der Dokumentation und Evaluation ist sehr umfangreich und detailliert. So fließen unter anderem ein: Dokumentation der Schulung des vierköpfigen Experten-Teams, Dokumentation der Durchführung des neuartigen Programms am geriatrischen Zentrum inklusive verschiedener Pre-Tests, Dokumentation der Kosten, der Akzeptanz aller Beteiligten und eine Ergebnisdokumentation. Darüber hinaus werden die Teildokumentationen regelmäßig zusammengefasst.

Zukunftsperspektiven

Seit dem Jahr 2005 entfällt die finanzielle Unterstützung durch die Geldgeber ganz. Das Albertinen-Haus stellt weiterhin die Infrastruktur (Räume, Verwaltung) kostenfrei zur Verfügung, sodass das Programm nach wie vor angeboten wird. Allerdings sind die Teilnehmerbeiträge, die seit 2003 erhoben werden, gestiegen, um eine Kostendeckung zu gewährleisten (Personalkosten für die Experten). Schon 2003/2004 haben sich die meisten Krankenkassen an den Kosten beteiligt und ihren Versicherten bis zu 80 Prozent der Entgelte erstattet. Es ist zu hoffen, dass die Kassen auch weiterhin einen Teil der Gebühren von 89 Euro für das komplette Programm übernehmen (inklusive interdisziplinäre Beratung durch das vierköpfige Expertenteam sowie die individuellen Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen per Post). Auch die telefonische Unterstützung über die Hotline kann weiter in Anspruch genommen werden und ist in der Teilnahmegebühr enthalten.



Prof. Dr. Thorsten Nikolaus,
Juror

Laudatio

Hier lag es vor uns, das nach unserer Einschätzung im Vergleich zu den anderen Bewerbern umfassendste Konzept im Sinne der diesjährigen Preisausschreibung: vernetzt, integriert, körperlich wie geistig-seelisch aktivierend, Eigenverantwortung und Eigenkompetenz stärkend, die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben fördernd, das Umfeld einbeziehend, sogar durch einen präventiven Hausbesuch ergänzt, strukturbildend, individualisiert, wissenschaftlich entwickelt und begleitet, in der Praxis erprobt, dokumentiert, evaluiert, übertragbar – kurz: ein Vorbild, wie wir es uns gewünscht haben, oder auf den Punkt gebracht: der erste Preisträger des Jahres; darin waren wir uns sofort einig.

Bestechend ist das mit Unterstützung des BMFSFJ sowie der Max und Ingeburg-Herz-Stiftung in der eigenen Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses didaktisch hervorragend aufbereitete ganzheitliche Konzept der Ernährung, Bewegung und gesellschaftlichen Teilhabe und dessen Umsetzung als niederschwelliges Angebot für unabhängige, zu Hause lebende 60-jährige und ältere Personen ohne kognitive Beeinträchtigung und Pflegestufe durch ein interdisziplinär besetztes Team unter Einbezug und Qualifizierung von Hausärzten und ihren Mitarbeitern und zudem der Nutzung lokaler Strukturen.

Wer an der halbtägigen Informationsveranstaltung und Beratung in Kleingruppen teilnimmt, erhält einen individuellen Ernährungsvorschlag und eine nach den gemeinsam ermittelten Präferenzen persönlich zugeschnittene Bewegungsempfehlung. Für die Umsetzung dieser Bewegungsempfehlung suchen die Berater aus einer selbst erstellten Datenbank mit 500 Hamburger Organisationen und ihren rund 24.000 – von den Beratern sukzessive geprüften – Angeboten die passende Maßnahme heraus. In einem vertiefenden Workshop werden ein halbes Jahr später Erfahrungen ausgetauscht und Erfolge ausgewertet.

Enorm ist die begleitende Bildungsleistung. Die Teilnehmer werden über Pharmakotherapie, Selbstmedikation und mögliche Arzneimittel-Interaktionen aufgeklärt sowie für die Schmerzwahrnehmung sensibilisiert, deren Hausärzte in einem geriatrischen Qualitätszirkel unterstützt und ihre Arzthelferinnen – sowie bisher rund 1.000 Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – zum Konzept „Aktive Prävention im Alter“ geschult. Auch hierin ist die konsequente Praxisorientierung erkennbar.

Kann man hier noch mehr fordern? Ja: Der präventive Hausbesuch ist eine ergänzende Maßnahme des Albertinen-Hauses: Wer das Angebot nicht annimmt, weil er sich den Weg dorthin nicht zutraut, wird auf Wunsch zu Hause aufgesucht. An der zielgruppenspezifischen Fortentwicklung des Programms für Frauen mit Migrationshintergrund wird derzeit in Kooperation mit dem Landesseniorenrat sowie einem Seniorentreff für Migranten gearbeitet. Wir sehen: Was gut ist, hat die Tendenz, besser zu werden.

Wir wünschen dieser Maßnahme die angemessene Aufmerksamkeit und Verbreitung – sie bietet alle Voraussetzungen dafür. Wir freuen uns darauf, sie andernorts wiederzusehen! Das Albertinen-Haus bietet natürlich in seiner Akademie spezielle Weiterbildungen hierzu an. Sie sehen, man hat auch schon an Sie gedacht. Gehen Sie hin!



Preisträger

PATRAS – Paderborner Trainingsstudie

| | |
|------------------------|--|
| Bewerber: | Universität Paderborn |
| Anschrift: | Warburger Straße 100, 33095 Paderborn |
| Tel. / Fax: | 0 52 51-60 38 35 / Fax 0 52 51-60 34 25 |
| E-Mail: | heseker@evb.upb.de |
| Leitung der Maßnahme: | Professor Dr. Helmut Heseker |
| Rechtsträger: | Universität Paderborn |
| Initiatoren: | Professor Dr. Helmut Heseker |
| Präventive Zielthemen: | Verbesserung des Ernährungszustands und Förderung von Bewegung bei hochbetagten Menschen in Einrichtungen der Altenpflege mit dem Ziel, Lebensqualität, Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Mobilität zu erhalten beziehungsweise zu fördern |
| Integration: | Ernährungswissenschaftler, Diplom-Sportlehrer, Diplom-Ökotrophologen, Mitarbeiter der Altenhilfe, Diözesan Caritasverband Paderborn, Meinwerk-Institut, Paderborn |
| Zielgruppen: | Bewohner in Einrichtungen der Altenhilfe |
| Laufzeit: | Seit 1. Oktober 2003; Ende offen |

Beweglichkeit fördern – Mangelernährung vorbeugen

Beweggrund

Professor Heseker befasste sich im Rahmen seiner universitären Tätigkeit in mehreren Studien zunächst mit dem Ernährungszustand gesunder, selbstständig lebender Menschen – sowohl berufstätiger als auch älterer. Später (seit 1993) erweiterte er die Untersuchungen auf Altenheime und stellte fest, dass Heimbewohner häufig unterernährt sind – obwohl es sich um gut geführte Häuser handelte und die Heimbewohner ein Mitspracherecht bei der Auswahl ihrer Speisen hatten. Als er der Frage der Mangelernährung weiter nachging, bemerkte er, dass sich ein Großteil der Heimbewohner zu wenig bewegte. So verließen 30 Prozent von ihnen die Einrichtung höchstens einmal im Monat, obgleich sie ausreichend mobil waren. Somit wurde klar, dass der Kalorienverbrauch zwischen den Mahlzeiten fehlte, sodass die alten Leute keinen Hunger hatten und ihnen das Essen nicht schmeckte. Hinzu kam ein fehlendes Problembewusstsein der Mitarbeiter. So wurden Mahlzeiten im abgedeckten Tablett auf die Zimmer

gebracht und wieder abgeholt; erst in der Küche fielen die halb vollen Teller auf. Doch dort konnte nicht mehr zugeordnet werden, wer wie viel Essen zurückgehen ließ. Situationsanalyse und genaues Erfassen der Ernährungsgewohnheiten zeigten schließlich auch, dass die Bewohner schon vor der Heimunterbringung untergewichtig waren.

Daraufhin entwickelte Heseker mit seiner Arbeitsgruppe für Menschen in Altenheimen ein Programm zur Muskelkräftigung, das er im Jahr 2002 vier Monate lang in einer klinischen Studie mit Vorher-Nachher-Messungen testete. Ziel war es, durch mehr Bewegung den Appetit zu steigern und damit die Ernährung zu verbessern. Tatsächlich stellte er Erfolge fest (mehr Appetit, bessere Stimmung). Die Erkenntnisse der Untersuchung fanden Niederschlag in einem speziellen Bewegungskonzept. Da sich beispielsweise Hanteln für Kräftigungsübungen als ungeeignet erwiesen hatten, weil sich alte Menschen mit diesen Geräten zu oft verletzten, wurden für die Übungen stattdessen Metallkugeln in Säckchen eingenäht. Parallel dazu entwickelte Heseker mit seinem Team ein Ernährungskonzept mit konkreten Vorgaben, in das die in Studien gewonnenen Erkenntnisse einfließen.



Beschreibung der Maßnahme

Im Caritas-Verband der Erzdiözese Paderborn mit über 100 stationären Einrichtungen und 50 tagesstationären Einrichtungen fand der Wissenschaftler einen geeigneten Partner für die praktische Erprobung seiner in je einem Handbuch festgehaltenen Anleitungen für optimale Verpflegung und Bewegung. Bisher haben 44 Einrichtungen der Caritas an dem im Oktober 2003 begonnenen Programm teilgenommen. Die Paderborner Trainingsstudie (PATRAS) richtet sich besonders an hochbetagte Menschen und an Personen mit vielfältigen physischen und psychischen Einschränkungen bei der oralen Nahrungsaufnahme in Einrichtungen der Altenpflege. Bei der Zielgruppe handelt es sich vor allem um hochbetagte Frauen.

Die auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelten Handbücher sind sehr praxisnah, genannt werden beispielsweise die 32 wichtigsten Ernährungsrisiken (darunter Schluckstörungen, Mundtrockenheit, Kauprobleme). Sie werden in diesem Sommer im Behr's Verlag, Hamburg, erscheinen und in Buchhandlungen erhältlich sein.

In der Paderborner Trainingsstudie werden die Mitarbeiter aus Pflege, Hauswirtschaft und sozialem Dienst der jeweiligen Einrichtung zunächst innerhalb von zwei Tagen nach dem Ernährungs- und Bewegungskonzept geschult.

Ein umfangreiches Verpflegungskonzept sieht unter anderem vor, beim Einzug beispielsweise Ernährungszustand, Ess-Biographie, diätetische Erfordernisse und vorhandene Risiken im Zusammenhang mit der Ernährung zu erfassen. Dazu gehören etwa Lieblingsessen an Weihnachten oder Ostern oder Trinkgewohnheiten. Die Heimbewohner haben ein Mitspracherecht bei der Gestaltung eines abwechslungsreichen Speiseplans, der sich an den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung orientiert. Festgehalten wird beim Einzug auch das Gewicht, sodass später eine Gewichtskurve erstellt werden kann. Falls die Nährstoffversorgung aus Alters- oder Krankheitsgründen mit einer ausgewogenen Ernährung nicht zu

gewährleisten ist, werden maßgeschneiderte Lösungen gesucht. So haben viele alte Menschen einen kleinen Magen und können deshalb pro Mahlzeit nur kleine Mengen zu sich nehmen. In diesen Fällen helfen viele kleine Mahlzeiten, ein frühes Frühstück und eine geschickte Erhöhung der Kalorienzufuhr, zum Beispiel durch einen extra Stich Butter mehr in das Kartoffelpüree. Die Nahrungsmenge und -konsistenz sind an die Kau- und Schluckfähigkeiten sowie an andere besondere Bedürfnisse der Bewohner angepasst.

Neben einer regelmäßigen Gewichtskontrolle werden Essens- und Trinkprotokolle der Bewohner geführt und in zweiwöchentlichen Abständen miteinander verglichen. So lässt sich genau feststellen, was sich verbessert hat oder auch nicht, und den Bewohnern kann gezielt geholfen werden.

Das Konzept berücksichtigt auch die Schnittstellenprobleme der Kommunikation und Verantwortlichkeiten zwischen Küche, Pflege und sozialem Bereich in den stationären Einrichtungen.

Neben dem Ernährungskonzept bildet das Bewegungskonzept die zweite Säule. In einem zwei- bis dreimal wöchentlichen Muskelkräftigungsprogramm über etwa eine Stunde unter der Leitung von Gymnastik- und Sportlehrern oder aber Ehrenamtlichen werden alle für ein selbstständiges Leben im Alter wichtigen Muskelgruppen trainiert, zum Beispiel die Kraft der Hände, um mit dem Messer ein kräftiges Stück Fleisch schneiden zu können, oder Muskelpartien, um sich zum Aufstehen vom Stuhl abdrücken zu können. Das ausgeklügelte Programm nimmt auch Rücksicht auf die individuellen Voraussetzungen der Teilnehmer, beispielsweise indem die Säckchen mit den eingenähten Metallkugeln in verschiedenen Gewichten angeboten werden. Zudem werden Entspannungs- und isometrische Übungen vorgenommen.

PATRAS



Ziele und Wirksamkeit

Ziele von PATRAS sind die Verhütung von Mangelernährung und die Verbesserung des Ernährungszustands unter Erhalt und Stärkung der körperlichen Mobilität, um Lebensqualität und Selbstständigkeit bestmöglich zu erhalten beziehungsweise zu fördern. In dem interdisziplinären Projekt werden die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Ursachen von Mangelernährung sowie das neu entwickelte und evaluierte Programm zur Muskelkräftigung und zur Verbesserung der Mobilität auf breiter Ebene in die Praxis umgesetzt. Durch PATRAS sollen sowohl die pflegenden als auch die zu pflegenden Personen in Einrichtungen der Altenpflege für die Problematik von Mangelernährung und körperlicher Inaktivität sensibilisiert werden.

Das Bewegungsprogramm wurde im Rahmen einer klinischen Studie evaluiert. Es führte unter anderem dazu, dass die Teilnehmer mobiler wurden, besser Treppen steigen und auch sonst Strecken schneller zurücklegen konnten. Einzelnen gelang es zudem, durch das Muskel-Kräftigungstraining auf ihre Gehhilfen zu verzichten. Teilnehmer gaben an, sich insgesamt deutlich besser zu fühlen, was wichtig für die weitere Motivation ist. Pflegende sprechen von zufriedeneren Menschen.

Kooperation und Vernetzung

An der interdisziplinären Arbeit sind Ernährungswissenschaftler, Sportlehrer, Pflegekräfte und andere in der Altenarbeit tätige Menschen beteiligt. Für die praktische Durchführung wurde eine Steuerungsgruppe gebildet, die aus Projektbeteiligten der Universität, des Meinwerk-Instituts und weiteren Fachleuten sowie Vertretern der Caritas besteht.

Finanzierung

Die Kosten für die Anschubfinanzierung (inklusive Material und Personal) in Höhe von 120.000 Euro haben zu je 50 Prozent die Universität Paderborn und der Caritasverband übernommen. Seit März dieses Jahres ist das Programm in die Routine übergegangen und wird von der Caritas unter Beteiligung des Meinwerk-Instituts (Bildungsinstitut im Erzbistum Paderborn) weiterfinanziert. Nach und nach sollen alle Einrichtungen der Caritas im Erzbistum Paderborn einbezogen werden, doch die Teilnahme ist freiwillig.

Übertragbarkeit

Die Einrichtungen der Altenpflege stehen alle vor dem gleichen Problem, eine zunehmende Zahl von Personen mit Einschränkungen bei der oralen Nahrungszufuhr mit einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Nahrung und mit Flüssigkeit versorgen zu müssen. PATRAS berücksichtigt viele einrichtungsspezifische Besonderheiten und hat daher Modellcharakter. Durch die anvisierte Publikation der Handbücher steht das Programm auch anderen interessierten Institutionen zur Verfügung. Das Konzept ist aufgrund seiner praxisnahen Dokumentation und Schulungseinheiten reproduzierbar. Das zeigt auch die bereits laufende Umsetzung in unterschiedlichen Einrichtungen.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Im Sommer 2005 erscheinen die Handbücher zu PATRAS im Behr's Verlag. Herausgeber sind H. Heseke (Universität Paderborn) und V. Odenbach (Caritas Paderborn).

Das Handbuch zur Ernährung stellt einen praxisnahen Leitfaden dar und enthält alle relevanten Informationen inklusive des Verpflegungskatalogs bei speziellen Ernährungsproblemen sowie zahlreiche Kopiervorlagen für das Assessment und die Dokumentation. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Ernährung dementer Menschen. Das Handbuch zur Bewegung gibt detaillierte Anweisung für die Durchführung der Übungen und enthält auch eine Demonstrations-DVD.

Nachhaltigkeit

Das Konzept ist in das Regelprogramm der Caritas im Erzbistum Paderborn übergegangen. Die Studie ergab bereits Hinweise zur Nachhaltigkeit im Erprobungsumfeld. Über die Nachhaltigkeit der Umsetzung in den Alltag der Einrichtungen wird die laufende Evaluation Aussagen treffen.

Dokumentation und Evaluation

Über die Sitzungen der PATRAS-Steuerungsgruppe liegen Protokolle vor. Die Ergebnisse der Arbeit fließen in die beiden genannten Handbücher ein. Parallel zur Praxiserprobung läuft die Evaluation durch die Universität Paderborn mittels standardisierter Befragungen, Ergebniserfassungen und Vorher-Nachher-Vergleichen.



Harald Mandl, Juror

Laudatio

Ernährung und Bewegung – zwei wichtige Säulen der Prävention. Da ist es wenig überraschend, wenn zahlreiche Bewerber diese in den Mittelpunkt ihrer Projekte stellen. Das war beim letzten Wettbewerb so, das ist auch diesmal so.

Allerdings konzentrieren sich die meisten dieser Projekte auf das „Zuviel“ an Ernährung. Unser diesjähriger Preisträger hat sich dagegen auf das „Zuwenig“ konzentriert: Der Mangelernährung der Menschen in Altenheimen.

Um jetzt gleich gängigen Vorurteilen vorzubauen: Diese Menschen werden nicht im Altenheim schlecht ernährt. Im Gegenteil. Sie kommen unterernährt in diese Einrichtungen. Die Heime haben nun die undankbare Aufgabe, 85-jährigen Menschen neue Ess- und Bewegungsgewohnheiten beizubringen. 85 Jahre ist übrigens das durchschnittliche Alter für den Eintritt in ein Altenheim.

Wann haben Sie, verehrte Gäste, das letzte Mal versucht, Ihre Ernährungsgewohnheiten umzustellen? Wie oft haben Sie schon versucht, diesmal – aber wirklich – mehr Bewegung zu machen?

Wenn Sie sich das vor Augen führen, dann erhalten Sie einen Eindruck davon, wie aufwändig und teuer es ist, diese Menschen wieder gesund zu ernähren und körperlich aufzubauen.

Ich will Ihnen ein kleinen Eindruck verschaffen, mit welchen Gegnern Sie es zu tun bekommen. Da sind:

- Zeitpunkt und die Art des Essens: „das ist zu früh“, „das mag ich nicht“,
- Aversionen wie zum Beispiel gegen den Geruch des Glases – „riecht nach Spüli“ – und die Form des Tellers,
- die Appetitlosigkeit, weil die appetitanregende Bewegung fehlt: Heimbewohner verlassen das Haus nur einmal durchschnittlich im Monat,
- schlechte Organisationsprobleme im Heim: Wer serviert, räumt ab, registriert, ob, was und wie viel gegessen wurde?
- fehlende Qualifikationen und mangelnde Aufmerksamkeit der Heimitarbeiter: Viele Probleme hängen eben nicht mit dem Alter der Bewohner zusammen, sondern mit der Motivation der Mitarbeiter.

Mit Akribie erfassten Professor Heseke und sein Team von der Universität Paderborn in ihrem Projekt PATRAS die Widrigkeiten, die zu einer Mangelernährung beitragen. Dann begannen sie, diese Schritt für Schritt abzubauen. Sie entwickelten Lösungen für eine bessere Organisation der Heime, eine fachliche Qualifizierung der Mitarbeiter sowie Programme für eine altersgerechte Bewegung und Ernährung der Bewohner. Diese Konzepte erprobten sie in 44 Einrichtungen der Caritas der Erzdiözese Paderborn.

Die Erfolge können sich sehen lassen: Beweglichkeit und Appetit der Heimbewohner haben zugenommen, die Muskeln sind kräftiger, der Ernährungszustand insgesamt hat sich verbessert. Damit einher kommt mehr Leben in die Heime: Die Stimmung der Bewohner ist besser, sie nehmen aktiver an der Umwelt teil, selbst die Zahl der Depressionen hat sich verringert. Auch die Defizite bei den Mitarbeitern hat PATRAS angepackt: In Zusammenarbeit mit dem Träger wurden durch Schulungen mehr Verständnis und Motivation für eine altersgerechte Betreuung erreicht – nur so kann das Programm für bessere Ernährung und mehr Bewegung erfolgreich umgesetzt werden.

PATRAS hat also nicht nur geforscht, sondern aus den Erkenntnissen der Forschung ein lebensnahes Konzept entwickelt, dieses selbst erprobt und evaluiert und schließlich umgesetzt. PATRAS hat damit aus der Praxis heraus die Qualität des Lebens in Altenheimen verbessert.

Aus allen Erkenntnissen und Erfahrungen erstellte PATRAS Schulungsunterlagen sowie ein Ernährungs- und Bewegungskonzept und bietet dies nun in einem umfangreichen Loseblattwerk mit weiterem Hintergrundwissen, Studienergebnissen sowie umfangreichen Check- und To-do-Listen für die Praxis an. Bitte zugreifen und umsetzen!

Zukunftsperspektiven

Mit der Veröffentlichung der Handbücher ist der Weg auch für andere Einrichtungen der Altenhilfe frei, das Konzept von PATRAS zu übernehmen.

Die Initiatoren von PATRAS gehen inzwischen weiter: Viele Ältere weisen bereits beim Einzug in eine Einrichtung der Altenhilfe (durchschnittliches Eintrittsalter 85/86 Jahre) Mangelernährung auf, und es ist sehr viel aufwändiger, aus diesem Zustand wieder herauszukommen, als diesen präventiv zu verhindern.

Eine ambulante Vorarbeit wäre in mehrfacher Hinsicht für stationäre Einrichtungen vorteilhaft, zum Beispiel:

- Ihnen wird derzeit der Vorwurf gemacht, ihre Bewohner seien aufgrund ihrer Betreuung schlecht ernährt, obwohl die Bewohner bereits in schlechtem Zustand in die Einrichtungen einziehen. Diesem unberechtigten Verdacht würde vorgebeugt.
- Sie müssen erhebliche Anstrengungen vornehmen, um den Mangel zu beheben, erhalten dafür jedoch keine zusätzlichen finanziellen Mittel.
- Würden bessere Ernährungs- und Bewegungskonzepte in jüngeren Jahren verinnerlicht, könnten die Aufwendungen (für Koordination, Schulungen, Durchführungen) zum Neuerlernen und Wiederherstellen optimalen Verhaltens reduziert werden. Derzeit wird eine Einrichtung aufgrund der gesetzlichen Grundlage finanziell eher „bestraft“, wenn sie den Bewohner aus einem schlechten Pflegestatus in einen besseren versetzt und diesen nachhaltig erhält.

Für die Betroffenen selbst ergibt sich eine Verbesserung der Lebensqualität insgesamt. Sie sind allgemein mobiler, und natürlich ist ihr Ernährungszustand besser.

Ausgearbeitet wird daher derzeit ein für den ambulanten Sektor angepasstes Verpflegungs- und Bewegungs-Programm, in das Hausärzte, ambulante Pflegedienste und pflegende Angehörige einbezogen werden sollen. Für diese Zielgruppen werden Broschüren erstellt. Professor Heseke möchte mehr Menschen für die beschriebenen Probleme sensibilisieren. Er kann sich vorstellen, Schulungen für pflegende Angehörige zum Beispiel in Familienbildungsstätten anzubieten.

Preisträger

Kölner Seniorennetzwerke

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Liga der Wohlfahrtsverbände Köln, i.V. Caritasverband für die Stadt Köln |
| Anschrift: | Bartholomäus-Schink-Straße 6, 50825 Köln |
| Tel.: | 02 21-95 57 02 31 |
| Anschrift 2: | Paritätischer Wohlfahrtsverband, Marsilstein 4-6, 50676 Köln |
| Tel. 2: | 02 21-95 15 42 29 |
| Rechtsträger: | Jeder Verband der Liga hat einen eigenen Rechtsträger |
| Initiatoren: | Die Stadt Köln gemeinsam mit der Liga der Wohlfahrtsverbände |
| Präventive Zielthemen: | Förderung von Integration, Vermeidung von Ausgrenzung und Isolation, Einbeziehung von Randgruppen, Schaffung von Netzwerken über die gesamte Stadt |
| Integration: | Politiker, Seniorenvertreter, alle Institutionen, die in einem Stadtteil mit alten Menschen in Kontakt kommen – vom Kioskbesitzer und Friseur über Vereine und Wohnungsbaugenossenschaften bis hin zu Apothekern und Ärzten |
| Zielgruppen: | In erster Linie Senioren im Stadtteil mit besonderem Bedarf an Hilfen (allein stehend, pflegebedürftig, betreuungsbedürftig, von Altersarmut betroffen), drei Altersgruppen (die jungen Alten, das heißt jenseits der 50, 65-80-Jährige und Hochbetagte), Migranten |
| Laufzeit: | Seit Oktober / November 2003, fortlaufend |

Neue Lebensperspektiven durch Netzwerke im Stadtteil

Beweggrund

Angesichts eines wachsenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und den damit verbundenen Herausforderungen an die Seniorenpolitik hat die Stadt Köln 2001 eine umfassende Bestandsaufnahme und Analyse der „offenen Altenarbeit“ vorgenommen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass bei älteren Menschen nicht mehr materielle Bedürfnisse im Vordergrund stehen, sondern die soziale Integration oft problematisch ist. So entsprechen die bestehenden Angebote häufig nicht den Bedürfnissen alter Menschen. Jüngere unter ihnen, das heißt die unter Siebzيجjährigen, finden wenig, was sie anspricht. Gänzlich durch das Raster fallen Menschen im Vorruhestand. Dabei wird diese Gruppe immer stärker, die Bevölkerungsstrukturen ändern sich. Wer jedoch beruflich nicht mehr eingebunden ist, vereinsamt leicht. Das gilt es zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund werden stadtweit soziale Netzwerke aufgebaut, wo sich Menschen ihren Bedürfnissen entsprechend einbringen können. Es geht darum, dass sie aktiv mitgestalten können und nicht einfach zu Teilnehmern von Angeboten werden, die eine Institution XY organisiert hat. Bürgerschaftliches Engagement ist gefragt.

In Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden und

den politischen Vertretern wurden mit dem „Plan für ein seniorengerechtes Köln 2001/2002“ neue Leitlinien für ein zukunftsorientiertes Konzept der offenen Altenhilfe formuliert.

Auf dieser Basis wiederum entstand ein Stufenplan für die Weiterentwicklung der Seniorenarbeit in Köln mit den Zielen:

- Förderung von Integration und Vermeidung von Isolation
- Stärkung der Eigenbeteiligung, Eigenverantwortung und Solidarität
- Unterstützung von Selbsthilfe, ehrenamtlicher Arbeit, bürgerschaftlichem Engagement und Nachbarschaftshilfe
- Vermittlung altersspezifischer Beschäftigungsangebote unter Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensstile

Als wesentlicher Schritt des Stufenplans wurde der Aufbau von zwölf stadtteil- und lebensraumorientierten Seniorennetzwerken beschlossen. Diese Aufgabe haben 2003 die sechs Wohlfahrtsverbände in Köln übernommen. Unter den 80 Stadtteilen Kölns wurden zwölf mit besonderem Bedarf ausgewählt. In diesen Stadtteilen sind soziale Netzwerke entstanden, an denen alle Institutionen und Generationen mitwirken, um für ältere Bürger überschaubare Lebensräume zu schaffen. Hierzu ein Beispiel: Eine kunst-



begeisterte Frau ging regelmäßig mit ihrem Ehemann ins Museum. Als er starb, verlor sie jedoch die Lust an derartigen Unternehmungen. Im Netzwerk findet sie jüngere Menschen mit ähnlichen Interessen wieder. Indem die ältere Dame mit Jüngeren ins Museum geht, profitieren diese von ihrem Wissen. Sie tut somit etwas für sich und für andere.

Beschreibung der Maßnahme

Für jedes Netzwerk wurde eine hauptamtliche, halbe Stelle geschaffen und für zunächst zwei Jahre von der Stadt Köln finanziert. Die Wohlfahrtsverbände haben die Trägerschaft für die jeweiligen Netzwerke übernommen. Diese sind in den Stadtteilen:

- Poll
- Ostheim
- Kalk
- Mülheim
- Humboldt-Gremberg
- Holweide
- Seeberg
- Niehl
- Lindenthal
- Meschenich
- Ehrenfeld
- Südstadt (Altstadt Süd)

Diese Netzwerke mit sehr unterschiedlichen Herausforderungen haben die Wohlfahrtsverbände miteinander verknüpft. Dazu gehören vor allem die Treffen der hauptamtlichen, speziell qualifizierten Koordinatoren mit Vertretern verschiedener Verbände und der Stadt Köln in Abständen von zwei Monaten, um Erfahrungen auszutauschen, Ziele festzulegen und Synergieeffekte zu nutzen – Stichwort „Stadtkonferenz“. Ein besonderes Anliegen der Netzwerk-Koordinatoren ist es, Menschen zu erreichen, die nicht in Verteilern sozialer Organisationen stehen und unter Umständen sogar Berührungängste haben, mit diesen Kontakt aufzunehmen.

Im Laufe der Zeit ist eine Vielzahl von Projekten entstanden, in Seeberg zum Beispiel eine Anlauf- und Informa-

tionsstelle für Senioren: Seeberg ist ein eher kleinbürgerlicher Stadtteil mit hohem Ausländeranteil im Schatten des zentralen Stadtteils Chorweiler, einer Hochhaussiedlung im Kölner Norden. Wenn die Seeberger etwas unternehmen oder sich beraten lassen wollten, mussten sie bisher nach Chorweiler fahren. Durch das Netzwerk hat sich nun eine Gruppe von Seebergern gegründet, die ältere Menschen im Stadtteil anspricht und informiert. Dieser Gruppe gehören unter anderem Albaner, Polen, Russen, Türken und Deutsche an, die entsprechende Angebote in ihrer jeweiligen Muttersprache zur Beratung und Information machen. Zwei örtliche Wohnungsbaugesellschaften – die SOKA Bau und die GAG – stellen hierfür die Räume zur Verfügung.

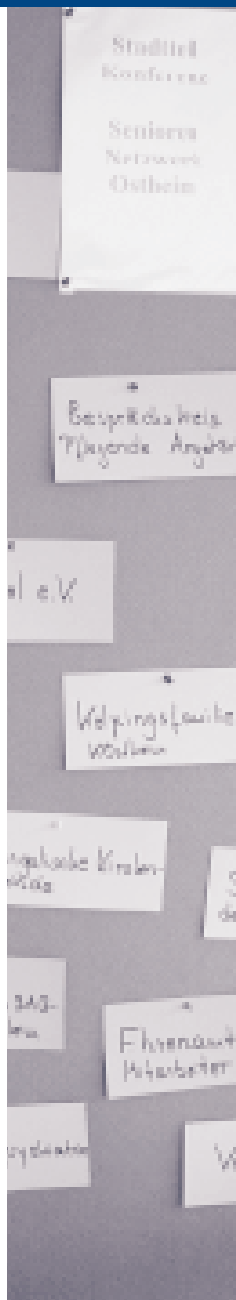
In Ostheim mit viel öffentlichem Wohnungsbau ist es eine besondere Herausforderung, die Senioren aus den ehemaligen GUS-Ländern in das Altenhilfesystem zu integrieren. Dort ist „Annas Treff“ entstanden, eine offene Gruppe, die zweimal im Monat zusammenkommt. „Annas Treff“ ist ein gutes Beispiel dafür, welche Initiativen sich weiterentwickeln. So organisiert diese Gruppe unter anderem Informationsveranstaltungen über gesundheitspolitische Themen in russischer Sprache. Zudem wird derzeit für „Annas Treff“ eine Bibliothek mit Büchern in russischer Sprache eingerichtet, was durch eine Spende von 1.800 Büchern möglich wurde.

Ziele und Wirksamkeit

Mit den Netzwerken sollen auch Randgruppen angesprochen werden, die durch traditionelle Institutionen eher schlecht erreicht werden:

- psychisch kranke, ältere Menschen – häufig nach stationären Aufenthalten und in Krisensituationen
- Langzeitarbeitslose, süchtige und suchtgefährdete Männer
- verwitwete Frauen
- von Gewalt betroffene alte Menschen
- ältere Aussiedler
- ältere Migranten – vor allem aus der Türkei
- hochbetagte, allein stehende Menschen
- pflegende Angehörige von Demenzkranken

Kölner Seniorennetzwerke



Alle diese Zielgruppen tauchen in den Netzwerken zunehmend auf. Es wurden aber auch viele jüngere Menschen in die Netzwerke eingebunden, zum Beispiel in Poll.

Im Sinne echter Nachbarschaftshilfe ist es darüber hinaus gelungen, ältere Männer im Ruhestand zu aktivieren und ihre Fähigkeiten zu nutzen. So hilft ein ehemaliger Handwerker alten Mitbürgern bei kleinen Reparaturarbeiten, ohne dabei jedoch in Konkurrenz zu hauptberuflichen Handwerkern zu treten. Ähnliche Projekte gibt es inzwischen viele und weitere sind im Entstehen, darunter EDV-Kurse in Schulräumen, die jüngere ihren älteren Mitmenschen anbieten.

In Ehrenfeld, Südstadt und Mülheim wurden Besuchsdienste für hochbetagte, vereinsamte Menschen aufgebaut, die nicht pflegebedürftig sind, aber dennoch immobil. Gerade diese Gruppe fällt üblicherweise durch das Raster des bestehenden Hilfsystems, denn die Pflegedienste sind noch nicht zuständig, die Begegnungsstätten nicht mehr. Diese Lücke lässt sich schließen, indem jüngere Senioren die älteren zu Hause besuchen, ihnen bei Kleinigkeiten zur Hand gehen, ihnen etwas vorlesen, Besorgungen für sie erledigen oder einfach ein Schwätzchen mit ihnen halten. Solche Besuchsdienste haben zwei Effekte: Die jüngeren Senioren haben eine sinnvolle Aufgabe, die älteren werden beim Erhalt einer selbstständigen Lebensführung unterstützt. Die Projektgröße (zwölf Netzwerke) hat ein erhebliches politisches Gewicht geschaffen und zu einer hohen Öffentlichkeitswirksamkeit beigetragen. Das Ausmaß der Projektarbeit trägt auch dazu bei, dass das Thema von den Medien aufgegriffen und somit der Bewusstseinsprozess für die Netzwerkidée positiv beeinflusst wird. Netzwerkarbeit bedeutet einen Paradigmenwechsel in der Altenhilfe – weg von institutionellen Lösungen und Erwartungshaltungen hin zu Selbstinitiative, Mitwirkung und Beteiligung.

Vorteile einer engen Zusammenarbeit der Netzwerke sind:

- optimaler Einsatz vorhandener Ressourcen,
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen,
- flexible Gestaltung und Möglichkeiten, aktuelle Erfahrungen einzubeziehen.

Positiv zu bewerten ist auch die kontinuierliche Einbeziehung des Kostenträgers und der politisch Verantwortlichen in den laufenden Entwicklungsprozess. Der integrative Ansatz hat auf der Umsetzungsebene bewirkt, dass

verschiedene Generationen einander besser verstehen und akzeptieren.

Kooperation und Vernetzungen

Alle Institutionen, aber auch Einzelpersonen, die mit älteren Menschen Kontakt haben oder etwas für sie tun wollen, werden angesprochen und nach Möglichkeit einbezogen. Auch Wohnungsbaugesellschaften konnten zur Mitarbeit motiviert werden. In Seeberg beispielsweise stellen sie dem Netzwerk Räume zur Verfügung, wo sich eine Gruppe von Witwen und eine Gymnastikgruppe für türkische Frauen regelmäßig treffen. Jeder, der einen Beitrag zur Seniorenarbeit leisten kann, ob personell, finanziell oder räumlich zum Beispiel, wird angesprochen und in die Netzwerkarbeit eingebunden. Die hauptamtlichen Koordinatoren haben dabei die Aufgabe, die Beteiligten zu unterstützen, Ressourcen ausfindig zu machen, die Aufbauprozesse zu begleiten und die Verselbstständigung der Angebote anzustreben.

Finanzierung

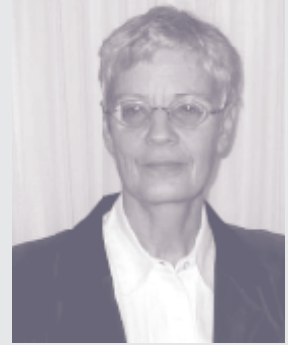
Die Stadt Köln hat die Kosten für die hauptamtlichen Koordinatoren sowie die Sach- und Verwaltungskosten übernommen, außerdem jedem Netzwerk für sein Engagement etwas Geld zur Verfügung gestellt. Mit insgesamt jährlich rund 500.000 Euro ist die Maßnahme weitgehend kostendeckend finanziert. Die Initiatoren gehen davon aus, dass diese Summe weiter jährlich in den städtischen Haushalt eingestellt wird, um weitere Netzwerke mit Hilfe von professioneller Unterstützung aufzubauen.

Übertragbarkeit

Als Modell ist die Arbeit in Köln grundsätzlich für jede Kommune in Deutschland geeignet. Netzwerke und deren Verknüpfung machen die Stadt zu einer tatsächlichen Heimat für ihre Bewohner und bieten die Möglichkeit für flächendeckende Innovationen. Dabei ist auch jede einzelne Aktivität für sich geeignet, von Stadtteilen aufgegriffen zu werden.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Der Aufbau einer verbesserten Seniorenarbeit mit Netzwerken wurde von Anfang an und regelmäßig durch professionelle Öffentlichkeitsarbeit begleitet.



Ulla-Kristina Schuleri-Hartje,
Jurorin

Laudatio

Ein besonderes Ausschreibungskriterium beim diesjährigen Wettbewerb war die Förderung der positiven Effekte von Vernetzungen durch strukturbildende Maßnahmen. Ein zur Nachahmung zu empfehlendes Beispiel für eine gelungene Vernetzung ist das Seniorennetzwerk in Köln. Es zeichnet sich – in mehrfacher Hinsicht – durch einen Paradigmenwechsel in der Seniorenarbeit aus:

- Auf die zentrale Steuerung durch die Stadtverwaltung wurde zugunsten einer dezentralen stadtteilorientierten Koordination verzichtet.
- Die inhaltliche Zuständigkeit für die Seniorenarbeit auf Stadtteilebene übernimmt die Liga der in Köln vertretenen freien Wohlfahrtsverbände. Die Stadt ist nur mehr Auftrag- und Kapitalgeber der zwölf Modellnetzwerke, die miteinander in der Stadtteilkonferenz vernetzt sind.
- Gleichzeitig fand ein Wechsel von abstrakten Richtlinien und festen Vorgaben hin zu konkreten Zielvereinbarungen und einem offenen Prozess der Netzwerkbildung statt.
- An die Stelle von außen vorgegebener Angebote treten nunmehr und mehr Maßnahmen, die aus dem Bedarf der Betroffenen selbst und mit ihnen vor Ort generiert werden.
- Die Betroffenen werden motiviert, ihren benannten Bedarf zunehmend selbst in Netzwerken durch Eigenleistung und Eigenverantwortung zu decken; die Kommune fördert diese Netzwerk- und Partizipationsentwicklung durch parallele Übertragung der Leistung und Verantwortung.

Strukturbildung, Vernetzung und Partizipation sind die eine, die rahmende Seite des Seniorennetzwerkes in Köln. Die andere, die inhaltliche Seite erfüllt in der Summe alle anderen Ausschreibungskriterien unseres Wettbewerbes „Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus)“:

- In Stadtteiltreffen werden bei der Ermittlung des Bedarfs und vor allem im Rahmen der Bedarfsdeckung Eigenverantwortung und Eigenkompetenz gestärkt.
- Eine Vielzahl von Maßnahmen (Nordic Walking, Wanderungen, Wirbelsäulen-Gymnastik) fördern die körperliche Gesundheit.
- Spiele, Theaterbesuche, Gesprächskreise regen geistig-seelische Aktivitäten an.
- Die Beteiligung der Betroffenen an Stadtteiltreffen und -konferenzen sowie an einzelnen Maßnahmen ermöglicht die aktive Teilnahme von Senioren und Seniorinnen am gesellschaftlichen Leben.
- Die Einbeziehung weiterer Akteure in den Stadtteilen wie Wohnungsunternehmen, Vereine, Betriebe usw., erweitern das Spektrum der Akteure und erschließen vorhandene Ressourcen für das Engagement im Stadtteil.

Die Seniorenarbeit erfolgt zielgruppen- und bedarfsorientiert und berücksichtigt zudem vor allem soziale Brennpunkte und besondere Lebenslagen wie die von Migranten. Die Seniorennetzwerke sind auf andere Stadtteile und Kommunen sowohl von der Form als auch von den Inhalten übertragbar.

Nach den bisherigen positiven Erfahrungen haben Stadt und Wohlfahrtsverbände beschlossen, auch die bestehende Altenarbeit in den Seniorenbegegnungsstätten nach dem Vorbild der Arbeit in den Seniorennetzwerken umzugestalten.

Die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse der Kölner Seniorennetzwerke zeigen, dass bürgerschaftliches Engagement, Eigeninitiative und gemeinsames Tun zu einer qualitativ anderen Seniorenarbeit führen können, wenn die Stadt die entsprechenden Voraussetzungen dazu schafft.

Wir wünschen allen Beteiligten noch viele gute gedankliche Anstöße in ihrer Arbeit und empfehlen anderen Kommunen die Nachahmung derartiger Netzwerke in der Seniorenarbeit.

Unter anderem wurden alle zwölf Netzwerke zwischen August 2003 und September 2004 ausführlich in jeweils einer Ausgabe im Stadtmagazin „Kölner Leben“ (Seniorenzeitschrift) vorgestellt, herausgegeben von der Stadt Köln, zum Beispiel:

- 2/2004: Netzwerk Altstadt-Süd, S. 25-27
- 4/2004: Netzwerk Humboldt-Gremberg, S. 24-25
- 5/2004: Netzwerk Lindenthal, S. 20-21
- 6/2004: Netzwerk Ostheim, S. 23-24

Darüber hinaus gab es Veröffentlichungen in Stadtteilbrochüren.

Nachhaltigkeit

Die Netzwerke bleiben bestehen und werden weiter ausgebaut. Dabei soll die Arbeit der professionellen Koordinatoren erst dann beendet werden, wenn die Netzwerke gefestigt sind und weitgehend selbstständig bestehen können.

In einem weiteren Schritt soll das Modell der Netzwerkarbeit auf traditionelle Begegnungsstätten übertragen werden, und zwar in dem Sinne, dass diese ein bürgerschaftliches Engagement einfordern, statt Menschen bestimmte Angebote „nur“ zu unterbreiten. Auf diese Weise sollen immer mehr Mitbürger selbst die Initiative für Aktivitäten ergreifen.

Dokumentation und Evaluation

Es wurde jedes Jahr ein umfangreicher Sachbericht für die Stadt Köln als Kostenträger angefertigt. Diese Dokumentation schließt eine Evaluation mit ein. So wurde beispielsweise erfasst, wie viele Menschen in welche Projekte eingebunden sind, wie und wann diese funktionieren. Diese Arbeit übernimmt jedes Netzwerk für sich selbst. Daraus wiederum gehen Gespräche mit der Stadt hervor, um neue Ziele zu vereinbaren.

Zukunftsperspektiven

Die Netzwerke sollen schließlich in der Lage sein, weitgehend ohne hauptamtliche Betreuung zu funktionieren. Sobald ein Netzwerk stabil ist, sollen die frei werdenden Ressourcen des professionellen Mitarbeiters zum Aufbau eines neuen Netzwerks genutzt werden. Es ist eine Vielzahl von innovativen Projekten entstanden, die motivierend und impulsgebend für weitere Modelle sein werden.

Preisträger

Gesund Älter Werden

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Niedersachsen |
| Anschrift: | Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover |
| Tel. / Fax: | 05 11-8 70 11 61 41 / Fax 05 11-8 70 11 61 09 |
| E-Mail: | christiane.perschke@nds.aok.de |
| Web: | www.aok.de |
| Leitung der Maßnahme: | Dr. Christiane Perschke-Hartmann, Diplom-Sozialwissenschaftlerin |
| Rechtsträger: | AOK Niedersachsen, Körperschaft des öffentlichen Rechts |
| Initiatoren: | AOK Niedersachsen gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Europa |
| Präventive Zielthemen: | Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter mit dem vorrangigen Ziel, dass Menschen weiter alleine leben und ihren Haushalt führen können |
| Integration: | WHO-Europa-Büro, Kopenhagen, mit dem Demonstrationsprojekt „Gesundes Altern“, das auch in Wien und Radevormwald läuft, Berufsverband der Deutschen Allgemeinmediziner, Hausärzte, Kommunalen Seniorenservice Hannover |
| Zielgruppe: | Menschen zwischen 68 und 79 Jahren, die nicht pflegebedürftig sind und in den zehn ausgewählten Stadtteilen Hannovers – Linden, Limmer, Wettbergen, Mühlenberg, Ricklingen, Oberricklingen, List, Vahrenwald, Arnum und Bornum – wohnen |
| Laufzeit: | Beratung von Juni 2004 bis 31. Dezember 2006. Das wissenschaftliche Projekt soll im Sommer 2007 abgeschlossen sein |

AOK-Berater kommen ins Haus

Beweggrund

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

Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass sich ältere Menschen so lange wohl fühlen, wie sie eigenständig leben und ihren Haushalt alleine führen können.

Unbestritten ist inzwischen wissenschaftlich auch, dass jeder seinen Gesundheitszustand mehr beeinflussen kann als früher angenommen: durch regelmäßige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung zum Beispiel.

Bestehende Kontakte sowie ein Workshop mit dem Epidemiologen Karl Lauterbach im Mai 2001 lösten das Projekt als einen Versuch aus, um den Anforderungen der alternden Gesellschaft auf eine angepasste Weise gewachsen zu sein. Im Juni 2003 wurde eine Kooperationsverein-

barung mit der WHO Europa getroffen, im März 2004 das Projektteam gebildet und mit den Schulungen der BeraterInnen begonnen. Mitte 2004 wurde mit der Beratung und der Zusammenarbeit mit den Netzwerken des kommunalen Seniorenservice begonnen.

Beschreibung der Maßnahme

Das Programm wird in zehn ausgewählten Stadtteilen Hannovers erprobt und ist als kontrolliert randomisierte Studie konzipiert: Im März 2004 wurden aus dem Datenpool der AOK Niedersachsen 4.300 Versicherte bestimmt, die in den betreffenden Stadtteilen wohnen und zum Zeitpunkt der Auswahl zwischen 68 und 79 Jahre und nicht pflegebedürftig waren. Aus diesen 4.300 Versicherten wurde eine Zufallsstichprobe gezogen, die 1.300 Frauen und Männer umfasst. Diese bilden die Interventionsgruppe. Ihnen wird der Hausbesuch telefonisch oder schriftlich angeboten. Erst wenn sie zustimmen, kommt ein Berater ins Haus, was bisher bei rund 350 Personen erfolgt ist. Warum einige wenige den Hausbesuch ablehnen, wird in einer kleinen qualitativen Studie erhoben. Nach einer ersten Arbeitshypothese gibt es zwei Extreme: Die einen



sind noch so fit und mobil, dass sie an einem Hausbesuch kein Interesse und dafür auch gar keine Zeit haben; die anderen sind sehr krank und immobil, werden von Angehörigen betreut und lehnen fremde Menschen ab.

Die übrigen 3.000 Versicherten fungieren als Kontrollgruppe. Die Vergleichsdaten sollen unter anderem Auskunft über die Effekte der Hausbesuche auf Einweisungen in Pflegeheime oder Krankenhäuser geben.

Die „aufsuchende Aktivierung“ mit Hausbesuchen (insgesamt fünf bis sechs) ist wesentlicher Baustein des Projekts. Diese Hausbesuche beinhalten geriatrisches Assessment, Beratung der Klienten (unter anderem Erkennen und Einleiten von Interventionen), Vermittlung, Stadtteiltreffen und eine Zielvereinbarung über die Aktivierungen. Zweiter Projektbaustein ist die „Zusammenarbeit / Vernetzung“. Dazu gehören die Teilnahme an Stadtbezirksnetzwerken des kommunalen Seniorenservice und die Zusammenarbeit mit Hausärzten. In den Netzwerken erfolgt ein Austausch über vorhandene und fehlende Angebote für Senioren. Derzeit beteiligen sich zirka 70 Hausärzte. Wenn der Teilnehmer damit einverstanden ist, erhalten sie die Ergebnisse des geriatrischen Assessments mit Interventionsvorschlägen. Diese sind ein Angebot für den Hausarzt, mit ihren Patienten ins Gespräch zu kommen, zielgerechter arbeiten zu können und die entsprechenden Interventionen einzuleiten. Die Patienten sind fast immer einverstanden, einige wenige wollen lieber selbst mit dem Assessment zum Hausarzt gehen oder sie haben keinen Hausarzt.

Für die Hausbesuche wurde ein Team aus zehn Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen zusammengestellt (neun Frauen und ein Mann), darunter Krankenschwestern, Sozialpädagogen, Psychologen, Sozialwissenschaftler und

Ernährungsberater. Alle haben Erfahrung darin, Patienten zu beraten, und wurden durch Schulungen speziell auf die Hausbesuche vorbereitet und über alterstypische Erkrankungen informiert. Es geht um Fragen wie: Was ist im Alter noch normal, was krankhaft? So wundern sich alte Menschen oft, dass sie um 21 oder 22 Uhr noch nicht einschlafen können. Doch das ist normal, denn sie sind als Ruheständler tagsüber meist weniger beansprucht als früher im Berufsleben. Außerdem braucht der Mensch mit zunehmenden Jahren weniger Schlaf.

Im Rahmen der präventiven Hausbesuche werden die Klienten umfassend zum Thema Gesundheit sowie gesunder Lebensstil informiert und beraten. Die Beratung erfolgt auf der Grundlage der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeitberatung.

Der Gesundheitsstatus der Klienten wird durch ein standardisiertes geriatrisches Assessment festgehalten. Gegenstand der ersten drei bis vier Hausbesuche ist auch die Erfassung der Lebensqualität. Dazu wird ein standardisierter Fragebogen der WHO eingesetzt.

Um die älteren Menschen zu aktivieren, wollen die Berater schließlich wissen, was jemand gerne unternehmen würde. Sie unterstützen die Teilnehmer bei der Suche nach entsprechenden Lösungen. Dabei wird auch die finanzielle Situation berücksichtigt. Falls nötig, informieren die Berater die Klienten bei wirtschaftlicher Not über Förderungsmöglichkeiten und vermitteln sie an entsprechende Hilfestellen.

Hannover bietet ein vielfältiges Angebot für Senioren, doch viele wissen gar nicht, was es an geeigneten Betätigungsmöglichkeiten in ihrem Umfeld gibt. Diese Information aber ist wichtig, um überhaupt den ersten Schritt zu machen.

Gesund Älter Werden

Damit es nicht bei guten Vorsätzen bleibt, wird zwischen Beratern und Versicherten eine individuelle Zielvereinbarung abgeschlossen und auch unterschrieben. Bei Abschluss einer Zielvereinbarung erhält der Klient von der AOK einen Individualbonus nach § 65 b SGB V.

Während des Projekts hat sich gezeigt, dass die Klienten ein großes Interesse an sozialen Kontakten haben. Daraufhin haben die Berater in allen drei Stadtbezirken einmal monatliche Stadtteiltreffs initiiert (die zehn ausgewählten Stadtteile sind in drei Stadtbezirke unterteilt).

Ziele und Wirksamkeit

Das Programm verfolgt zwei globale Ziele: Auf der individuellen Ebene ist beabsichtigt, den Gesundheitsstatus und die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern sowie ihre Eigenständigkeit zu erhalten. Zu den konkreten Zielen zählen unter anderen folgende: geringere Rate an Herzinfarkten und Schlaganfällen, weniger Schenkelhalsbrüche, weniger Einweisungen ins Pflegeheim oder ins Krankenhaus, geringerer Pflegebedarf. Eine entsprechende Auswertung ist erst möglich, wenn im Jahr 2007 die Ergebnisse von Interventionsgruppe und Kontrollgruppe ausgewertet und verglichen werden.

Ein Drittel der eingebundenen Versicherten hat bisher die Zielvereinbarung unterzeichnet, die Einschätzung der Berater wird von den beteiligten Klienten ernst genommen.

Berater wie Klienten betonen, dass besonders die sozialen Kontakte zu den Mitarbeitern der AOK sowie zu anderen älteren Menschen positive Wirkung zeigen. Die beteiligten Hausärzte reagieren sehr unterschiedlich – von Zustimmung und Unterstützung der Klienten in der Umsetzung der Ergebnisse bis hin zu Ignoranz. Hoffnung setzen die Initiatoren auf den EBM 2000 plus, in dem ein geriatrisches Assessment für Hausärzte abrechenbar ist. Außerdem sollen die beteiligten Hausärzte über eine kostenfreie Fortbildung zur ambulanten Geriatrie stärker einbezogen werden.

Auf der systemischen Ebene ist das Programm um eine stärkere Vernetzung regionaler Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens bemüht (siehe Kooperation und Vernetzung).

Kooperation und Vernetzung

Das Projekt arbeitet außerdem eng mit dem kommunalen Seniorenservice der Stadt Hannover zusammen. Dieser hat sich verpflichtet, bestehende Angebote für Senioren mehr miteinander zu vernetzen. Dazu wurden Netzwerke auf Stadtbezirksebene (Zusammenfassung mehrerer Stadtteile) ins Leben gerufen.

Im Verlauf des Programms haben sich auf Initiative der Berater ältere Menschen zu Stadtteil-Gruppen zusammengeschlossen, die sich monatlich treffen und gemeinsam etwas unternehmen.

Es gibt regelmäßig Zusammenkünfte von Vertretern des AOK-Modellprojekts mit Vertretern der WHO Europa und Mitarbeitern der anderen beiden Demonstrationsprojekte.

Finanzierung

Die AOK Niedersachsen finanziert das Programm zu 100 Prozent.

Übertragbarkeit

Präventive Hausbesuche älterer Menschen sind in anderen Ländern selbstverständlich, zum Beispiel in Dänemark und Großbritannien. Ihre Wirksamkeit ist erwiesen. Das Konzept der AOK Niedersachsen ist auf andere Kostenträger übertragbar.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Das Programm wurde von Anfang an durch Öffentlichkeitsarbeit begleitet, zum Auftakt 2004 mit einer Pressekonferenz. Punktuell erschienen Beiträge in der Presse, zum Beispiel:

- Bergische Post vom 29.9.2004
- Niedersächsisches Ärzteblatt, Heft 9, 2004, S. 20,
- Ärztezeitung vom 20.10.2004
- Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 8.10.2004, S.14
- Ein Internetauftritt (www.aok.de/gesund-aelter-werden) ist im Aufbau.

Nachhaltigkeit

Nach Abschluss des Projekts – die Beratungen im Rahmen des Projekts laufen noch bis Ende 2006, Mitte 2007



Regina Schmidt-Zadel, Jurorin

sollen die Auswertungen vorliegen – wird eine gesundheitsökonomische Berechnung erfolgen. Sollten die Ergebnisse eine Kostensenkung sowie eine Verbesserung der Lebens- und Gesundheitssituation aufgrund der im Projekt initiierten Lebensstilveränderungen der Probanden belegen, wäre dieser Weg nachhaltig. Erste Zwischenergebnisse weisen darauf hin, dass dieses erreicht wird. Dann könnten die präventiven Hausbesuche zur Regelleistung werden.

„Gesund Älter Werden“ ist nach Angaben der Projektleitung die erste kontrolliert randomisierte Studie zu präventiven Hausbesuchen in Deutschland sowie die erste Testung und Eignungsprüfung eines geriatrischen Assessments außerhalb der hausärztlichen Praxis. Mit dem Projekt beschreitet die AOK Niedersachsen einen neuen Weg der Kooperation (Ziel integrierte Versorgung) zur umfassenden Betreuung ihrer Versicherten unter Einbeziehung der Prävention.

Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und Evaluation sind sehr umfangreich. Die Gespräche werden anhand standardisierter Fragebögen (STEP-Assessment für geriatrisches Assessment, WHO QOL-Bref zur Messung der Lebensqualität) geführt. Die wissenschaftliche Evaluation hat Frau Prof. Dr. Gisela Charlotte Fischer übernommen. Sie ist Mitglied des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen und leitete bis zu ihrer Emeritierung Ende 2004 die Abteilung für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Der Aufbau der gesamten Maßnahme ist streng wissenschaftlich aufgebaut mit Kontroll- und Interventionsgruppe.

Zukunftsperspektiven

Die AOK Niedersachsen erwägt, das Projekt bei einer erfolgreichen Kosten- / Nutzen-Berechnung in ihre Regelversorgung aufzunehmen. Es wäre angesichts des demographischen Wandels wünschenswert, dass andere Krankenkassen das Konzept aufgreifen und die AOK Niedersachsen als Initialzündler fungiert hätte.

Laudatio

Angesichts der demographischen Entwicklung in unserem Land wird es zunehmend wichtig, präventive Verhaltensweisen für einen gesunden Lebens- und Alterungsprozess aufzuzeigen.

Mit dem Projekt „Gesund Älter Werden“ beschreitet die AOK Niedersachsen neue Wege in der Prävention. Es ist nach Angaben der Projektleitung die erste kontrolliert randomisierte Studie zu präventiven Hausbesuchen in Deutschland sowie die erste Testung und Eignungsprüfung eines geriatrischen Assessments außerhalb der hausärztlichen Praxis – also ein innovatives Projekt. Als Ergebnis der Studie ist eine solide Datenlage zu erwarten.

Die Studie besticht durch die methodische Vorbereitung und Durchführung sowie die Einbindung verschiedener Organisationen, Professionen und Funktionen und die Tatsache, dass eine Krankenkasse den Weg einer integrierten Versorgung unter Einbindung der Prävention beschreitet. Für die Studie wurden 4.300 Versicherte der AOK ausgewählt. 1.300 wurden der Betreuung im Projekt zugeordnet, 3.000 bilden die Vergleichsgruppe. Von den 1.300 wurden bisher ca. 200 bis 300 aktiv angesprochen und zum Teil beraten.

Wesentlicher Projektbaustein in der Durchführung ist die „aufsuchende Aktivierung“, zu der Hausbesuche mit „geriatrischem Assessment“ sowie Interventionen zur Ernährung, Bewegung und Mobilität gehören. Die Betreuung vor Ort umfasst das Erkennen und Einleiten von Interventionen, beispielsweise zur seniorengerechten Gestaltung des Haushaltes. Vermittlungen an den Hausarzt, von professionellen Diensten wie Handwerkern oder kommunalen Angeboten ergänzen die Leistung der AOK-Betreuerinnen.

Die betroffenen Versicherten äußerten sich überwiegend positiv über die Projektbetreuung: Sie sahen zum Teil Veränderungen ihres Lebensstils, hoben die Geselligkeit hervor, betonten die Möglichkeit einer „neutralen“ Besprechung wirtschaftlicher und gesundheitlicher Angelegenheiten, die in dieser Weise auch familiär nicht erfolgen würden, berichteten von einer deutlich höheren Partizipation und wachsenden Selbstständigkeit, auch durch die diversen, selbst organisierten Aktivitäten.

Über diese Aktivierungen wird mit den Versicherten eine Zielvereinbarung getroffen und für den Abschluss ein Bonus nach § 65b SGB V gewährt. Um die Aktivierungen zu gewährleisten, arbeitet das Projekt mit Hausärzten und mit Stadtbezirksnetzwerken des kommunalen Seniorenservice zusammen. Die derzeit ca. 70 beteiligten Hausärzte erhalten die Ergebnisse des geriatrischen Assessments mit Interventionsvorschlägen. In den Netzwerken erfolgt ein Austausch über vorhandene und fehlende Angebote für Senioren bzw. deren bedarfsgerechte Gestaltung und Initiierung.

Nach Abschluss der Projektlaufzeit wird eine gesundheitsökonomische Berechnung erfolgen. Sollte die Studie kostensenkende Ergebnisse erbringen und eine Verbesserung der Lebens- und Gesundheitssituation aufgrund der im Projekt initiierten Lebensstilveränderungen bei den Probanden aufzeigen, würde sich der hier eingeschlagene Weg als nachhaltig erweisen.

Wir freuen uns, dass die AOK Niedersachsen als alleiniger Träger der Studie erwägt, das Projekt bei einer erfolgreichen Kosten- / Nutzen-Berechnung in ihre Regelversorgung aufzunehmen. Diese Studie ist grundsätzlich nachvollziehbar und die damit verbundene Durchführung der Projektbausteine – abgesehen von der Finanzierung – auch auf andere Institutionen und Regionen übertragbar. Dies wünschen wir ihr und gratulieren zu dem bereits erreichten Erfolg!

Preisträger

Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige

| | |
|---------------------------|---|
| Bewerber: | Teamwerk GbR |
| Anschrift: | Kiefernstraße 22a, 81549 München |
| Tel. / Fax: | 0 89-51 60 76 09 / Fax 0 89-51 60 76 18 |
| E-Mail: | cbenz@dent.med.uni-muenchen.de |
| Leitung der Maßnahme: | Prof. Dr. Christoph Benz, Dr. Cornelius Haffner, Zahnärzte |
| Rechtsträger: | Teamwerk GbR, München |
| Initiatoren: | Prof. Dr. Christoph Benz, Dr. Cornelius Haffner |
| Präventive Zielthemen: | Verbesserung der Mundgesundheit von pflegebedürftigen Menschen, d.h. weniger Schmerzen, bessere Kaufähigkeit, weniger große Zahnbehandlungen bei behinderten und pflegebedürftigen Menschen |
| Integration: | Ausgewählte Pflegeeinrichtungen in München mit insgesamt 600 Menschen, Sozial- referat der Stadt, Gesundheitsbeirat der Stadt, AOK Bayern, Landes Zahnärztekammer, 72 Patenzahnärzte (niedergelassene Zahnärzte), Universität |
| Zielgruppen: | Pflegebedürftige und behinderte Menschen, die weder in der Lage sind, einen Zahnarzt aufzusuchen noch die Verantwortung für ihre Mundpflege zu übernehmen. Meist handelt es sich um Frauen und Männer der Pflegestufen II und III. Insbesondere bei ihnen muss man von einer sehr eingeschränkten Fähigkeit zur Mundhygiene ausgehen |
| Laufzeit: | Seit 1. Juni 2002, fortlaufend |

Der Zahnarzt kommt ins Pflegeheim

Beweggrund

Es ist ein fast flächendeckendes Problem in Deutschland, dass die Mundpflege in Pflegeeinrichtungen bislang nahezu vollständig unterbleibt. Das war früher, als alte Menschen überwiegend Prothese trugen, nicht so relevant. Doch heute besitzen sie immer häufiger noch ihre eigenen Zähne. So konnte die dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1999) zeigen, dass durchschnittlich 75 Prozent in der Altersgruppe der 64 bis 74-Jährigen noch über die Hälfte ihrer natürlichen Zähne verfügen. Das ist zwar erfreulich, aber Zähne müssen regelmäßig und gründlich geputzt werden. Andernfalls drohen irreparable Schäden. Darüber hinaus beschreiben wissenschaftliche Untersuchungen, dass der Mund eine wichtige Eintrittspforte für Bakterien in den Körper ist. Die regelmäßige Mundreinigung sollte daher im längerfristigen Resultat zum Beispiel das Risiko für Lungenerkrankungen und Schlaganfälle senken.

Hinzu kommt, dass die Generation der Betagten von heute oft mit aufwändigem Zahnersatz versorgt ist, mit

Implantaten und Brücken beispielsweise. Diese müssen ebenfalls gut gepflegt werden. Dem sind demente Menschen aber nicht gewachsen.

Das Pflegepersonal in den Einrichtungen ist ebenfalls nicht auf die neuen Herausforderungen vorbereitet. Wie soll eine solche Kraft einem an Demenz erkrankten Mann die Zähne putzen, der die Notwendigkeit dazu nicht einsieht und den Mund nicht aufmachen will?

1995 berichtete Oberarzt Dr. Haffner seinem Kollegen Professor Benz von dem verheerenden Zahnstatus der behinderten Patienten, die er in kurzen Abständen immer wieder behandelte, weil eine regelmäßige Zahnpflege fehlte. Daraus ergab sich die Idee einer ambulanten Zahnprävention für alte und behinderte Menschen, die selbst keinen Zahnarzt aufsuchen können. Bei einer Auftaktveranstaltung 2001 bewarben sich 1.600 pflegebedürftige Menschen für 600 angebotene „Plätze“. Ein Jahr später entstand aus der Zusammenarbeit die Teamwerk GbR Dr. Benz / Dr. Haffner.

Problematisch ist aber nicht nur die Prävention von Zahnerkrankung, sondern auch die Therapie. So sind die meisten Bewohner eines Pflegeheims demenziell erkrankt und können nicht ambulant, sondern nur stationär und in



Vollnarkose zahnmedizinisch behandelt werden. Auch dieses Problem greift die Teamwerk GbR auf.

Beschreibung der Maßnahme

Die im Teamwerk zusammengeschlossenen Zahnärzte wollen Menschen in Pflegeeinrichtungen das Maß an Mundpflege bieten, das für gesunde Bürger in Deutschland heutzutage selbstverständlich ist: zweimal täglich Zähne putzen und regelmäßige Vorsorgebehandlungen durch einen Zahnarzt und ein Prophylaxeteam, das eine professionelle Zahnreinigung vornimmt.

Mit diesem Ziel wurde das Pflegepersonal zunächst in neun Einrichtungen Münchens (Wohnstift Entenbach, Altenheim St. Elisabeth, Seniorenappartement am Isarhochufer, Altenheim in der Rühmannstraße, Altenheim St. Josef, München Stift, Seniorenresidenz Wettersteinplatz, Betreuungszentrum Steinhöring, Seniorenzentrum Martha Maria) so geschult, dass diese sich um eine richtige Mundpflege der Heimsinsassen kümmern können. Inzwischen sind in diese Schulungen 42 von 72 Pflegeeinrichtungen in München einbezogen. Darüber besuchen zwei zahnmedizinische Prophylaxe-Teams, bestehend aus einem gerostomatologisch ausgebildeten Zahnarzt und einer Prophylaxe-Assistentin, die alten Menschen in diesen Einrichtungen dreimal jährlich. Es erfolgt eine professionelle Mund-, Zahn- und Zahnersatzreinigung – was zum Beispiel das Aufbringen von antibakteriellen Lacken und fluoridhaltigen Pasten mit einschließt, die Entfernung von Zahnstein und bei Bedarf eine Parodontose-Behandlung. Wie häufig der einzelne Bewohner aufgesucht wird, hängt von dessen Risiko für Zahnerkrankungen ab. So benötigt jemand, der gerne und viel Süßes isst, öfter den Zahnarzt.

Die bayerische Zahnärztekammer hat infolge des Projektes Ende 2004 in München den „Patenzahnarzt“ eingeführt. Diese Zahnärzte besuchen alle 72 Pflegeeinrichtungen in der bayerischen Landeshauptstadt.

Darüber hinaus wurde am Krankenhaus Harlaching II in München Anfang 2004 ein „Kompetenz-Zentrum“ gegrün-

det. Es ist für die Patienten gedacht, die nicht im Pflegeheim behandelt werden können. Das betrifft zum Beispiel Menschen mit einer Demenz. Diese Risikopatienten müssen in Vollnarkose zahnmedizinisch behandelt werden, wegen ihrer zahlreichen Begleiterkrankungen kommt nur eine Klinik mit Intensivstation infrage. Die Patienten erhalten im Kompetenzzentrum eine ganzheitliche Betreuung durch Anästhesisten, Internisten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Psychologen sowie eine notfallmedizinische Versorgung. Ein Vorteil für Patient und Kostenträger ist die durch vorbereitende Arbeit in den Heimen verkürzte Verweildauer von bisher drei bis fünf Behandlungstagen auf einen Tag. Außerdem entfallen teure Mehrfachtransporte für Voruntersuchungen sowie Folgekosten für die Behandlungen.

Fazit

Das Projekt besteht aus zwei wesentlichen Bausteinen:

- der Prävention mit Schulungen von Pflegekräften und mobiler Prophylaxe in Heimen,
- der Therapie mit Behandlung durch Patenzahnärzte und im Kompetenzzentrum.

Die Projektorganisation erfolgt durch die Gründer und eine Projektassistentin.

Ziele und Wirksamkeit

Ein wichtiges Ziel ist die Verbesserung der Mundgesundheit Pflegebedürftiger durch eine professionelle zahnmedizinische Betreuung und Pflege. Diese allerdings ist nur wirksam, wenn sie durch tägliches Zähneputzen ergänzt wird. Das Pflegepersonal auf diese Aufgaben durch Schulungen vorzubereiten, ist und bleibt daher ein weiteres Ziel.

Um den Erfolg der Maßnahmen zu messen, wurde aus ethischen Gründen auf die Bildung einer Kontrollgruppe verzichtet. Es konnten jedoch Vergleichsdaten gewonnen werden. Generell ist festzustellen: bessere Mundpflege und Gesundheit bei den Teilnehmenden, weniger Schmerz-Notfälle, weniger Kosten für Narkosebehandlungen. Zu Beginn

Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige

der Studie war bei 81 Prozent der Pflegebedürftigen die Mundpflege dramatisch schlecht, das heißt nahezu nicht vorhanden. Bei 76 Prozent dieser Menschen konnten relevante Mundpflegeparameter signifikant verbessert werden. Sie hatten anschließend beispielsweise weniger Zahnbelag, das Zahnfleisch war in einem besseren Zustand und weniger entzündet. Um das zu erfassen, werden standardisierte zahnmedizinische Befunde erhoben. Ein weiteres Ziel ist es, dass die Bewohner seltener unter akuten Zahnschmerzen leiden und im Notfall schneller und besser versorgt werden. Auch in diesem Punkt konnten Fortschritte beobachtet werden. In den ersten zwei Jahren, in denen die Teamwerk-Mitarbeiter unterwegs waren, traten 65 Prozent weniger Schmerzen auf als zuvor, und es wurden 70 Prozent weniger natürliche Zähne entfernt. Und schließlich sollte durch eine angemessene Prophylaxe die Zahl der Behandlungen gesenkt werden, die mit einer Vollnarkose verbunden sind. Tatsächlich zeigten sich auch hier positive Effekte. Die Zahl der erforderlichen Narkosen reduzierte sich um 40 Prozent. Daraus ergeben sich auch Einsparungen infolge von möglichen Folgeerkrankungen.

Insgesamt konnte die Lebensqualität der betroffenen Menschen deutlich gesteigert, ihre allgemeine gesundheitliche Verfassung verbessert werden. Es können nachweislich Kosten für das Gesundheitswesen gespart werden. Das Besondere an diesem Projekt ist die echte Verzahnung von Prävention und Behandlung in einem durchgehenden Betreuungspfad.

Das Projekt genießt ein mittlerweile großes Interesse in der Öffentlichkeit. Außerdem ist ein vom Teamwerk initiiertes, strukturiertes Fortbildungs-Curriculum in Deutschland zur Schulung von Zahnärzten für die Betreuung Pflegebedürftiger entstanden, das die bayerische Zahnärztekammer organisiert.

Kooperation und Vernetzungen

In München hat sich ein recht großes zahnmedizinisches Netzwerk für pflegebedürftige Menschen entwickelt. Daran beteiligt sind das bayerische Gesundheitsministerium, politische Parteien, Krankenkassen und der Gesundheitsbeirat der Stadt München, dem alle wichtigen Entscheidungsträger angehören – von der Heimaufsicht über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bis hin zu Standesvertretungen wie der Landeszahnärztekammer Bayern.

Finanzierung

Die Anschubfinanzierung der Maßnahme ist einem Sponsor zu verdanken. Der Münchener Industrielle Erich Lejeune spendete für die ersten zwei Jahre (2002 bis 2004) gut 100.000 Euro – getragen durch die Erich-Lejeune-Stiftung für Zahnmedizin. Im Jahr 2004 stellte die Stiftung 50.000 Euro zur Verfügung, das Sozialreferat München 20.000.

Ab Sommer 2005 wird die Arbeit zunächst in Form eines Modellprojekts nach § 63 SGB V für AOK-Versicherte mit jährlich 1,5 Millionen Euro in allen 72 Pflegeeinrichtungen Münchens weiterfinanziert. Die Initiatoren der Zahnmedizin für Pflegebedürftige sind zuversichtlich, dass sich andere Krankenkassen bald anschließen werden, und stehen mit den Versicherungen in Verhandlungen.

Übertragbarkeit

Die zahnmedizinische Versorgung, wie sie die Teams in ausgewählten Pflegeheimen Münchens initiiert haben, lässt sich grundsätzlich in jeder Alteinrichtung jeder Kommune einführen. Derzeit finden Gespräche von Teamwerk mit Österreich und Schleswig-Holstein statt. Blockiert wird die Entwicklung im Wesentlichen durch die bestehenden uneinheitlichen Strukturen und dem realen Leben nicht angepassten Rechtsbestimmungen des Sozial- und Landesrechts.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Das Projekt wurde punktuell durch Öffentlichkeitsarbeit bekannt gemacht, zum Beispiel:

1. in der Tagespresse
 - TZ-München, 3.5.2004, S. 6: Schande! Kein Zahnarzt für kranke Heimsenioren
 - Süddeutsche Zeitung, 5.5.2004: Die Brücken und Implantate verrotten
 - Münchner Merkur, 10./11.7.2004, S. MM3: Wenn die Zähne verfaulen
2. in der Fachöffentlichkeit
 - Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift, 33. Woche 2004, S. 3: Endlich Abhilfe schaffen gegen Missstände und Unterversorgung
 - Bayerisches Zahnärzteblatt, September 2004, S. 58: Zahnmedizinische Betreuung von Menschen in Seniorenheimen



Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr,
Jurorin

Laudatio

Was die klinisch tätigen Zahnärzte Dr. Haffner und Professor Benz in ihrer Ambulanz erlebten, ist leider deutscher Alltag: Bei alten, behinderten und demenziellen Menschen fehlt eine regelmäßige Zahnpflege, ist der Zahnstatus bereits zwei Jahre nach teuren Zahnversorgungen wieder verheerend und die Erhaltung natürlicher Zähne erheblich eingeschränkt. Die ambulante zahnärztliche Versorgung dieser Gruppe ist ein stark vernachlässigtes Gebiet der Gesundheitsförderung.

Allein schon deshalb gebührt den Münchener Zahnmedizinern Anerkennung für ihre Idee einer ambulanten Zahnprävention für alte und behinderte Menschen, die selbst keinen Zahnarzt aufsuchen können, und deren professionelle und konsequente Umsetzung. Wie groß der Bedarf ist, zeigt das Interesse der Betroffenen: Schon zur Auftaktveranstaltung 2001 bewarben sich 1.600 pflegebedürftige Menschen – rund 600 Heimbewohner können heute mit den bestehenden ehrenamtlichen Ressourcen versorgt werden.

Die professionelle Zahnreinigung ist keine obligate Leistung der Sozialversicherung. Dabei wissen wir doch, dass Zähne weitaus mehr sind als nur Kauwerkzeuge und ihre Erhaltung allein schon Lebensqualität bewahrt und Kosten spart. Die Zahngesundheit beeinflusst das Ernährungsverhalten und trägt zu einem allgemeinen Wohlbefinden bei; sie beeinflusst aber erst recht die Sprachfähigkeit und wirkt sich damit positiv auf soziale Kontakte aus; und letztendlich trägt die Zahngesundheit zu einer positiveren äußeren Erscheinung bei, auf die auch alte Menschen achten. In vielen Senioreneinrichtungen fehlen das Bewusstsein und die Kompetenz zur fachgerechten Zahnpflege.

Hier setzt das Münchener Teamwerk folgerichtig an:

- Es führt nicht nur Zahnpflege durch,
- sondern schult darin auch die Heimmitarbeiter,
- stellt ihnen dafür einen zweckmäßigen Pflegeset, Materialien und Anleitungen zur Verfügung,
- kontrolliert fortlaufend den Erfolg und
- erreicht durch die strukturierte Vernetzung mit über 70 niedergelassenen „Patenzahnärzten“ zusätzlich eine zeitnahe Zahnversorgung, wenn diese erforderlich wird.

Da zahnmedizinische Behandlungen bei demenziellen Patienten oft nur unter Narkose möglich sind, werden sie im zahnmedizinischen Kompetenzzentrum von Teamwerk durchgeführt. Die Patienten erhalten dort eine ganzheitliche Betreuung durch einen Anästhesisten, Internisten, Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Psychologen sowie eine notfallmedizinische Betreuung. Durch die ehrenamtliche ambulante Betreuung sowie Vor- und Nachuntersuchung im Heim wird die Verweildauer von bisher drei bis fünf Behandlungstagen auf einen Behandlungstag verkürzt, entfallen Folgekosten für Behandlungen sowie teure Mehrfachtransporte.

Dies alles sind fachlich hochwertige Leistungen, Kostenvorteile für Patient und Sozialversicherung, gesellschaftliche Mehrwerte der Integration und Vernetzung. Und vor allem sind es Gesundheit fördernde, präventiv wirksame und Partizipation (wieder-) ermöglichende Geschenke an eine diesbezüglich vernachlässigte Gruppe unserer Gesellschaft.

Auf dieses hohe Engagement wollen wir mit unserem Preis aufmerksam machen und darauf hinweisen, was außerhalb des Sozialversicherungssystems an Vorleistung erbracht wird und nun praxisreif übernommen werden sollte. Dies würde ein weiteres Ziel des Deutschen Präventionspreises erfüllen: die Implementierung hervorragender Projekte in das bestehende System. Wir freuen uns schon, davon zu erfahren.

Nachhaltigkeit

Die regelmäßigen Schulungen der Pflegekräfte zur kontinuierlichen Mundpflege bewirken die Nachhaltigkeit der Arbeit.

Die von Prof. Dr. Christoph Benz und seinem Kollegen Dr. Cornelius Haffner angestoßene Betreuung von Pflegebedürftigen wird für alle AOK-Versicherten fortgesetzt (siehe auch Finanzierung). Weitere Kassen sollen folgen.

Dokumentation und Evaluation

Teamwerk strebt eine flächendeckende Ausweitung des Modells auf ganz Deutschland an. Doch das lässt sich nach Auffassung von Benz und Haffner nur erreichen, wenn man Beweise über Nutzen und Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme erbringt. Mit wissenschaftlichen Methoden wurden die Mundbefunde der Bewohner zu verschiedenen Zeitpunkten durch die zahnmedizinische Abteilung der Universität München erhoben und verglichen, zum Beispiel Taschentiefe, Entzündungsgrad des Zahnfleisches oder Zahnbelag. Das folgende Modellprojekt der AOK wird in Form einer Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst unterstützt. Zudem wurde Professor Nagel als Gesundheits-Ökonom hinzugezogen, der die gesundheitsökonomische Seite der Arbeit bewerten wird.

Zukunftsperspektiven

Die zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen soll auf ganz Deutschland ausgeweitet werden. In Bayern sind die Zahnärzte von Teamwerk schon im Sinne einer Verbreitung aktiv, indem sie Vorträge vor Kollegen und in Heimen leiten.

Professor Benz kritisiert, dass die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zwar eine besondere Herausforderung darstellt, es in Deutschland jedoch nicht die Möglichkeit gibt, während des Universitätsstudiums eine entsprechende Zusatzqualifikation zu erwerben. Sein Ziel ist es daher, eine solche Ausbildungsmöglichkeit zu etablieren.

Ehrenpreis

Alexander Spirling und Ulrich Grundmann von der nominierten Maßnahme Begleitetes Wohnen

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Begleitetes Wohnen e.V. |
| Anschrift: | Elsa-Brändström-Straße 1, 01219 Dresden |
| Tel. / Fax: | 03 51-3 17 23 23 / 03 51-3 17 23 20 |
| E-Mail: | bewodresden@gmx.net |
| Web: | www.begleiteteswohnen.de |
| Leitung der Maßnahme: | Vereinsvorstand Alexander Spirling, Assistenzarzt für Anästhesie / Notfallmedizin |
| Rechtsträger: | Begleitetes Wohnen e.V. |
| Initiatoren: | Alexander Spirling, Angela Spirling, Ulrich Grundmann |
| Präventive Zielthemen: | Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz, Motivation zu Aktivitäten, zum Beispiel selbst einkaufen oder den Haushalt führen |
| Integration: | Zusammenarbeit vor allem mit gesetzlichen Betreuern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Sozialamt, Arbeitsgruppen der Stadt, Dienstleister wie Einkaufsfirmen, Hauswirtschaftsfirmen |
| Zielgruppen: | Ältere Menschen, die aufgrund körperlicher oder seelischer Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit oder fehlender sozialer Kontakte auf fremde Unterstützung angewiesen sind |
| Laufzeit: | Seit April 2000, fortlaufend |

Begleiter erhalten Eigenständigkeit

Beweggrund

Die Gründungsmitglieder des Vereins „Begleitetes Wohnen“ hatten die Erfahrung gemacht, dass trotz Pflegeversicherung viele Bedürfnisse älterer Menschen, die auf fremde Hilfe angewiesen sind, nicht befriedigt werden. Abgedeckt werden über die Versicherung pflegerische Leistungen. Unterhaltungen, Zuwendung oder Erledigungen aber bleiben außen vor. Doch viele ältere Menschen sind einsam, ihre sozialen Kontakte sind weggebrochen, Freunde, Bekannte, Verwandte verstorben. Sie sind auf eine Unterstützung angewiesen, die über die Pflege hinausgeht.

Mitte der neunziger Jahre stellte sich daher aus laufenden Diskussionen ein Kreis befreundeter Studenten in Dresden die Frage, wie eine Einrichtung aussehen müsste, die es schafft, durch psychosoziale und soziokommunikative Unterstützung älteren und behinderten Menschen zu helfen, in ihrem sozialen Umfeld zu bleiben, und zwar ohne sich durch sozialgesetzliche Vorgaben einschränken beziehungsweise in unzumutbarer Weise verpflichtet zu lassen.

Alexander und Angela Spirling begannen mit Ulrich Grundmann, eine entsprechende Konzeption zu entwickeln und gründeten 1996 mit einigen Freunden den Verein „Begleitetes Wohnen“.

Nach dem Studium sammelten sie erste Erfahrungen, knüpften Kontakte und nahmen mehr und mehr (ohne Fremd- und Eigenkapital) den Geschäftsbetrieb auf. Im Jahr 2000 stellten sie erstmals eine Mitarbeiterin fest und bieten seither die vorliegende Maßnahme „Begleitetes Wohnen“ an.

Beschreibung der Maßnahme

Alleiniger Träger ist der Verein „Begleitetes Wohnen“. Im Vorstand ist der Arzt Alexander Spirling; zu den zwölf Mitgliedern zählen Mitbegründer wie Ulrich Grundmann, der Referent der Diakonie Sachsen und einige ehemalige ehrenamtliche Mitarbeiter der Maßnahme. Hauptamtlich und mit einer vollen Stelle tätig sind die Diplom-Psychologin Steffi Bartsch, ein Sozialarbeiter sowie ein Sozialpädagoge, dem Qualitätsmanagement und Evaluation obliegen. Weiterhin sind in Vollzeit zwei Praktikanten der Technischen Universität und der Fachhochschule Dres-



Alexander Spirling und Ulrich Grundmann

den eingesetzt sowie je nach Bedarf und individuellen Möglichkeiten bis zu zehn Ehrenamtliche, die zum Teil als ehemalige studentische Mitarbeiter ihre Bezugspersonen nach Abschluss des Praktikums weiter betreuen.

Teils durch werblich-kommunikative Aktionen, insbesondere jedoch durch persönliche Empfehlungen kommen Interessenten auf den Verein zu. Grundlage für eine Betreuung ist ein privatwirtschaftlicher Vertrag mit einem individuell vereinbarten Leistungskatalog (siehe auch Finanzierung).

Das „Begleitete Wohnen“ ist das einzige Betätigungsfeld des Vereins in Dresden. Dessen Mitarbeiter sind rund um die Uhr für ihre Klienten da. So erreichte sie kürzlich am frühen Morgen folgender Hilferuf: Eine Fünfundsiebzigjährige, die an Demenz leidet, wollte nach Leipzig fahren. Ihre Tochter setzte sie noch in den Zug, doch die Dame kam nie in Leipzig an. Was genau sich zugetragen, kann sie nicht erklären. Doch sie muss in Coswig ausgestiegen sein und sich dort ein Taxi zurück nach Dresden genommen haben. Die Tochter, die damit gerechnet hatte, dass ihre Mutter verreist ist, hatte ebenfalls einen Urlaub geplant und konnte sich deshalb über Ostern nicht um die altersverwirrte

Frau kümmern. Die Tochter rief deshalb beim Verein Begleitetes Wohnen an, der die Frau regelmäßig zu Hause betreut und auch einen Schlüssel hat. Ein Mitarbeiter sorgte umgehend dafür, dass der Kühlschrank aufgefüllt wurde und die Dame das Gefühl hat, dass jemand für sie da ist.

Unabhängig von diesem Sondereinsatz sind Mitarbeiter des Vereins dreimal in der Woche etwa eine Stunde lang bei dieser Dame zu Hause: Sie räumen dann zum Beispiel die Wohnung auf, übernehmen Hausarbeiten oder gehen mit ihr zum Hausarzt, was sie aufgrund der Demenz nicht mehr alleine kann. Die Dame nimmt auch an Veranstaltungen teil, die der Verein zwei- bis dreimal im Monat anbietet, an Ausflügen, Museumsbesuchen oder Bastelnachmittagen zum Beispiel. Diese Einladungen, darunter auch Sprachkurse, Sitztanz, Gedächtnistraining, Gesprächs- und Spielkreise werden generell gerne genutzt, selbst von Rollstuhlfahrern, die von einem Fahrdienst sozialer Hilfseinrichtungen wie dem Deutschen Roten Kreuz gebracht werden. Manche Teilnehmer holt der Verein selbst ab, andere sind noch in der Lage, alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu kommen.

Der Dresdner Verein begleitet derzeit laufend ca. 60 ältere

Begleitetes Wohnen



re Menschen – in ihrer eigenen Wohnung, im Krankenhaus oder auch im Pflegeheim. Insgesamt erfolgten seit dem Jahr 2000 rund 180 Betreuungen, nachdem zuvor Bedarf und passende Angebote in einem Gespräch geklärt wurden. Die Inanspruchnahme der Leistungen ist individuell unterschiedlich. Zeitlich gesehen, reicht sie von einigen Telefonaten und einem kurzen Besuch im Vierteljahr bis zu täglich ein- und mehrstündigen Besuchen und sonstigen Leistungen.

Nach einem Umzug ins Pflegeheim werden die Klienten üblicherweise weiterhin betreut. Grundsätzlich soll die bisherige Lebensweise der Menschen so wenig wie möglich verändert werden, vorhandene Ressourcen und Gewohnheiten werden integriert. Es geht bei jeder Maßnahme um eine ganzheitliche Sicht der Person und ihre speziellen Bedürfnisse. Die Begleitung reicht von Haushaltshilfen und Einkäufen, Betreuung im Krankheitsfall, die Organisation medizinischer und pflegerischer Maßnahmen über Behördengänge und Schriftverkehr bis hin zur Organisation eines Umzugs. In alle Planungen sind die Klienten aktiv mit einbezogen.

Wenn es keinen anderen Ausweg gibt, bemühen sich die Mitarbeiter des Vereins auch um einen Pflegeplatz, organi-

sieren den Umzug und setzen sich dafür ein, den Einzug ins Heim so erträglich wie möglich zu gestalten. Das bedeutet zum Beispiel auch, Dinge mitzunehmen, mit denen der Betreffende wichtige Erinnerungen verbindet. Das können ein Fotoalbum, ein Kissen oder eine Decke sein. Egal wo sich der ältere Mensch befindet, versuchen die Mitarbeiter des Vereins Begleitetes Wohnen eine Bezugsperson zu sein. Manche besuchen ihn fast täglich im Pflegeheim, reden mit ihm, machen kleine Spaziergänge oder Gedächtnistraining. Nicht selten werden die Begleiter zu einer Art Ersatzfamilie und erhalten den älteren Menschen die Lebensfreude.

Ziele und Wirksamkeit

Es geht den Mitarbeitern darum, die Selbstständigkeit ihrer Teilnehmer so weit wie möglich zu erhalten. Dazu versuchen sie, das Aktivitätsniveau der Klienten zu erhöhen. Wichtigstes Ziel ist es, dass sie sich wenigstens eine gewisse Zeit an einem Tag wohl fühlen. Bei der Unterstützung eines älteren Herrn im Pflegeheim zum Beispiel wechseln sich zwei Mitarbeiter ab, die der Mann inzwischen als Bezugsperson angenommen hat. Das Bemühen darum, die subjektive Befindlichkeit eines Menschen zu stabilisieren und zu verbessern, ist objektiv nicht messbar. Doch wird in

regelmäßigen Gesprächen mit dem Klienten beziehungsweise dem gesetzlichen Vertreter sowie in Fallbesprechungen im Team geprüft, ob die verschiedenen Schritte erfolgreich waren, zum Beispiel: Hat sich das Allgemeinbefinden gebessert? Hat sich der Gesundheitszustand positiv verändert oder zumindest stabilisiert? Ist eine soziale Einbindung gelungen?

Der Prävention von Rückzugs- und Isolationstendenzen dienen die verschiedenen Veranstaltungen wie Ausflüge, Basteln oder ein Englischkurs, den eine achtzigjährige Teilnehmerin für andere anbietet. Dies wirkt zugleich sekundären psychischen Erkrankungen wie Depressionen entgegen, die sich leicht aus einer Isolation und Vereinsamung ergeben. Ist eine Person durch die regelmäßige Begleitung besser sozial eingebunden, ist das ein Erfolg. Die Wirksamkeit der Maßnahmen lässt sich jeweils am Einzelfall beurteilen. Es ist zweifelsohne eine Leistung, wenn der Lebensunterhalt einer Person gesichert werden konnte, wenn erfolgreich Wohngeld beantragt wurde oder wenn die wichtigen Arztbesuche geregelt sind.

„Begleitetes Wohnen“ soll eine selbstständige Lebensführung fördern und erhalten. Auch in dieser Hinsicht ist eine Beurteilung der Maßnahmen immer nur im Einzelfall möglich. Zunächst wird mit dem Betreffenden erarbeitet, was er noch selbst kann, zum Beispiel die Wohnung aufräumen, und wozu er nicht mehr in der Lage ist, alleine einkaufen zu gehen etwa. Dann wird nach Lösungen gesucht, Menschen werden beim Einkaufen begleitet oder es wird ein Rollator als Gehhilfe angeschafft. Wenn die Ressourcen ermittelt sind, werden sie in den Alltag der Teilnehmer mit einbezogen.

Kooperation und Vernetzung

Die Mitarbeiter des Vereins „Begleitetes Wohnen“ arbeiten eng mit Pflegeheimen sowie Krankenhäusern zusammen. Der Verein arbeitet darüber hinaus regelmäßig im „Arbeitskreis der Sozialarbeiter in der Altenhilfe“ der Stadt Dresden mit. Ein ständiger Austausch findet mit dem Sozialamt statt. So nimmt die Behörde den Kontakt zum Verein auf, wenn die Unterstützung oder Begleitung eines Menschen erforderlich scheint. Das war zum Beispiel bei zwei Obdachlosen der Fall, die wieder erfolgreich in die Gesellschaft integriert werden konnten. Ihnen waren die Mitarbeiter nicht nur eine wichtige Bezugsperson, sie

brachten auch das Leben der Obdachlosen wieder in geregelte Bahnen. Aber auch umgekehrt wendet sich der Verein an das Sozialamt, beispielsweise wenn der Lebensunterhalt eines Klienten nicht gesichert ist.

Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt durch die Klienten. Sie zahlen auf der Basis eines Leistungskatalogs und nach Abschluss eines Betreuungsvertrags die Dienstleistungen des Vereins; das sind monatlich 25 Euro Regelbetrag plus einer Vergütung für Sonderleistungen.

Für die häusliche Betreuung sowie für die Unterstützung in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind jeweils entsprechende Leistungen definiert.

Falls der Betreffende dieses Geld nicht aufbringen kann, sucht der Verein nach Lösungsmöglichkeiten. Aufgrund der Personalstruktur mit Ehrenamtlichen und Praktikanten besteht zudem ein finanzieller Spielraum, sonst wäre die Arbeit zu diesem Preis sicher nicht zu leisten. Investitionen des Vereins werden überwiegend gesponsert.

Übertragbarkeit

Es gab in den letzten Jahren immer wieder Interessen, die etwas Ähnliches initiieren wollten. So haben sich unter anderem Sozialamtsleiter von Stadtverwaltungen nach dem Konzept erkundigt. Allerdings sind die angebotenen Leistungen weder über die Kranken- noch über die Pflegeversicherung abzurechnen. Die Sozialhilfe kommt nur in Einzelfällen für die Betreuung auf.

Grundsätzlich jedoch ist das Programm des „Begleiteten Wohnens“ bei entsprechend qualifiziertem Personal leicht von anderen Organisationen zu übernehmen, und überall in Deutschland könnten ähnliche Vereine entstehen. Auch große Träger von Altenhilfeeinrichtungen könnten ein solches Angebot schaffen. Der wesentliche Erfolgsfaktor ist das Engagement der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter. Nur damit wird „Begleitetes Wohnen“ wirtschaftlich tragfähig.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Seit Beginn der Tätigkeit wird regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit geleistet. So erarbeitet und vertreibt der Verein für das „Begleitete Wohnen“ regelmäßig zielgruppenorientierte Falt- und Informationsblätter, die die Angebote näher

Begleitetes Wohnen



vorstellen und publik machen. Der Vertrieb erfolgt vor allem über Betreuer, Pflegeeinrichtungen und Dienstleister.

Für die Klienten, Freunde, Förderer und Dienstleister erstellt der Verein im Quartal die Vereinszeitschrift „Wege“. Diese enthält neben aktuellen Informationen auch Unterhaltung und Rätsel, die das Gedächtnis anregen sollen.

Ein besonderes Augenmerk richtet der Verein auf die Fahrzeuge als „bewegliche Visitenkarte“.

Nachhaltigkeit

Es sind nachhaltige Strukturen geschaffen, die ebenso auf andere Zielgruppen und Regionen übertragbar sind. Die Nachhaltigkeit der Arbeit selbst ist – aufgrund beschränkter Ressourcen – nicht umfassend genug evaluiert. Einzelfälle wie die Rückkehr aus dem Heim in die eigene Wohnung oder die Wiederaufnahme gesellschaftlicher Beziehungen belegen die Wirksamkeit der Arbeit positiv.

Die systematische Dokumentation macht es möglich, dass die Arbeit auch bei Personalwechsel im Sinne der Betreuten fortgesetzt werden kann. Die Auswahl der Menschen, die durch den Verein eine Unterstützung erfahren, beschränkt sich nicht auf die beschriebene Zielgruppe.

Je nach Bedarf handelt der Verein auch, wenn Obdachlose oder jüngere psychisch Kranke seiner Hilfe bedürfen.

Dokumentation und Evaluation

Für jeden Teilnehmer wird mit dem Vertragsabschluss eine Dokumentationsmappe angelegt. Diese enthält neben Personalien und Anschrift unter anderem Angaben zur Wohnsituation, medizinischen Betreuung, zu Familienverhältnissen und sozialem Umfeld, zu lebenswichtigen Ereignissen und Interessen. Nach jedem Kontakt fertigen die jeweiligen Bezugspersonen ein detailliertes Verlaufsprotokoll an.

Pro Person werden bestimmte Ziele festgelegt, und in bestimmten Abständen wird deren Erfüllung überprüft. Wurde das Angestrebte nicht erreicht, wird nach neuen Lösungen gesucht. Die interne Evaluation der Maßnahmen erfolgt im Sinne einer kundenbezogenen Bewertung in wöchentlichen Fallbesprechungen mit dem gesamten Team.

Zur internen Evaluation der Leistungsprozesse des „Begleiteten Wohnens“ arbeitet ein hauptamtlicher Sozialarbeiter mit den Studienschwerpunkten Sozial- und Quali-



Dr. Beate Robertz-Grossmann,
Jurorin

Laudatio

Wenn du willst, dass die Menschen Brücken bauen, dann lehre sie die Sehnsucht nach der anderen Seite. Wir wissen nicht, wer der Lehrer war – ein Mentor, ein Professor vielleicht –, dem es gelang, Mitte der 90er Jahre in Dresden diese Sehnsucht in einem befreundeten Studentenkreis zu wecken.

Die Freunde machten sich Gedanken, welcher psychosozialen und soziokommunikativen Unterstützung ältere und behinderte Menschen zum Verbleib in ihrem eigenen Umfeld bedürfen – wir wissen, was der Verbleib in der vertrauten Umgebung für ältere Menschen bedeutet! Sie verglichen ihr ideales Ergebnis mit der realen Seite des Lebens und kamen zu dem ernüchternden Schluss, dass die institutionelle Bedarfsdeckung in unserem Sozialsystem zu stark auf Leistungen fokussiert ist, die bezahlt werden, und damit jene Bedürfnisse außer Acht lässt, deren Befriedigung nicht entlohnt wird.

An sich war und ist dies noch heute kein neuer Befund, er ließe sich sogar spielend auf andere Bereiche unseres sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens erweitern. In der Regel werden diese Befunde – je nach Betroffenheit – mit Achselzucken, Bedauern oder Rechtfertigung abgetan. Dass dies in Dresden nicht ebenso passierte, ist das Besondere und veranlasst uns heute zu dieser Ehrung.

Die damaligen Studenten Alexander Spirling, seine Frau und seine Freunde, unter ihnen auch Ulrich Grundmann, beließen es nicht bei dem Befund, sie kamen zu dem Entschluss, eine Einrichtung zu schaffen, die ältere und behinderte Menschen in ihrem Wohnumfeld so begleitet, dass sie dort verbleiben und in ihren Bedürfnissen befriedigt werden, ohne sich durch die sozialgesetzlichen Vorgaben einschränken bzw. in unzumutbarer Weise verpflichten zu lassen.

Diese für sie selbst und einige ihrer Mitarbeiter heute noch ehrenamtliche Initiative haben sie inzwischen um eine privatwirtschaftliche Unternehmung namens „Begleitetes Wohnen e.V.“ erweitert, die vier Diplom-Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen vollzeitig beschäftigt. Fachlich qualifiziert, umfassend dokumentiert, beeindruckend aufgearbeitet, vernetzt mit weiteren Dresdner Einrichtungen, integriert in ergänzende Pflege und Versorgung ermöglicht „Begleitetes Wohnen“ älteren Menschen heute ein eigenständiges und selbstverantwortliches Leben in eigener Häuslichkeit bzw. stationären Einrichtungen.

Diese Menschen äußern große Zufriedenheit mit den praktischen Haushalts-, Weck-, Erinnerungs-, Fahr-, Begleit-, Einkaufs-, Versorgungs-, Korrespondenz-, Antrags- und Vermittlungsdiensten, vor allem jedoch empfinden sie in den Besuchen und Gesprächen, dem sozialen Einbezug und der Mitarbeiter eine große Befriedigung des Beachtetwerdens und Beteiligtseins.

Für sie haben Ulrich Grundmann, Alexander Spirling, seine Frau, Freunde und Mitarbeiter eine wichtige Lebensbrücke gebaut, und sie konnten damit auf die andere Seite gelangen. Wer sie dort sieht, den könnte auch die Sehnsucht packen, und möglicherweise wird dann einer beginnen, eine neue Brücke zu bauen, vielleicht einer von Ihnen?

Herr Spirling und Herr Grundmann, wir danken Ihnen stellvertretend für Ihren Brückenschlag in eine bessere Zukunft!

tätsmanagement an einem Qualitätshandbuch. Für eine externe Evaluation werden strukturierte Gespräche mit Beteiligten und Dienstleistern genutzt. Außerdem werden neue Praktikanten nach einiger Zeit gebeten, die Arbeit des Vereins zu beurteilen. So entstanden mehrere Praktikums- und Diplomarbeiten, die sich mit der Arbeit auseinander setzen.

Zukunftsperspektiven

Der Verein „Begleitetes Wohnen“ denkt zurzeit darüber nach, wie die Zahl der Festangestellten erhöht werden könnte. Denn die Nachfrage nach diesem Betreuungsangebot wächst stetig, und der Verein möchte dem nachkommen.

In diesem Zusammenhang wird beraten, welche Projekte die finanzielle Lage des Vereins verbessern könnten. In der Diskussion ist ein Engagement in der Erwachsenenpädagogik.

Der Verein will sich qualitativ und quantitativ weiterentwickeln. Dass die Mitglieder merken, wie stark sie gebraucht werden, empfinden sie als großen Ansporn. Auf die Frage: „Warum sind Sie noch immer dabei?“, antwortete ein Gründungsmitglied ganz spontan: „Weil es immer noch so viel Spaß macht!“

Nominierte Maßnahme

gEMiDe

| | |
|------------------------|--|
| Bewerber: | Modellprojekt zur Förderung des gesellschaftlichen Engagements von Migrantinnen und eingebürgerten Deutschen durch ehrenamtliche Tätigkeit (Modellprojekt gEMiDe) |
| Anschrift: | Wilhelm-Bluhm-Straße 20, 30451 Hannover |
| Tel. / Fax: | 05 11-2 13 53 63 / Fax 05 11-2 13 35 29 |
| E-Mail: | info@gemide.org |
| Web: | www.bteu.de |
| Leitung der Maßnahme: | Hülya Feise, Diplom-Sozialpädagogin |
| Rechtsträger: | Bund Türkisch-Europäischer Unternehmer e.V. (BTEU) |
| Initiatorin: | Hülya Feise |
| Präventive Zielthemen: | Gegenseitige Integrationsbereitschaft zwischen Migranten und Deutschen fördern, ehrenamtliche Tätigkeit als Notwendigkeit in der Gesellschaft und zur Stärkung von Eigenkompetenz und Eigenverantwortung sowie zur Förderung individueller Fähigkeiten, Angebot von Bewegungs- und Ernährungsmaßnahmen |
| Integration: | Jugendtreff Linden-Nord, Kulturbüro Linden-Süd, Volkshochschule Hannover, Informations- und Koordinationsstelle für ehrenamtliche Mitarbeit, Diakonischer Betreuungsverein, Evangelische Fachhochschule Hannover, Bildungsverein Hannover, Netzwerke, Sportjugend im Landessportbund Niedersachsen |
| Zielgruppen: | Alle Migranten und eingebürgerte Deutsche; zurzeit sind 60 Prozent der TeilnehmerInnen über 50 Jahre alt, gEMiDe ist offen für alle |
| Laufzeit: | Seit Juli 2001; das Projekt wird jährlich verlängert und bei der Landeshauptstadt Hannover genehmigt |

Integration selbst in die Hand nehmen

Beweggrund

Hinter dem Projekt stehen sehr persönliche Erfahrungen der Initiatorin und objektive Notwendigkeiten. In Hannover leben fast 510.000 Menschen, gut 75.500 haben eine andere Staatsangehörigkeit als die deutsche. Zwar respektieren sich die verschiedenen Nationalitäten weitgehend gegenseitig, doch Berührungspunkte bleiben meist auf Musik- oder ähnliche Kulturereignisse beschränkt. Die Kommunikation im täglichen Leben findet zwischen Einheimischen und Zugewanderten in der Regel ausschließlich auf geschäftlicher Ebene statt. Und weil sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, leben viele Migranten in Deutschland isoliert.

Hülya Feise kommt aus Ankara und lebt seit zehn Jahren in Deutschland. Anfangs hat sie sich nur unter ihren Landsleuten bewegt, weil sie kein Deutsch konnte. An dieser Situation wollte sie etwas ändern, setzte bei dem an,

was sie aus ihrer Heimat kannte. Das war die ehrenamtliche Arbeit, zum Beispiel mit Straßenkindern und beim Radio. Darauf wollte sie aufbauen und auch in Hannover ehrenamtlich tätig werden. Weil sie jedoch die deutsche Sprache nicht beherrschte, blieben ihre Versuche bei verschiedenen Organisationen vergeblich. Erst nachdem Frau Feise Deutsch gelernt hatte, konnte sie in der deutschen Gesellschaft Fuß fassen. Sie begann aus der Isolation auszubrechen und sich selbst zu integrieren, arbeitete in Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfeorganisationen. „Das war für mich eine große Entwicklung.“ Diese Erfahrung wollte sie anderen Migranten weitergeben und beschloss, auch ihre Landsleute zu unterstützen.

Im Jahr 1999 begann sie mit einem Projekt für die Integration türkischer Frauen („Lachendes Gesicht“). Als sie erkannte, dass es nicht genügt, türkische Frauen mit ihresgleichen zusammenzubringen, öffnete sie die Zielgruppe für andere Migranten und Deutsche.

2001 entstand daraus das Projekt „gEMiDe“, das sie bei



dem Träger „Initiative für internationales Kulturzentrum“ ansiedelte. Als die Teilnehmerzahl auf 54 ehrenamtlich Aktive wuchs und neue Strukturen erforderlich wurden, wurde das Projekt ab dem 1. April 2004 im Benehmen mit der Stadt Hannover auf den heutigen Träger „Bund Türkisch-Europäischer Unternehmen“ (BTEU e.V.) übertragen.

Beschreibung der Maßnahme

Das Modellprojekt bildet eine Schnittstelle zwischen Migranten, die an ehrenamtlicher Arbeit interessiert sind, und Einheimischen, die einsam, an neuen Kontakten interessiert oder auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Voraussetzung für den Einsatz der Ehrenamtlichen schafft Frau Feise, indem sie Migranten in ihrem Umfeld aufsucht. Sie geht durch das Stadtviertel, schaut auf die Namen auf den Wohnungsklingeln und findet auf diese Weise ihre Teilnehmer („Ehrenamtliche“). Alternativ besucht sie Orte, an denen Migranten anzutreffen sind, wie Schulen, Kirchengemeinden und Kindergärten. Sie verwickelt die Frauen dann in ein Gespräch, stellt sich vor und fragt, ob sie Interesse an einem Deutsch-Kurs haben, den „gEMiDe“ mit der Volkshochschule entwickelt hat. Oder sie lädt Mütter in die Frauengruppe ein. Während dieser wöchentlichen Treffen werden Aufgaben koordiniert; es wird besprochen, wer sich für welche Tätigkeit interessiert und eignet. In der Runde werden die Frauen zudem motiviert, ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu nutzen und Kompetenzen einzubringen. Ziel ist es, dass bei der freiwilligen Arbeit die persönliche Entwicklung nicht aus dem Blickfeld gerät. Die Tätigkeiten wechseln, um die ehrenamtliche Tätigkeit attraktiv zu erhalten.

Besuchsdienste werden in dem Projekt groß geschrieben. Das kann im Pflegeheim sein, damit ältere, einsame Menschen eine Ansprache haben, oder bei überforderten Müttern, deren Kinder gehütet werden. Andere geben im

Alphabetisierungskurs türkischen Frauen Unterricht, die weder lesen noch schreiben können.

Oft stellt Frau Feise den Kontakt zu Organisationen her, die ehrenamtliche Mitarbeiter suchen. Inzwischen kommen Institutionen aber auch von sich aus auf „gEMiDe“ zu. Dies ergibt sich aus der Zusammenarbeit mit Netzwerken und zahlreichen Organisationen. Das Spektrum dessen, was die insgesamt 97 ehrenamtlichen Mitarbeiter (vor allem Migranten), die in dem Projekt betreut werden, leisten, ist groß. Sie übersetzen mündlich Informationsmaterial, sie lesen Kindern Märchen vor oder betreuen Flüchtlinge. Sie begleiten alte Menschen zum Arzt oder zum Friseur, helfen beim Ausfüllen von Formularen, erledigen kleine Besorgungen und informieren über Drogen.

Zu den Tätigkeiten werden ihnen Weiterbildungsmöglichkeiten und fachliche Beratung angeboten. So werden Migranten an andere Institutionen vermittelt und dort entsprechend geschult. Ein Beispiel: Drei ehrenamtliche Mitarbeiterinnen wollten sich über Drogen informieren, weil in ihren Familien oder im Bekanntenkreis jemand suchte gefährdet oder bereits abhängig war. Sie wurden zu Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen über Drogen, deren Wirkungen, Gefahren und Suchtpotenziale geschickt.

Von Anfang an waren auch ältere Migrantinnen zwischen 54 und 75 Jahren dabei, die aufgrund von psychischen oder psychosomatischen Leiden zu Frührentnerinnen geworden waren. Sie verließen ihre Wohnung kaum, aber gingen sehr oft zum Arzt. Durch ehrenamtliche Arbeiten haben sie sich geöffnet und Selbstbewusstsein aufgebaut. Wenn sie jetzt zum Arzt gehen, dann nur, wenn sie tatsächlich krank sind. Viele haben – erst im Alter – Deutsch gelernt, um sich gesellschaftlich engagieren zu können.

Aufgrund der wachsenden Teilnehmerzahl wurden inzwischen neun ehrenamtliche Gruppenleiter zur Entlastung der Projektleitung und zum strukturellen Aufbau des Projekts geschult.

gEMiDe



Ziele und Wirksamkeit

Ziel des Projekts ist die Integration von Migranten. Der Weg hierfür ist die „ehrenamtliche Tätigkeit“ nach dem Motto „wer anderen hilft, hilft sich selbst“.

In der ehrenamtlichen Arbeit entfällt das Geschäftsmäßige einer Beziehung; Migranten und Einheimische haben die Möglichkeit, ihr eigenes Potenzial zu entfalten und sich vorurteilsfrei, gleichberechtigt und auf gleicher Augenhöhe zu begegnen. Ziel ist es, das ehrenamtliche Engagement und damit die Integration und gegenseitige Akzeptanz zu fördern. Der Wunsch nach Integration soll von beiden Seiten kommen.

„gEMiDe“ wurde 2002 „für vorbildliches Engagement bei der Integration von Zuwanderern“ im „Wettbewerb zur Integration von Zuwanderern“ vom Bundespräsidenten und der Bertelsmann Stiftung ausgezeichnet. Im „Dialog Global – Leitfaden für die interkulturell kompetente Kommune“ wurde „gEMiDe“ als Good-Practice-Projekt für interkulturelle Kompetenzvermittlung in Deutschland aufgeführt.

In Zahlen lassen sich die Erfolge nicht messen. Doch gibt es viele positive Rückmeldungen von Institutionen und Einzelpersonen. Eine Türkin zum Beispiel, die vor zweieinhalb Jahren nach Hannover gekommen war, beherrscht jetzt die deutsche Sprache und ist Elternvertreterin in der Schule geworden.

Einige genießen es, nicht mehr als Ausländer beurteilt zu werden, sondern als ein Mensch, der etwas tut. So berichtet eine Frau: Seit sie als freiwillige Lehrerin arbeite, stelle man ihr plötzlich Fragen zu ihrer Arbeit, etwa: „Wie ist es, mit Analphabeten zu arbeiten?“

Es geht auch darum, Freundschaften aufzubauen. Da ist die Fünfzigjährige, die in der Türkei in gehobener Position tätig war und in Deutschland aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse in einer Fabrik arbeitete. Sie brachte Frau Feise

mit einer Deutschen zusammen, die aus beruflichen Gründen Türkisch lernen musste und sich an sie gewandt hatte. Zunächst hatten beide Frauen ihre Vorbehalte, inzwischen sind sie Freundinnen geworden, unternehmen viel zusammen und kochen gemeinsam. Die Arbeit der ehrenamtlich bei „gEMiDe“ Tätigen hat somit einen doppelt positiven Effekt: Sie nutzt der Gesellschaft und hilft den Migranten, mit der Gesellschaft in Kontakt zu kommen.

Kooperation und Vernetzung

Es gibt eine Vielzahl von Kooperationen und Vernetzungen. Das Projekt ist an kommunalen und Integrationsnetzwerken beteiligt, steht mit Kommune, Sozialeinrichtungen und Wohlfahrtsverbänden in Kontakt und wird inzwischen auch von anderen Kommunen und Organisationen international nachgefragt (siehe Übertragbarkeit). Weiterhin sind Frau Feise und Ehrenamtliche in Netzwerken tätig, unterhalten Kontakte zu kommunalen Organisationen und stellen ihr Projekt in anderen Kommunen und Organisationen vor.

Das jüngste Projekt ist aus der Zusammenarbeit mit dem Landessportbund Niedersachsen entstanden. Dieser bildet ehrenamtliche Mitarbeiter zu Übungsleitern für zwei Kurse aus, die besondere Rücksicht auf die Bedürfnisse von Musliminnen nehmen, zum Beispiel, dass diese Mädchen ihren Körper nicht zeigen und beim Sport nicht gesehen werden möchten. Um die Intimität zu wahren, wurde ein Raum für den Sportunterricht gewählt, der die Mädchen und Frauen vor unerwünschten Blicken bewahrt.

Beliebt sind bei Migranten die Kurse, die Mitarbeiter von „gEMiDe“ gemeinsam mit der Volkshochschule Hannover für ihre spezielle Zielgruppe ausgehandelt haben.

Es werden Referenten eingeladen oder besucht, um sich über die Tätigkeiten anderer Vereine zu informieren. Bei den Ehrenamtlichen handelt es sich überwiegend um Türkisch Sprechende, aber es sind zunehmend auch Irane-

rinnen und Russinnen (Spätaussiedlerinnen) sowie Frauen aus Irak, Iran, Aserbaidschan, Turkmenistan und Georgien dabei. Fünf Deutsche sind ebenfalls darunter. Auch Männer, oft Ehemänner, Verwandte und Bekannte engagieren sich, indem sie Transporte übernehmen oder bei Veranstaltungen mithelfen. Jene, die in Deutschland zur Schule gegangen sind, übernehmen Büroarbeiten bei „gEMiDe“.

Finanzierung

Die Stadt Hannover finanziert die 75-Prozent-Stelle von Frau Feise und Sachmittel. Der Verein BTEU leistet organisatorische und werbliche Hilfestellung.

Übertragbarkeit

Jede andere Stadt kann sich an dem Konzept orientieren, um über das Ehrenamt die Integration von Migranten zu fördern. Es gab bereits viele Anfragen von anderen Städten, selbst aus dem Ausland. Die erste Stadt, die sich für das Modell interessierte, war Zürich, wo Hülya Freise ihr Projekt vorstellte. Weitere Vorträge folgten, so nach Berlin, Mainz, Osnabrück und Stuttgart. Frau Feise referiert auf Tagungen, bietet Workshops an und gibt konkrete Tipps, wie Menschen für eine ehrenamtliche Tätigkeit gewonnen werden können.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Über das Modellprojekt zur Förderung des gesellschaftlichen Engagements von Migrantinnen und eingebürgerten Deutschen durch ehrenamtliche Tätigkeit wurde in unregelmäßigen Abständen in verschiedenen Medien berichtet, zum Beispiel:

- Hannoversche Allgemeine Zeitung, Elisabeth Voss, 11. 7.2002
- Dialog Global – Schriftenreihe der Servicestelle Kommunen in der Einen Welt / InWent gGmbH, Heft 6: „Faires Miteinander, Leitfaden für die interkulturell kompetente Kommune 2012“, Bonn, August 2003, S. 59-60

Nachhaltigkeit

Die Mitarbeiter des Modellprojekts sind auf der Bundesebene aktiv, um auf ihre Bemühungen und das Thema aufmerksam zu machen (Bundesnetzwerk bürgerschaftliches Engagement).

Ein Stamm ehrenamtlicher Mitarbeiter ist von Anfang an bei dem Projekt, damit ist eine Kontinuität der Tätigkeiten gewahrt, die zugleich stetig weiterentwickelt werden. Nach dem Schneeballsystem verbreiten sich die Integrations-Ideen, indem Mitarbeiter anderen Menschen davon erzählen, Bekannten, Freunden, Verwandten und allen Interessierten.

Dokumentation und Evaluation

Hülya und Eric Feise haben ihre Diplomarbeiten als Sozialpädagogen über das Projekt geschrieben.

Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit der Stadt Hannover besuchen Vertreter des Migrationsausschusses der Landeshauptstadt sowie Vertreter der kommunalen Parteien in unregelmäßigen Abständen die Mitarbeiter von „gEMiDe“.

Seit April 2004 sind zeitweise Studentinnen der Evangelischen Fachhochschule Hannover im Rahmen des Studiengangs „Sozialwesen“ jeweils für ein Jahr bei „gEMiDe“ tätig. Eine systematische Dokumentation und Evaluation gibt es noch nicht.

Zukunftsperspektiven

Die Menschen, die an dem Modellprojekt mitwirken, haben sich persönlich weiterentwickelt und in die Gesellschaft integriert. Diese Erfahrungen sollen weitergegeben werden, sodass sich mehr Bürger für die Integration engagieren. Die Initiatorin des Modellprojekts hofft, dass Migranten in Deutschland durch eine Verbreitung ihres Konzepts ernst genommen werden und Einheimische in ihnen nicht ausschließlich Ausländer sehen, sondern Menschen, die an der Gesellschaft teilhaben. Das soll künftig selbstverständlich sein.

Nominierte Maßnahme

Beratungsservice Wohnraumanpassung

| | |
|------------------------|--|
| Bewerber: | Hochschule Magdeburg-Stendal mit dem Selbsthilfe-Kontaktbüro für „Prävention im Alter“ (PiA) |
| Anschrift: | Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg |
| Tel. / Fax: | 03 91-8 86 43 09 / Fax 03 91-8 86 42 93 |
| E-Mail: | hans-heinz.kreuter@sgw.hs-magdeburg.de |
| Web: | www.hs-magdeburg.de |
| Leitung der Maßnahme: | Professor Dr. Hansheinz Kreuter, Diplom-Volkswirt (wissenschaftlicher Leiter), Yvonne Jahn, Dipl.-Gesundheitswirtin (verantwortlich für die Wohnraumanpassung) |
| Rechtsträger: | Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) |
| Initiatoren: | Professor Dr. Hansheinz Kreuter |
| Präventive Zielthemen: | Selbstständigkeit im Alter, Leben in der eigenen Wohnung und Verhinderung einer Einweisung ins Pflegeheim |
| Integration: | Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Sachsen-Anhalt, Ministerium für Bau und Verkehr des Landes, Versorgungsämter, Sozialämter, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Gesundheitseinrichtungen, Behindertenverbände, Behörden |
| Zielgruppen: | Menschen, für die das Verbleiben in der eigenen Wohnung zunehmend problematisch wird, das sind vor allem ältere Mitbürger, aber auch Menschen mit einer Behinderung |
| Laufzeit: | Kooperation mit der AOK seit dem Jahr 2000; zunächst befristet bis Ende Juni 2005 – über eine Verlängerung des Projekts wird jedes Jahr neu verhandelt |

Wohnen ohne Stolperfallen

Beweggrund

Als sich Professor Kreuter 1995 für eine Professur an der Hochschule Magdeburg-Stendal bewarb, sollte er einen Probenvortrag zur „Installierung neuer Projekte“ halten. Er entschied sich aus persönlicher Betroffenheit für das Thema „Prävention im Alter“ mit dem Schwerpunkt der Wohnraumanpassung, da er sich schon damals mit dem Zusammenhang von Wohnen, Bauen und Gesundheit befasste. Werden ältere Menschen nach ihren Wünschen gefragt, so nennen sie an erster Stelle fast immer, dass sie in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben möchten. Außerdem verbringt ein über Fünfundsechzigjähriger statistisch betrachtet doppelt so viel Zeit in seiner Wohnung wie ein Vierzigjähriger.

Beschreibung der Maßnahme

An der Hochschule Magdeburg begann Professor Kreuter mit einem kleinen studentischen Team mit ersten, vereinzelt Beratungen und der Erarbeitung eines

Konzepts, das sich in der Arbeit des Vereins Aktivitas niederschlug.

Die Pflegekasse der AOK Sachsen-Anhalt erkannte die Notwendigkeit der Wohnraumanpassung und Nützlichkeit der Hochschularbeit und förderte 2000/2001 die Pilotphase in Form eines Modellprojekts der Hochschule: den Beratungsservice „Wohnraumanpassung“, der in einem von der Hochschule neu gegründeten Selbsthilfe-Kontaktbüro für Prävention im Alter – kurz PiA – durchgeführt wird.

PiA unterstützt ältere und behinderte Menschen beim „barrierefreien Umbau“ ihrer Wohnung. Dabei reicht die Hilfe von der Analyse der Wohnsituation und des Anpassungsbedarfs über das Einholen von Angeboten, die finanzielle Beratung zur Erlangung von Fördermitteln bis zur Abnahme der Umbaumaßnahmen. Die Inanspruchnahme dieser umfassenden Beratung und Begleitung ist für Versicherte der AOK-Pflegekasse seit 2002 kostenfrei, seither wird die Wohnungsanpassung als Routineleistung von PiA in Zusammenarbeit mit der Pflegekasse der AOK Sachsen-Anhalt angeboten.

Im Einzelnen beinhaltet die Arbeit von PiA zur „Wohnungsanpassung“ das folgende prototypische Set von Strategien, Methoden und Aktivitäten:

- Durch mediale Aktionen in Printmedien (ausführliche Berichte Tageszeitungen, Wochenblätter, Fachzeitschriften), in Rundfunk und Fernsehen sowie durch Ausstellungen, Tagungen und Informationsveranstaltungen wird die Bevölkerung über die Chancen und Möglichkeiten der Wohnraumanpassung informiert.
- Information und unabhängige Beratung per Telefon, im Büro des Projekts und der eigens für diese Zwecke geschaffenen „barrierefreien“ Musterwohnung für potenzielle Klienten und deren Angehörige. Die etwa 60 Quadratmeter große Musterwohnung mit Wohnzimmer, Schlafzimmer, Küche, Bad ist mit Mitteln von Unternehmen ausgestattet, die in Zusammenarbeit mit PiA Wohnraumanpassungen vornehmen, und zeigt die für barrierefreies Wohnen wichtigen Elemente, zum Beispiel eine rollstuhlgerechte Küche mit höhenverstellbaren Schränken.
- Individuelle Beratung mit Hausbesuch, um die Wohnsituation zu analysieren und Vorschläge einer möglichen Anpassung zu machen.
- Einholen von Angeboten für Anpassungsmaßnahmen und Hilfen bei der Entscheidung.
- Beratung zur Inanspruchnahme von Fördermitteln und Unterstützung bei Formalitäten.
- Begleitung der Umbauarbeiten und Unterstützung bei der Abnahme der abgeschlossenen Wohnungsanpassung.
- Fortsetzung des Kontakts für Rückfragen oder andere Wünsche.

Diese skizzierten Leistungen werden von zwei hauptamtlichen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen, studentischen Kräften und der Projektleitung erbracht. Studierende des Fachbereichs Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Magdeburg-Stendal sind stark in die Projektarbeit eingebunden. Projektarbeit ist obligatorischer Bestandteil des Hauptstudiums über mindestens drei Semester. Damit sind durchschnittlich etwa zehn Studenten in die präventiven und evaluierenden Aktivitäten von PiA involviert. Studenten, die sich besonders bewährt haben, können anschließend auch die obligatorische ein- oder

zweisemestrige Praxisphase im Projekt absolvieren. Auf diesem Weg übernahm Frau Jahn als Diplom-Gesundheitswirtin die erste finanzierte Stelle. Später ist eine Kommilitonin dazugekommen, die jetzt ebenfalls fest angestellt ist.

Die Wohnungsanpassung als Hauptaufgabe von PiA ist eingebettet in ein Set präventiv ausgerichteter Aktivitäten, welche der Vernetzung von Angeboten für ältere Menschen in der Region dienen. So ist im Jahr 2000 ein Netzwerk aufgebaut worden, an dem sich unter anderem das Ministerium für Bau und Verkehr des Landes, die AOK Sachsen-Anhalt, Sanitätshäuser, Einrichtungshäuser und Deutsches Rotes Kreuz beteiligen (siehe Kooperation und Vernetzung). Somit wissen alle Beteiligten, wo beispielsweise qualifizierte Handwerker in erreichbarer Nähe zu finden sind und wo es die gewünschten Teile für Umbaumaßnahmen gibt.

Ziele und Wirksamkeit

Die Arbeit von PiA ist vor allem darauf ausgerichtet, die Gesundheit älterer und behinderter Menschen zu fördern, ihre Lebenszufriedenheit zu steigern und Beeinträchtigungen zu mildern. Um das zu erreichen, werden strategische Maßnahmen eingesetzt, die Unfällen und Krankheiten vorbeugen und der Verschlechterung von Krankheitsbildern entgegenwirken sollen.

Wenn die Wohnung eines in die Pflegestufe I eingruppierten Menschen entsprechend umgebaut wird, erhält das länger seine Selbstständigkeit und die Unterbringung in ein Heim wird hinausgezögert. Im Falle eines Mannes, der sich nur noch mit einer Gehhilfe fortbewegen kann, wäre dies zum Beispiel die Beseitigung von Schwellen und schlecht verklebten Teppichen; zudem würde eine barrierefreie Dusche gebaut, die leichter zu benutzen und weniger gefährlich ist.

Seit dem Jahr 2000 erfolgten im Rahmen des Projekts PiA gut 700 Beratungen von in der AOK versicherten älteren Menschen inklusive intensiver Betreuung und Hausbesuchen (bei nach Aussagen der Pflegekasse rund 2.000 Anträgen). Aus den Beratungen ergaben sich über 300 abgeschlossene Wohnungsanpassungen im Sinne der Schaffung eines barrierefreien Zuhauses. Etwa 1.700 Personen besuchten bisher die Informationsveranstaltungen von PiA.

Wird der Umzug ins Pflegeheim verhindert beziehungsweise hinausgezögert, spart das Geld für die Pflege- und

Beratungsservice Wohnraumanpassung



Sozialkassen. Eine Befragung von rund 300 Klienten über die Zufriedenheit mit der Arbeit von PiA hat ergeben, dass 95 Prozent mit dem Service sehr zufrieden waren. Viele fühlen sich sicherer und wohler in ihrer Wohnung; sie haben erkannt, dass sie jetzt weniger unfallgefährdet sind. Weil alte Menschen oft einsam sind, haben sie das Gefühl, intensiv betreut zu werden, sehr genossen.

Eine wissenschaftliche Untersuchung zu konkreten Kosteneinsparungen und dem Nutzen für die Klienten ist geplant. Zwecks finanzieller Förderung gibt es Gespräche mit dem Bundesfamilienministerium.

Kooperation und Vernetzung

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Sachsen-Anhalt und dem Ministerium für Bau und Verkehr des Landes. Darüber hinaus sind eingebunden:

- die gesetzliche Pflegeversicherung
- das Landesamt für Versorgung und Soziales (Integrationsamt)
- Amt für Versorgung und Soziales (Schwerbehindertenrecht / Kriegsofferfürsorge)
- Gesetzliche Unfallkassen
- Sozialämter
- Wohlfahrtsverbände
- Selbsthilfegruppen

- Gesundheitseinrichtungen (Apotheken beispielsweise)
- Behindertenverbände
- Betreuungsbehörde

Finanzierung

Nach § 40 SGB 11 fördern die gesetzlichen Pflegekassen die einzelnen Maßnahmen zur Wohnraumanpassung mit einem Betrag von maximal 2.557 Euro, sofern der Betreffende pflegebedürftig ist und entsprechend eingruppiert wurde. Die durchschnittlichen Kosten der vergangenen Jahre liegen bei 4.000 Euro (ohne den Wert der Beratungsleistung von PiA).

Der für AOK-Versicherte der Pflegestufen I bis III kostenfreie und umfangreiche Beratungsservice wird aus Eigenmitteln der Hochschule Magdeburg-Stendal und durch die AOK Sachsen-Anhalt finanziert. Ohne diese Unterstützung müsste von den Klienten für die Beratungen Geld verlangt werden, was diese sich in der Regel aber nicht leisten könnten. Da über 80 Prozent der Pflegebedürftigen in Magdeburg Mitglied der AOK sind, ist der Beratungsservice weitgehend abgedeckt. Versicherte anderer Kassen erhalten das erste Gespräch zwar ebenfalls kostenfrei, nicht aber die intensive Betreuung, für die Versicherte anderer Kassen selbst aufkommen müssen. Der Betrag richtet sich nach dem Umfang der Unterstützung.

Die Mitarbeiter des Selbsthilfe-Kontaktbüros (zwei Diplom-Gesundheitswirtinnen, unterstützt durch zehn Studenten) sowie Räume und Büromittel werden von der Fachhochschule gestellt und finanziert.

Übertragbarkeit

Hinsichtlich des regionalen Transfers wurde bereits beim Übergang von der Pilot- in die Routinephase der Nachweis der Übertragbarkeit erbracht. In den Jahren 2000 und 2001 waren Magdeburg und der Landkreis Jerichower Land Erprobungsregion des Modellvorhabens. Als Vergleichsregion wurden Halle und der Landkreis Merseburg-Querfurt ausgewählt. Mit Beginn der Routinephase wurde das Projekt sukzessive in weitere Räume des Landes Sachsen-Anhalt transferiert. Bis zum Ende des Jahres 2004 war das Beratungsangebot auf ganz Sachsen-Anhalt ausgedehnt, wobei jedoch unterschiedliche Intensitäten der Inanspruchnahme zu konstatieren sind. Diese ergeben sich allein aus

logistischen Gründen mit wachsender Entfernung des PiA-Beratungsbüros und der Musterwohnung in der Innenstadt Magdeburgs. Das allerdings könnte leicht durch Aufstockung des Personals und intensivere Reisetätigkeit sowie eine Kooperation mit zusätzlichen Netzwerkpartnern kompensiert werden. Dem Wohnungsanpassungsprojekt mit „Low-budget“-Ausstattung sind damit deutlich Grenzen gesetzt. Vom Grundsatz her ist das Angebot jedoch problemlos transferierbar.

Bundesweit ließen sich nach § 40 SGB 11 derartige Kooperationen installieren. Professor Kreuter will mit Allgemeinen Ortskrankenkassen in andern Bundesländern und anderen Hochschulen sprechen, um ähnliche Projekte anzustoßen. Dabei wird sich der Wissenschaftler zunächst auf die neuen Bundesländer konzentrieren, weil zahlreiche Erhebungen dort einen erheblich größeren Bedarf als im Westen ermittelt haben.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Das Programm wurde von Anfang an durch Öffentlichkeitsarbeit gefördert. Es gab Veröffentlichungen in lokalen Zeitungen (zum Beispiel Volksstimme, Mitteldeutsche Zeitung), in Mitgliederzeitschriften (zum Beispiel Wohnungsunternehmen, Krankenkassen); des Weiteren die Informationsbroschüre „Wohnen zu Hause“ (herausgegeben von der Hochschule Magdeburg-Stendal, der Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt, dem Landesförderungsinstitut Sachsen-Anhalt und dem Ministerium für Bau und Verkehr Sachsen-Anhalt) und die Informationsbroschüre „Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ (herausgegeben von der Pflegekasse der AOK Sachsen-Anhalt unter Mitwirkung der Hochschule Magdeburg-Stendal)

Nachhaltigkeit

Durch das auf Nachhaltigkeit ausgelegte Projekt ist das Thema in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Andere Förderungsmöglichkeiten sollen erschlossen, mehr Verantwortliche für die Notwendigkeit der Wohnraumanpassung im Alter sensibilisiert werden, denn der gegenwärtige Bestand an Wohnraum ist auf Bedürfnisse älterer Menschen nicht ausgerichtet.



Dokumentation und Evaluation

Jeder einzelne Fall wird nach einem einheitlichen Muster dokumentiert. Diese Daten werden monatlich an die AOK weitergegeben.

Es werden jedes Jahr umfassende Gesamtberichte mit Evaluation der Berichtsbögen geschrieben, und es gibt jährlich Zufriedenheitsbefragungen.

Zukunftsperspektiven

Professor Kreuter hofft, dass der Vertrag mit der AOK weiter verlängert und der Beratungsservice erhalten werden kann. Politiker sollen von der Notwendigkeit und dem Nutzen der Wohnraumanpassung überzeugt werden, damit diese mit öffentlichen Mitteln unterstützt wird.

Nominierte Maßnahme

Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige

| | |
|------------------------|--|
| Bewerber: | Deutscher Turner-Bund e.V. (DTB) |
| Anschrift: | Otto-Fleck-Schneise 8, 60528 Frankfurt |
| Tel. / Fax: | 0 69-67 80 11 72 / Fax 0 69-67 80 11 79 |
| E-Mail: | petra.regelin@dtb-online.de |
| Web: | www.dtb-online.de |
| Leitung der Maßnahme: | Petra Regelin, Diplom-Sportlehrerin |
| Rechtsträger: | Deutscher Turner-Bund e.V. |
| Initiatoren: | Deutscher Turner-Bund e.V. |
| Präventive Zielthemen: | Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz, Förderung von körperlichen, sozialen und geistig-seelischen Aktivitäten, Ermöglichung von Partizipation, Umfeldaspekte |
| Integration: | Sportwissenschaftler, Ärzte, Alten- und Pflegeheime |
| Zielgruppen: | Frauen und Männer über 80 Jahre, gesunde, aber auch solche mit alterstypischen Erkrankungen wie Diabetes, Fettstoffwechselstörungen oder Arthrose, einer Demenz oder Herz-Kreislauf-Erkrankung |
| Laufzeit: | Ausbildung von Multiplikatoren mit dem Ziel „Fit und gesund bis ins höchste Alter“ seit Mai 2004; die Ausbildungen sind fortlaufend |

Körperlich fit jenseits der 80

Beweggrund

Der Deutsche Turnerbund (DTB) führte im Jahr 2000 eine Expertentagung zu gesellschaftlichen Umbrüchen und ihren Folgen für den Verband durch. Dabei wurden für die Angebote des DTB drei Bewegungs-Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen, Motiven und Verhaltensweisen identifiziert: Menschen zwischen 30 und 70 Jahren, 70- bis 85-Jährige und über Fünfundachtzigjährige. Weil sich zwischen 1996 und 2004 eine steigende Zahl älterer Menschen in den Vereinen (ab 60 Jahren) von 73 Prozent ergeben hatte, wurde der Beschluss gefasst, passende Angebote für Ältere zu entwickeln – insbesondere für Hochbetagte. Gerade die Beweglichkeit dieser Altersgruppe sollte besonders gefördert werden. So sind viele nicht in der Lage, sich beispielsweise alleine die Strümpfe anzuziehen, weil sie nicht auf einem Bein stehen können. Oder es fehlt die Orientierung im Raum, weil der Kopf nicht gedreht werden kann. Wer wiederum nicht in der Lage ist, sich auf die Zehenspitzen zu stellen, kommt in der Wohnung nicht an

Gegenstände in oberen Regalen. Vor allem ältere Frauen sind oft auf Hilfen angewiesen, weil es ihnen an Kraft fehlt. Sie sind zu schwach zum Treppensteigen oder aus einem Sessel wieder aufzustehen, weil die vordere Oberschenkelmuskulatur nicht trainiert ist. Kraft ist der entscheidende Faktor für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit. Kraftverlust muss nicht sein, sondern ist abhängig davon, ob die Muskulatur beansprucht wird. Doch viele alte Menschen sind antriebslos, ziehen sich zurück und sitzen den ganzen Tag in ihrer Wohnung. Aber je weniger jemand körperlich aktiv ist, umso mehr verlässt ihn die Kraft und umso weniger kann er alleine erledigen. Ein Teufelskreis beginnt.

Für über Achtzigjährige sind geistige und körperliche Anregungen unverzichtbar, um ihre Selbstständigkeit zu erhalten und eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern. So kann ein gezieltes Training von Kraft, Beweglichkeit und Koordination in hohem Maße dazu beitragen, dass alte Menschen ihren Alltag selbstständig bewältigen können. Ein spezielles und an den individuellen Fähigkeiten orientiertes Bewegungsprogramm aktiviert das Gehirn und wirkt

sich positiv auf die Psyche aus. Deshalb möchte der Deutsche Turnbund bundesweit und flächendeckend mehr Bewegungsmöglichkeiten für Hochbetagte schaffen und die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausschöpfen.

In den Jahren 2001 bis 2003 wurden daher mit Experten aus Sport, Sportwissenschaft und Altenheimen verschiedene Modelle entworfen und erprobt. Es entstand eine erste Publikation, die das Angebot beschrieb. Ende 2003 beschloss der Vorstand, dieses noch einmal hinsichtlich gesundheitlicher und präventiver Aspekte zu überarbeiten und daraus ein Angebots- und Schulungskonzept zu entwickeln. Daraus entstand das vorliegende Projekt „Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige“.

Beschreibung der Maßnahme

Das Konzept einer Ausbildung „Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige“ war im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend teilfinanzierten Projekts vom Deutschen Turnbund entwickelt worden. Es umfasst die Schulung von Multiplikatoren sowie drei Modell-Ausbildungen in Baden, Niedersachsen und Bayern.

Bisher wurde das Ausbildungsangebot von zehn Landesturnverbänden (das entspricht etwa der Hälfte aller Turnverbände) angenommen und umgesetzt.

Die Modellausbildungen erfolgten zwischen Oktober und Dezember 2004:

- Von den 16 Teilnehmern in Baden leiten inzwischen alle spezielle Bewegungsgruppen für Hochaltrige beziehungsweise haben diese in bestehende Seniorengruppen integriert.
- 26 Teilnehmer waren in Niedersachsen dabei. Davon bieten sieben Hochaltrige-Bewegungsgruppen in Einrichtungen der Altenpflege an, 19 leiten mindestens eine Gruppe im Sportverein, und drei arbeiten in beiden Bereichen.
- In Bayern nahmen 15 Übungsleiter teil; fünf bieten Gruppen für Hochaltrige in Vereinen an, fünf in Altenheimen und drei planen eine Einrichtung.

Zu einem maximal einstündigen Bewegungsprogramm gehören unter anderem Übungen zur Sturzprophylaxe und



Gehübungen. Die Teilnehmer einer Gruppe bekommen je nach ihren individuellen Fähigkeiten unterschiedliche Aufgaben. Das können für diejenigen, die noch stehen können, Kniebeugen sein, während andere im Sitzen auf der Matte die Beine im Wechsel anziehen und wieder strecken. Es wird geübt, eigenständig vom Stuhl aufzustehen, stabil zu stehen und sicher zu gehen.

Bestandteil aller Schulungen ist Theorie und Praxis. So wird darüber informiert, in welcher Lebenssituation sich alte Menschen befinden und wie sie sich körperlich, seelisch und geistig verändern. Viele leiden unter alterstypischen Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Gelenkverschleiß und Osteoporose.

In einem weiteren Teil der Schulungen werden konkrete Übungsbeispiele gegeben. Eine sehr große Rolle spielt dabei die Sturzprophylaxe. Aus Mangel an Koordinierungs- und Orientierungsfähigkeit fallen alte Menschen oft hin, manchmal mit schweren Folgen. Typisch ist der Oberarmhalsbruch, von dem sich mancher nie mehr erholt,

Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige

immobil und pflegebedürftig wird. Viele Übungen haben deshalb das Ziel, das Gleichgewicht und die Koordinierung zu schulen. Balance halten, lautet die Vorgabe. Eine Übung besteht daher darin, einen Moment lang fest auf einem Bein zu stehen. Bei einer anderen dürfen die älteren Menschen zwar auf beiden Beinen stehen, müssen aber die Augen schließen und das Gewicht leicht zur einen oder anderen Seite, nach vorne oder hinten verlagern. Und schließlich heißt es: Bitte ganz langsam rückwärts gehen – wieder mit geöffneten Augen. Zusätzlich ist ein Krafttraining unverzichtbarer Bestandteil. Denn wenn die Muskulatur gekräftigt ist, kann sich der Mensch besser halten und, sollte er ins Straucheln kommen, leichter abfangen. Und wenn Ausdauertraining auf dem Programm steht, kann das für einen Fünfundachtzigjährigen nicht bedeuten, ihn zu einem zügigen Gehen von einigen Minuten zu aktivieren.

Das Schulungskonzept wird ebenfalls in der DTB-Akademie angeboten, dort können auch Nichtmitglieder (Mitarbeiter aus Altenheimen, Fitness-Studios beispielsweise) teilnehmen. Aufgrund der großen Nachfrage wird das Konzept auch in den Folgejahren angeboten. Es bestand jedoch Bedarf an einer konkreten Ausarbeitung der Übungen im Sinne eines standardisierten Programms. Da auch die Krankenkassen großes Interesse zeigten, wird in einer zweiten Phase ein Programm („Fit und gesund bis ins höchste Alter“) nach den Anforderungen des SGB V entwickelt (siehe Zukunftsperspektiven).

Ziele und Wirksamkeit

Der Deutsche Turnerbund möchte dazu beitragen, dass die Menschen auch das höchste Alter möglichst gesund, zufrieden und selbstständig erleben können. Mit Blick auf dieses Anliegen sollen körperliche, soziale sowie geistig-seelische Aktivitäten gefördert werden, indem qualifizierte Programme für diese Zielgruppe entwickelt und etabliert werden. Dabei trägt die bundesweite flächendeckende Präsenz des Deutschen Turnerbunds mit seinen engen Kontakten zu Vereinen und Übungsleitern zum Erfolg bei. Es ist dem Deutschen Turnerbund, dem 5,2 Millionen Mitglieder angehören, gelungen, seine Landes- und Kreisverbände von dieser Notwendigkeit zu überzeugen. Die Resonanz der ehrenamtlichen Übungsleiter, die sich gerne für Hochbetagte engagieren möchten, war unerwartet groß.

Die bisher rund 200 ausgebildeten Übungsleiter schaffen in Sportvereinen und Alteinrichtungen neue Bewegungsangebote für Menschen, die älter als 80 Jahre alt sind. Zur Wirksamkeit der Maßnahme trägt auch bei, dass viele Experten in die Entwicklung und Umsetzung der Konzeption einbezogen worden sind.

Kooperation und Vernetzungen

Am Ausbildungskonzept waren maßgeblich beteiligt Dr. Jörg Winkler, Sportwissenschaftler und examinierter Krankenpfleger, sowie Dr. Michael Brach, Sportwissenschaftler an der Universität Bonn im Studiengang „Sport im Alter“, und der Gerontologe Dr. Christoph Rott vom Deutschen Zentrum für Altersforschung in Heidelberg. Der Wissenschaftliche Beirat des Deutschen Turnerbunds begleitet und unterstützt die Maßnahme: Professor Klaus Bös, Universität Karlsruhe, Professor Jürgen von Troschke, Universität Freiburg, Professor Jürgen Schulke, Universität Bremen, Professor Walter Brehm, Universität Bayreuth, Professor Christoph Breuer, Deutsche Sporthochschule Köln, Professorin Iris Pahmeier, Fachhochschule Vechta.

Der Deutsche Turnerbund arbeitet eng mit seinen Landes- und Regionalverbänden zusammen, außerdem mit Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe.

Finanzierung

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Realisierung und Erprobung der Übungsleiter-Ausbildung „Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige“ im Rahmen einer Fehlbedarfsfinanzierung mit Mitteln des Bundesaltensplans im Jahr 2004 finanziell unterstützt. Das Konzept für die Weiterbildung ist vollständig abgeschlossen und auf Bundes- sowie Länderebene integriert. Der Deutsche Turnerbund möchte jetzt ein detailliertes Kursprogramm „Fit und gesund bis ins hohe Alter“ mit zehn Einheiten über maximal 60 Minuten entwickeln, evaluieren und in Deutschland flächendeckend einführen. Dafür sucht der Turnerbund Unterstützung.

Übertragbarkeit

Die Schulung von Multiplikatoren und Übungsleitern und die Etablierung qualitätsgesicherter Bewegungsprogramme ist für jede Einrichtung der Alten- und Pflegehilfe



möglich. Dasselbe gilt für jeden Ausbildungsträger des organisierten Sports. Ein evaluiertes Kursprogramm wiederum kann jeder entsprechend ausgebildete Übungsleiter oder Therapeut anbieten.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit hat die Maßnahme zwar von Anfang an begleitet, allerdings nur punktuell und in den eigenen Medien des Turnerbunds: So wurden im Übungsleitermagazin neben allgemeinen Informationen über Gesundheit und Beweglichkeit im Alter konkrete Übungen veröffentlicht. Im Organ für Vereinsführungskräfte „Deutsches Turnen“ gab es ebenfalls Beiträge.

Nachhaltigkeit

Die Ausbildung von Übungsleitern wurde von den Landesverbänden angenommen und kann fortgesetzt werden. Aufgrund der Gliederung des Turnerbunds in Landes- und Kreisverbände, engen Kontakten zu Vereinen und Übungsleitern sowie der Einbeziehung der Altenhilfe kann ein dichtes Netz an Bewegungsangeboten für hochbetagte Menschen geschaffen werden.

Dokumentation und Evaluation

Die Ausbildungsinhalte wurden in Form einer Broschüre dokumentiert, das Konzept, unter anderem mit Unterrichtseinheiten und Themen, ist ebenfalls dokumentiert.

Zu den Modell-Lehrgängen wurden Fragebögen entwickelt; deren Auswertung hat gezeigt, dass 80 Prozent der Teilnehmer tatsächlich Hochbetagten-Gruppen leiten, fast alle Teilnehmer (98 Prozent) leiten Gruppen für Menschen ab 60 Jahren.

Eine weitere Befragung, dieses Mal der Ausbildungs- und Organisationsleiter, hat ergeben, dass nur zwei Prozent erfolgreich mit der Altenpflege kooperieren.

Das geplante evaluierte Kursprogramm für Hochbetagte „Fit und gesund bis ins höchste Alter“ soll ebenfalls dokumentiert und von einem sportwissenschaftlichen Institut einer Universität evaluiert werden. Geplant ist eine standardisierte Fragebogenerhebung der Teilnehmer vor und nach den Kursen, Interviews mit Teilnehmern und Übungsleitern ergänzen die Evaluation. Dabei soll es um Inhalte, Aufbau und subjektiv wahrgenommene Wirkungen des

Bewegungsprogramms gehen. Die Ergebnisse der Erhebung gehen in die Konzeption ein.

Zukunftsperspektiven

Aufgrund der unerwartet großen Resonanz der ehrenamtlichen Übungsleiter, die sich für Hochbetagte einsetzen wollen, wird der Deutsche Turnerbund die Übungsleiter-Ausbildung fortsetzen. Weiter wird ein standardisiertes und evaluiertes Durchführungsprogramm nach § 20 SGB V entwickelt. Mit Hilfe dieses Programms „Fit und gesund bis ins höchste Alter“, das Mitte 2005 begonnen werden soll, können die entsprechend ausgebildeten Übungsleiter dann im Verein oder im Altenheim ein qualifiziertes Bewegungsprogramm zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit anbieten. Es ist vorgesehen im Laufe dieses Jahres rund 200 Übungsleiter zu schulen, die die Bewegungsförderung für Hochaltrige in Vereinen und Altenheimen verwirklichen.

Nominierte Maßnahme

Wann ist Mann ein Mann?

Bedürfnisse von Männern in Altenheimen

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | inverso. Institut für Bildung und Entwicklung in der Altenhilfe |
| Anschrift: | Bebelstraße 56, 55128 Mainz |
| Tel. / Fax: | 0 61 28-94 43 29 / Fax 0 61 28-94 43 30 |
| E-Mail: | bender-nickel@t-online.de |
| Web: | www.inverso-mainz.de |
| Leitung der Maßnahme: | Andrea Bender-Nickel, Diplom-Psychogerontologin |
| Rechtsträger: | Carpe Diem, Gesellschaft für den Betrieb von Sozialeinrichtungen mbH, Mettmann |
| Initiatoren: | Andrea Bender-Nickel, Brigitte Westerfeld-Lehberger, Heimleiterin des Seniorenparks Carpe Diem, Niederselters |
| Präventive Zielthemen: | Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz von hilfs- und pflegebedürftigen Männern, Steigerung der Lebensqualität durch die Förderung individueller Ressourcen |
| Integration: | In die Arbeit im Seniorenpark Carpe Diem in Niederselters im Taunus sind ehrenamtliche Mitarbeiter, ein Männergesangsverein und ein Fußballclub einbezogen |
| Zielgruppen: | Hilfs- und pflegebedürftige Männer in stationären Einrichtungen |
| Laufzeit: | Seit 1. Januar 2004, fortlaufend, Maßnahmen sollen fester Bestandteil in dem Seniorenpark werden |

So bleibt ein Mann ein Mann

Beweggrund

Die Initiatorin, Andrea Bender-Nickel, ist seit 20 Jahren als Psychogerontologin in der Altenhilfe tätig, hält in den Einrichtungen Seminare und schult Personal. Dabei ist sie immer wieder auf bestimmte Defizite der stationären Betreuung aufmerksam geworden. Die Menschen in den Alten- und Pflegeheimen sind oft in einer sehr schwierigen Situation. Sie leiden an mehreren Krankheiten zugleich – Diabetes, Stoffwechselstörungen, Gelenkverschleiß, Herz-Kreislauf-Leiden –, sind pflegebedürftig und müssen den Verlust von Freunden oder Lebenspartnern verkraften. Es kommen somit viele kritische und belastende Lebensumstände zusammen. Gleichzeitig bedeutet der Umzug ins Pflegeheim die letzte Station eines Lebens. Mit dem früheren Leben und dem Alltag von einst hat dieses Leben in einem Pflegeheim nur noch wenig gemein. Zwar befindet sich die Altenpflege in einem Prozess des Wandels, und aus großen Stationen werden kleine Wohngruppen, deren Alltag sich an der Normalität von früher zu orientieren versucht, zum Beispiel durch gemeinsames Kochen, Waschen,

Kaffeenachmittage, Basteln, Singkreise und Gymnastik. Doch erstens spiegeln derartige Aktivitäten nicht tatsächlich den früheren Alltag wider. Und zweitens wollen Männer in der Regel nicht basteln, Kuchen backen, kochen oder zur Gymnastik gehen. Doch wird für Männer in einem Pflegeheim noch immer zu wenig geboten, was häufig zu Rückzug, Inaktivität, Immobilität, Resignation und Depression führt. Ohnehin sind sie oft nicht mehr in der Lage, einen Tag aus eigener Initiative und selbstständig zu gestalten. Diese Erkenntnisse gaben für Frau Bender-Nickel den Ausschlag, in dieser Richtung ehrenamtlich aktiv zu werden. Als sie 2002 im Rahmen ihrer Tätigkeit im Seniorenpark Carpe Diem im hessischen Niederselters den Aufbau einer Wohngruppe für fünf demenzkranke Männer begleitete, machte sie sich Gedanken darüber, was diesen noch Freude machen könnte. Denn an Demenz erkrankte Menschen können nicht mehr selbst planen, sie brauchen Inspiration und Anleitung.

Zu diesem Zeitpunkt kamen Frau Bender-Nickel und die Heimleiterin Brigitte Westerfeld-Lehberger miteinander in Kontakt und entwickelten gemeinsam ein Konzept für die Betreuung der männlichen dementen Bewohner des Heims.



Dies führte zu:

- einer Wohnraumanpassung (offene Bereiche, eigener Bereich für Demente im Obergeschoss mit Dachgarten)
- Schulung und fortlaufendes Coaching der Mitarbeiter in der Praxis
- Aktivitäten / Angebote für (demente) Heimbewohner

Beschreibung der Maßnahme

In der zweiten Phase erfolgte seit Anfang 2004 die Ausweitung der Angebote auf alle 44 männlichen Heimbewohner in den folgenden Schritten:

- Befragung der Zielgruppe im Heim
- Formulierung / Abstimmung von Angeboten
- Ankündigung / Durchführung der Aktivitäten (Neben regelmäßigen Informationen werden die Bewohner zum Zeitpunkt der Maßnahme erinnert und, falls sie dies nicht eigenständig tun können, zu den Terminen gebracht. Die einzelnen Termine dauern etwa ein bis zwei Stunden.)

Frau Bender-Nickel führt die Befragung der Zielgruppe und deren Auswertung durch. Die daraus resultierenden Aktivitäten werden gemeinsam mit der Heimleiterin geplant

und strukturiert. Die Weitergabe der Informationen an die Bewohner erfolgt durch persönliche Mitteilung, interne Briefe an die Bewohner und Aushänge auf allen Stationen. An der Durchführung der Maßnahmen sind ehrenamtliche Helfer, Hausmeister, Mitglieder von Sportvereinen und Chören beteiligt.

Weil Handwerken bekanntlich Männersache ist und sich dies in einer Befragung mit Bewohnern des Heims und Angehörigen bestätigte, wurde dieses Angebot als Erstes realisiert. Ziel war zugleich, dass die handwerkliche Tätigkeit nicht als Last, sondern als Freude empfunden wird. Zunächst wurde eine kleine Gruppe aufgebaut, die sich regelmäßig handwerklich betätigen wollte. Unter Anleitung eines Ehrenamtlichen – dem 71 Jahre alten Vater der Initiatorin, der noch gesund, fit und handwerklich sehr interessiert ist – wurde als erstes Projekt ein altes NSU-Fahrrad restauriert. Als Nächstes bauten die fünf Männer der Wohngruppe eine Hundehütte. Der Mischlingshund namens Lilly einer Mitarbeiterin, den sie während ihres Urlaubs immer im Pflegeheim ließ, bekam auf diese Weise ein Zuhause. Weil dieser Hund so beliebt ist, gab das Geleistete den Betreffenden ein gutes Gefühl und die Gewissheit, etwas

Wann ist Mann ein Mann?

Bedürfnisse von Männern in Altenheimen

wirklich Notwendiges bewerkstelligt zu haben.

Auf großes Interesse stieß auch das Angebot, eine Modell-Eisenbahn aufzubauen und an einem Frühschoppen mit Brezeln und alkoholfreiem Bier teilzunehmen. Um die Aktivitäten auszuweiten und für mehr der insgesamt 44 männlichen Heim-Bewohner eine passende Aktivität zu finden, führte Frau Bender-Nickel persönliche Gespräche und erkundigte sich danach: „Was haben Sie früher in Ihrer Freizeit gemacht?“ Doch allein das Wort Freizeit stieß in dieser Generation, die nur Arbeit, aber keine Freizeit kannte, auf Ablehnung. Wohlwollender beantworteten die Männer die Frage danach, ob und an welchen Aktivitäten im Hause sie interessiert seien. In den persönlichen Interviews kristallisierte sich ein besonderes Bedürfnis nach Fußball heraus. Seither werden gemeinsam Videos angesehen, und es entstand eine Patenschaft mit einem Fußballverein. Einzelne Interessenten werden abgeholt und haben so die Möglichkeit, ein Fußballspiel live zu erleben.

Eine Gesprächsgruppe befasst sich mit der „verschwiegenen Zeit der Kriegsjahre“. Viele Männer haben ihre Erlebnisse im Krieg verdrängt und nie darüber gesprochen, auch mit ihren Ehefrauen nicht. Als Therapeutin ist es Frau Bender-Nickel ein Anliegen, dass Männer ihre Erlebnisse, zum Beispiel aus der Gefangenschaft, loswerden und somit sie emotional aufgearbeitet werden können. Zu diesem Zweck hat sie alte Reichsmark, Zinnsoldaten und andere Utensilien besorgt, die alte Erinnerungen wecken sollen.

Es bedarf einiger Geduld, Heimbewohner für Neues zu gewinnen, viele haben resigniert und kapseln sich ab. Sie müssen langsam und behutsam an Aktivitäten herangeführt werden. Weil die Gespräche mit Heimbewohnern auch gezeigt hatten, dass viele früher in einem Gesangsverein waren und im Chor gesungen haben, wird auch dem seit einiger Zeit Rechnung getragen. Drei bis vier Sänger eines Männergesangsvereins kommen regelmäßig ins Heim. Es wird gemeinsam gesungen, und es werden Erinnerungen an alte Zeiten ausgetauscht.

Zieldefinition und Erfüllung

Wenn alte Menschen nicht mehr aktiv sind, reduziert sich ihr geistiges, körperliches und psychosoziales Wohlbefinden. Dem soll mit den angebotenen Aktivitäten von „Wann ist Mann ein Mann?“ entgegengewirkt werden. Es

geht aber auch darum, vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten, die brachliegen, zu reaktivieren. Statt Männer in Alten- und Pflegeheimen nur auf ihre Krankheiten zu reduzieren und darauf, was sie alles nicht mehr können, sollen ihre besonderen Fähigkeiten gefördert werden. Durch die Aktivierung ihrer körperlichen und geistigen Ressourcen sollen sie nach ihren individuellen Möglichkeiten zu Experten werden. Das steigert die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Es geht darum, einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit und psychischen Erkrankungen wie Depressionen beispielsweise vorzubeugen, indem sich ältere Menschen wieder nützlich fühlen.

Frau Bender-Nickel konnte immer wieder beobachten, wie sehr sich die Männer, die in der Wohngruppe für Demenz-Kranke leben, auf die Handwerksstunden einmal wöchentlich freuen. Die Betroffenen konnten aus ihrer Lethargie geholt werden, indem sie mit Hammer, Schraubenzieher und Zange zu Werke gingen oder auch mit Pinsel und Farbe, um unter Anleitung einen Raum zu renovieren. Die Maßnahmen führen zu deutlichen Stimmungsaufhellungen, mehr Eigeninitiative, sie fördern die Kommunikation der Bewohner untereinander, und diese entdecken verloren geglaubte Fähigkeiten wieder. Immer wieder sind auch die Mitarbeiter erstaunt über die Fertigkeiten der Bewohner, die sie nicht für möglich gehalten hätten. Aufgrund der Nachfrage konnten die Angebote inzwischen von der Wohngruppe auf das gesamte Heim ausgeweitet werden. Alles in allem haben sich die Bewohner positiv verändert, die Einrichtung ist lebendiger geworden. Durch Kontakte nach außen haben die Bewohner zudem neuen Bezug zur Realität bekommen. Diese Erfahrungen sollen anderen Einrichtungen Mut machen, ebenfalls neue Wege zu beschreiten, um die Identität und Selbstwahrnehmung männlicher Bewohner von Alten- und Pflegeheimen zu stärken.

Ziel war und ist auch, Mitarbeiter zu qualifizieren und deren Blickwinkel zu erweitern: weg von der medizinisch-pflegerischen Perspektive hin zu einer flexiblen, kreativen Berücksichtigung psychosozialer Bedürfnisse. Dieses Interesse der Angestellten konnte geweckt werden. Im Seniorenpark Carpe Diem gelingt dies auch, da Heimleiterin Brigitte Westerfeld-Lehberger stets offen ist für neue Ideen und Kreativität ausdrücklich unterstützt.



Kooperation und Vernetzung

„Wann ist Mann ein Mann?“ arbeitet mit einem Männerchor und einem Fußballverein zusammen. Im Aufbau ist die Kooperation mit zwei Pflegeheimen – in Limburg und Weilburg –, um Skatspiele zu organisieren. Vorab wird geklärt, wie viele Männer in den Einrichtungen dieses Spiel (noch) beherrschen. Wenn das feststeht, soll abwechselnd in den Heimen einmal im Monat die Gelegenheit zum Skat-spiel gegeben werden. Die jeweils ausrichtende Einrichtung ist dann auch verantwortlich für den Fahrdienst, das heißt, die Heimbewohner müssen „eingesammelt“ und wieder zurückgebracht werden.

Finanzierbarkeit

Alle bisherigen Aktivitäten gehen auf das ehrenamtliche Engagement von Andrea Bender-Nickel zurück. Der Seniorenpark stellte ihr im Februar 2005 Geld für 50 Stunden Tätigkeit im Carpe Diem zur Verfügung. Damit wurde eine weitere Befragung der Heimbewohner nach ihren Interessen möglich, die bereits ausgewertet ist und deren Ergebnisse in die Praxis umgesetzt wurden. Dazu gehören Aktivitäten wie der Besuch von Fußballspielen, das Singen mit Sängern eines Männerchors sowie Gesprächsgruppen über die „verschwiegene Zeit der Kriegsjahre“.

Übertragbarkeit

Die Aktivitäten von „Wann ist Mann ein Mann?“ können Vorbild und Anleitung für alle Alten- und Pflegeheime in Deutschland sein, um den männlichen Bewohnern wieder mehr Lebensqualität zu verschaffen. Denn die beschriebenen Missstände und Defizite sind in allen Einrichtungen der Altenhilfe mehr oder weniger ausgeprägt anzutreffen.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Bisher erfolgte die Öffentlichkeitsarbeit punktuell. So sind Beiträge in der regionalen Presse erschienen und es

gab einen Artikel „Ankunft im Alltag“ in der Zeitschrift „Altenpflege“, Vincentz Verlag, Hannover, September 2004, S. 38-42.

Nachhaltigkeit

Durch die Einbeziehung externer Vereine kommt es zu einem Erfahrungsaustausch verschiedener Generationen. Da sich Alten- und Pflegeheime auch für ehrenamtlich Tätige öffnen, werden Grenzen abgebaut, ein fließender Prozess entsteht. Wenn zwei Mitarbeiter und Ehrenamtliche die Angebote unterstützen, werden diese zum Selbstläufer und dauerhaft etabliert.

Dokumentation und Evaluation

Mit dem von der Heimleitung zur Verfügung gestellten Honorar wurde eine differenzierte Befragung möglich, die inzwischen auch ausgewertet ist. Dokumentation und Analyse nimmt Frau Bender-Nickel vor.

Die Initiatorin der Maßnahme würde darüber hinaus gerne die Veränderungen der Bewohner wissenschaftlich festhalten. Dazu allerdings fehlen noch die finanziellen Mittel. Diese vorausgesetzt, möchte die Initiatorin der Aktivitäten auch ein Handbuch für andere Einrichtungen zur eigenen Umsetzung von „Wann ist Mann ein Mann?“ verfassen.

Zukunftsperspektiven

Frau Bender-Nickel bereitet die Mitarbeiter von „Wann ist Mann ein Mann?“ im Seniorenpark Carpe Diem darauf vor, das Projekt dort auch ohne sie durchzuführen: So werden die Ehrenamtlichen im Umgang mit hilfs- und pflegebedürftigen alten Männern unterrichtet; die Mitarbeiter werden so geschult, dass sie Management und Organisation künftig selbstständig übernehmen können.

Nominierte Maßnahme

Prävention des Typ-2-Diabetes

TULIP-Studie – Tübinger Lebensstil Interventionsprogramm

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Medizinische Universitätsklinik Tübingen |
| Anschrift: | Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen |
| Tel. / Fax: | 0 70 71-2 98 05 90 / 0 70 71-29 59 74 |
| E-Mail: | andreas.fritsche@med.uni-tuebingen.de |
| Web: | www.medizin.uni-tuebingen.de/extweb/labor/tulip/ |
| Leitung der Maßnahme: | Dr. med. Andreas Fritsche, Arzt |
| Rechtsträger: | Universität, Anstalt des öffentlichen Rechts |
| Initiatoren: | Hans-Ulrich Häring, Professor für Innere Medizin und Dr. Andreas Fritsche |
| Präventive Zielthemen: | Identifizierung prädiktiver Parameter für die Notwendigkeit und das Ansprechen präventiver Strategien im Sinne einer Lebensstilveränderung, Motivation zu einem gesünderen Lebensstil, das heißt mehr Bewegung und bessere Ernährung, Vermeidung von Zivilisationskrankheiten wie Typ-2-Diabetes, aber auch von Gefäßverkalkung und Herzinfarkt |
| Integration: | Ärzte, Ernährungsspezialisten, Sportwissenschaftler, Sportärzte, Krankenschwestern, Austausch mit anderen europäischen Ländern |
| Zielgruppen: | Menschen mit einem erhöhten Risikoprofil für Typ-2-Diabetes mellitus - Menschen, deren Eltern an Diabetes leiden, Frauen, die während der Schwangerschaft einen Diabetes entwickelt haben, Menschen mit eingeschränkter Glukosetoleranz, ältere Übergewichtige (über 50) mit einem BMI von mehr als 27 |
| Laufzeit: | Seit 1. Mai 2003, soll mindestens über sechs Jahre laufen |

Den Gründen für ein erhöhtes Diabetes-Risiko auf der Spur

Beweggrund

Die Zahl der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (auch Alterszucker genannt) hat in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen. Schon im Jahr 2000 zeigte eine Erhebung der EU eine kommende „Diabetes-Epidemie“ auf: Demnach waren im Jahr 2000 weltweit 151 Millionen Menschen an Typ-2-Diabetes erkrankt, für 2010 werden 221 Millionen Erkrankungen prognostiziert. Die Bedeutung einer Primärprävention steht daher ökonomisch und medizinisch außer Frage. Präventionsprogramme für die gesamte Bevölkerung zu etablieren, wird allein finanziell nicht möglich sein. Außerdem sind die Ursachen für die skizzierte Entwicklung wissenschaftlich nicht eindeutig geklärt.

Es spricht vieles dafür, dass sich die westliche Lebensweise, gekennzeichnet durch wenig Bewegung und viel Fastfood (viel Fett und schnell resorbierbare Kohlenhydrate, ein Mangel an Ballaststoffen) ungünstig auswirkt. So ist die Zahl der Diabetiker in China beispielsweise gestiegen,

nachdem die einst Fahrrad fahrenden Asiaten dort auf das Auto umgestiegen sind.

Wer mehr isst, als er verbraucht, wird dick. So ist nach Angaben des Statistischen Bundesamts jeder Zweite in Deutschland zu dick, etwa 50 Prozent der Bevölkerung hat einen Body-Maß-Index (BMI) von mehr als 25. Dabei schneiden die Männer etwas schlechter ab als die Frauen. Während 58 Prozent der Männer zu viele Kilos auf die Waage bringen, sind es bei den Frauen „nur“ 42 Prozent.

Übergewicht und ein hohes Alter sind die Hauptrisikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2. Neben einer steigenden Zahl von zu dicken Menschen in Deutschland – schon viele Kinder haben zu viel Speck auf den Rippen – nimmt zugleich die Zahl derer zu, die ein immer höheres Alter erreichen. Somit bereiten zwei parallel verlaufende Entwicklungen den Nährboden für eine Epidemie.

Eine 2001 im New England Journal of Medicine publizierte finnische Studie zeigte, dass sich der Typ-2-Diabetes durch einen veränderten Lebensstil verhindern, zumindest aber hinauszögern lässt. Allerdings wurden in diese Untersuchung nur Teilnehmer mit weit fortgeschrittener ge-



störter Glukosetoleranz einbezogen. Das heisst, bei Menschen, die knapp vor der Erkrankung standen, hatten mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung einen positiven Einfluss auf die Gesundheit.

Ein Forscherteam der Universitätsklinik Tübingen unter Professor Hans-Ulrich Häring, zu dem als Mitbegründer Dr. Andreas Fritsche gehört, stellte sich 2001 der Aufgabe, offenen Fragen aus dieser Studie nachzugehen:

- Wer profitiert besonders von einer Veränderung des Lebensstils?
- Was hilft den gefährdeten Menschen besonders?
- Ist Sport wichtiger oder die Ernährung? Reicht es, regelmäßig Sport zu treiben und eine gesunde Ernährung zu vernachlässigen? Oder ist umgekehrt die Wahl der Lebensmittel entscheidend, und es ist gleichgültig, ob sich jemand körperlich betätigt?
- Sind Prädiktoren identifizierbar, anhand derer die Risikopopulation erkennbar und die geeigneten Präventionsstrategien verifizierbar werden?

Beschreibung der Maßnahme

Vor diesem Hintergrund begann im Jahr 2002 die Planung des Projekts „TULIP“, des Tübinger-Lebensstil-Interventionsprogramms. Ein Jahr später wurde mit der Patientenrekrutierung begonnen. Über 1.000 bisherige Patienten der Uniklinik wurden zwecks Teilnahme an der Studie kontaktiert, rund 100 willigten ein. Über 100 weitere Probanden wurden aus dem Umkreis von 100 Kilometern um Tübingen rekrutiert.

Teilnehmen können Menschen mit einem erhöhten Diabetes-Risiko. Indikatoren sind:

- erstgradige Verwandte mit Typ-2-Diabetes
- früherer Schwangerschaftsdiabetes

- Übergewichtige (BMI über 27)
- eingeschränkte Glukosetoleranz

Derzeit sind 240 Menschen eingeschlossen, weit über die Hälfte der Teilnehmer ist über 50 Jahre alt. Zwei Drittel sind Frauen. Angestrebt wird, die Zahl der Probanden sukzessive auf 400 zu erhöhen.

An der Durchführung der Studie, die die Betreuung der Probanden über mindestens zwei Jahre vorsieht, sind derzeit vier Fachärzte für Innere Medizin, drei Ernährungsberater, vier Medizinstudenten, drei Krankenschwestern, eine Sportwissenschaftlerin und in weiteren Teilprojekten acht Ärzte in Teilzeitbeschäftigung (Sportmediziner, Radiologen, psychologisch weitergebildete Ärzte, Ärzte für Laboratoriumsmedizin) sowie MTAs beteiligt.

Zunächst wird der Gesundheitszustand der Probanden durchleuchtet: Dazu gehören Untersuchungen des Zucker- und des Fettstoffwechsels; Hormone werden bestimmt, per Ultraschall die Gefäßwanddicke und Gefäßdehnbarkeit gemessen; mit Hilfe einer Kernspintomographie in der Radiologischen Klinik wird ohne Strahlenbelastung die Fettverteilung im Körper analysiert (sitzt das Fett am Bauch? an den inneren Organen? in den Muskelzellen?). So wirkt sich zu viel Fett in der Leber beispielsweise besonders nachteilig auf den Stoffwechsel aus.

Es folgen Untersuchungen in der Sportmedizin. Wie bei Leistungssportlern wird die körperliche Fitness über eine Laktatmessung auf dem Laufband bestimmt. Bei Personen mit besonders guter Ausdauerfähigkeit steigt dieser Wert erst spät an, bei extrem gut Trainierten bei zirka 200 Watt.

Anhand dieser Daten wird für die Teilnehmer ein individueller Trainingsplan erarbeitet. Danach gehen die Teilnehmer einem gemeinsam festgelegten Ausdauersport so nach, dass sie im Bereich der ermittelten Herzfrequenz trainieren. Dazu bekommen sie eine Pulsuhr zur Verfügung gestellt, die zudem Daten über die ausgeübte sportliche Aktivität speichert, unter anderem die Dauer der Bewegung, die maximale sowie die durchschnittlich erreichte Herzfrequenz und die dabei verbrauchte Energie.

Vor allem bei älteren Menschen spielt bei der Auswahl neben der Belastbarkeit die Geselligkeit eine wichtige Rolle, weshalb die meisten Teilnehmer in Walking-Kurse vermittelt wurden. Sie sollten pro Woche ungefähr drei Stunden flott gehen.

Prävention des Typ-2-Diabetes

TULIP-Studie – Tübinger Lebensstil Interventionsprogramm

Die individuelle Ernährungsberatung verteilt sich auf 16 Termine innerhalb von zwei Jahren. Die Gespräche finden in den ersten vier Wochen wöchentlich statt, danach im Abstand von je einem Monat und nach einem halben Jahr in Intervallen von je drei Monaten. Zunächst schreiben die Teilnehmer auf, was genau sie wann essen und trinken. Anhand dieser Tagebücher werden Fehler identifiziert und durch gesündere Elemente ausgeglichen. Angenommen Herr Meier möchte auf seine tägliche Ration Wurst nicht verzichten. Dann werden ihm „Salami und Co“ nicht verboten, doch werden sie in einer Mahlzeit durch fettarmes Geflügel oder durch deutlich kleinere Portionen ersetzt.

Es hat sich gezeigt, dass viele Teilnehmer zu Beginn des Programms komplette Mahlzeiten ganz auslassen und ihren Hunger zwischendurch stillen, indem sie zu Fastfood greifen. Sie sollen lernen, mit Genuss und in der Familie zu essen. Günstig wirkt sich dabei aus, dass Ehemänner, Kinder oder Geschwister oft mit zur Ernährungsberatung kommen.

Alle Änderungen des Speisen- und Getränkeplans erfolgen gemeinsam mit den Studienteilnehmern.

Inhalt der Beratungsgespräche ist auch die Zieldefinition. Gemeinsam mit dem Berater legen die Teilnehmer fest, welches Wunschgewicht sie erreichen wollen und welchen und wie viel Sport sie in der nächsten Zeit treiben wollen.

Zweimal – zunächst nach sechs (demnächst nach neun Monaten), dann nach zwei Jahren – stehen klinische Untersuchungen an, um zu prüfen, ob und was sich physiologisch verändert hat. Zu allen Untersuchungen erhalten die Probanden eine ausführliche schriftliche und mündliche Ergebnisinformation und Erläuterung. Die Studienergebnisse werden anschließend in Bezug auf die Fragestellung der Studie analysiert und mit anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen abgestimmt.

Ziele und Wirksamkeit

Die TULIP-Studie wurde initiiert, um Aussagen dazu treffen zu können, welche Faktoren (zum Beispiel Fettverteilung, Ernährung, Trainingszustand) vorhersagen, ob eine Veränderung des Lebensstils bei älteren Menschen mit erhöhtem Diabetes-Risiko erfolgreich ist. Es sollen Mechanismen aufgeklärt werden, die zur Entwicklung eines Typ-2-Diabetes führen und auf dieser Basis Vorsorgekonzepte entwickelt werden.

Zuckerstoffwechsel und Fettstoffwechsel der Probanden sollen verbessert, Körpergewicht und Körperfett (Bauchfett) reduziert werden. Die persönliche körperliche Ausdauer soll erhöht werden. Eine Zwischenauswertung zeigt erste Erfolge. So ist es den Probanden durchschnittlich gelungen, durch mehr Bewegung und gesündere Ernährung den Blutzuckerspiegel zu senken und das Körpergewicht um durchschnittlich zwei bis drei Kilogramm zu reduzieren.

Zirka die Hälfte der Teilnehmer schaffte es, den Ballaststoffanteil in der Nahrung auf mehr als 15 Gramm je 1000 Kilokalorien zu erhöhen. Ebenfalls 50 Prozent der Probanden verminderten ihre Fettzufuhr auf weniger als 30 Prozent der täglichen Kalorienaufnahme. Und ebenfalls etwa die Hälfte brachte es auf mehr als drei Stunden körperliche Betätigung pro Woche.

Zu diesen ersten Erfolgen tragen die persönliche Zuwendung durch Ernährungs- beziehungsweise Lebensstilberater bei, aber auch die regelmäßigen geselligen Treffen mit anderen Teilnehmern sowie die wissenschaftlich fundierte Intervention.

Erste Ergebnisse zeigen, dass jene am deutlichsten von der Intervention profitieren, die vor Studienbeginn bereits relativ fit waren. Probanden mit nur schlechten Fitnesswerten müssen deutlich mehr abnehmen und trainieren als die erste Gruppe, um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen.

Die bisher vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass nicht der Gesamtfettgehalt des Körpers, sondern der viszerale Fettgehalt (das Fett um die inneren Organe im Bauch) und der Fettgehalt in den Leberzellen gute Prädiktoren für das wahrscheinliche Auftreten eines Diabetes mellitus Typ 2 sind.

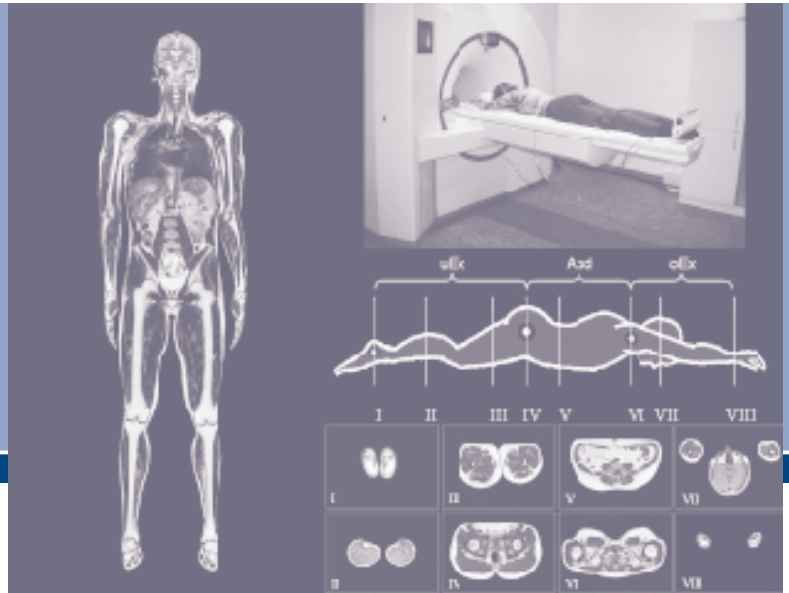
Bei der Umstellung des Ernährungsverhaltens zeigt die bisherige Datenlage, dass die deutliche Erhöhung des Ballaststoffgehalts in der Nahrung mit der Senkung des Blutdruckwertes korreliert.

Schließlich besteht die Vermutung, dass durch die Bestimmung des Hormons Adiponektin eine treffsichere Risikoselektierung und -klassifizierung möglich ist.

Kooperation und Vernetzung

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Sportmedizinern, Ernährungsberatern und Psychologen.

Im Rahmen des europäischen Projekts Eugene2 zur Er-



forschung des genetischen Hintergrunds von Diabetes mellitus Typ 2 tauscht sich die Forschergruppe aus Tübingen mit Wissenschaftlern von Universitäten in Italien, Finnland und Schweden aus.

Finanzierung

Die Studie wird jeweils zur Hälfte durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und die Universität Tübingen finanziert. Zwecks Austauschs auf europäischer Ebene kommen EU-Mittel hinzu.

Finanzierungsmöglichkeiten über das Jahr 2008 hinaus sind Mittel der Krankenkassen, Forschungsgelder der Europäischen Union und Mittel im Rahmen der geplanten Deutschen Diabetes-Präventions-Studie.

Übertragbarkeit

Die Vorgehensweise des Forscherteams ist auf jede Region übertragbar. In Tübingen arbeitet man daran, die aufwändigen Untersuchungen, wie sie derzeit im Rahmen der klinischen Studie in Tübingen durchgeführt werden, auf ein in jeder Hausarztpraxis durchführbares Maß zu reduzieren.

Das Konzept zur Veränderung der Lebensgewohnheiten hat die Universitätsklinik mit dem Programm „UK fit“ bereits für Mitarbeiter übernommen.

Bei Daimler Chrysler in Stuttgart und Sindelfingen sind ebenfalls entsprechende Programme entstanden. Andere Unternehmen und öffentliche Arbeitgeber könnten diesem Vorbild folgen, ebenso Krankenkassen.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Über die Studie wurde in der lokalen Presse in unregelmäßigen Abständen immer wieder berichtet. Im März 2005 griff der Fernsehsender „arte“ das Projekt unter dem Titel „Die Wohlstands-Epidemie“ auf.

Nachhaltigkeit

Die wissenschaftlich begründete Erkenntnis, wie Lebensstil-Interventionen für eine Risikopopulation medizinisch zweckmäßig und sozialökonomisch vertretbar durchzuführen sind, wäre nicht nur für Deutschland ein Novum. Erhärten sich die bisherigen Vermutungen, würde dies auch

die bisherige Vorgehensweise bei der Diabeteserkennung und -behandlung deutlich nachhaltig verändern und kostengünstiger gestalten.

Die Teilnehmer der wissenschaftlichen Untersuchung sollen weiterhin in regelmäßigen Abständen einmal jährlich zu Veranstaltungen eingeladen werden, zum Beispiel zum Wandern oder zu Vorträgen. Denn Ziel ist es, diese Menschen nicht aus den Augen zu verlieren.

Dokumentation und Evaluation

Die Studie muss die Anforderungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) erfüllen und ist dieser zur regelmäßigen Berichterstattung verpflichtet.

Da es sich um eine wissenschaftliche Erhebung handelt, werden alle patientenbezogenen Daten standardisiert dokumentiert und in einer umfangreichen Fallakte zusammengefasst. So werden Ernährungstagebücher geführt; die Auswertung dieser Daten erfolgt mit einem Computerprogramm. Pulsuhren dienen dem Nachweis der körperlichen Bewegung und des effektiven Trainings im idealen Herzfrequenz-Bereich.

Zukunftsperspektiven

Es ist geplant, Menschen mit Depressionen in die Untersuchungen einzubeziehen. Diese Patienten sind einerseits besonders schwer zu Aktivitäten zu motivieren und leiden andererseits oft an Diabetes.

Darüber hinaus soll die Studie der Grundstein für eine bundesweite Diabetes-Studie sein. Um eine solche flächendeckende Studie zu initiieren, werden derzeit Modelle mit sechs weiteren universitären Forschungseinrichtungen sowie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft geplant, die auch die Einbeziehung von Hausärzten vorsieht.

Nominierte Maßnahme

Schlaganfallprävention

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Schlaganfall-Informationsbüro |
| Anschrift: | Kölner Straße 180, 40227 Düsseldorf |
| Tel. / Fax: | 02 11-8 99 66 54 / Fax 02 11-8 92 93 84 |
| E-Mail: | schlaganfallbuero@stadt.duesseldorf.de |
| Web: | www.duesseldorf.de/gesundheitskonferenz/schlaganfallbuero |
| Leitung der Maßnahme: | Renate Hopp, Geschäftsführerin der Gesundheitskonferenz |
| Rechtsträger: | Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf |
| Initiatoren: | Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Gesundheitsamt und der Verein Düsseldorfer Initiative gegen den Schlaganfall |
| Präventive Zielthemen: | Verbesserung der Kenntnisse über Risiken und Symptome des Schlaganfalls in der Bevölkerung, richtiges Verhalten im Notfall durch Erkennen der Anzeichen eines Schlaganfalls, Vermeidung von Schlaganfällen und damit verbundenen Folgen |
| Integration: | Alle neurologischen Kliniken in Düsseldorf, Ärztekammer Nordrhein, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, örtliche Hilfsangebote und Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Zusammenarbeit mit anderen Kommunen am Niederrhein |
| Zielgruppen: | Alle Bürger sind angesprochen, insbesondere jedoch die älteren |
| Laufzeit: | Präventionsarbeit seit 2002, zunächst bis Ende 2005 geplant, Fortsetzung wahrscheinlich |

Ein Schlaganfall ist immer ein Notfall

Beweggrund

Die Notwendigkeit für Präventionsaktivitäten ergab sich aus zwei Untersuchungen. Zunächst hatte das Düsseldorfer Schlaganfall-Projekt in den Jahren 1998 bis 2000 unter anderem eklatante Defizite in der Versorgung von Schlaganfall-Patienten deutlich gemacht. So waren nur 35 Prozent dieser Patienten innerhalb des Zeitfensters von drei Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome zur Behandlung im Krankenhaus. 16 Prozent der von Hausärzten behandelten Schlaganfall-Patienten wurden gar nicht in eine Klinik eingewiesen. Und zirka 45 Prozent der Schlaganfall-Patienten erhielten im Anschluss an den stationären Aufenthalt keine Rehabilitationsmaßnahme – und das vor dem Hintergrund, dass der Schlaganfall die häufigste Ursache für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter ist.

Daneben wurden bei einer repräsentativen telefonischen Umfrage durch das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Jahr 2000 große Wissenslücken in der Bevölkerung über Risiken und Symptome des

Hirnfarkt deutlich. Etwa 36 Prozent der 1.062 Befragten konnten nicht ein einziges typisches Zeichen nennen, weitere 25 Prozent kannten lediglich ein Symptom. Somit war mindestens ein Drittel der Düsseldorfer Bevölkerung nicht, beziehungsweise kaum in der Lage, bei ersten Anzeichen eines Schlaganfalls eine schnelle und effektive medizinische Versorgung zu veranlassen. Vor allem als Antwort auf diese Untersuchungen entstand im Jahr 2002 das Schlaganfall-Informationsbüro der Landeshauptstadt Düsseldorf.

Primäres Ziel der Aktivitäten dieser Einrichtung ist es daher, den Wissensstand der Bevölkerung über die wichtigsten Anzeichen eines Schlaganfalls zu verbessern. Darüber hinaus sollen die Bürger dafür sensibilisiert werden, dass jeder Schlaganfall ein Notfall ist und umgehend die Notruf-Nummer 112 zu wählen ist. Auch das war bei der ersten Umfrage nur einem Drittel der Befragten bekannt.

Die Warnzeichen eines Schlaganfalls sind vielfältig. Zu den Symptomen zählen:

- Sehstörungen (plötzliche Erblindung, Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder)



- Sprachstörungen (Sprachverständnis, Sprachproduktion)
- Halbseitige Lähmungserscheinungen oder Taubheitsgefühle
- Schwindel
- Übelkeit
- Erbrechen
- Gangstörungen
- Schluckbeschwerden
- Herabhängender Mundwinkel oder plötzliche Bewusstlosigkeit

Werden die Symptome als Befindlichkeitsstörung abgetan, geht wertvolle Zeit verloren. Und mit jeder unnütz verstrichenen Minute nimmt das Gehirn weiteren Schaden. Je schneller der Betroffene indes in die Klinik gebracht wird, desto größer sind die Chancen zu überleben und bleibende Behinderungen zu vermeiden beziehungsweise so gering wie möglich zu halten.

Anzeichen für einen Schlaganfall müssen daher immer ernst genommen werden, auch wenn sie von alleine wieder verschwinden. Das Einleiten einer lebenswichtigen Notfallversorgung und die adäquate Behandlung im Krankenhaus sind aber nur möglich, wenn die Bürger entsprechend instruiert sind.

Beschreibung der Maßnahme

Das Schlaganfall-Informationsbüro ist im Gesundheitsamt angesiedelt. Dessen Team klärt auf über Risikofaktoren des Schlaganfalls, Warnsignale und Symptome sowie die Notwendigkeit einer schnellen und effektiven Akutversorgung. Darüber hinaus weisen die Mitarbeiter auf Selbsthilfe-Gruppen, Fachkliniken, Ärzte und therapeutische Angebote hin; bei Bedarf vermitteln sie weitere Hilfen des Gesundheitsamts. Die Ärzteschaft ist in die Arbeit des

Schlaganfallbüros integriert; Informationen über den Schlaganfall werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein per Rundschreiben verschickt.

Zur Aufklärung werden die verschiedensten Möglichkeiten genutzt, von der Telefon-Hotline, Informationskampagnen in Medien, Kinowerbung und Leuchttafeln in U-Bahn-Stationen über Aktionstage in Fußgängerzonen bis hin zu betrieblicher Gesundheitsförderung in Kooperation mit Betriebskrankenkassen regionaler Firmen und Vorträgen für ausgewählte Zielgruppen. So wurden 200 Großflächenplakate und 1.600 Citylight-Poster mit den entsprechenden Botschaften versehen. Ungefähr 81.000 Faltblätter gingen unter anderem an alle städtischen Beschäftigten in Düsseldorf, an Friseurbetriebe, an alle Filialen der Stadtsparkasse Düsseldorf, an Arztpraxen, Altenheime, Krankenkassen sowie an weitere Multiplikatoren, darunter rund 1.200 in türkischer Sprache.

Die Palette verschiedener Initiativen ist groß: In interessierten Betrieben wurden in Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst diverse Ratespiele organisiert, bei denen es rund um den Schlaganfall ging, zum Beispiel: Welche Symptome kennen Sie? Was würden Sie tun, wenn jemand einen Schlaganfall erleiden würde? Auch die Gewinne – Fahrräder oder Sportgeräte etwa – standen im Dienst der Gesundheit.

Die Aktionen in Fußgängerzonen boten neben Informationen die Möglichkeit zu verschiedenen Untersuchungen wie Cholesterin- oder Blutdruckmessung in einem eigens bereitgestellten Bus. Auf der Basis der individuell ermittelten Risikofaktoren schloss sich eine ärztliche Beratung an.

Um die Prähospitalzeit zu verkürzen, wurden alle Mitarbeiter der Düsseldorfer Rettungsdienste geschult und in den Rettungsdiensten wurde eine Dienstanweisung „Schlaganfall“ installiert. Bestimmte Düsseldorfer Kliniken

Schlaganfallprävention



haben Akutbetten für Schlaganfallpatienten eingerichtet (keine Stroke Units). Diese Häuser werden von den Rettungsdiensten im Notfall direkt angefahren.

Außerdem berät das Schlaganfallbüro Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus über Rehabilitationsmöglichkeiten. Das schließt therapeutische und pflegerische Maßnahmen mit ein sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und psychosoziale Beratung. Es wird ein Hilfeplan erstellt, der sich an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientiert.

Ziele und Wirksamkeit

Ziel der Präventionsbemühungen ist es, dass die Bürger besser über Risiken, Symptome des Schlaganfalls und richtiges Verhalten im Notfall Bescheid wissen. Als wesentlicher Inhalt soll auf verschiedenen Wegen transportiert werden, dass es sich bei jedem Schlaganfall um einen Notfall handelt und die 112 gewählt werden sollte. Um möglichst viele Menschen zu erreichen, wurden die Botschaften bewusst auf das Wesentliche reduziert. Im Ergebnis sollen die Maßnahmen dazu führen, dass die Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und dem Eintreffen im Krankenhaus unter drei Stunden liegt.

Im vergangenen Jahr (Oktober / November 2004) wurden 1.018 Düsseldorfer Bürgern noch einmal ähnliche Fragen am Telefon gestellt wie im Jahr 2000. Demnach hat sich der Kenntnis-Stand deutlich verbessert, was sich in der Antwort auf folgende Frage zeigt: An wen wenden Sie sich, wenn Sie plötzlich Symptome eines Schlaganfalls an sich merken? Im Jahr 2000 wollten noch 20 Prozent Angehörige und Nachbarn verständigen, 2004 dagegen nur noch 13,6 Prozent. Den Hausarzt hätten im Jahr 2000 noch 37 Prozent

gerufen, der späteren Umfrage zufolge 25 Prozent. Und während bei der ersten Befragung nur 33 Prozent Notarzt / Feuerwehr / Rettungsdienst 112 alarmiert hätten, gaben im Oktober / November vergangenen Jahres bereits 52,7 Prozent diese Möglichkeit an. Darin sieht das Schlaganfall-Büro eine der wesentlichsten Veränderungen. Die Kliniken in Düsseldorf, die solche Daten schriftlich fixieren, gaben an, dies sei inzwischen der Fall.

Das Schlaganfall-Informationsbüro wertet die Aussage von Krankenhäusern und die Umfragen als erste positive Ergebnisse der Aufklärungs-Kampagne. Erfreulich ist auch, dass das Büro nach gut dreijähriger kontinuierlicher Arbeit nunmehr bei 15 Prozent der Bevölkerung bekannt ist.

Kooperation und Vernetzung

Das Schlaganfall-Informationsbüro Düsseldorf arbeitet eng zusammen mit allen Einrichtungen der Landeshauptstadt, die sich um die Schlaganfall-Prävention bemühen (so Ärztekammer Nordrhein, Apothekerkammer, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Selbsthilfe), außerdem mit dem Netzwerk „Gesunder Niederrhein“, dem die Städte Düsseldorf, Krefeld, Mönchengladbach sowie die Kreise Neuss, Viersen und Wesel angeschlossen sind.

Finanzierung

Bisher wurden Honorarkräfte eingesetzt und aus dem Etat der Stadt in Höhe von 100.000 Euro bezahlt. Ab dem Jahr 2005 sind zwei BAT-Planstellen für das Projekt eingestellt. Die Dienstleistungen und Sachleistungen werden teils von der Stadt, teils von Sponsoren finanziert. So helfen Pharmafirmen und Betriebskrankenkassen; die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe unterstützt die Arbeit durch

Informationsmaterial und die Schulung von Mitarbeitern des Büros. Darüber hinaus engagiert sich die Apothekerkammer, indem sie Aufklärungs-Broschüren an Apotheken verschickt, die Kassenärztliche Vereinigung, indem sie Plakate an Arztpraxen sendet, und die Ärztekammer, indem sie Fortbildungsveranstaltungen organisiert und den Arbeitskreis „Akutversorgung“ leitet.

Übertragbarkeit

Dieses Projekt lässt sich auf jede beliebige andere Stadt übertragen, wenn unter anderem Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Firmen eingebunden werden. Viele Risikofaktoren für einen Schlaganfall begünstigen auch die Entstehung eines Herzinfarktes, zum Beispiel Bluthochdruck und ein hoher Cholesterinwert. Daher sind die Präventionskampagnen auch in dieser Hinsicht ein wertvoller Beitrag.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Alle Aktionen der Schlaganfall-Informationskampagne sind Öffentlichkeitsarbeit – von der Ankündigung von Veranstaltungen über die Aktionen in der Öffentlichkeit bis hin zu publizierten Zwischenberichten. Darüber hinaus berichtete die regionale Presse über die verschiedenen Projekte des Büros; zu einzelnen Themen wurden die Journalisten zu Pressekonferenzen eingeladen.

Nachhaltigkeit

Die Aufklärung breiter Bevölkerungsschichten verbessert das Wissen rund um den Schlaganfall, wodurch Patienten schneller angemessen behandelt und Folgeschäden verhindert werden können. Allerdings müssen die Bemühungen um die Prävention kontinuierlich fortgesetzt werden, damit sich das Erlernte weiter vertieft.

Ein Schlaganfall kann zwar grundsätzlich jeden treffen, das persönliche Risiko lässt sich jedoch senken. In Düsseldorf erleiden jährlich gut 2.000 Menschen einen Schlaganfall. Nahezu die Hälfte könnte verhindert werden, wenn Warnsignale und Risikofaktoren ernst genommen und sofort eine geeignete Therapie eingeleitet würde. Die Aktionen wollen deshalb den Einzelnen motivieren, mehr Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen; gleichzeitig werden als Ziele eine „angemessene körperliche Aktivität“, „ausgewogene Ernährung“ und „Nicht-rauchen“ mit einbezogen.

Dokumentation und Evaluation

Da Kampagnen zur Kernaufgabe des Schlaganfall-Informationsbüros gehören, gibt es diverse Veröffentlichungen. Die Projektarbeit ist im Zwischenbericht „Schlaganfall-Informationsbüro“ dokumentiert, über die Befragungen Düsseldorfer Bürger zum Wissen über Schlaganfall liegen außerdem Dokumentationen vor.

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) ist ebenfalls mit einbezogen. Dort werden die prästationären Zeiten bei Schlaganfallpatienten erhoben.

Auch Berichte liegen vor, zum Beispiel zur telefonischen Umfrage im September / Oktober 2000, „Schlaganfall in Düsseldorf“, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW.

Zukunftsperspektiven

Die Aktivitäten sollen fortgesetzt und ausgebaut werden. So haben die Mitarbeiter des Schlaganfall-Büros einige Ideen, wie sie noch mehr Bürger noch besser erreichen können, zum Beispiel durch Aufdrucke mit wenigen wichtigen Informationen auf Mineralwasserflaschen. Mit kurzen Spots würden sie gerne in Fußballstadien oder bei Konzerten mit einprägsamen Zeilen für ihre Sache werben. Auf Messen könnten Stände mit Beratungs- und Untersuchungsmöglichkeiten eingerichtet werden – vergleichbar den Informations-Bussen in Fußgängerzonen, wo die Menschen erfahrungsgemäß Schlange stehen. Die Mitarbeiter haben die Erfahrung gemacht, dass Menschen für Ratschläge dann besonders offen sind, wenn sie persönlich angesprochen werden.

Sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten werden durch die Aufklärung noch nicht so gut erreicht. Hier soll in Zukunft nachgearbeitet werden.

Nominierte Maßnahme

Akademie für Ältere

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Akademie für Ältere e.V. / gGmbH |
| Anschrift: | Bergheimerstraße 76, 69115 Heidelberg |
| Tel. / Fax: | 0 62 21-97 50 10 / Fax 0 62 21-97 50 97 |
| E-Mail: | gressler@akademie-fuer-aeltere.de |
| Web: | www.akademie-fuer-aeltere.de |
| Leitung der Maßnahme: | Herbert Gressler, Geschäftsführer der Akademie für Ältere gGmbH, Manfred Massinger, 1. Vorsitzender der Akademie für Ältere e.V. |
| Rechtsträger: | Akademie für Ältere gGmbH |
| Initiatoren: | Dr. Werner Boll, Gründer der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg |
| Präventive Zielthemen: | Erhaltung der Mobilität bis ins hohe Alter, geistige und körperliche Fitness im Alter, geistige Regsamkeit, Förderung der Eigeninitiative |
| Integration: | Alle Senioren in Heidelberg und Umgebung, die älter als 60 Jahre sind – darunter Behinderte, sozial Benachteiligte und Einwanderer |
| Zielgruppen: | Menschen im dritten Lebensabschnitt, die trotz altersbedingter Einschränkungen beim Sehen, Hören, beim Gedächtnis, in der körperlichen Beweglichkeit und im psychischen Bereich nicht aufgeben wollen und die Gemeinschaft suchen, Einwanderer, sozial Benachteiligte |
| Laufzeit: | Beginn der Kurse im Mai 1985, die Selbsthilfeeinrichtung läuft ohne Pause – auch in den Ferien |

Freude am lebenslangen Lernen

Beweggrund

Dr. Boll, der bei der Gründung der Selbsthilfe-Initiative selbst um die 60 Jahre alt war, wollte zusammen mit einigen pensionierten Freunden einerseits das Wissen dieser Generation anderen zur Verfügung stellen und andererseits dafür sorgen, dass mehr für Bürger dieser Altersgruppe getan wird. Denn diese war nach dem Krieg voll auf den Aufbau Deutschlands konzentriert: Die Männer sind arbeiten gegangen, die Frauen haben die Kinder großgezogen. Es blieb keine Zeit, eigenen Interessen nachzugehen, zum Beispiel eine Fremdsprache zu erlernen oder sich mit Psychologie zu beschäftigen. Vor diesem Hintergrund haben sich vor 21 Jahren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden waren, unter dem Motto „aktiv sein im Alter“ zusammengeschlossen, um in Form einer Selbsthilfeeinrichtung dem eigenen Leben und dem anderer sinnvolle Inhalte zu vermitteln und sich so geistig und körperlich fit zu halten. Die Gründung des Vereins erfolgte im Sommer 1984, im Mai des darauf folgenden Jahres begannen die ersten Kurse. Steigende Mitgliederzahlen

führten 1993 zur Gründung eines Wirtschaftsbetriebs des Vereins in Form der gGmbH.

Beschreibung der Maßnahme

Ehrenamtliche geben in Kursen, Vorträgen, sportlichen Gruppen und auf Reisen ihr Wissen und ihre Fähigkeiten an Menschen in gleicher Lebenssituation weiter und nehmen ihrerseits deren Kompetenzen in Anspruch. Das Angebot folgt dabei einem ganzheitlichen Konzept, das jede gewünschte Aktivität zulässt und sehr auf individuelle Voraussetzungen eingeht.

Derzeit arbeiten rund 220 ehrenamtliche Kursleiter, Referenten sowie Reiseleiter für die Akademie, weitere ehrenamtliche sind neben den neun hauptamtlichen Mitarbeitern in der Verwaltung tätig. Ursprünglicher Träger ist der Verein mit heute 48 Mitgliedern, die sich zweimal jährlich mit der Fortentwicklung der Akademie befassen. Die gGmbH ist der Wirtschaftsbetrieb mit den genannten neun hauptamtlich Tätigen.

Allein im Fachbereich „Gesundheit, Sport und Bewegung“ bietet die „Akademie für Ältere“ im ersten Halbjahr 2005 wöchentlich durchgehend folgende Aktivitäten: elf



Gruppen Gymnastik beziehungsweise rhythmische Gymnastik (teilweise kombiniert mit Gedächtnistraining), vier Gruppen QiGong, zwei Gruppen Feldenkrais, eine Gruppe Entspannungstraining nach Jakobson, ein Atemtraining und einmal Yoga auf dem Stuhl. Geboten werden darüber hinaus unter anderem Walking, Rückenschule und Rudern, Bogenschießen, Tischtennis und Golf. Weiterhin: geselliges Tanzen für jedes Alter, historische Tänze und Wandergruppen.

Medizinische Vorträge und Patientenseminare in Kooperation mit Ärzten und Kliniken helfen den Teilnehmern, ihre Handlungsmöglichkeiten einzuschätzen und Vorsorge zu treffen. In Veranstaltungen mit Juristen werden zum Beispiel Testamente verfasst oder Patientenverfügungen erläutert. Seminare, die darüber informieren, wie sich jemand vor kriminellen Übergriffen schützt, werden in Kooperation mit der Heidelberger Polizei angeboten, die auch das Mobilitätstraining unterstützt, um die Sicherheit alter Menschen im Straßenverkehr zu erhöhen. In dem Kurs „Rüstig und fit“ beispielsweise lernen die Teilnehmer, sich zu behaupten. Dabei wird ihnen vermittelt, sich nicht zu ducken, wenn sie ein Jugendlicher in der Bahn anrennelt, sondern sich laut zu wehren, etwa mit den Worten: „Hör zu, so geht das nicht.“ In Vorträgen über Trickdiebstahl erfahren die Zuhörer, wie alten Menschen bei „Kaffee-fahrten“ das Geld aus der Tasche gezogen wird und wie sie sich vor Taschendiebstahl schützen.

Im Fachbereich „Weiterbildung und Kultur“ nehmen Sprachen den größten Raum ein, besonders begehrt sind Kurse in Englisch und Französisch, seit neuestem wird auch Polnisch und Latein gelehrt. Es gibt Vorträge über und Seminare in Theologie, Philosophie und Zeitgeschichte. Sehr beliebt sind Filme, Vorträge und Dia-Vorträge über Länder und Regionen. Das Reiseprogramm schließlich ist besonders auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt und nimmt Rücksicht darauf, dass diese mehr Bequemlichkeit wünschen als jüngere. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich als Gasthörer der Universität Heidelberg im „Studium ab 60“ anzumelden, für das die Akademie ein spezielles Vorlesungsverzeichnis bereithält, die Anmeldungen entgegennimmt und bei der Orientierung an der Universität hilft.

Sehr viele Teilnehmer der Aktivitäten sind hochbetagt, also älter als 80 oder 90 Jahre. Das gilt auch für die Dozenten, der derzeit älteste ist 95 Jahre alt. Es gibt keine

Bildungsvoraussetzungen. Die Teilnehmer kommen aus Heidelberg, der gesamten Kurpfalz, dem Odenwald und der Vorderpfalz.

Gegen einen Jahresbeitrag von 68 Euro kann jeder Bürger an beliebig vielen Aktivitäten teilnehmen. Für Reisen, Eintrittsgelder und die Computernutzung fallen Extrakosten an. Bei sozialen Härtefällen, die sich auch bei langjährigen Teilnehmern etwa durch den Tod des Ehepartners plötzlich ergeben können, wird der Beitrag ermäßigt oder sogar ganz erlassen. Die Zahl der Stamm-Teilnehmer, die regelmäßig das Programm nutzen und einen jährlichen Beitrag entrichten, schwankt jährlich zwischen 3.500 und 4.000. Sie nutzen die insgesamt etwa 1.093 Veranstaltungen im Jahr – Kurse, Seminare, Vorträge, Reisen, Exkursionen.

Ziele und Wirksamkeit

Die Akademie für Ältere möchte körperliche Aktivitäten fördern und hat daher ein umfangreiches Sportprogramm zusammengestellt. Dabei haben die Angebote das Ziel, Sicherheit der Bewegungen, Gleichgewicht, Kraft, Ausdauer, Reaktions- und Koordinationsfähigkeit zu schulen. Damit auch Menschen mit eingeschränkter Beweglichkeit etwas finden, was ihnen Freude macht und vorhandene Fähigkeiten erhält, nimmt das Kursangebot auf unterschiedliche Schwierigkeitsgrade Rücksicht.

Es gibt Gymnastikgruppen, die schon seit 20 Jahren bestehen und noch zur Hälfte von denen besucht werden, die von Anfang an dabei waren. Dadurch kann lange auf kostspielige Therapien verzichtet werden. Mit gutem bis sehr gutem Erfolg wurden Gesundheits-Kurse im Jahr 2004 zum Beispiel von knapp 2.000 Menschen besucht. Die Beliebtheit der Kurse und die Treue der Teilnehmer sprechen für sich.

Darüber hinaus sollen soziale sowie geistig-seelische Aktivitäten gefördert werden. Da die Dozenten ehrenamtlich tätig sind, können sie flexibler vorgehen als bezahlte, unter Leistungsdruck stehende Kollegen; sie können in der Gruppe das Lern- und Arbeitstempo variieren und individuell auf die Lernenden eingehen. Oft kümmern sich die Dozenten in zusätzlichen Einzelgesprächen um die Sorgen von Kursteilnehmern. Das gemeinsame Lernen, verbunden mit der Anteilnahme in Lebenskrisen, stärkt die Beziehung der Teilnehmer zueinander, aber auch das Selbstwertgefühl jedes Einzelnen.

Akademie für Ältere

Auch wenn durch diese Betreuung Zeit verloren zu gehen scheint, so sind die Lerneffekte doch mit jenen anderer Einrichtungen vergleichbar, die höhere Gebühren verlangen.

Die Teilnehmer von Französisch-Kursen konnten sich nach drei Jahren problemlos selbstständig in Heidelbergs Partnerstadt Montpellier zurechtfinden und unterhalten. Nach etwa einem Jahr ist bei den Besuchern von PC-Kursen eine Sicherheit im Umgang mit dem Computer zu beobachten.

Die von der Akademie initiierte und im April 1992 eingeführte „Karte ab 60“ ermöglicht die Nutzung des gesamten Verkehrsverbundes für derzeit 25 Euro monatlich. Davon machen aktuell 55.000 Menschen Gebrauch.

Erfreulicherweise nutzen viele sehr alte Menschen das Angebot der Heidelberger Akademie. Auch Menschen mit leichter Behinderung, sozial Benachteiligte und ältere Einwanderer sind integriert.

Kooperation und Vernetzung

Die Akademie für Ältere pflegt eine enge Zusammenarbeit mit zahlreichen Partnern, darunter folgende:

- Ambulantes Therapiezentrum der Stiftung Rehabilitation Heidelberg
- Augustinum Heidelberg
- Botanischer Garten der Uni Heidelberg
- Gartenakademie Baden-Württemberg e.V.
- Verkehrsverbund Rhein-Neckar
- Institut für Sport und Sportwissenschaft der Uni Heidelberg
- Polizeidirektion Heidelberg
- Odenwaldklub Heidelberg e.V.
- Volkshochschule
- Landeswohlfahrtsverbände

Finanzierung

Die Akademie für Ältere mit einem jährlichen Gesamtetat von 550.000 Euro finanziert alle personellen und einen großen Teil der Sachkosten über einen Jahresbeitrag der Teilnehmer in Höhe von 68 Euro. Das macht ungefähr 40 Prozent aus. Weitere 40 Prozent werden von Land, Stadt, Landeswohlfahrtsverbänden und Stiftungen eingenommen; der Rest kommt aus Erlösen der Reisen sowie Spenden. Etwa 68 Prozent der Einnahmen werden für

Personalkosten ausgegeben, über 15 Prozent für Raumkosten, der Rest für den Geschäftsbetrieb. Die Akademie expandiert, die Zuschüsse sind eher rückläufig.

Übertragbarkeit

Auch in anderen Regionen kann die Akademie-Idee aufgegriffen werden. Der Aufbau ähnlicher Organisationen wird dadurch begünstigt, dass immer mehr Ältere länger fit sind und aktiv bleiben wollen. Innovativ war die Akademie zu ihrer Gründung, inzwischen gibt es eine Reihe ähnlicher Organisationen. Etwas Besonderes sind bis heute das hohe Maß an Ehrenamtlichkeit, der Umfang des Angebots und die große Nachfrage.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Von Anfang an wurde die Arbeit der Akademie durch Öffentlichkeitsarbeit begleitet. Beispielhaft seien folgende Publikationen genannt:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Markt der Möglichkeiten, Bonn 1998, S. 215
- Mömken-Reinhard, Josefine: Die Akademie für Ältere und das „Studium ab 60“ an der Uni Heidelberg, in: Graebner, G.E.T. Korflür. L. Veelken (Hrsg.) „Bestandsaufnahme und Perspektiven des Seniorenstudiums, Bielefeld 1994
- Tägliches Programm in der Rhein-Neckar-Zeitung
- Programmübersicht in kleineren Blättern der Region
- Mehrmals jährlich Fernsehberichte

Nachhaltigkeit

Die Akademie soll weiter bestehen bleiben. Sie ist durch die große Zahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter vorbildhaft. 3.744 Menschen zählen inzwischen zum festen Stamm, das heißt, sie entrichten einen Jahresbeitrag, manche nehmen mehrmals wöchentlich an Kursen zur Förderung von Körper, Geist und Seele teil. Für alle Teilnehmer ist die Akademie zweifellos nachhaltig. Und für viele ist sie der Lebensmittelpunkt nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben.

Aus den Kursen hervorgegangen sind eine Arbeitsgruppe, die die Homepage der Akademie betreut, und mehrere Gruppen, die bei dem Aufbau von Datenbanken beziehungsweise der Erstellung der Halbjahresschrift assistieren.



Dokumentation und Evaluation

Jährlich werden Statistiken erstellt. Der Geschäftsbericht der Akademie umfasst zudem die Gesamtabläufe in einzelnen Arbeitsbereichen. Alle Veranstaltungen werden in der Halbjahresschrift erläutert und angekündigt. 1994 erschien eine zusammenfassende Dokumentation „Zehn Jahre Akademie für Ältere“.

Zur Evaluation erfolgen regelmäßig Fragebogenaktionen und Direktbefragungen. Die Dozenten und Reiseleiter treffen sich mindestens zweimal im Jahr zu Fachkonferenzen. Auch wissenschaftliche Evaluationen werden vorgenommen.

Zukunftsperspektiven

Die Akademie für Ältere soll nicht nur in ihrem Bestand gesichert werden, sie soll darüber hinaus ausgebaut wer-

den. So ist daran gedacht, künftig jüngere Familien mit Kindern zu unterstützen, in denen beide Elternteile arbeiten. Ältere Damen könnten hier zum Beispiel auf die Kinder aufpassen.

Das Potenzial von älteren Menschen, die im Laufe ihres Lebens viel Wissen und Erfahrung gesammelt haben, soll noch mehr genutzt werden. Sie könnten etwa arbeitslosen Jugendlichen bei der Jobsuche behilflich sein und mit ihnen zusammen Bewerbungen schreiben.

Die Akademie für Ältere möchte die „jungen Alten“, also jene um die 60 Jahre, noch mehr für sich interessieren. Und es sollen mehr Männer motiviert werden, Kurse zu besuchen oder sich ehrenamtlich zu engagieren. Denn bisher liegt der Anteil der Frauen sowohl bei den Ehrenamtlichen als auch bei den Kursteilnehmern bei zwei Dritteln.

Nominierte Maßnahme

SchwertfischKonzept

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | Forschungsgruppe Körper und Gesundheit der Universität Kassel |
| Anschrift: | Heinrich-Plett-Straße 40, 34132 Kassel |
| Tel. / Fax: | 05 61-80 445 62 / 05 61-8 04 45 25 |
| E-Mail: | immler@uni-kassel.de |
| Web: | www.schwertfischkonzept.de |
| Leitung der Maßnahme: | Professor Dr.-Ing. Hans Immler |
| Rechtsträger: | Universität Kassel |
| Initiatoren: | Professor Dr.-Ing. Hans Immler |
| Präventive Zielthemen: | Abbau des täglichen Energieüberhangs als Primärprävention von Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen |
| Integration: | Förderer und Multiplikatoren wie die Hessisch-Niedersächsische Allgemeine Zeitung, Verlag Wort und Bild, Deutsche Diabetes Stiftung |
| Zielgruppen: | Menschen mit einem BMI von 25-30 |
| Laufzeit: | Seit 1. September 2004; das Ende ist offen |

Den Energieüberschuss auf null bringen

Beweggrund

Seit 1950 ist der Bewegungsumsatz des Einzelnen durchschnittlich um über 40 Prozent gesunken. Die Gründe sind hinreichend bekannt, darunter der technische Fortschritt und die damit einhergehende Verminderung körperlicher Arbeit. Die Auswertung zahlreicher Studien zeigt, dass der Rückgang des Energieumsatzes zu Glukose- und Fettstoffwechselstörungen führt. Zur Prophylaxe des Metabolischen Syndroms (Stoffwechselerkrankungen infolge von Übergewicht, das heißt Störungen des Zucker-, Insulin- und Fettstoffwechsels) kommt es daher darauf an, die nicht ausgelasteten „Kraftwerke“ in den Muskelzellen wieder hochzufahren, das heißt über mehr körperliche Aktivität wieder das physiologische Bewegungsminimum zu erreichen. Ergänzend dazu bleibt es sinnvoll, auch die Kalorienzufuhr durch ein verändertes Ess-Verhalten in Balance zu bringen.

Vor zehn Jahren befasste sich Professor Immler mit Veränderungen der Gesellschaft, Arbeitswelt und ihren Auswirkungen auf den Menschen und seine Gesundheit. Daraus zog er unter anderem folgende Erkenntnisse:

- Der Mensch hat sich eine Umwelt geschaffen, in der er sich zu wenig bewegt und zu viel isst; Professor Immler spricht von einer „Umwelt-Anpassungskrise“.
- Die Volkswirtschaft gewährleistet keine sicheren Arbeitsplätze mehr, was für den Einzelnen eine enorme Herausforderung bedeutet. Um sich dieser stellen und die erforderliche persönliche Verantwortung übernehmen zu können, müssen Menschen körperlich, geistig und psychisch gesund sein. Denn wenn sich der Staat immer mehr zurückzieht (leere Kassen), müssen Menschen selbst aktiv werden (allgemeine Daseinsvorsorge, spezielle Prävention).
- Viele der häufigsten Erkrankungen haben einen langen Vorlauf. Wenn es gelingt, Stoffwechselerkrankungen zu verhindern, können die Folgen individuell abgewehrt werden.

Kassel speckt ab!



Eine Aktion der **HNA** und der **U N I K A S S E L**
V E R S I T Ä T

Forschungsgruppe Körper und Gesundheit

Logo der gemeinsamen Aktion zu SchwertfischKonzept und HNA

Diese und weitere Erkenntnisse führten zur Entwicklung des „SchwertfischKonzepts“. Der Schwertfisch symbolisiert die Zunahme der Energieaufnahme bei gleichzeitig abnehmender körperlicher Aktivität in den vergangenen 40 Jahren. Diese kulturell verloren gegangene Aktivität soll zurückgeholt werden in Form von angenehmer Bewegung. Dabei berücksichtigt das Konzept, dass Menschen nur dann zur Prävention motiviert werden können, wenn diese sich leicht in den Alltag integrieren lässt.

Beschreibung der Maßnahme

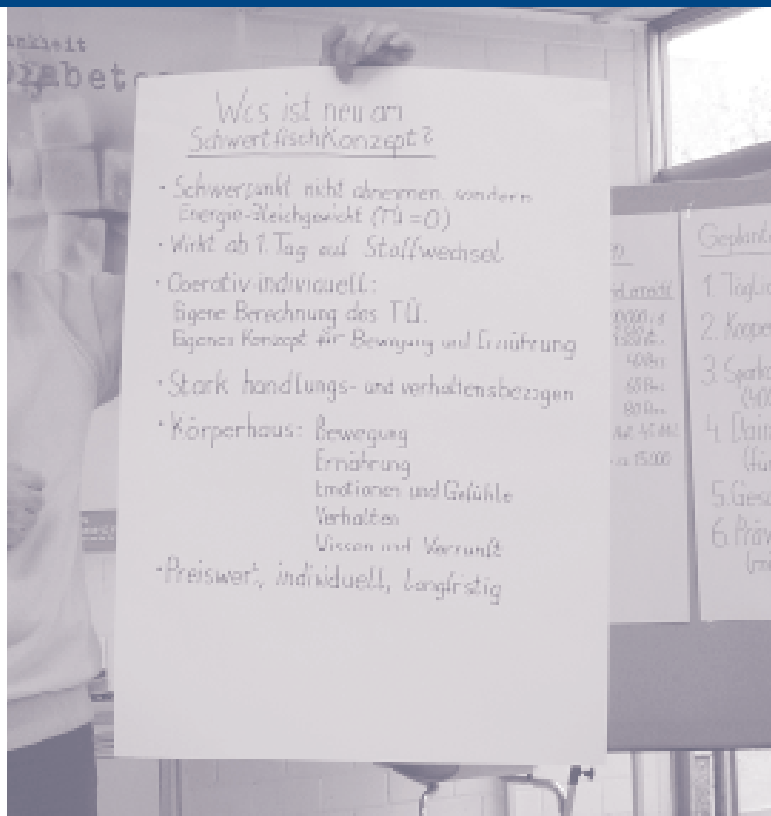
Die bisherige Prävention befindet sich in dem Dilemma, dass sie von den Menschen als eine Art Vorleistung über Wochen und Monate eine Gewichtsreduktion verlangt, an der die meisten scheitern. Der neue Ansatz des „SchwertfischKonzepts“ besteht vor allem darin, dass weniger das Übergewicht selbst im Mittelpunkt steht, sondern mit dem „Täglichen Energieüberschuss“ (TÜ) gearbeitet wird. Zunächst wird für jeden individuell der tägliche TÜ errechnet und dem Betreffenden ein Weg aufgezeigt, wie er diesen Überschuss durch eine Kombination aus Bewegung und Ernährung auf null bringen kann. Wurde beispielsweise für jemanden ein täglicher TÜ-Wert von 400 kcal ermittelt, wird für ihn ein Verhaltensplan entwickelt, um seine Bewegung täglich um 200 kcal zu steigern (zum Beispiel durch 20 Minuten Nordic Walking oder 15 Minuten Fahrrad fahren) und die Nahrungszufuhr um 200 kcal zu verringern (zum Beispiel nur eine halbe Wurst oder ein Drittel Pizza).

In dem entwickelten Konzept wird versucht, Verhaltensänderungen in Bezug auf Ernährung und Bewegung mit den genetischen und quasigenetischen Konditionierungen des Individuums in Übereinstimmung zu bringen: Denn von

Natur aus isst der Mensch, was auf den Tisch kommt, und spart möglichst jeden Schritt. Die Kombination dieser beiden Veranlagungen ist verhängnisvoll. Außerdem ist es zwar leicht, Informationen über mehr Bewegung und weniger Ernährung zu bekommen, es fällt aber schwer, auch nur einen Teil des Gelernten in die Praxis umzusetzen. Im SchwertfischKonzept geht es daher darum, nicht weniger, sondern anders zu essen sowie Bewegung mittlerer Intensität in den Alltag zu integrieren. Eine Kehrtwende im Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Richtung einer Frühprophylaxe von Gesundheitsstörungen soll durch täglich 30 bis 60 Minuten mehr körperliche Aktivität in Beruf und Freizeit erreicht werden (das heißt Treppe statt Aufzug; mal zu Fuß einkaufen gehen statt mit dem Auto vor dem Supermarkt vorfahren, Nordic Walking, Joggen, Rad fahren oder Schwimmen beispielsweise) und dadurch, dass die tägliche Kalorienzufuhr gesenkt wird. Da Hungerkuren und Verbote bekanntlich langfristig den gegenteiligen Effekt haben, setzt das SchwertfischKonzept auf eine Verlagerung der Speisen in Richtung Gemüse, Obst und Salat. So ist der gesundheitliche Nutzen der Mittelmeerkost (senkt das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes und erhöhten Blutfettwerten) wissenschaftlich unstrittig, wo es genau umgekehrt wie in der deutschen Küche Fleisch nur als Beilage gibt und Hauptbestandteile einer Mahlzeit frisches Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte und Nüsse sind.

Als Zielgruppe wurden vor allem Personen mit einem BMI von 25 bis 30 identifiziert. Das Problem des Übergewichts betrifft besonders die Fünfzig- bis Sechzigjährigen in Deutschland, verursacht durch ein hohes Maß an kalorischer Überernährung und körperlicher Unterforderung in Beruf und Freizeit.

SchwertfischKonzept



Um das SchwertfischKonzept publik zu machen, gab es mehrere öffentliche Aktionen:

- Werbung in der Apotheken-Umschau (4,5 Millionen Auflage) über drei Monate und eine kostenfreie, individuelle Betreuung via Internet (Berechnung des T.U. und Handlungsanweisungen zur Verbesserung der Energiebalance). Die Internetseite wurde über 10.000-mal angeklickt, der Betreuungsgrad war unterschiedlich.
- Die Hessisch-Niedersächsische Allgemeine Zeitung hat das Projekt drei Monate redaktionell begleitet. Daraus ergaben sich Informationen und fünf Veranstaltungen in der Universität Kassel mit jeweils 300 bis 400 Leuten sowie Untergruppen zur persönlichen Analyse mit jeweils 50 Personen. Aus diesen beiden Aktivitäten (Apotheken-Umschau und Niedersächsische Allgemeine) gingen Gruppen hervor, die sich einmal wöchentlich unter Anleitung einer Psychotherapeutin trafen, um sich auszutauschen.

- In Zusammenarbeit mit Urania, einer Volksbildungseinrichtung in Berlin, fanden zehn Treffen mit jeweils 300 Menschen statt. Neben Informationen wurden wiederum konkrete Tipps gegeben.

Während in den Großveranstaltungen zunächst allgemeine Informationen vermittelt werden, finden in anschließend gebildeten Gruppen persönliche Analysen mit Ermittlung des T.U. und konkreten Handlungsanweisungen statt.

Über Medien (Homepage des „SchwertfischKonzepts“, Zeitschriften, Aufklärungs-Kampagne der Deutschen Diabetes-Stiftung) kann sich jeder über das Präventionsprojekt informieren und bei Interesse das Material zur Handlungsanleitung über die Forschungsgruppe „Körper und Gesundheit“ anfordern.

Ziele und Wirksamkeit

Beim „SchwertfischKonzept“ geht es nicht primär ums Abnehmen, sondern um die Eliminierung des täglichen Energieüberschusses infolge von zu viel Essen und zu wenig Bewegung. Das Motto lautet „Nicht mehr tanken als fahren“. Durch die Maßnahmen soll die individuelle Gesundheit gefördert und das Erkrankungsrisiko gesenkt werden. Dies wird durch mehr körperliche Fitness, ein verbessertes Ernährungsverhalten und mehr Körperbewusstsein erreicht. Hilfreich ist es, die individuellen Ziele in kleinen Schritten, aber nachhaltig zu verfolgen.

Gelingt es, den täglichen T.U. auf null zu bringen, führt das innerhalb von wenigen Tagen zu deutlichen Stoffwechselverbesserungen und einem körperlichen Wohlbefinden. Die gewünschte Primärprävention tritt also unmittelbar ein und motiviert daher mehr als Diäten und Kuren über lange Zeiträume. Nachweislich erfolgt innerhalb von drei Monaten auch eine deutliche Gewichtsreduktion. So hat sich in den Gruppen in Kassel und Berlin gezeigt, dass 80 Prozent der Teilnehmer das Ziel der Energiebalance und Gewichtsreduktion innerhalb von diesem Zeitraum erreichten, nach einem Jahr war dieser Erfolg noch bei 50 Prozent nachweisbar.

Das Konzept ist motivierend, einfach und verständlich aufbereitet.

Kooperation und Vernetzung

Die Stadt Kassel hat die Schwertfisch-Aktion „Kassel speckt ab“ nach einem Beschluss der Stadtverordneten unterstützt. Beteiligt waren neben der Hessisch-Niedersächsischen Allgemeinen Zeitung und der Apotheken-Umschau niedergelassene Ärzte, die Diabetes-Stiftung (die das Konzept über Plakate verbreitet hat) und die Kasseler Sparkasse (von rund 1.000 Mitarbeitern haben zehn Prozent an dem Projekt teilgenommen).

An der Entwicklung und Durchführung des Projekts der Fachgruppe „Körper und Gesundheit“ ist eine Arbeitsgruppe der Universität Kassel beteiligt, bestehend aus Professor Dr. Hans Immler, Gabriele Hirsemann (Psychologische Psychotherapeutin), Matthias Schwarz (Dipl.-Ökotoxikologe), Fran Mandel (Germanistin und Mediengestalterin), Petra Brücker (Sekretärin).

Finanzierung

Die Universität Kassel übernimmt Personal- und Sachkosten. Laufende Kosten werden über den Verkauf der im Projekt eingesetzten Handbücher (siehe Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit) finanziert. Die Kosten für das Forschungsprojekt mit Qualitätskontrolle von Anfang September 2004 bis April 2005 hat „Wort und Bild“ (Verlag der Apotheken-Umschau) zusammen mit der Deutschen Diabetes Stiftung übernommen.

Übertragbarkeit

Mit Hilfe der Handlungs- und Grundlagenbücher, die via Internet, per Fax oder durch ein Anschreiben bei Professor Immler bestellt werden können, ist das Projekt jederzeit an anderen Orten zu reproduzieren.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Das Konzept wurde von Anfang an über die Medien verbreitet. Darüber hinaus wird es in mehreren Broschüren und Büchern dargestellt, zum Beispiel:

- Immler, H.: SchwertfischKonzept. Fit und gesund. Das Buch zum Handeln, Universität Kassel, 2003, 140 Seiten
- Immler, H.: Bewegung-Bewusstsein-Handeln, Universität Kassel 2003, 169 Seiten

- Immler, H.: Der Körper in der Evolutionskrise, Universität Kassel, April 2002, 14 Seiten
- Immler, H.: Der Körper in der Renaissance, Universität Kassel, April 2002, 24 Seiten

Nachhaltigkeit

Über die Nachhaltigkeit können keine Aussagen getroffen werden. Es fehlen objektivierbare Eingangs- und Ausgangsmessungen entsprechender Parameter: Die Teilnehmer errechnen ihre Werte selbst beziehungsweise geben diese subjektiv an. Gegebenenfalls erbringen die Erprobungen im Rahmen des DDS-Forschungsprojekts (Deutsche Diabetes-Stiftung) mit Unterstützung des Verlags Wort und Bild entsprechende Werte. Der Bericht wird im Sommer 2005 vorliegen.

Zurzeit ist ein weiteres Handbuch in Arbeit mit dem Titel „täglich 500“. Dieses vereinfachte und massentaugliche Konzept geht von einem täglichen Energieüberschuss von 500 kcal aus. Diese Normgröße wird nach der bewährten Methode in ein verändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten aufgeteilt, das zur Energiebalance führen soll. Dabei sollen die Tipps so gehalten sein, dass sie leicht in den Alltag zu integrieren sind.

Dokumentation und Evaluation

Die wissenschaftliche Erprobung erfolgt im Rahmen eines 40 Personen umfassenden DDS-Forschungsprojekts, das auch Grundlage der späteren Evaluation sein soll. Festgehalten werden unter anderem Teilnehmerzahl, Gewicht, täglicher Energieüberschuss, geplante Verhaltensänderung und Erfolgskontrolle.

Zukunftsperspektiven

Das „SchwertfischKonzept“ soll auf betrieblicher und kommunaler Ebene ausgebaut werden. Dabei ist bei einer breiten Umsetzung auf kommunaler Ebene wieder an eine Zusammenarbeit mit den Medien gedacht; in Betrieben soll das Konzept in Kooperation mit Betriebsärzten eingeführt werden.

Nominierte Maßnahme

Begleitung älterer demenzkranker Menschen und ihrer Familien in Mannheim-Süd

| | |
|------------------------|---|
| Bewerber: | DemenzBeratungsstelle Neckarau-Almenhof |
| Anschrift: | Karl-Blind-Straße 4, 68199 Mannheim |
| Tel. / Fax: | 06 21-8 32 56 77 / Fax 06 21-8 28 05 53 |
| E-Mail: | DemenzBeratungsstelle@Sozialstation-Neckarau.de |
| Leitung der Maßnahme: | Rosemarie Hoevels, Diplom-Sozialarbeiterin |
| Rechtsträger: | Sozialstation Neckarau-Almenhof e.V. |
| Initiatoren: | Pfarrer Günther Welker, ev. Lukaskirche Mannheim, Sozialstation Neckarau-Almenhof, Professor Dr. Astrid Hedtker-Becker, Dozentin an der Hochschule für Sozialwesen in Mannheim |
| Präventive Zielthemen: | Vernetzung der Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen, enge Kooperation aller an der Betreuung dieser Menschen beteiligten Berufsgruppen, Entlastung der Sozialstation und Verbesserung der Lebensbedingungen von Betroffenen und Angehörigen (durch positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, Hilfe bei der Krankheitsbewältigung und Aktivierung vorhandener Ressourcen) |
| Integration: | Demenzkranken und ihr familiäres sowie soziales Umfeld (Angehörige, Nachbarn), ehrenamtliche Helfer in den Gemeinden und verschiedene Berufsgruppen wie zum Beispiel Altenpfleger, Sozialpädagogen, Ärzte, Seniorenberatung, Fachhochschule Mannheim |
| Zielgruppen: | Demente ältere Menschen und ihre Angehörigen, auch ältere Menschen, die wegen zunehmender Vergesslichkeit bei sich selbst eine Demenzerkrankung befürchten und nach laienverständlichen Informationen suchen |
| Laufzeit: | 1. Januar 2003 bis Ende 2005 |

Zum Wohle Demenzkranker und ihrer Familien

Beweggrund

Eine Demenzerkrankung empfinden die Betroffenen selbst, aber auch ihr unmittelbares familiäres Umfeld als belastend. Hier mildernd einzugreifen, war ein Grund für die Initiative. Auch die Mitarbeiter der Sozialstation Neckarau fühlten sich zunehmend damit überfordert, ältere demente Menschen zu betreuen. Als im Jahr 2002 die erforderlichen finanziellen Mittel zur Verfügung standen, wurde in einer „Zukunftswerkstatt“ unter Beteiligung von Gemeinde, Trägerverein und Fachhochschule ein Konzept erarbeitet, dessen Ergebnis die DemenzBeratungsstelle ist. Mit Projektstart am 1. Januar 2003 wurden bereits erste Kontakte zur Klientel geknüpft (durch wöchentliche Sprechstunden, erste Beratungsgespräche und Hausbesuche).

Es gab zwar bereits zahlreiche Angebote für Demenzkranke und Angehörige in der Stadt, die jedoch nebenein-

ander existierten. Diese besser aufeinander abzustimmen, gemeinsam zu planen und Transparenz zu schaffen, war ein weiterer Beweggrund für das Projekt.

Beschreibung der Maßnahme

Die DemenzBeratungsstelle in Mannheim wendet sich mit verschiedenen Angeboten der Beratung, Begleitung und Information sowie als Forum für demenzkranke ältere Menschen und ihre Angehörigen an Bewohner der Stadtteile Neckarau und Almenhof mit insgesamt 31.091 Einwohnern. Diese Stadtteile Mannheims wurden ausgewählt, weil sie zum Einzugsbereich der Sozialstation gehören. Die Sozialstation stellt die Räumlichkeiten zur Verfügung.

Die Angebote der Beratungsstelle ergänzen einander und werden im Sinne eines prozesshaften Geschehens und zur möglichst umfassenden Begleitung von Rat und Hilfe Suchenden eingesetzt. Die Maßnahme hat einen niedrigschwelligen Charakter. Betroffene und ihre Familien suchen die Beratungsstelle von sich aus auf oder werden von der



Gemeinde oder der Sozialstation auf das Angebot hingewiesen. Dieses ist darauf ausgerichtet, möglichst differenziert und individuell auf Einzelne einzugehen und sie umfassend psychosozial zu begleiten, sowohl akut im Sinne einer Feuerwehrfunktion als auch langfristig.

Zentraler Ausgangspunkt der Aktivitäten der Beratungsstelle ist es, die vorhandenen Infrastrukturen der ökumenischen Sozialstation zu übernehmen.

Der erste Kontakt wird durch Hausbesuche vertieft, in weiteren Gesprächen (etwa mit behandelnden Ärzten oder Mitarbeitern der Sozialstation) die Lebensweise des Patienten, sein Umfeld und seine gesundheitliche Verfassung in Erfahrung gebracht. Aufgrund der in vier bis sechs Wochen gewonnenen Erkenntnisse wird entschieden, ob der Demente besser in eine Gruppe aufgenommen oder individuell betreut wird. Im Forschungsprojekt KISMED (Koordination interdisziplinärer Zusammenarbeit von Sozialarbeit und Familienmedizin der Hochschule für Sozialwesen Mannheim und der medizinischen Universitätsklinik Heidelberg 1999-2001) bearbeitete Module werden hierbei modifiziert verwendet.

Die individuelle Betreuung erfolgt in Form von Hausbesuchen und richtet sich nach den speziellen Bedürfnissen der Erkrankten und ihrer Angehörigen. Neben Einzelgesprächen mit den Patienten oder aber auch mit Familienmitgliedern wird gemeinsam gekocht, eingekauft oder etwas unternommen; das kann ein Spaziergang oder jede andere Aktivität sein, an der der Betreffende Freude hat.

In der einmal wöchentlich stattfindenden Betreuungsgruppe (Dienstagskreis) für maximal acht demenzkranke Menschen kommt die gesellige Komponente hinzu. Angehörige bringen den Patienten zu diesen Treffen und holen ihn wieder ab, wobei es oft zu hilfreichen Gesprächen „zwischen Tür und Angel“ kommt. Die Betreuung erfolgt durch eine Fachkraft (Sozialpädagogin mit 20 Prozent Stundendeputat), Altenpflegerin (15 Prozent Stundendeputat), fünf Ehrenamtliche und zwei bis vier Studenten der Fachrichtung Sozialarbeit / Sozialpädagogik. Entsprechend den Empfehlungen der Alzheimer Gesellschaft ist je nach Stadium der Demenzerkrankung eine Eins-zu-Eins-Betreuung erforderlich. Ablauf und Inhalt der Gruppenaktivitäten werden sorgfältig und entsprechend der Fähigkeiten und Interessen der Teilnehmer unter Mithilfe von Angehörigen und Ehrenamtlichen vorbereitet.

In der Gruppe soll unter anderem Folgendes geleistet werden:

• Aufleben von sozialen Rollen, Kompetenzen und Fertigkeiten

- Austausch von Erinnerungen
- Förderung von geistigen und körperlichen Aktivitäten
- Aufbau des Selbstwertgefühls
- Entlastung der Angehörigen

Familienangehörige können an einer monatlich stattfindenden Gruppe speziell für sie teilnehmen. Ähnlich wie in einer Selbsthilfegruppe werden bei diesen Zusammenkünften Erfahrungen und Informationen ausgetauscht. Die Betroffenen helfen sich auf diese Weise gegenseitig. So müssen die Angehörigen lernen, mit Verständnis, Geduld und Einfühlungsvermögen auf den Erkrankten zu reagieren und einen Zugang zu seiner Welt zu finden. Die Gruppe ist

Begleitung älterer demenzkranker Menschen und ihrer Familien in Mannheim-Süd

offen für die genannten Stadtteile und, sofern genügend Plätze vorhanden sind, auch für andere Bewohner Mannheims. Leitende Sozialarbeiter der Beratungsstelle organisieren und betreuen die Angehörigengruppe. Diese hat zudem folgende Funktionen:

- Informationsvermittlung zum Thema Demenz durch die Leitung
- Tipps für den Umgang mit demenzkranken Menschen durch eingeladene Referenten
- Emotionale Unterstützung und Begleitung durch die psychotherapeutisch ausgebildete Fachkraft
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien durch die Fachkraft
- Gemeinsame Unternehmungen, zum Beispiel Kinobesuch oder Teilnahme an einem Seminar.

Ergänzt wird das Angebot durch Veranstaltungen, wie beispielsweise die Reihe „Wenn die Vergesslichkeit zunimmt“ oder einzelne Referate über die Erkrankung und den Umgang mit Patienten, die unter anderem in Seniorenzentren der umliegenden Gemeinden stattfinden. Bisher wurden knapp 300 Menschen durch diese Veranstaltungen erreicht. Bei der Wissensvermittlung wird Wert darauf gelegt, den Kenntnisstand aller Zuhörer zu berücksichtigen. In praxisorientierten Seminaren beziehen die Referenten die Teilnehmer durch Übungs- und Selbsterfahrungsselemente mit ein.

Fazit:

Das Projekt besteht im Wesentlichen aus den vier Bausteinen:

- Demenzgruppe (vier bis acht Teilnehmer) mit wöchentlich zirka drei Stunden
- Einzelberatungen, zirka zehn Personen (einmal bis mehrmals jährlich)
- Angehörigengruppe mit maximal zwölf Teilnehmern
- Informationsveranstaltungen, einmal monatlich

Bei Bedarf werden die demenziell Erkrankten auch im Krankenhaus besucht, um den Kontakt zu halten.

Ziele und Wirksamkeit

Die gut besuchten Veranstaltungen haben zu einer Enttabuisierung der Erkrankung beigetragen, die normalerweise eher verheimlicht wird.

Gemeinsames Ziel der Bemühungen ist es, allen Beteiligten zu helfen, besser mit der Demenzerkrankung umrechtzukommen und deren Fortschreiten zu verzögern. Dazu sollen die Ressourcen und Interessen der Erkrankten gefördert und die Angehörigen entlastet werden.

Kooperation und Vernetzung

Durch die enge Kooperation mit der Sozialstation sind deren Patienten besonders angesprochen. Darüber hinaus sind die örtlichen evangelisch / katholischen Kirchengemeinden einbezogen und alle Bewohner der Stadtteile Neckarau und Almenhof. Ehrenamtliche, die bei der Betreuung von Demenzkranken mitwirken, werden überwiegend aus den zwei der Sozialstation nahe stehenden Kirchengemeinden rekrutiert und engmaschig an die Beratungsstelle angebunden.

In einem 2004 gegründeten Arbeitskreis treffen sich einmal monatlich Psychiater, Ärzte und andere Berufsgruppen, die ältere Menschen betreuen, darunter Altenpfleger, Krankengymnasten, Logopäden.

Verschiedene stationäre und teilstationäre Einrichtungen sind einbezogen, indem dort Veranstaltungen ausgerichtet werden. Zu diesen Veranstaltungen sind alle eingeladen, die in der Altenhilfe arbeiten.

Insgesamt ist der Zeitaufwand für die Kommunikation innerhalb der Projektgruppe und zwecks Austausch mit beteiligten Organisationen erheblich: wöchentliche Besprechung zu Methoden, Inhalten, Planung, Durchführung; Fachbesprechung im Sechs-Wochen-Rhythmus; wöchentliche Vor- und Nachbereitung des Gruppennachmittags; monatliches „Arbeitsfrühstück“ mit Ehrenamtlichen und Studenten zu Fallbesprechungen; Fortbildung und Erfahrungsaustausch; monatliche Dienstbesprechung in der Sozialstation; laufende Besprechungen zwischen der Pflegedienstleitung der Sozialstation und der Leitung der Beratungsstelle; Austausch mit der Seniorenberatungsstelle der Diakonie im Rhythmus von sechs Wochen.

Finanzierung

Die Kosten liegen bei jährlich rund 25.000 Euro für die Demenzgruppe zuzüglich Einzelbetreuung, Angehörigengruppe, Hausbesuche, Veranstaltungen, Verwaltung. Finanziert wird die Arbeit durch Mittel des Trägervereins, durch § 45 c SGB 11 (niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzkranke und Angehörige) und Spenden. Für Teilnehmer ist das Angebot unentgeltlich, sie können die Arbeit durch Spenden unterstützen.

Übertragbarkeit

Auch in anderen Kommunen könnten Beratungsstellen und Sozialstationen in dieser Weise zusammenarbeiten.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Es gab unter anderem ein Pressegespräch mit dem Mannheimer Morgen und fünf Berichte. Öffentlichkeitsarbeit fand zudem in Form von Vorträgen (zum Beispiel „Schlüsselkompetenzen für den Aufbau und die Durchführung niedrigschwelliger Betreuungsangebote“) und einem Workshop für Pflegekräfte zum Thema „Demenz ist ... wenn die Vergesslichkeit überhand nimmt“ statt.

Nachhaltigkeit

Es ist noch nicht geklärt, wie sich die Arbeit über den 31.12.2005 fortsetzen lässt, weil der Träger kein Geld mehr zur Verfügung stellen kann.

Dokumentation und Evaluation

Die Arbeit wird gegenüber dem Träger in einem jährlichen Tätigkeitsbericht dokumentiert. Für 2003 und 2004 wurde eine Statistik über die Anzahl von Gesprächen, Hausbesuchen und Veranstaltungen geführt.

Zur Evaluation wurde eine dreiteilige Diplomarbeit zur Arbeit der Beratungsstelle verfasst: „Altersverwirrte Menschen – Eine qualitative und quantitative Situationsanalyse aus Sicht von Betroffenen, von Angehörigen und von Ärzten im Umfeld der DemenzBeratungsstelle Mannheim Neckarau / Almenhof, Nicola Egle, Inga Hennig, Maria Skiendziel, Fachhochschule Mannheim für Sozialwesen, August 2004“.



Zukunftsperspektiven

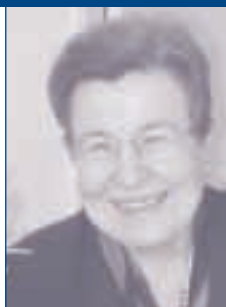
Die Initiatoren hoffen, die Beratungsstelle etablieren zu können. Falls dies gelingt, soll das Angebot stärker an männlichen und weiblichen Interessen orientiert werden. So haben die Männer wenig Freude daran, beispielsweise gemeinsam Mahlzeiten zuzubereiten. Sie bevorzugen Aktivitäten im Freien und Bewegung. Darüber hinaus sollten die multiprofessionelle Zusammenarbeit und die ehrenamtliche Tätigkeit ausgeweitet, die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung intensiviert und die Zusammenarbeit mit evangelischen und katholischen Gemeinden verstärkt werden. Es könnten weitere Demenzgruppen entstehen und mehr kulturelle Angebote für die Patienten gemacht werden, Lesungen und Konzerte beispielsweise.

Die Juroren 2005

Ein Team aus acht unabhängigen Juroren bildete die Jury des Deutschen Präventionspreises 2005. Die Juroren sind erfahrene und ausgewiesene Fachleute in der Gesundheitsförderung und Prävention im jeweiligen Preisthema und repräsentieren ein breites Erfahrungs- und Meinungsspektrum.

Die Auswahl der Juroren geschieht durch die Träger des Deutschen Präventionspreises. Wenn das Preisthema eines Wettbewerbsjahres feststeht, recherchiert das Team der Geschäftsstelle Experten zum Preisthema, bringen die Trägervertreter Vorschläge aus den eigenen Häusern ein, und gemeinsam wird beraten, wer die Expertise und Unabhängigkeit mitbringt, um die besten Projekte aus den Bewerbungen auszuwählen. Dabei achten die Träger darauf, dass die Interessenschwerpunkte gut verteilt sind und alle Aspekte, die ein Preisthema mit sich bringt, ausreichend durch die Juroren vertreten sind. Zusätzlich legen sie Wert darauf, dass Theorie, Praxis und Meinungsbildung gleichermaßen repräsentiert werden. Mit einem Altersspektrum von 40 bis 78 Jahren repräsentiert die Jury in diesem Jahr auch die verschiedenen Generationen, die vom Preisthema berührt werden.

Für 2005 fiel die Wahl auf:



Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr, Bonn

Ursula Lehr promovierte 1954, habilitierte 1968 und arbeitete als Universitätsprofessorin für Psychologie an den Universitäten Bonn und Köln, bevor sie als Professorin für Gerontologie an die Universität Heidelberg wechselte, wo sie zuletzt als wissenschaftliche Direktorin des Deutschen Zentrums für Altersforschung tätig war. 1998 emeritierte sie in den tätigen (Un-)Ruhestand. Ihre universitäre Laufbahn wurde von 1988 bis 1991 unterbrochen, als sie zur Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit berufen wurde, von 1991 bis 1994 war sie ordentliches Mitglied des Deutschen Bundestages.

Ihre lange beruf- und nachberufliche Tätigkeit hat bleibende Spuren hinterlassen, so in über 700 Publikationen, Zeitschriftenartikeln, Handbuchartikeln und 20 Monographien, u.a. „Psychologie des Alterns“ (1972; 10. völlig überarbeitete Auflage 2003); Übersetzungen ins Niederländische, Italienische, Spanische, Türkische, Japanische. „Interventionsgerontologie“ (1978).

Wenn Ursula Lehr heute freie Mittel für Präventionsmaßnahmen zu vergeben hätte, würde sie sie zur Motivation von Jungen und Mädchen, Männern und Frauen eines jeden Alters für einen gesundheitsbewussten Lebensstil einsetzen. Darunter versteht sie die Motivation zu körperlicher Aktivität, Sport (natürlich gehört dazu auch gesundheitsbewusste Ernährung, ebenso Training von Stressbewältigung), zur geistigen Aktivität: Training der grauen Zellen, und zur sozialen Aktivität, zu Sozialkontakten – und zu bürgerlichem Engagement, und nicht zuletzt: die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen.



Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg

Andreas Kruse promovierte 1986 in Psychologie (Dr. phil.) an der Universität Bonn zum Thema „Strukturen des Erlebens und Verhaltens bei chronischer Erkrankung“. Er habilitierte 1991 im Fach Psychologie an der Universität Heidelberg mit dem Thema der Habilitationsschrift: „Kompetenz im Alter in ihren Bezügen zur objektiv gegebenen und subjektiv bewerteten Lebenssituation“. Sein beruflicher Werdegang führte ihn über Bonn, Heidelberg, Berlin, Greifswald zurück nach Heidelberg, wo er seit 1997 als Direktor des Instituts für Gerontologie, Lehrstuhl für Gerontologie, arbeitet.

Zahlreiche weitere Ämter nimmt er zusätzlich wahr. So entwickelte Kruse als alleiniger Beauftragter der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO Genf) eine Forschungsstruktur „Gerontologie“ in den nord-ost-europäischen Staaten, 1996/1997, bereitete er den Weltgesundheitstag 1999 im Auftrag der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO Genf) und des Bundesministeriums für Gesundheit vor, war Mitglied der Sachverständigenkommission der Bundesregierung zum Ersten und Zweiten Altenbericht, Vorsitzender der Sachverständigenkommission der Bundesregierung zum Dritten Altenbericht. Derzeit ist er Vorsitzender der Sachverständigenkommission der Bundesregierung zum Fünften Altenbericht.



Harald Mandl, München

Der Diplom-Journalist arbeitete u.a. für die „Süddeutsche Zeitung“ und den SDR, war Medizin-Redakteur der Zeitschrift „natur“ und baute mehrere Online-Dienste auf, bevor er als Chefredakteur die Online-Redaktion im Wort & Bild Verlag übernahm. Damit zeichnet er verantwortlich für die Portale GesundheitPro.de, BabyundFamilie.de, DiabetesPro.de und SeniorenPro.de.

Das Portal GesundheitPro.de ist die Online-Ausgabe der Apotheken-Umschau, dem Marktführer bei den Gesundheitsmagazinen der Apotheken. Die angeschlossenen Portale Baby und Eltern, DiabetesPro und SeniorenPro bieten zielgruppenspezifische Informationen.

Außerdem engagiert sich Mandl im afgis (Aktionsforum Gesundheitssystem) und gibt seine Fachkenntnis als Dozent der Deutschen Journalistenschule weiter.

Für Mandl ist wichtig, dass Mittel zur Prävention dafür eingesetzt werden, Menschen ein selbstbestimmtes und würdiges Altern zu ermöglichen.



Dr. Beate Robertz-Grossmann, Bonn

Beate Robertz-Grossmann arbeitete nach dem Lehramtsstudium zunächst als Redakteurin bei einer Ärztezeitschrift. Danach wechselte sie als wissenschaftliche Referentin und stellvertretende Geschäftsführerin zur Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. Ihr Arbeitsschwerpunkt liegt im Thema „Gesundheit und Alter“.

So leitet sie die AG 3 des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, die sich mit dem Thema „Gesund altern“ beschäftigt. Robertz-Grossmann ist Mit Herausgeberin eines Loseblattwerks, eines Studienbuchs Gesundheit und von diversen Veröffentlichungen. Ihre Expertise ist in verschiedenen Gremien gefragt, wie der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“ der Bertelsmann Stiftung oder in der AG „Ethik und Recht“ im Rahmen des Programms „Leben mit Demenz“ der Robert-Bosch-Stiftung.

Mittel zur Prävention und Gesundheitsförderung würde Dr. Robertz-Grossmann in die Verbesserung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung investieren.

Die Juroren 2005



Prof. Dr. Thorsten Nikolaus, Ulm

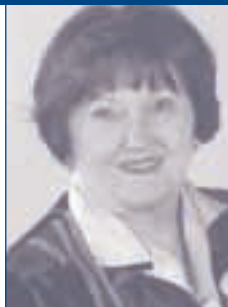
1981 approbierte Nikolaus als Arzt und bildete sich zum Facharzt für Innere Medizin weiter. Er ergänzte diese Weiterbildung in Neurologie und Urologie und erwarb die Zusatzbezeichnungen Sportmedizin, Naturheilverfahren, Rehabilitationswesen, Physikalische Therapie und Klinische Geriatrie.

Seit 1996 hat er den Lehrstuhl für Geriatrie an der Universität Ulm inne und ist Chefarzt der Bethesda Geriatrische Klinik Ulm, seit 2003 zusätzlich Geschäftsführer der Bethesda Kliniken.

Seine Forschungsschwerpunkte sind Sturzprävention, Rehabilitation nach Frakturen, Fehl- und Mangelernährung im Alter, chronische Schmerzen im Alter sowie Prävention von Behinderungen durch präventive Hausbesuche.

Nikolaus ist Mitglied der European Academy for Medicine of Ageing als Teaching Professor (Akademie bildet europäischen geriatrischen Nachwuchs in Zweijahreskursen wissenschaftlich aus), Mitglied des Academic Board der European Geriatric Medicine Society. Seine langjährige Erfahrung gibt er auch in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen und Buchbeiträgen und als Herausgeber mehrerer Bücher zum Thema Geriatrie weiter, darunter im Handbuch „Klinische Geriatrie“.

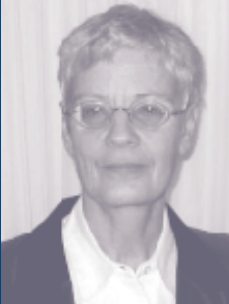
Wenn Thorsten Nikolaus Mittel zur Unterstützung von Prävention und Gesundheitsförderung frei hätte, würde er so handeln: „Da die Prävention von chronischen Krankheiten im hohen Lebensalter bereits in der Jugend beginnt, würde ich schwerpunktmäßig Präventionsprogramme im Jugendalter und frühen Erwachsenenalter fördern. Die Bereiche gesunde Ernährung und körperliche Bewegung sowie Förderung geistiger Fähigkeiten sind jedoch über das gesamte Lebensalter präventiv wirksam und daher förderungswürdig.“



Regina Schmidt-Zadel, Ratingen

Ihren Berufsweg begann Regina Schmidt-Zadel als Sozialarbeiterin grad. in verschiedenen Bereichen der Sozialarbeit. Sie war Abteilungsleiterin bei der Kreisverwaltung in Mettmann, Kreisverwaltungsrätin, Mitglied der Landschaftsversammlung Rheinland, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses der Landschaftsversammlung des Landschaftsverbands Rheinland, von 1990 bis 2002 Mitglied des Deutschen Bundestages, unter anderem gesundheitspolitische Sprecherin und Behindertenbeauftragte der SPD-Fraktion, stellvertretende Landesvorsitzende der Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen, Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke, stellvertretende Vorsitzende der Alzheimergesellschaft Nordrhein-Westfalen, Mitglied im Kuratorium Deutsche Altershilfe sowie in Fördervereinen von Altenheimen und Behinderteneinrichtungen. Von Juni 2004 bis Mai 2005 setzte sie sich als erste Landesbehindertenbeauftragte in Nordrhein-Westfalen für Behindertenverbände, Organisationen, Selbsthilfegruppen und Betroffene ein.

Fördermittel für Prävention und Gesundheitsförderung würde sie vergeben für die Verbesserung der Situation behinderter Menschen, zur Frühförderung und Verbesserung der Situation Demenzkranker.

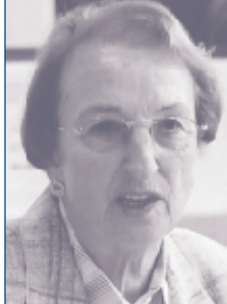


Ulla-Kristina Schuleri-Hartje, Berlin

Die studierte Volkswirtin war u.a. Mitarbeiterin in der Stabsabteilung eines Wirtschaftsunternehmens, stellvertretende Leiterin der Planungsleitstelle der Senatskanzlei Berlin, bevor sie 1980 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) wechselte, wo sie für den Arbeitsschwerpunkt Sozialpolitik (Ausländer, alte Menschen, Armut) zuständig ist. Sie arbeitet u.a. in der Programmbegleitung des Bund- und Länderprogramms „Förderung von Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“, ist Forschungsbegleitung des Verbundprojekts „Zuwanderer in der Stadt“, Mitarbeiterin im Projekt „Lokale Agenda – Umwelt und Gesundheit“ und Mitglied in der Arbeitsgruppe gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung.

Durch zahlreiche themenspezifische Veröffentlichungen wie „Migranten im Alter – Möglichkeiten kommunaler Altenhilfe“ oder „Armutsbekämpfung im Stadtteil“ verbreitet Ursula Schuleri-Hartje ihr Fachwissen.

Mittel zur Prävention und Gesundheitsförderung würde sie bevorzugt in der Kinder- und Jugendarbeit einsetzen.



Roswitha Verhülsdonk, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Koblenz

Roswitha Verhülsdonk arbeitete u.a. als Referentin in der Jugend- und Erwachsenenbildung der Stadt Koblenz. Ihre politische Tätigkeit begann sie 1969 als Mitglied im Rat der Stadt Koblenz, dem sie bis 1991 angehörte. Von 1972 bis 1994 war sie Mitglied des Deutschen Bundestages, von 1991 bis 1994 Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Familie und Senioren.

Schwerpunkthemen ihrer politischen Arbeit bildeten die Sozialpolitik, Mitwirkung an der Gesetzgebung in den Bereichen Sozialrecht, Arbeitsrecht, Familienrecht und Gesundheitspolitik.

Zahlreiche weitere Ämter nimmt und nahm Roswitha Verhülsdonk wahr, u.a. als Vorstand in einem großen Caritas-Verband. Seit 1996 ist sie Vorsitzende der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen mit 86 Mitgliedsverbänden).

Zur Verwendung von finanziellen Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention macht Roswitha Verhülsdonk gezielte Vorschläge:

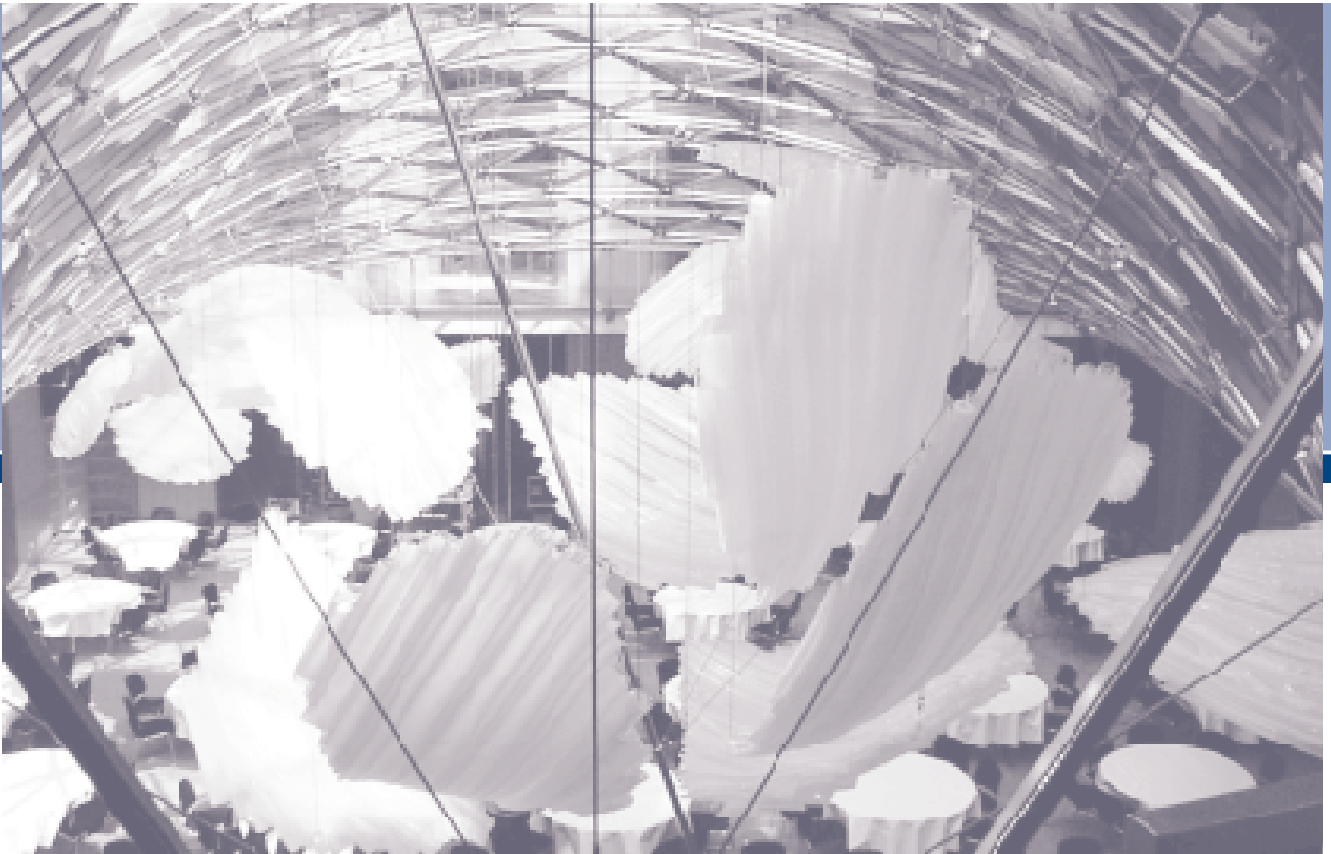
1. Bundesweite Kampagne zeitgleich in den Medien und in Vereinen und Verbänden mit einer Auftaktveranstaltung zum Thema: „Fit ins Alter, fit im Alter“. (Schwerpunkte: Bewegung, Sport, Spiel, gesunde Ernährung, Werbung für freiwilliges Engagement).
2. Präventions-Infomobil, das von Städten, ländlichen Gemeinden angefordert werden kann, wenn eine Präventions-Aktionswoche o.Ä. geplant wird.

(Alle Angaben haben wir den Selbstauskünften der Juroren entnommen)

Die Verleihung des Deutschen Präventionspreises 2005

Zum zweiten Mal – wieder am 22. Juni und wieder im axica, dem Kongress- und Tagungszentrum am Pariser Platz 3 in Berlin – begrüßen wir geladene Gäste zur Preisverleihung, zur Ausstellung und zur Fachveranstaltung des Deutschen Präventionspreises. In der atemberaubenden Architektur von Frank O. Gehry sind sie eingeladen, an diesem Tag die ausgezeichneten Bewerberprojekte des Preisjahres 2005 zu feiern und sich von ihnen für ihre eigene Arbeit inspirieren zu lassen.

- Videografie- und Toneindrücke aus den nominierten Projekten stimmen die Gäste auf das bevorstehende Erlebnis ein. Die Moderation des Tages liegt bei **Thomas Hegemann** aus Leimen, TV-Moderator, Autor und Innovationsberater im Gesundheitswesen.
- Die zweistündige Preisverleihung beginnt um **11 Uhr** mit der **Begrüßung durch Dr. Elisabeth Pott**, anschließend fragt Thomas Hegemann eine Runde hervorragender Projekte dieses und des letzten Jahres **„Können wir voneinander lernen?“** und regt damit Inspirationen zum Dialog der Projekte untereinander an – ein wesentliches Anliegen des Deutschen Präventionspreises.
- Danach präsentiert **Frank Rossi** auf eine ganz ungewöhnliche und faszinierende Weise seine Eingebungen zum Thema: als Bauchredner im Dialog mit seiner „Begleitung“.
- Nun kribbelt es schon ganz gewaltig – die Verleihung der Preise steht bevor. Und wirklich, es passiert: **der feierliche Akt der Preisverleihung**. Vier Preisträger werden nacheinander von den Juroren des Deutschen Präventionspreises in einer Laudatio vorgestellt, auf die Bühne gerufen und erhalten aus den Händen von Frau Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, und Frau Dr. Brigitte Mohn, Mitglied des Vorstands der Bertelsmann Stiftung, ihre mit jeweils 7.500 Euro dotierten Preise überreicht.
- **Evergreens aus acht Jahrzehnten** geben Gästen und Geehrten Gelegenheit, sich auf das nächste Highlight einzustimmen. Sie werden präsentiert von **„vocaldente“**, dem Hannoveraner A-capella-Ensemble mit Biss: Fünfstimmiger perfekter Satzgesang, vokale Rhythmus- und Instrumentenimitationen, eingebettet in eigene, satte Arrangements, das Ganze gewürzt mit selbstironischen Conférencen und witzigen Showeinlagen.
- Nun ist die Spannung greifbar: **Wer wird die Nummer 1?** Diese Frage klärt die Schirmherrin des Deutschen Präventionspreises, Bundesministerin Ulla Schmidt. Sie ergreift das Wort und überreicht anschließend dem ersten Preisträger die 12.500 Euro wertvolle Urkunde in Anerkennung eines in jeder Hinsicht hervorragenden Projekts.
- Die fehlenden 7.500 Euro Preisgeld werden ebenfalls eine gute Verwendung finden: Auch in diesem Jahr ehren die Kooperationspartner des Deutschen Präventionspreises **Persönlichkeiten, die sich mit ihrer Arbeit um die Prävention und Gesundheitsförderung verdient gemacht haben** – und auch sie erhalten hierfür wie die anderen Preisträger eine finanzielle Anerkennung zugunsten ihres Projekts aus den Händen von Dr. Erich Brunn, Geschäftsführer des Gastgebers Takeda Pharma GmbH aus Aachen.



- Die Preisträger bilden die Spitze eines **hervorragenden Bewerberfeldes**. Wie hoch die Qualität der Arbeit auf dem Preisgebiet an vielen Stellen schon ist, beweisen die von der Jury auch für den Deutschen Präventionspreis nominierten Maßnahmen. Auch sie verdienen eine Würdigung. Diese Aufgabe übernimmt stellvertretend für uns alle Moderator Thomas Hegemann, der die Gelegenheit auch nutzt, um nach den Erfahrungen der Projektvertreter zu fragen.
- Sie haben sich ihre Arbeit wirklich nicht leicht und dafür sehr gut gemacht: die **Juroren** dieses Preisjahres, insbesondere Frau Professorin Ursula Lehr und Frau Dr. Beate Robertz-Grossmann, die bereits als Experten der ersten Stunde an der Themendefinition beteiligt waren. Niemand kann es besser bezeugen als die Projektleiterin Mirjam Stierle – und deshalb tut sie es auch an dieser Stelle.
- Die Preisverleihung geht zu Ende, der Deutsche Präventionspreis geht weiter – nicht nur an diesem Tag, sondern auch im kommenden Jahr. Dr. Brigitte Mohn stellt das **Preisthema 2006** vor und lädt die Teilnehmer ein, sich für die Verbreitung der guten Praxisbeispiele aus diesem Wettbewerb einzusetzen.
- In der Pause ab 13 Uhr haben alle Besucher die Gelegenheit, sich körperlich bei einem Imbiss und geistig beim **Besuch der Ausstellung zu stärken** sowie neue Kontakte zu knüpfen und alte Beziehungen zu pflegen.
- Dann wird es von 14 bis 17 Uhr noch einmal fachlich. Dr. Johannes Meier, Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung, referiert über den **demographischen Wandel in Deutschland** und seine Bedeutung für die Zukunft. Auch die Gäste der Veranstaltung sind aufgefordert, ihre Sicht auf den demographischen Wandel zu äußern und zu diskutieren. Die Antworten, die die Preisträger hierauf gefunden haben, geben sie uns in einer **Fragerunde**.
- **„Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Agenda“** werden Gäste und Experten sich drei Zukunftsfragen zuwenden. Welche Rolle kann oder soll das Ehrenamt zur Unterstützung von Prävention in Zukunft spielen? Sind Systemveränderungen nötig, um Beispiele guter Praxis, wie sie heute geehrt wurden, in die Fläche zu bringen? Wie kann Eigenverantwortung für die Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte gefordert und gefördert werden?
- **Das Fazit** des Tages zieht Dr. Brigitte Mohn, die die Gäste einlädt, die Herausforderungen des demographischen Wandels auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention anzunehmen, gemeinsam klare Ziele zu priorisieren und die notwendigen Aktivitäten zur Umsetzung zu beginnen.

Der besondere **Dank** der Träger des Projekts Deutscher Präventionspreis und der Gäste dieses lebendigen Tages gilt dem **Gastgeber Takeda Pharma GmbH aus Aachen!**

Deutscher Präventionspreis 2006

„Gesundheitsförderung und Prävention für werdende Eltern sowie Kinder bis zu drei Jahren und ihre Erziehenden“

„Eltern werden ist nicht schwer, Eltern sein dagegen sehr!“ Die alte Weisheit von Wilhelm Busch hat nichts von ihrer Aktualität verloren. Die Anforderungen, die ein Kind für (werdende) Eltern und seine weiteren Kontaktpersonen mit sich bringt, sind vielfältig und werden oft erst in Krisensituationen bewusst.

Wir wissen heute mehr als je zuvor über Schwangerschaft, prä- und postnatale Entwicklung, über die notwendigen und die hinreichenden Faktoren, die zu einem möglichst gesunden Aufwachsen eines Kindes führen. Dennoch sind viele (werdende) Eltern verunsichert: Was ist normal, was eine Entwicklungsstörung? Was mache ich, wenn das Baby nur noch schreit? Wann füttere ich was? Was tut uns und unserem Kind gut? Sind Laufstall oder Gehhilfe nützlich? Was kann ich / was können wir tun, damit unser Kind so problemlos wie irgend möglich aufwächst? Sind wir gute Eltern? Unabhängig von Bildungs- und sozialer Schicht wünschen Eltern sich mehr Unterstützung bei der Erziehung von Kleinkindern.

Hinzu kommen die Parameter der individuellen kindlichen Entwicklung selbst. Sie verläuft in den ersten Lebensjahren besonders rasant und ist dabei sensibel und störanfällig. Frühkindliche Regulationsstörungen stellen dabei die Vorläufer für Entwicklungsverzögerungen und -störungen in der späteren Kindheit dar. Die Grundmuster der Persönlichkeit werden in dieser Lebensphase festgelegt (Lebensstil, Selbstwert, Ich-Stärke etc.) und viele Fehlentwicklungen im späteren Kindes- und Jugendalter lassen sich auf Probleme der frühen Eltern-Kind-Beziehung zurückführen.

Hier kommen die Rahmenbedingungen für die Entwicklung im Kleinkindalter ins Spiel. Auch das Umfeld, in dem Kinder aufwachsen, unterliegt einem permanenten Wandel. Die familiären Lebensformen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Eineltern- und Patchwork-Familien nehmen zu, ebenso soziale Ungleichheit

und das gesellschaftliche demographische Ungleichgewicht Jung-Alt. Mütter sind häufiger berufstätig, Betreuung muss organisiert werden, und Eltern stehen dann vor der Frage, ob diese denn gut für ihr Kind sei. Psychosoziale Risiken wie etwa ein niedriges Bildungsniveau, die Herkunft aus zerrütteten Familienverhältnissen, chronische familiäre Schwierigkeiten und psychische Auffälligkeiten der Eltern wirken sich negativ auf das Versorgungs- und Erziehungsverhalten aus. Fachleute sind sich einig, dass besonders die Familien, die zahlreichen psychosozialen Risikobelastungen ausgesetzt sind, auf erreichbare, niedrigschwellige Angebote angewiesen sind.

In den ersten drei Lebensjahren gibt es in Deutschland keinen institutionalisierten Zugang zu den Kindern und ihren Familien. Unterstützungsangebote für die vielfältigen Fragen und Anliegen müssen sich also an die Familie selbst als zentrales Setting richten.

Hierfür sind in den vergangenen Jahren vorbildliche Initiativen und Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit ins Leben gerufen worden. Sie konzentrieren sich zum einen auf die Familien selbst, zum anderen auf die außerfamiliären sozialen Beziehungen und den öffentlichen Raum, z. B. Schreieambulanzen, Elternschulen, aufsuchende Beratung, Familienhebammen.

Träger solcher Projekte sind Wohlfahrtsverbände, Hochschulen, E&C Quartiersmanagerinnen und viele andere freie Initiativen.

Der Deutsche Präventionspreis 2006 soll dazu beitragen, solche Initiativen und die Modelle guter Praxis zu identifizieren, der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und damit eine flächendeckende Implementierung zu unterstützen.

Ab Herbst 2005 können sich Projekte und Maßnahmen um den Deutschen Präventionspreis 2006 bewerben, die die bis dahin von der Fachjury erarbeiteten Ausschreibungsbedingungen zum Preisthema 2006 erfüllen. Alle Informationen hierzu finden Sie dann im Internet unter www.deutscher-praeventionspreis.de



Unterstützer gesucht

Damit Beispiele guter Praxis gefunden und in die Breite gebracht werden können, brauchen wir Partner. Wir freuen uns über jeden, der zur Bekanntheit des Deutschen Präventionspreises oder zur finanziellen Unterstützung beiträgt. Was können Sie tun, um den Deutschen Präventionspreis und seine Ziele und Ergebnisse noch erfolgreicher zu machen?

Hier einige Beispiele:

- uns bei der Preisverleihung unterstützen,
- die Publikation zum Wettbewerb finanzieren,
- zur Realisierung vorbildlicher Modelle in der Fläche beitragen,
- Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stellen,
- sich für das Gesamtprojekt engagieren,
- Anzeigen in den eigenen Medien veröffentlichen,
- Informationsveranstaltungen zu den Preisträgerprojekten durchführen,
- Berichte veröffentlichen,
- Flyer zum Wettbewerb versenden.

Auch Ihre Ideen sind uns willkommen. Wir kontaktieren gerne mit Ihnen die für Ihr Haus passenden Unterstützungsbausteine.

Ansprechpartner ist Gunnar Stierle

Tel. 0 52 22-93 00 83

gunnar.stierle@deutscher-praeventionspreis.de

Anschrift: Geschäftsstelle Deutscher

Präventionspreis, c/o Gunnar Stierle –

Projekte im Gesundheitswesen,

Richard-Wagner-Straße 15, 32105 Bad Salzuflen



Wir danken unserem Sponsor Takeda Pharma, der durch sein Engagement hilft, den Deutschen Präventionspreis weiter zu etablieren und den Stellenwert der Prävention hervorzuheben.

Takeda Pharma ist Gastgeber der Preisverleihung des Deutschen Präventionspreises 2005.



Deutscher
Präventionspreis

ein Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung,
des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung
und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Geschäftsstelle Deutscher Präventionspreis
c/o Gunnar Stierle – Projekte im Gesundheitswesen
Richard-Wagner-Str. 15
32105 Bad Salzuflen
Tel. 052 22-930083
Fax. 052 22-930089
www.deutscher-praeventionspreis.de