

Demografischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit

Diakonie für Menschen

**Dokumentation der
Abschlusstagung
zum Jahresthema
der Diakonie am
14. Dezember 2012
in Berlin**

„Altern in der Mitte der
Gesellschaft – Aus dem
Leben schöpfen.
Für mich und für andere“

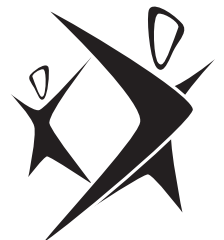


Inhalt

- 3 **Begrüßung und Einführung**
Oberkirchenrat Johannes Stockmeier
- 6 **Gesundheitsausgaben für Ältere:
Wird es unbezahlbar?**
Hartmut Reiners
- 13 **Strategien zur Beschäftigungsfähigkeit bei älter
werdenden Belegschaften**
Dr. jur. Friedrich Mehrhoff
- 15 **Gesundheit und soziale Ungleichheit –
was heißt Gesundheitsförderung für ältere
Menschen im Quartier?**
Prof. Dr. Susanne Kämpers
- 20 **Neuer Profi-Laien-Mix: Chancen, Risiken und
Nebenwirkungen der selbstbestimmten und
selbstorganisierten Altenarbeit**
Karin Nell
- 23 **Medizinische Bedarfe für ältere Menschen –
andere Bedarfe und neue Wege der Rehabilitation**
Dr. Norbert Lübke
- 29 **Und die Diakonie? Welche Herausforderungen
birgt der demografische Wandel für die Diakonie
als konfessionelle Wohlfahrtsorganisation und
Trägerin sozialer Dienste?**
Prof. Dr. Heinz Schmidt
- 35 **Tagungsbericht: „Demografischer Wandel –
zwischen Mythos und Wirklichkeit“
am 14. Dezember 2012 in Berlin**
Pfarrerin Roswitha Kottnik, Dr. Tomas Steffens
- 39 **Impressum**



Europäisches Jahr für **aktives Altern**
und **Solidarität zwischen den Generationen 2012**



Die Veranstaltung wurde gefördert von



Versicherer im
Raum der Kirchen
Die Akademie

Eine Einrichtung der Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

Begrüßung und Einführung

Ein ganzes Jahr lang hat die Diakonie Deutschland das Thema „Altern in der Mitte der Gesellschaft“ begleitet. Wir haben damit das von der EU ausgerufene „Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012“ aufgegriffen und ihm einen diakonischen Akzent gegeben: „Altern in der Mitte der Gesellschaft – aus dem Leben schöpfen, für mich und für andere“ haben wir das diakonische Engagement genannt und damit den Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe betont.

Wir befinden uns mitten im demografischen Wandel, zu Bewusstsein kommt uns dieser Prozess mit dem gesamten Spektrum von Warnungen und Befürchtungen – etwa eines möglichen Kriegs der Generationen – bis hin zu den Erwartungen, dass die Anti-Aging-Forschung es schafft, uns zeitlos jugendlich schön und fit erscheinen zu lassen.

Dazwischen sind wir eingeklemmt und zugleich gefordert, Lösungen für eine alternde Gesellschaft zu finden. Wir erleben etwas, was es zuvor noch nie gab: Wir werden zu einer Gesellschaft des langen Lebens. Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter und die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird kleiner.

Wer aus heutiger Sicht „alt“ ist, kann nicht nur sehr viel mehr gesündere Lebensjahre aufweisen als seine Vorfahren, sondern er ist im Durchschnitt auch gebildeter und finanziell besser gestellt als jede vorhergehende Generation. Zudem: Viele ältere Menschen engagieren sich und beteiligen sich sehr bewusst an der Ausgestaltung der Zivilgesellschaft.

Wir wissen aber auch, dass es „die Alten“ genauso wenig gibt, wie „die Jungen“. Gesundheit und Lebenslage unterscheiden sich in der Gruppe der älteren Menschen erheblich. Wir wollen uns mit der Tagung nicht daran beteiligen, ein geschöntes Bild der Lebenslage vieler älterer Menschen zu zeichnen. Wir wollen als Diakonie, dass alle Menschen die gleiche Chance haben, sich am sozialen Leben zu beteiligen, selbstbestimmt zu leben, sich für ihre Interessen und für das Gemeinwesen zu engagieren, ohne Existenzangst und in sozialer Sicherheit.

Wir wissen zugleich, dass eine neue Altersarmut bereits ihre Schatten voraus wirft – bedingt durch Langzeitarbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Niedriglöhne und ein ins Rutschen gekommenes Rentenniveau. Das gilt besonders, aber nicht ausschließlich für den Osten unseres Landes. Hier ist dringender Handlungsbedarf angesagt – und dieser quer durch alle Politikbereiche!

Die Diakonie Deutschland hat vor kurzem zum Armutsbericht der Bundesregierung Stellung genommen und eine sozialpolitische Umorientierung gefordert. Wir plädieren für eine Politik, die auf existenzsichernde Arbeit ausgerichtet ist, die Anreize für prekäre Beschäftigung abbaut, Mindestlöhne in existenzsichernder Höhe garantiert, das soziokulturelle Existenzminimum verlässlich gewährt und sprechen uns für eine solidarisch finanzierte Mindestrente aus.

Während der Anteil Älterer historische Höchstmarken erreicht, stammen unsere gesellschaftlichen Regelwerke, Strukturen und Institutionen weitgehend aus einer Zeit, in der die Jüngeren den größten Anteil an der Gesamtbevölkerung bildeten. Für die Bewältigung des demografischen Wandels haben wir keine Vorbilder.

Wir hatten uns 2012 bereits in drei großen Veranstaltungen in Berlin, Düsseldorf und Nürnberg mit den aktuellen Entwicklungen unserer Gesellschaft auseinandergesetzt. Unter der Überschrift „Altenarbeit im Gemeinwesen: demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert“ haben Fachleute aus Theorie und Praxis, aus der gerontologischen Forschung sowie aus allen Politikebenen, aus Seniorenvertretungen, Verbänden, Bildungsinstituten und Quartiersprojekten, aus diakonischen Einrichtungen und Diensten miteinander diskutiert und gefragt, wie unsere Gesellschaft gestaltet sein muss, damit sie demografiefest wird. Wir haben die Ideen der Diakonie für eine verlässliche Sockelfinanzierung einer gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit weiter entwickelt, damit die ewige Projektitis endlich ein Ende hat. In der „Düsseldorfer Erklärung“ haben wir zusammengefasst, was uns wichtig ist und auf welchen Weg wir uns machen

wollen. Die drei Tagungen sind in der Reihe Diakonie Texte (Dokumentationen 04.2013, „Finanzierung von Altenarbeit“ im Gemeinwesen) dokumentiert.

Wir müssen also genau hinschauen und auch uns selbst befragen: Sind unsere eigenen Angebote, Einrichtungen und Dienstleistungen demografiefest? Welche – vielleicht versteckten, schrägen – Altersbilder haben wir selbst und transportieren wir in unsere Arbeitsfelder? Die Sozialraumorientierung wird viel stärker ins Blickfeld kommen müssen, denn Nachbarschaft und Quartier bestimmen den Lebensmittelpunkt Älterer. Sind wir dafür gerüstet? Verstehen wir Diakonie als eine Mitakteurin, als Mitgestalterin des Wandels?

Eines ist sicher: was Älteren zugute kommt ist auch für Jüngere ein Gewinn, Barrierefreiheit, gute Infrastruktur, bezahlbare Dienstleistungen, angstfreie Orte: das ist gut für alle.

Diese Herausforderungen zu bewältigen ist keine Aufgabe einzelner, sondern eine gesamtgesellschaftliche. Kein Bereich unserer Gesellschaft ist von den Auswirkungen des demografischen Wandels ausgenommen, Bildung und Beschäftigung, Pflege und gesundheitliche Versorgung, Wohnungswirtschaft und Infrastruktur, freiwilliges Engagement und bezahlte Arbeit. Weil dies so ist, haben wir Sie mit Ihren ganz unterschiedlichen Professionen zu uns eingeladen zu einer Standortbestimmung und zu kreativen Beiträgen, was getan werden muss, um nicht einem Mythos zu unterliegen, sondern um Wirklichkeit zu gestalten!

Wir haben uns im ersten Teil der Tagung mit einigen grundsätzlichen Fragen, die der demografische Wandel hervorruft, beschäftigt und damit auch einen fachlichen und politischen Kontrapunkt zu einer Kommunikation gesetzt, die jahrelang die öffentliche Diskussion bestimmte: Es ist der apokalyptische Katastrophendiskurs, der sich darin gefällt, immer wieder dieselben Schreckensszenarien auszumalen, die mit dem demografischen Wandel angeblich verbunden sind. Die Erzählung von der Unentrinnbarkeit eines demografischen Schicksalszwangs, der über uns kommt, und den wir angeblich nicht gestalten können, ist der Grund dafür, dass wir die Tagung mit dem Begriff des Mythos in Verbindung gebracht haben.

In Verbindung mit diesem Diskurs steht die Überzeugung, dass der Sozialstaat, insbesondere die gesetzliche Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit kommen. In unterschiedlichen Ausprägungen wird die Absenkung des sozialstaatlichen Leistungsniveaus empfohlen, das die Bürgerinnen und Bürger durch private Leis-

tungen kompensieren sollen. Die ersten beiden Beiträge der Tagung haben sich mit diesen Überzeugungen aus fachwissenschaftlicher Sicht auseinandergesetzt.

Dr. Bernhard Braun, dessen Beitrag nicht dokumentiert werden kann, im zusammenfassenden Tagungsbericht jedoch skizziert wird, hat den Wissensstand zum demografischen Wandel dargestellt und wie durch Zurkenntnisnahme sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschungen anstelle des lähmenden apokalyptischen Diskurses sich ein politischer Gestaltungsspielraum eröffnet werden kann.

Hartmut Reiners hat sich aus einer gesundheitsökonomischen Perspektive mit der Frage auseinandergesetzt, ob und wie die solidarische Krankenversicherung in der Lage ist, die mit dem demografischen Wandel verbundenen Ausgaben zu tragen – und in seinem Beitrag liebgewonnene Mythen auseinandergelegt.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurde exemplarisch erörtert, wie diakonische Handlungsfelder vom demografischen Wandel betroffen sind und welche Gestaltungsmöglichkeiten sich eröffnen.

Mit dem demografischen Wandel wird ein altes, ja klassisches Thema, die Verbindung von Arbeit und Gesundheit, wieder wichtig. Nicht nur die Arbeitnehmer wollen gesund älter werden und ihre Arbeitsfähigkeit erhalten, die Unternehmen sind aus Eigeninteresse dabei, sich auf älter werdende Belegschaften einzustellen. Dr. Mehrhoff von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erörtert, welchen Beitrag betriebliche Prävention, Eingliederungsmanagement und Rehabilitation leisten können, damit Arbeitnehmer gesund und die Unternehmen leistungsfähig bleiben.

Das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit wird in Politik und Öffentlichkeit gerne verdrängt. Mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen ist aus der Sicht der Diakonie eine zentrale Aufgabe der Politik. Deshalb kann sich die Prävention nicht auf diejenigen beschränken, die gleichsam von Haus aus, nämlich durch ihren sozialen Status, die meisten Ressourcen und besten Gesundheitschancen haben. Prof. Susanne Kümpers wird darlegen, wie Gesundheitsförderung bei armen älteren Menschen im Sozialraum gestaltet werden kann. Damit skizziert sie zugleich ein Aufgabenfeld der Gemeinwesendiakonie.

Ältere Menschen sind schon lange keine Objekte einer vornehmlich betreuenden Altenarbeit mehr. Wie die Menschen in den jüngeren Altersklassen auch, wissen sie am besten, was

für sie gut ist. In dem Maße, in dem die Altenarbeit selbstbestimmt und selbstorganisiert ist, verändern sich die Aufgaben der professionellen Helfer. Dazu hat Karin Nell vom Evangelischen Erwachsenenbildungswerk Nordrhein Impulse gegeben.

Die medizinische Rehabilitation ist der Teilbereich der gesundheitlichen Versorgung, in dem – ganz anders akzentuiert als im kurativen System – die Sicherung der sozialen Teilhabe, die mit der gesundheitlichen Störung verbunden ist, im Vordergrund steht. Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenzzentrums Geriatrie des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der medizinischen Dienste, hat erläutert, wie das Reha-System der Zukunft aussehen muss, das den Bedarfen der älter werdenden Gesellschaft und den Teilhabeansprüchen der älteren Menschen gerecht wird.

Und die Diakonie? Wie muss die Diakonie aufgestellt sein, welche Rolle will sie in einer älter werdenden Gesellschaft spielen? Die Diakonie ist sowohl als Träger gesundheitlicher und sozialer Dienste als auch als konfessioneller Wohlfahrtsverband, damit als sozialpolitischer Akteur mit evangelischem Profil angesprochen. Prof. Heinz Schmidt, langjähriger Direktor am Diakoniewissenschaftlichen Institut der Universität Heidelberg, hat hierzu Anregungen gegeben.

Das Anliegen von Pfarrerin Roswitha Kottnik ist es, die Diakonie als zivilgesellschaftliche Akteurin im Sozialraum sichtba-

rer zu machen. Es ging und geht ihr um eine neue Zusammenarbeit von Kirchengemeinde und Diakonie unter dem Leitbegriff der Gemeinwesendiakonie. Diakonisches Handeln im Sozialraum orientiert sich an einem differenzierten Altersbild, den unterschiedlichen Lebensbedingungen älterer Menschen, ihren Ansprüchen auf soziale Teilhabe und Selbstbestimmung, sie fördert das Engagement älterer Menschen, das unsere Gesellschaft reicher macht, und ist zugleich sensibel für den Unterstützungsbedarf älterer Menschen. Die Frage, die Pfarrerin Kottnik beschäftigt, wie die Aufgaben zwischen Kommune, Zivilgesellschaft, Sozialversicherungen und anderen Akteuren angesichts des demografischen Wandels zu gestalten sind, hat die Veranstaltung als Thema durchzogen.

Mein Dank gilt der Akademie der Bruderhilfe, Versicherer im Raum der Kirchen für die großzügige Unterstützung bei den Tagungen zum Jahresthema. Diese Unterstützung hat Planung und Durchführung der Veranstaltungen sehr erleichtert.

Oberkirchenrat Johannes Stockmeier,
Präsident Diakonie Deutschland

Hartmut Reiners

Gesundheitsausgaben für Ältere: Wird es unbezahlbar?

Lassen Sie mich vorab drei Feststellungen machen, die ich im weiteren Verlauf dieses Vortrags näher begründen werde:

1. Wir müssen wegen der demografischen Entwicklung und der ökonomischen Besonderheiten des Gesundheitswesens mit steigenden Gesundheitsausgaben rechnen.
2. Das ist eine weder die Volkswirtschaft noch das solidarisch finanzierte Sozialleistungssystem zwangsläufig überfordernde Entwicklung. Gegenteilige Behauptungen basieren auf fragwürdigen Annahmen mit sich selbst erfüllenden Prophezeiungen.
3. Richtig ist, dass ohne eine grundlegende Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen sowie eine konsequente Qualitätssicherung nach dem Prinzip der evidenzbasierten Medizin die Beiträge für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung eine vor allem für untere und mittlere Einkommensgruppen kaum zumutbare Höhe erreichen können.

Mythos „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“

Seit über 30 Jahren werden wir regelmäßig mit apokalyptischen Visionen eines nicht mehr bezahlbaren Gesundheitswesens belästigt, die eines gemeinsam haben: ihre alarmistische Tonlage steht in deutlichem Kontrast zu ihrer dürftigen empirischen Substanz. Nach wie vor ist von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Rede, obwohl die Statistiken für eine solche dramatisierende Metapher schon seit Ende der 1970er Jahre nichts mehr hergeben, wie unten stehende Tabelle zeigt.

Es hat Perioden mit einem sprunghaften Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben und der GKV am Bruttoinlandsprodukt gegeben. Zwischen 1970 und 1975 sowie zwischen 1990 und 1995 war dafür vor allem ein erhöhter Investitionsbedarf verantwortlich (Modernisierung der Krankenhäuser, Sanierung des Gesundheitswesens in den neuen Ländern). Die auffallende Steigerung zwischen 2005 und 2010 hingegen hat nichts mit Entwicklungen im Gesundheitswesen zu tun,

Gesundheitsausgaben 1970 – 2010 *

Jahr	Gesundheitsausgaben (Prozent des BIP)	GKV-Ausgaben (Prozent des BIP)	Durchschnittlicher GKV-Beitragssatz
1970	6,0	3,5	8,24
1975	8,4	5,7	10,04
1980	8,4	5,8	11,36
1985	8,8	6,0	11,73
1990	8,3	5,5	12,20
1995	10,1	6,6	13,15
2000	10,3	6,5	13,57
2005	10,7	6,4	14,19
2010	11,7	7,1	15,50

Quelle: Destatis, BMG, eigene Zusammenstellung. *1970 bis 1990: Alte Bundesländer

sondern mit dem wirtschaftlichen Einbruch in den Jahren 2008/2009. Alles in allem belegt die Tabelle eine moderate Entwicklung nicht nur der Gesundheitsausgaben insgesamt, sondern auch und vor allem der Krankenkassenausgaben.

Relativ zum Bruttoinlandsprodukt steigende Gesundheitsausgaben sind an sich keine dramatische Angelegenheit, sondern aus der volkswirtschaftlichen Perspektive ein ganz normaler Vorgang. Das Gesundheitswesen ist ein personalintensiver Wirtschaftszweig, dessen Leistungen im Verhältnis zu den Produkten der verarbeitenden Industrie zwangsläufig teurer werden. Wir geben heute einen größeren Teil unseres Einkommens für Dienstleistungen aus als früher, dafür aber relativ weniger für Konsumgüter und Lebensmittel. Vor 50 Jahren verschlang der Kauf eines Fernsehers die Hälfte des monatlichen Durchschnittseinkommens einer Familie, heute etwa 15 Prozent, bei einer deutlich höheren Produktqualität. Zudem ist das Gesundheitswesen eine Wachstumsbranche mit einem großen Jobpotenzial. So, wie früher die Industrie die überzähligen Beschäftigten in der Landwirtschaft auffing, wandern heute die Arbeitsplätze von der Industrie zum Dienstleistungssektor. Die arbeitsmarktpolitische Bedeutung des Gesundheitswesens wächst beständig.

Das Problem liegt auf einer anderen Ebene. Eigentlich sollte man erwarten, dass sich die Krankenkassenbeiträge in etwa im Gleichschritt mit den GKV-Ausgaben bewegen. Faktisch sind sie aber – siehe Tabelle – deutlich stärker gestiegen. Das kann rein rechnerisch nur eine Ursache haben: Die Einnahmen der GKV bleiben hinter der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung zurück. Das wiederum hängt mit den wachsenden Einkommensdisparitäten und der Tatsache zusammen, dass die GKV wegen der niedrigen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze untere und mittlere Einkommensgruppen deutlich stärker belastet als Besserverdienende. Das belegen folgende Fakten:

- Die Lohnquote, das heißt der Anteil der Arbeitnehmer am Volkseinkommen, ist von 72,1 Prozent in 2000 auf 66,7 Prozent in 2011 gesunken. Die (inflationsbereinigten) Reallöhne sanken zwischen 2005 und 2010 um 7 Prozent.
- Durch die niedrige Beitragsbemessungsgrenze (2012: 3.823,50 Euro p.m.) zahlt ein freiwillig Versicherter mit 6000,00 Euro p.m. einen Versichertenanteil von 313,65 Euro, das heißt einen Beitragssatz von 5,23 Prozent, Versicherungspflichtige hingegen 8,2 Prozent.

- Die Einbeziehung aller Erwerbstätigen in die GKV und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau (5.600,00 beziehungsweise 4.800,00 Euro p.m.) würde den durchschnittlichen GKV-Beitrag um 2 Prozentpunkte senken.

Demografische Entwicklung und Gesundheitsausgaben

Mit diesem Hinweis auf den Reformbedarf bei den Finanzierungsgrundlagen der GKV sollen die Probleme in der Ausgabenentwicklung nicht klein geredet werden. Keine Frage, der Altersdurchschnitt der Bevölkerung wird deutlich steigen und damit auch der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen. Diese Entwicklung trifft im Gesundheitswesen auf einen Wirtschaftszweig, der, wie erwähnt, schon wegen seiner hohen Personalintensität einen wachsenden Anteil am Bruttoinlandsprodukt haben wird. Aus dieser Gemengelage erwachsen Steuerungs- und Verteilungsprobleme, die sicher nicht einfach und konfliktfrei zu bewältigen sein werden. Jedoch weist bereits die Tatsache, dass Japan einen deutlich höheren Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen als Deutschland hat, aber nur circa 70 Prozent unserer pro Kopf-Ausgaben für Gesundheit verzeichnet, darauf hin, dass es sich um ein prinzipiell lösbares Problem handelt. Das von notorischen Talkshowgästen und sich als kritische Mahner aufspielenden Publizisten entworfene Bild einer vergreisenden Gesellschaft, in der das Gesundheitswesen mit seinem Expansionsdrang die volkswirtschaftlichen Ressourcen auffrisst und die jüngeren, wirtschaftlich aktiven Jahrgänge von den Kranken und Alten ausgebeutet werden, ist unseriöse Effekthascherei.

Zu der in Zukunft zu erwartenden Entwicklung der Krankenkassenbeiträge sind eher verwirrende als erhellende Schätzungen im Umlauf. Schon eine vor 10 Jahren von der Enquête-Kommission „Demografischer Wandel“ zusammengestellte Übersicht von 16 Beitragssatzprognosen aus den Jahren 1995 bis 2002 ergab für das Jahr 2030 Schwankungen zwischen 16 und 26 Prozent, für 2040 zwischen 15 und 34 Prozent sowie für 2050 beziehungsweise 2055 zwischen 17 und 26 Prozent. Diese großen Divergenzen basieren auf unterschiedlichen und teilweise hoch spekulativen Annahmen über ein Bündel von variablen Einflussfaktoren, als da vor allem sind:

- Auswirkungen der Altersstruktur der Bevölkerung auf den Behandlungs- und Betreuungsbedarf

- die Entwicklung und Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts
- Reduzierung beziehungsweise Spreizung der sozialen Ungleichheit
- das allgemeine Wirtschaftswachstum mit seinen Produktivitäts- und Verteilungseffekten sowie
- die Finanzierungs- und Versichertenstruktur der GKV

Die Frage, ob der zunehmende Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen zu wachsenden Gesundheitsausgaben führt, ist gar nicht so klar zu beantworten, wie es zunächst scheint. Auf jeden Fall ist, wie Bernard Braun in seinem Vortrag gezeigt hat, die gängige Vorstellung, die Menschen würden mit zunehmendem Alter immer kränker und behandlungsdürftiger, nicht richtig. Aber: die über 65-Jährigen stellen in Deutschland gegenwärtig etwa 20 Prozent der Bevölkerung, haben aber mit etwa 45 Prozent einen mehr als doppelt so hohen Anteil an den Leistungsausgaben der GKV. Diese Bevölkerungsgruppe wird ab 2020 deutlich wachsen, wenn die „Baby-Boomer“ der Jahrgänge 1955 bis 1965 nach und nach diese Altersgrenze überschreiten. Dementsprechend ist es nicht zu leugnen, dass die Gesundheitsausgaben entsprechend steigen werden. Aber diese Entwicklung verläuft nicht analog zur Höhe des Durchschnittsalters.

Die durchschnittlichen Behandlungsausgaben pro Kopf haben zwischen dem 75. und 89. Lebensjahr ein deutlich geringeres Wachstum als zwischen dem 60. und 74. Lebensjahr, und sie bleiben ab dem 85. Lebensjahr konstant. Verschiedene Studien zeigen, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für akutmedizinische Behandlungen ab der Altersgruppe von 70 bis 75 Jahren sinken. In den USA belegte bereits in den 1980er Jahren eine Untersuchung der staatlichen Rentner-Krankenversicherung „Medicare“, dass die über 80-Jährigen erheblich weniger Leistungsausgaben aufwiesen als die unter 65-Jährigen. Dafür gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen. Hochbetagte

- haben bestimmte kostenträchtige Eingriffe bereits hinter sich
- sind eine gesellschaftliche Selektion von „gesunden Alten“
- können aggressiven Therapien nicht mehr ausgesetzt werden
- haben bei langjährigen Krankheiten wegen der vorab bereits erfolgten diagnostischen Abklärungen geringere Fallkosten

Auch ist gut belegt, dass der weitaus größte Teil der Gesundheitsausgaben im Laufe eines Menschenlebens in den beiden Jahren vor dem Tod anfällt, wobei es offenbar einen gegenläufigen Zusammenhang mit dem Todesalter gibt. Eine aktuelle Studie des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass die durchschnittlichen Fallkosten in Krankenhäusern bei 500 Euro lagen, bei den über 85-Jährigen nur bei 400 Euro. Bei den Sterbefällen sind die Behandlungskosten bei den bis zu 30-Jährigen mehr als doppelt so hoch wie bei den über 65-Jährigen.

Diese Zahlen sind insofern zu relativieren, als sie sich auf die medizinische Behandlung beziehen und die vor allem bei Hochbetagten anfallenden Aufwendungen für Pflege und häusliche Betreuung nur unzureichend erfassen. In diesem Bereich werden viele, wenn nicht die meisten Leistungen gegenwärtig privat erbracht. Das gilt zum Beispiel für die häusliche Betreuung von Demenzkranken, die erst ab 2013 zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört. Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit gesetzlich neu geregelt werden muss, was mit steigendem Betreuungsaufwand verbunden sein wird. Ohne eine Anhebung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung wird das nicht zu finanzieren sein. Allerdings, auch darin sind sich Fachleute weitgehend einig, wird man dieses Problem nicht allein mit professioneller Hilfe bewältigen können. Erforderlich ist eine neue Form des organisierten Zusammenwirkens von Gesundheitsberufen beziehungsweise professionellen Versorgungsstrukturen und Laienkompetenz beziehungsweise Selbsthilfe. Sonst droht uns nicht nur eine ebenso teure wie ineffektive Medikalisierung sozialer Probleme, sondern auch eine wachsende Überforderung der betreuenden Familienangehörigen.

Nicht mehr bezahlbarer medizinischer Fortschritt?

Im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung wird dem medizinischen Fortschritt eine die GKV-Finanzierung sprengende Wirkung nachgesagt. Die moderne Medizin befindet sich in einer Fortschrittsfalle, behaupten etliche Gesundheitsökonominnen. Sie könne immer mehr leisten, lasse sich aber immer weniger für alle Bürger finanzieren. Studien von Gesundheitsökonominnen aus den 1990er Jahren scheinen zu belegen, dass die Zuwachsraten der GKV-Ausgaben nur wegen medizinischer Innovationen jährlich um 1 bis 2 Prozent über dem durchschnittlichen Wirtschaftswachstum liegen. Der Gesundheitswissenschaftler Fritz Beske errechnete daraus in Verbindung mit den Auswirkungen der demografischen Entwicklung

für das Jahr 2060 einen Beitragssatz von bis zu 46 Prozent. Das ist, mit Verlaub, Unsinn und unverantwortliche Panikmache.

Den Protagonisten der These, der medizinische Fortschritt führe zwangsläufig zu überproportional steigenden Gesundheitsausgaben, müsste eigentlich die moderate Entwicklung der GKV-Ausgaben in den vergangenen 30 Jahren (siehe oben) ein Rätsel sein. Denn in diesem Zeitraum hat es große medizinische Fortschritte gegeben. Hier nur einige Beispiele:

- Es wurden künstliche Gelenke mit hoher Lebensdauer entwickelt, die für viele Menschen eine große Erleichterung in der Bewältigung des Alltags sind.
- Die minimal-invasive Chirurgie ermöglicht Eingriffe mit kurzer stationärer Verweildauer, die früher entweder gar nicht möglich oder mit einem längeren Krankenhausaufenthalt verbunden waren.
- Neue bildgebende Verfahren beschleunigen den Diagnoseprozess und geben dabei eine höhere Treffsicherheit. Sie sind für die tägliche Arbeit von Ärzten eine große Erleichterung und haben auch zur Schonung der Patienten beigetragen. So sind zum Beispiel explorative Öffnungen der Bauchhöhle kaum noch erforderlich.
- Zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in der Krebstherapie und in der Psychiatrie beziehungsweise Neurologie wurden Medikamente mit deutlichem Zusatznutzen entwickelt.
- Organtransplantationen wurden durch eine effektive Beherrschung von Abstoßungsreaktionen zur technischen Routine.

Diese Innovationen sind zwar mit teilweise hohen Fallkosten verbunden, aber deshalb müssen nicht die gesamten Behandlungsausgaben überproportional steigen. Viele der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden haben einen Rationalisierungseffekt, der allerdings schwer messbar ist, weil er sich eher langfristig zeigt. Auf jeden Fall muss man, um die tatsächlichen Ausgabeneffekte medizinischer Innovationen zu erfassen, ihre Fallkosten mit den Behandlungsausgaben saldieren, die angefallen wären, wenn es diese Neuerungen nicht gegeben hätte. So wären zum Beispiel anstelle eines künstlichen Hüftgelenks medikamentöse und physiotherapeutische Behandlungen erforderlich gewesen. Ein Hilfsindikator für den Rationalisierungsprozess im Gesundheitswesen ist die deutlich verringerte Verweildauer von Patienten in Krankenhäusern, die etwa durch Fortschritte in der Chirurgie und in der ambulanten nachstationären Therapie

erreicht wurden. Sie hat sich in den vergangenen 20 Jahren im Durchschnitt von 14 auf 7 Tage halbiert.

Weniger der medizinische Fortschritt an sich bringt ein Kostenproblem, als vielmehr dessen unwirtschaftliche Umsetzung. Dem Medizinbetrieb wohnt ein Trend zum „add on“ inne. Neue Diagnose- und Behandlungsverfahren ersetzen nicht immer die alten Methoden, sondern werden oft zusätzlich eingesetzt, auch dann, wenn sich deren mangelnder Nutzen herumgesprochen haben müsste. Hinzu kommt, dass etliche im Prinzip wirksame Verfahren übermäßig oder falsch angewendet werden. Der in der vergangenen Woche vorgestellte Krankenhausreport 2013 bietet zahlreiche Belege für dieses nicht nur in ökonomischer, sondern auch in ethischer Hinsicht problematische Phänomen. So steht etwa die im Einzelfall oft überflüssige Anwendung bildgebender Verfahren in einem schlechten Verhältnis zu dem damit erzielten klinischen Nutzen. Das gilt zum Beispiel für hochbetagte Patienten, bei denen diese aufwändigen Diagnosen oft keine anwendbare Therapie mehr entgegensteht. Auch sind minimal-invasive Eingriffe nicht per se nützlich, wie die viel zu häufig durchgeführten Koronarinterventionen (Stents et cetera) zeigen. Dort erfolgten 2007 in Deutschland 550 Eingriffe pro 100.000 Einwohner, während der Durchschnitt der OECD-Länder bei 200 lag, ohne dass die Sterblichkeitsrate ischämischer Herzkrankheiten bei uns niedriger war. Ähnliche Trends belegt der Krankenhausreport für die Implantation künstlicher Hüftgelenke.

Die vom British Journal of Medicine im Clinical Evidence Handbook erstellte Übersicht zur Bewertung medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren ergab, dass nur zwischen 34 und 43 Prozent der medizinischen Leistungen einen wissenschaftlichen Nutzen- und Wirksamkeitsnachweis hatten. Man kann diese Relationen in Frage stellen, zumal für die Therapie einiger Krankheiten der Nachweis einer Evidenz wegen der zu geringen Fallzahl gar nicht erbracht werden kann. Aber unstreitig ist, dass viele Verfahren und Therapien, die als medizinischer Fortschritt angepriesen werden, entweder keinen oder nur einen unbedeutenden Zusatznutzen haben. Das gilt in besonderem Maß für Arzneimittel. Der Arzneiverordnungsreport berichtete 2008, dass von den seit 1978 neu zugelassenen 938 Wirkstoffen nur 227 therapeutisch bedeutsame neue Wirkprinzipien haben. Weitere 197 Wirkstoffe weisen nur verbesserte pharmakodynamische oder pharmakokinetische Eigenschaften auf, haben also auch einen gewissen Zusatznutzen. 514 neue Arzneimittel, also mehr als die Hälfte, sind Analog-Präparate, die keinen Fortschritt gegenüber bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten darstellen und auch „Me too“-Präparate genannt werden.

Diese Beispiele für fragwürdige Praktiken im Gesundheitswesen ließen sich beliebig ergänzen. Aber sie zeigen schon in der hier gebotenen Kürze, dass weniger die Frage gestellt werden muss, ob die Medizin zu viel kann, sondern eher, ob sie nicht zu viel verspricht. Am Ende seiner voluminösen Geschichte der Medizin zieht der Medizinhistoriker Roy Porter ein ernüchterndes Fazit: „Die Medizin hat zu übersteigerten Erwartungen geführt, welche die Öffentlichkeit gern übernahm. Da aber diese Erwartungen ins Unermessliche wachsen, werden sie unerfüllbar: Die Medizin wird ihre Grenzen neu definieren müssen, auch wenn ihre Möglichkeiten immer größer werden.“ Demnach droht der modernen Medizin tatsächlich eine Fortschrittsfalle. Aber nicht, weil ihre Entwicklung die vorhandenen ökonomischen Ressourcen übersteigen, sondern weil sie oft überwertet und mystifiziert werden. Aus dieser Falle kommt die Medizin nicht durch vermehrten Ressourceneinsatz mit immer geringerem Zusatznutzen heraus, sondern durch die nüchterne und transparente Bewertung ihrer eigenen Möglichkeiten. Das ist nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine ethische Frage, die in den Fokus der gesundheitspolitischen Debatte gerückt werden muss.

Der BÄK-Präsident Frank Montgomery fordert in diesem Zusammenhang eine Priorisierung medizinischer Leistungen. Ein Expertengremium solle darüber befinden, welche Leistungsbereiche vorrangig gefördert werden sollten. Mal abgesehen davon, dass solche Konzepte in Skandinavien bereits in den 1990er Jahren gescheitert sind, wird damit so getan, als ob es bei uns kein Gremium geben würde, das kompetent darüber entscheidet, welche medizinischen Behandlungsmethoden effektiv und von den Krankenkassen zu vergüten sind und welche nicht. Genau das ist die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Er ist das wohl wichtigste Gremium im GKV-System, weil in ihm festgelegt wird, welche Leistungen als medizinisch notwendig und effektiv gelten und daher von der GKV zu vergüten sind. Er wird deshalb auch der „kleine Gesetzgeber“ genannt. Der G-BA hat ein gemeinsames Beschlussgremium, bestehend aus einem unparteiischen hauptamtlichen Vorsitzenden mit zwei hauptamtlichen Vertretern sowie jeweils fünf Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (Ärzte und Krankenhäuser). Patientenvertreter haben ein Mitspracherecht und das Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung, aber kein Mitentscheidungsrecht, das sie auch gar nicht haben wollen.

Der G-BA wird unterstützt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das die internationalen Forschungsergebnisse zur Qualität und zum Nutzen

neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auswertet. Damit hat der Grundsatz der „evidenzbasierten Medizin“ Einzug in das deutsche Gesundheitswesen gehalten. Dabei handelt es sich um ein international bewährtes Verfahren zur kontinuierlichen Bewertung und Umsetzung medizinischer Innovationen. Angesichts der für den einzelnen Arzt nicht zu bewältigenden Flut von Informationen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einerseits, der individuell sehr unterschiedlichen Anforderungen durch die Patienten andererseits, soll den Ärzten eine praktische Hilfe in der Umsetzung des aktuellen Wissensstands in der Medizin gegeben werden. Es ist keine die Therapiefreiheit beschneidende „Kochbuchmedizin“, wie sie einige Ärztfunktionäre abfällig bezeichnen, sondern eine Unterstützung zur Beurteilung angeblicher und tatsächlicher medizinischer Innovationen. Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 eingeführten Regelungen zur Nutzenbewertung auf Basis internationaler Studien stellen einen kaum zu überschätzenden Fortschritt in der Modernisierung unseres Gesundheitswesens dar.

Überfordern wachsende Gesundheitsausgaben die solidarische GKV-Finanzierung?

Alles in allem kann festgehalten werden, dass die demografische Entwicklung in Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt nicht zwangsläufig zu unfinanzierbaren Gesundheitsausgaben oder zur Rationierung von medizinischen Leistungen führt. Dennoch werden wir uns, wie bereits betont, auf höhere Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge einstellen müssen. Nun wird behauptet, die Umlagefinanzierung der GKV sei von dieser Entwicklung überfordert und man müsse mehr Vorsorge über das Prinzip der Kapitaldeckung betreiben. Dabei wird ein Teil der Versicherungsbeiträge – in der privaten Krankenversicherung sind es im Durchschnitt ein gutes Drittel – in einen Kapitalstock eingezahlt, aus dessen Erträgen die mit dem Alter steigenden Behandlungskosten abgedeckt werden sollen. Das klingt vernünftig, ist aber mit dicken Fallstricken verbunden.

Der PKV-Verband schaltet Anzeigen mit dem Slogan „Vorbildlich: Eine Krankenversicherung mit eingebauter Altersvorsorge“. Er bedient damit die Vorstellung, man könne die demografischen Risiken mit einer Art kollektivem Sparbuch absichern, von dem man bei Bedarf Geld für Rentenzahlungen und altersbedingte Gesundheitsausgaben abheben kann. Das ist die Projektion der Volksweisheit „Spare zur Zeit, dann hast du in der Not“ auf das Sozialbudget. Der Ökonom Peter Bofinger hat diese Denkweise einmal im Zusammenhang mit der Finanzpolitik als „Hausväterökonomie“ bezeichnet. Sie

gründet auf der Schimäre, der Staatshaushalt und das Sozialbudget unserer Volkswirtschaft funktioniere wie ein Privathaushalt, der für zu erwartende Ausgaben in der Zukunft, etwa für das Studium der Kinder, Rücklagen bildet. Die moderne Volkswirtschaft kennt aber kein Sparschwein oder einen Tresor wie den von Dagobert Duck, den man bei Bedarf anzapfen kann.

Es gilt vielmehr der schon vor 60 Jahren von Gerhard Mackenroth, einem der geistigen Väter unseres Rentenversicherungssystems, formulierte und als „Mackenroths Gesetz“ in die Geschichte der Sozialpolitik eingegangene Kernsatz, „dass aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss.“ Anders ausgedrückt: Die Altersrisiken müssen stets dann von einer Volkswirtschaft getragen werden, wenn sie in Form von Renten und Gesundheitsausgaben konkret anfallen. Demnach lassen sich demografische Risiken nicht durch ein bestimmtes Finanzierungssystem wegzaubern, sie gelten sowohl für das Umlage- als auch für das Kapitaldeckungsverfahren. Beide basieren auf Rechtsansprüchen und Anwartschaften für eine Beteiligung am zukünftigen Volkseinkommen, die in Form von Steuern beziehungsweise Abgaben oder Versicherungsbeiträgen an einen Fonds entstehen, der die Altersrisiken finanziell absichert. Entscheidend für die Einlösung dieses Generationenvertrages ist immer die Leistungsfähigkeit der Sicherungssysteme zu dem Zeitpunkt, an dem die Ansprüche an das jeweilige System fällig werden. In dieser Hinsicht gibt es keinen Unterschied zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Während sich das Umlagesystem aus den Einkommen der jeweiligen Erwerbsbevölkerung und dem Sozialbudget finanziert, benötigt das Kapitaldeckungsverfahren zur Erfüllung seiner Verpflichtungen ein ausgewogenes Verhältnis von Sparern und Entsparern. Akkumulierte Reserven lassen sich nur dann ohne Verluste für die Älteren aktivieren, wenn die sparende Generation mit ihren Einlagen entsprechend hohe Mittel zu ihrer Refinanzierung einschießt. Bringen mehr Entsparer ihr Portfolio auf den Markt, als Sparer zu kaufen bereit oder finanziell in der Lage sind, führt dies zwangsläufig zu einer Entwertung der angehäuften Altersrückstellungen. Das gesparte Geld ist nicht mehr so viel wert, wie zum Einzahlungstermin erhofft; man kann damit nicht mehr so viele Güter kaufen, wie man sich mal ausgerechnet hatte. Genau dieses als „asset meltdown“ bekannte Phänomen droht bei der prognostizierten demografischen Entwicklung. Kommen heute noch 1,7 Sparer auf einen Entsparer, so wird diese Relation bis 2040 angesichts der geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1965 auf 1:1 sinken, wenn nicht negativ ausfallen. Es ist

aber kalkulatorisch ein Verhältnis von mindestens 1,2 zu 1 erforderlich, wenn die Versicherungsunternehmen und deren Kunden keine Wertverluste des angesparten Kapitals erleiden sollen.

Man sieht, auch die privaten Versicherungssysteme haben ein Demografieproblem. Hinzu kommt ihre Abhängigkeit von den Finanzmärkten mit deren chronischer Krisenanfälligkeit. Der Crash im Oktober 2008 war kein Betriebsunfall. Vorausgegangen waren 1997 die Asien-Krise („Tigerstaaten-Rallye“) und 2001/2002 das Platzen des New Economy-Booms („Dotcom-Blase“). Diese periodischen Krisen sind immanente Eigenschaft eines unregulierten globalen Finanzmarktes. Dieser lässt sich als ein selbstreferenzielles System mit einer manisch-depressiven Psychopathologie seiner Akteure beschreiben, in dem jeder Zusammenhang zur Realwirtschaft ausgelöscht ist. Was zählt, sind nicht die mittel- bis langfristigen Perspektiven von Wirtschaftsunternehmen, sondern die kurzfristigen Verkaufserfolge und „Hypes“ auf dem Börsenparkett.

Diesen Prozess, in dem bei allgemeiner Entscheidungsunsicherheit alle Akteure des Finanzmarktes darauf schauen, was die anderen machen, und man sich gegenseitig hochschaukelt oder mit Depressionen infiziert, hat der amerikanische Ökonom Hyman P. Minsky bereits in den 1970er Jahren in seiner Theorie der finanziellen Instabilität analysiert. Bestimmte Finanzprodukte, wie zum Beispiel die berühmtesten Kreditderivate, versprechen große Gewinne. Die Banken geben angesichts steigender Kurse entsprechender Fonds bedenkenlos im großen Stil Kredite für diese Geschäfte, obwohl sie deren komplizierten Mechanismen kaum noch durchschauen. Eine von Zentralbanken eigentlich zur Förderung von Investitionen in der Realwirtschaft praktizierte Politik des billigen Geldes unterstützt sogar noch unfreiwillig diese großenteils über Kredite finanzierten Wettgeschäfte. Es entsteht eine Spekulationsblase, deren ebenso erwartbares wie die Player an den Casinos der Finanzmärkte überraschendes Platzen das fragile Geflecht der Kreditmärkte erschüttert. Die erst ohne Skrupel alle möglichen Fonds finanzierenden Banker wissen nicht mehr, wie sie die Risiken bewerten sollen und geraten in Panik. Die Euphorie, mit der von den Banken zuvor Geld in den Markt gepumpt wurde, weicht einer paranoiden Vorsicht bei der Kreditvergabe. „Banken vertrauen sich untereinander nicht mehr und drehen deswegen den Geldhahn zu“, konstatierten die Finanzmarktexperten Franke und Krahen bereits 2007 in der FAZ, also ein Jahr vor dem Zusammenbruch von Lehman Brothers, Bear Stearns und Co.

Spätestens wenn die Depression an den Finanzmärkten die gesamte Finanzwirtschaft ins Wanken bringt und in eine allgemeine wirtschaftliche Rezession umzuschlagen droht, erfolgen laute Hilferufe an die Zentralbanken und Regierungen. Das war nicht erst 2009 so bei der Commerzbank oder der Hypo Real Estate. Bereits 2003 musste die Bundesregierung als „stiller Retter“, so der „Spiegel“ Nr. 43/2003, mit einem milliardenschweren Hilfspaket in Form von erweiterten Abschreibungsmöglichkeiten die Versicherungswirtschaft vor einem finanziellen Desaster bewahren. Diese hatte in den drei vorangegangenen Jahren über 100 Milliarden Euro an der Börse versenkt. Auch die schwarz-gelbe Koalition greift der PKV mit verbesserten Abschreibungsmöglichkeiten unter die Arme. Deren Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen waren allein 2008 in Folge der Finanzmarktkrise um fast 10 Prozent gesunken, mit fortschreitender Tendenz in 2009 (Handelsblatt, 4.10.2010). Diese Verluste sollen durch eine Anhebung der Grenze für steuerfreie Rückstellungen kompensiert werden können.

Dieselben Wirtschaftsjournalisten, die Norbert Blüm mit seinem Spruch „Die Rente ist sicher“ verspotteten und empfahlen, die Alterssicherung der Bürger den boomenden Kapitalmärkten anzuvertrauen, fordern heute im Krisenfall massive Staatsinterventionen in der Finanzbranche. Auf einmal scheuen sich sonst entschiedene Verfechter der freien Privatinitiative nicht, sogar die Verstaatlichung von Banken zu fordern, um zu

retten, was noch zu retten ist. Wenn schon das Finanzkapital im Ernstfall auf den Staat als „weißen Ritter“ setzt, welchen Grund sollten dann die Bürger haben, ihre soziale Sicherung dem Finanzmarkt und nicht dem Staat anzuvertrauen?

Nicholas Barr von der London School of Economics zog schon vor 10 Jahren aus seiner Analyse der Kapitaldeckung vor dem Hintergrund der Globalisierung den Schluss: „Aus wirtschaftlicher Sicht ist der demografische Wandel kein gutes Argument zugunsten kapitalgedeckter Systeme“. Der über Steuern und Abgaben finanzierte Wohlfahrtsstaat sei in Verbindung mit einem effektiven, eine hohe Produktivität der Wirtschaft sichernden Bildungssystem das sicherer funktionierende „Sparschwein“ moderner Volkswirtschaften. Genau dieser Zusammenhang von Sozial- und Bildungspolitik muss in den Fokus der öffentlichen Debatte gerückt werden, anstatt mit dem Menetekel eines „Methusalemkomplotts“ die Ausbeutung der Jungen durch die Alten zu beschwören. Mit einem guten Bildungssystem, das die Voraussetzung für eine hoch produktive Volkswirtschaft ist, können die ökonomischen Folgen des demografischen Wandels zwar nicht problemlos, aber doch wirksam bewältigt werden. Das ist ein generationenübergreifendes Interesse. Nicht nur die Jungen, auch die Alten sind auf ein effektives Bildungssystem angewiesen. Genau das ist die Basis des Generationenvertrages in der sozialen Sicherung.

Dr. jur. Friedrich Mehrhoff

Strategien zur Beschäftigungsfähigkeit bei älter werdenden Belegschaften

Der Begriff der Beschäftigungsfähigkeit¹ beschreibt keine Rechte, sondern das Ziel in einer Gesellschaft. Die Strategie, also wie man am besten ans Ziel kommt, sollte sich an der These orientieren: kranke Beschäftigte müssen früh, betriebsnah, individuell und professionell betreut werden, damit ihre Beschäftigungsfähigkeit erhalten und gestärkt wird. Denn die Kunst in einem entwickelten Sozialstaat wie Deutschland liegt darin, die vorhandenen Ressourcen und Akteure innerhalb und außerhalb der Betriebe so zu bündeln, dass die älter werdenden Belegschaften mit vereinten Kräften und gezielt unterstützt werden, damit sie bis zur Altersrente arbeiten können. Das hat volks- und betriebswirtschaftliche Vorteile und entspricht auch den Menschenrechten in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Dort werden Programme gefordert (Art. 26 Abs. 1 a), die im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen. Nach Art. 27 Abs. 1 k UN-BRK werden zudem „Programme für die berufliche Rehabilitation und den Erhalt des Arbeitsplatzes ...“ gefordert.

Der Paradigmenwechsel, der auch in der Debatte um das Präventionsgesetz in Deutschland nicht ausreichend berücksichtigt wird, liegt in den gleitenden Übergängen von generalpräventiven Maßnahmen im Betrieb, also den vielen Errungenschaften im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung, mit alle denjenigen am Einzelfall orientierten Maßnahmen, die Beschäftigte, etwa über ein betriebliches Eingliederungsmanagement gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX, benötigen. Verbunden mit dieser gesetzlichen Pflicht aller Arbeitgeber in Deutschland hat sich im Laufe von fast zehn Jahren dieser bestehenden Vorschrift eine Fülle von guten Dienstleistungen entwickelt. Einer der Dienstleister, der ein besonderes ganzheitliches Konzept anbieten kann, ist die gesetzliche Unfallversicherung.

Dieser Versicherungszweig, der zwar nur Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten versichert und nur von Arbeitgebern finanziert wird, verfügt schon seit Jahrzehnten über eine umfassende Leistungsstruktur, die im Sozialgesetzbuch VII geregelt ist. Die UV-Träger sind neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Akutversorgung Unfallversicherter zuständig sowie für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, beruflichen und sozialen Teilhabe sowie der Pflege. Hinzu kommt die Unterstützung der rund 3,3 Millionen Mitglieder der gesetzlichen Unfallversicherung, also aller deutschen Betriebe, im betrieblichen Eingliederungsmanagement. Dieses Leistungsspektrum soll im Sinne von pro-aktivem Handeln Geldleistungen, etwa Renten, vermeiden und Beschäftigte vor der Abhängigkeit von Sozialleistungen schützen.

Zu den goldenen Regeln von guten Angeboten zur Erhaltung und Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit zählt zunächst die Früherkennung von Personen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf im Einzelfall benötigen. Weltweite Erfahrungen belegen die 90:10 Regel. Alle Versicherungen, die sich pro-aktiv mit den Folgen von Gesundheitsschäden beschäftigen, berichten, dass ein Fallmanagement in nur 10 Prozent aller gemeldeten Versicherungsfälle nötig ist. Die Herausforderung liegt darin, diese relativ wenigen Fälle, die aus Sicht der Versicherungen indes rund 90 Prozent aller Kosten verursachen, so früh wie möglich zu identifizieren. Daraufhin muss auf der Grundlage von pro-aktiven Strukturen und Prozessen gehandelt werden anstatt abzuwarten. Bei der Früherkennung der Einzelfälle helfen Informationen aus dem betrieblichen Alltag, insbesondere die Erfahrungen über Maßnahmen zur Gesundheit im Betrieb. Denn wenn Beschäftigte erst arbeitsunfähig werden, muss viel investiert werden, um eine „soziale Abwärtsspirale“ zu vermeiden. Deswegen müssen sich die Beteiligten innerhalb und außerhalb der Betriebe, die sich mit Prävention und Rehabilitation beschäftigen, möglichst als eine Einheit betrachten und entsprechend kommunizieren.

¹ Erhalt und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland – Positionen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, 2012 (www.dvfr.de)

Der Königsweg eines erfolgreichen Managements von Beschäftigungsfähigkeit führt zudem nur über die Betriebsnähe. Gute Programme zur Beschäftigungsfähigkeit nutzen die Verantwortung der Betriebe und unterstützen sie etwa im betrieblichen Eingliederungsmanagement. Gerade kleinere und mittlere Unternehmen (KMU) wünschen sich neben integrierten Präventionsangeboten (siehe oben) betriebsübergreifende Unterstützung, die sich auf die besonderen Bedürfnisse der Betriebe ausrichten. Auf regionaler Ebene sollten sich deswegen Sozialleistungsträger und andere Dienstleister zusammenschließen, um Strukturberatung in den Betrieben oder Einzelfallberatung anzubieten. Die Gruppe der Betriebsärzte sollte bei all diesen Konzepten, Programmen und Maßnahmen einbezogen werden. Und es bedarf qualifizierter Lotsen durch das Dickicht der Zuständigkeiten und den Dschungel der Vorschriften, die über Kenntnisse und Fähigkeiten sowie über Netzwerke zum Wohle der Betriebe und der Beschäftigten verfügen. Um die Qualifizierung solcher Disability Manager kümmert sich die gesetzliche Unfallversicherung. Rund 1000 dieser Experten (www.disability-manager.de) gibt es derzeit in Deutschland, die auf der Grundlage eines internationalen Bildungsprogramms weitergebildet sind und die in den Betrieben oder für die Betriebe arbeiten.

Überhaupt gelingt einer Gesellschaft nur dann ein Paradigmenwechsel in Richtung Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit, wenn die Fachleute in der Medizin die Perspektive der Arbeitswelt in ihrem täglichen Handlungsfeld berücksichtigen. Ärzte sollten bei ihrer Therapie und in der Begutachtung stets einkalkulieren, wo ihre Patienten beschäftigt und welchen körperlichen, geistigen und seelischen Belastungen sie ausgesetzt sind. Dieses bio-psycho-soziale Modell, das auf der Erkenntnis zum interdisziplinären Handeln beruht, ist für ein erfolgreiches Management von Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland unerlässlich. Solche und andere Strukturen müssen von der Regierung, also von staatlichen Autoritäten, vorgelebt und gefordert werden. Eine soziale Sicherung, die zwischen

Gesundheit und Arbeit eher trennt als verbindet, die also etwa die beiden zusammen gehörenden Welten auf verschiedene Ministerien aufteilt, wird im In- und Ausland eher nicht als Vorbild wahrgenommen. Und welches größere Ziel kann eine Gesundheitspolitik noch verfolgen als die, die Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerung und damit die Wettbewerbsfähigkeit einer Gesellschaft zu verbessern. Auch wenn es wichtig ist, dass Menschen wieder Sport treiben, gerade auch nach oder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so grundlegend für die Gesellschaft und für deren Bevölkerung ist doch, dass sie wieder oder trotz einer gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeiten kann.

Und noch etwas ganz wichtiges: Jede Strategie zur Beschäftigungsfähigkeit muss die Partizipation der Menschen in den Mittelpunkt rücken. Ohne die Motivation der Einzelnen, wieder gesund und arbeitsfähig zu werden, gelingen keine Maßnahmen zur Beschäftigungsfähigkeit. Wichtig ist stets der Blick auf die Fähigkeiten von Menschen, nicht auf deren Defizite. Diese Individualisierung, die die UN-BRK (siehe oben) fordert, hängt von dem Unterstützungsbedarf einzelner Menschen ab. So muss nicht jeder, etwa Amputierte von Gliedmaßen, das gleiche Hilfsmittel erhalten. Auch kann eine solidarische Gesellschaft, die den größten Teil der sozialen Sicherung über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert, nicht außer Acht lassen, dass den Beschäftigten eine Mitverantwortung für ihre eigene Beschäftigungsfähigkeit obliegt. Es bedarf erstens eines Mindestmaßes an Mitwirkung der Betroffenen, die Unterstützungsangebote engagiert mitzugestalten. Und zweitens braucht Deutschland eine konzertierte Bewusstseinsbildung, damit die Bevölkerung hinter der Botschaft steht: Beschäftigungsfähig zu bleiben oder sie wiederherzustellen, lohnt sich. Indes können nicht allein Gesetze Vorurteile aus dem Kopf verbannen wie etwa, dass es „schick“ ist, früher aus dem Erwerbsleben auszuscheiden, und alle anderen, die es nicht schaffen „zu blöd“ sind.

Prof. Dr. Susanne Kümpers

Gesundheit und soziale Ungleichheit – was heißt Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Quartier?

Einleitung

Partizipation, sozialer Austausch, neue Formen der Freiwilligenarbeit und neue Formen der generationsspezifischen oder -übergreifenden Modelle kollektiver Alltagsorganisation (zum Beispiel Seniorenwohngemeinschaften) stellen erwiesenermaßen Faktoren dar, die die Eintrittswahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen senken und ihre Manifestation verzögern, also eine präventive Wirkung haben können. Andererseits ist (relative) Gesundheit auch Voraussetzung für soziale Teilhabe; dies wiederum ist auch von Umweltbedingungen abhängig.

Im Folgenden soll vor dem Hintergrund unterschiedlicher Altersbilder auf den Zusammenhang von Ungleichheit, Teilhabe und Gesundheit eingegangen, die Bedeutung des Stadtteils für die Gesundheitsförderung herausgearbeitet und einige Befunde des Forschungsprojekts „Neighbourhood“ dargestellt werden.

Aktives Altern – Gesundes Altern: Altersbilder und ihre Probleme

Aktive Teilhabe entspricht aktuell verbreiteten Altersbildern: „Erfolgreiches Altern“ ist das Ergebnis von Gestaltungs- und Anpassungsprozessen, die durch Umweltbedingungen gefördert oder behindert werden (Baltes M, Kohli M, Sames K. 1989). Ähnlich formuliert die WHO den Ansatz des aktiven Alterns (WHO 2002). Als ein zentrales Ziel gilt der Erhalt von Autonomie und Unabhängigkeit. Dieses umfassende Konzept schließt gesundes Altern ein – und verweist damit gleichzeitig sowohl auf das ganzheitliche Gesundheitsverständnis der WHO als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden, als auch auf ihre Strategien zur Gesundheitsförderung (WHO 1986/2005).

Altersbilder entstehen und wirken mittels diskursiver, das heißt: wissenschaftlicher, politischer, medialer, professioneller Praxis. Sie beeinflussen den gesellschaftlichen Blick auf

ältere Menschen, etwa durch Vorstellungen über gutes Altern oder über alte Menschen als Hilfe- und Pflegebedürftige. Diskurse sind interessengeleitet und mit Macht verbunden; sie werden wesentlich von denen gestaltet, die das Sagen haben. Wer über Macht verfügt, kann so auch definieren, „welche Lebensweisen sozial- und gesundheitsverträglich sind und welche nicht“ (Schmidt 2010, S. 57). Altersbilder können so Möglichkeiten des Selbstverständnisses älterer Menschen prägen. Ihren emanzipatorischen Charakter verlieren positive Altersbilder tendenziell dann, wenn sie mit einem differenzierteren Blick auf Potenziale im Alter nicht mehr nur neue Optionen eröffnen, sondern bestimmte Lebensweisen älterer Menschen als normative Leitbilder proklamieren – häufig ohne die Verwirklichungschancen dabei zu berücksichtigen. Das geschieht auch dann, wenn Unterschiede zwischen den Lebenslagen im Alter nur am Rande und zugleich Anforderungen an die Älteren um so selbstverständlicher und unverblümter benannt werden.

Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – sozioökonomische Perspektiven, Partizipation und soziales Kapital

Zusammenhänge von ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit bis ins hohe Alter sind durch viele nationale und internationale Studien – im Hinblick auf Krankheit, Behinderung und Tod – empirisch belegt, und zwar sowohl im Zusammenhang mit aktuellen Lebensbedingungen im Alter als auch mit den akkumulierten, sozioökonomisch bedingten Ressourcen und Belastungen im Verlauf eines Lebens. Der enge Zusammenhang von sozial-ökonomischer Lage einerseits und Lebenserwartung und Krankheitsrisiken andererseits ist bekannt. Sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede verschwinden erst in den sehr hohen Altersgruppen; dies kann zum Teil durch „selektive Sterblichkeit“ erklärt werden. Sozial benachteiligte Ältere sind früher von Multimorbidität betroffen (Robert und House 1996) und selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten stärker in ihrem

Funktionieren eingeschränkt als besser gestellte Gruppen (Rautio et al. 2005; Rautio et al. 2001). Als Einflüsse, die die Effekte des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit älterer Menschen moderieren, konnten etwa individuelles Soziales Kapital (Kroll und Lampert 2007), ziviles Engagement (unter der Voraussetzung der zielgruppenspezifischen Unterstützung) (Fried et al. 2004), aber auch soziale und physikalische Eigenschaften von Wohnquartieren (Day 2008), zum Beispiel die Existenz von attraktiven Grünflächen im Nahraum (Maas et al. 2006) oder die Qualität sozialer Netzwerke, als wirksame moderierende Faktoren identifiziert werden (Walker und Hiller 2007).

Forschungen zur sozialbedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen zeigen, dass gesundheitliche Ungleichheit kein „Randgruppen“-Problem ist, sondern ein Kontinuum entlang der sozialen Stufenleiter bildet. Sie ist die Folge von sozial ungleich verteilten Gesundheitsbeanspruchungen – sozialer Abstieg in Folge von Krankheit ist im Vergleich eher selten. Gesundheitliche Ungleichheit erklärt sich nur teilweise durch Unterschiede im Verhalten. Dies verweist auf die große Bedeutung von Lebenslagen. Gesundheitliche Ungleichheit nimmt mit dem Ausmaß der relativen Ungleichverteilung des Einkommens zu.

Für die Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit spielt „soziales Kapital“ eine wichtige vermittelnde Rolle. Für Deutschland haben Kroll und Lampert – auch und gerade für ältere Menschen – anhand von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) nachgewiesen, dass soziales Kapital neben Einkommen und Bildung einen eigenständigen Effekt auf Gesundheit hat und insofern eine „wichtige vermittelnde Ressource zwischen dem sozioökonomischen Status und der individuellen Gesundheit“ bildet, gleichzeitig aber auch selbst sozial ungleich verteilt ist (Kroll und Lampert 2007).

Der französische Soziologe Pierre Bourdieu konnte zeigen, dass neben ökonomischem Kapital (als Sammelbegriff für Einkommen und Vermögen) auch kulturelles und soziales Kapital die soziale Lage bestimmen. Die drei Kapitalformen prägen den Habitus von Personen und Gruppen, der gewissermaßen eine Internalisierung gesellschaftlicher Bedingungen darstellt und durch zusammenhängende Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata gekennzeichnet ist. Hieraus entstehen unter anderem hinsichtlich gesellschaftlicher Teilhabe und Gesundheit relevante gruppenspezifische Lebensstile und Verhaltensweisen, die soziale und gesundheitliche Ungleichheiten (re-)produzieren. Damit wird ein weiterer Versuch gemacht, das Verhältnis von Lebenslage und individuel-

lem und gruppenspezifischem Verhalten zu konzeptionalisieren, und zum Beispiel scheinbar selbstschädigendes Verhalten zu erklären (Bauer 2005).

Es ist deutlich, dass für eine erweiterte gesellschaftliche Teilhabe von Zielgruppen sozial benachteiligter Älterer solche Teilhabeansätze gefördert werden müssen, die ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital nicht in hohem Maße voraussetzen, sondern – zumindest soziales und kulturelles Kapital – entwickeln helfen.

Schließlich möchte ich auf den Zusammenhang von sozialer Lage und Partizipation eingehen: Nationale und internationale Befunde belegen, dass Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus beeinflusst werden. Dabei empfiehlt Pankoke, niedrige Beteiligung nicht moralisierend zu beklagen, sondern „nach den gesellschaftlichen Umständen zu fragen, durch welche sich viele Menschen in die Passivität getrieben sehen.“ (2002, S. 75).

Forschungsergebnisse: Selbstbestimmung im Sozialraum – die Neighbourhood-Studie

Da Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen stets in konkreten sozialen, räumlichen und zeitlichen Lebenszusammenhängen verwirklicht werden, müssen ihre Voraussetzungen von den jeweiligen Subjekten und ihren Lebenswelten aus gedacht und erschlossen werden. Das Leben älterer Menschen mit Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf, zumal wenn sie aufgrund funktionaler Einschränkungen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, konzentriert sich häufig auf die Wohnung und den umliegenden Stadtteil, wo Alltagswege beschritten, Besorgungen gemacht und soziale Kontakte geknüpft und gepflegt werden. Dies ist insbesondere dann folgenreich für die Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen der Betroffenen, wenn diese aufgrund von sozialer Benachteiligung über nur wenige individuelle Ressourcen verfügen und zudem in benachteiligten Quartieren leben, in denen verschiedene Probleme kumulieren (Franke 2008) und die ihrerseits – „aufgrund der Überlagerung von sozialer Ungleichheit, ethnischer Differenz und räumlicher Verinselung“ (Häußermann und Siebel 2001) – benachteiligende Wirkungen entfalten (ibid.).

In den Gesundheitswissenschaften ist es „State of the Art“, dass Gesundheit und Teilhabe benachteiligter Gruppen auf dem Wege der Prävention durch den Settingansatz gefördert werden sollte. Der Settingansatz orientiert sich an folgenden Grundsätzen:

- Er zielt auf Belastungssenkung und Ressourcenförderung.
- Er ist unspezifisch, das heißt auf Faktoren gerichtet, die vordergründig nur in einem losen Zusammenhang mit Gesundheit stehen.
- Er umfasst die Verhaltens- und die Verhältnisprävention, setzt in und an den Lebenswelten an, die gesundheitsförderlich gestaltet werden und
- er ist strikt partizipativ ausgerichtet.
- Soziokulturelle Infrastruktur (Freizeit-, Bildungsangebote)
- Nachbarschaft (soziale Netzwerke, Sicherheit)

Im sozialraumbezogenen Teil der Neighbourhood-Studie, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde und die zu den Bedingungen für den Erhalt von Autonomie bei Multimorbidität im Alter forschte, lauteten die Forschungsfragen: Wodurch und wie werden die Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen sozial benachteiligter, pflegebedürftiger, älterer Bewohnerinnen und Bewohner im benachteiligten Quartier geprägt?

Hinsichtlich der sozialräumlichen Rahmenbedingungen wurde gefragt: Welche Ressourcen im Hinblick auf Selbstbestimmungschancen älterer Menschen mit Pflegebedarf sind in sozial benachteiligten Quartieren und Regionen verfügbar?

Hinsichtlich der Steuerung wurde gefragt: Welche Rolle übernehmen die lokalen Akteure in der Versorgungs- und Angebotsgestaltung? Welche Faktoren wirken auf die Ausgestaltung der verfügbaren Angebote und Strukturen?

Hinsichtlich der Bedarfe wurde gefragt: Welche Bedarfe werden in vorhandenen Angebots- und Netzwerkstrukturen vorgehalten beziehungsweise für notwendig gehalten?

Im Projekt wurden folgende Quartierseigenschaften in die Untersuchung als Determinanten für Autonomie und soziale Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit einbezogen:

- Physische Wohnumgebung (Barrieren, Entfernungen)
- Infrastruktur für Mobilität (ÖPNV, Mobilitätshilfedienste)
- Infrastruktur für Alltagsversorgung (Einkauf, Mittagstische, Gaststätten, Essen auf Rädern und so weiter)
- Infrastruktur für Beratung (Zugang zu Informationen)
- Infrastruktur für Medizin und Pflege

Das Projektergebnis von Neighbourhood lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Für alte Menschen mit wenig Geld, Bildung und Wissen und nur wenigen hilfreichen sozialen Beziehungen ist es schwieriger, ihre Ansprüche geltend zu machen und Zugang zu professionellen Hilfsangeboten zu finden. Sie stützen sich im Alltag auf ihr soziales Netzwerk – wenn es vorhanden ist – und profitieren am ehesten von niedrigschwelligen Angeboten, die nicht unbedingt pflegespezifisch, ihnen aber aus ihrer Lebenswelt vertraut sind. Sie nutzen Angebote (und beteiligen sich an Forschungsprojekten), wenn ihnen diese über Menschen nahe gebracht werden, die ihnen bekannt sind und die sie als vertrauenswürdig einschätzen. Zur Kompensation sozialer Ungleichheit bei Pflegebedarf sind deshalb wohnortnahe und niedrigschwellige Anlaufpunkte für Beratung und Hilfe notwendig.

Die soziale Teilhabe Pflegebedürftiger ist eingeschränkt. Viele der befragten Pflegebedürftigen leiden darunter, kaum oder gar nicht am Leben außerhalb der Wohnung teilhaben zu können. Pflegeanbieter und sozialräumliche Akteure beschreiben Einsamkeit – insbesondere alleinstehender – pflegebedürftiger Älterer. Es fehlt aber sowohl an Zuständigkeiten wie an zeitlichen und finanziellen Ressourcen, um soziale Teilhabe für – insbesondere sozial benachteiligte – pflegebedürftige Ältere zu ermöglichen. Diese bedarf also bewusster und systematischer gesellschaftspolitischer Unterstützung (vgl. Heusinger et al. 2013, 111).

Befragung von Gesundheitsförderungsprojekten

In einer Befragung von Gesundheitsförderungsprojekten für ältere (nicht spezifisch pflegebedürftige) Menschen (vergleiche Kümpers 2008) zeigte sich, dass viele Gesundheitsförderungsprojekte direkt und indirekt gesundheitsrelevante Themen oder Aktivitäten bearbeiten oder betreiben. Aktivitäten können unmittelbar gesundheits- oder auch versorgungsbezogen sein (zum Beispiel Informationsveranstaltungen zu spezifischen Gesundheitsproblemen wie etwa Diabetes). Andere zielen primär auf Verbesserung von Partizipation und/oder Lebenszufriedenheit.

Als Schlüsselthema und Zugang zu (fast allen) anderen Themen, aber auch Folge der Bearbeitung anderer Themen,

erscheint der Aufbau sozialer Netzwerke. Dieser findet aber nicht an sich statt, sondern in Verbindung mit anderen Themen. Er ermöglicht die Abwendung von Einsamkeit, Förderung von Heimatgefühl, Sinnstiftung, Unterstützung in Krisen sowie einen verbesserten Zugang zu Informationen und Hilfe, auch bezogen auf Gesundheitsversorgung.

In vielen Projekten und Aktivitäten überschneiden sich Selbsthilfe, Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement. Zunächst sollten die direkten Interessen und Probleme derjenigen, die erreichbar sind, und derjenigen, die noch über relevante Ressourcen verfügen, angesprochen werden. Daraus können sich Initiativen ergeben, die – in Grenzen – auch stärker hilfsbedürftige Ältere einbeziehen können. Es existieren auch explizit auf die Unterstützung anderer gerichtete Aktivgruppen, wie Hausaufgabenhilfe für Kinder (siehe unten) oder Beratung älterer Migranten durch ältere Migranten.

Hinsichtlich des Wohnens, Wohnumfelds und der Stadtteilentwicklung werden immer wieder bekannte Probleme genannt: unzureichender und unerreichbarer Nahverkehr, mangelnde Einkaufsmöglichkeiten, mangelnde Erholungsmöglichkeiten. Für Ältere spezifisch wurde zum Beispiel der Bedarf an sinnvoll verteilten Sitzgelegenheiten als möglichen Ruheplätzen beim Einkaufen genannt.

Generationsübergreifende Themen sind Großeltdienste, Hausaufgabenbetreuung, Computerkurse von Jugendlichen für Ältere etc. Auch ist darauf hinzuweisen, dass Seniorenarbeit schon in sich generationsübergreifend ist: In der Altersspanne zwischen 60 und 100 Jahren finden sich viele junge Alte, die ihre hochaltrigen Verwandten pflegen.

Als spezifische Themen von älteren Migrantinnen und Migranten gilt der Umgang mit Alter und Alterskrankheiten, da manchen Familien die Modelle dafür fehlen (die ersten Migrantengenerationen werden alt).

Erfolgs- und Misserfolgskriterien

Bei Diskussionen über Erfolgs- und Misserfolgskriterien der gesundheitsförderlichen Projekte werden immer wieder strukturelle Voraussetzungen, Prozess- sowie Kontextfaktoren benannt, wobei diese nicht immer eindeutig voneinander zu

trennen sind. Dazu gehören eine ausreichende und nachhaltige (nicht an kurze Projektzeiten gebundene) Finanzierung, die bei weitem nicht immer gegeben ist, sowie zur Verfügung stehende Räume: Diese sollten durch ihre Lage, Anbindung und Funktionalität einen Anlaufpunkt für die Zielgruppen bieten, damit sie als Treffpunkt dienen und unterschiedliche Initiativen beherbergen können.

Als Erfolgsfaktoren gelten auch kommunikative Fähigkeiten der Mitarbeitenden. Der Partizipation der Zielgruppen kommt konzeptionell und in der Umsetzung eine große Bedeutung zu. Um eine Partizipation der Zielgruppen und die Steigerung ihrer Selbsthilfepotentiale erreichen zu können, müssen informelle Multiplikatoren eingebunden werden.

Als „Präventionsdilemma“ (vergl. Bauer 2005) zeigt sich häufig, dass auch Projekte, die sich auf benachteiligte Stadtteile beziehen, immer wieder die eher Fitteren erreichen und weniger die am stärksten (gesundheitlich und/oder sozial) benachteiligten Gruppen. Runde Tische, Stadtteilkonferenzen gelten mancherorts als wesentlich für das Funktionieren von Projekten. In manchen Fällen scheinen sie eher für die gegenseitige Information (Vermittlung des Stadtteilwissens) wichtig, in anderen aber haben sie eine zentrale Bedeutung für die Initiierung kollektiver Prozesse.

Neben der erfolgreichen Vernetzung zwischen Mitgliedern von Zielgruppen wird eine zweite Ebene der Vernetzung als essentiell beschrieben, um vorhandene Ressourcen des Stadtteils für die Älteren zu erschließen: die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen. Akteursnetzungen gelingen nicht immer: wenn kompetitive Handlungsmuster überwiegen, kommt es nicht zu tragfähigen Bündnissen zwischen den lokalen Akteuren und werden wichtige Synergien und Unterstützungen für die Projekte nicht entwickelt.

Schluss

Partizipative Gesundheitsförderung mit älteren Menschen, insbesondere mit sozial Benachteiligten und Pflegebedürftigen, bedarf weiterer konzeptioneller und strategischer Entwicklung, wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation sowie politischer und finanzieller Unterstützung.

Literatur

- Baltes M, Kohli M, Sames K. Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen. Bern: Huber, 1989.
- Bauer U. Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005
- Berkman CS, Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*, 1998; 10: 81-98.
- Day R. Local environments and older people's health: Dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health & Place*, 2008; 14: 299-312.
- Franke T. Wo kann sich die "Soziale Stadt" verorten? In: Schnur O, editor. *Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis* Wiesbaden: VS Research; 2008. pp. 127-144.
- Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass JH, McGill S, Rebok GW, Seeman TE, Tielsch J, Wasik BA, Zeger S. A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health*, 2004; 81: 64-78.
- Häußermann H, Siebel W. Integration und Segregation – Überlegungen zu einer alten Debatte. *Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften*, 2001; 68-79.
- Heusinger J, Falk K, Khan-Zvornicanin M, Kammerer K, Khan-Zvornicanin M, Kümpers, S, Zander M, (2012). Chancen und Barrieren für Autonomie trotz Pflegebedarf in sozial benachteiligten Quartieren und Nachbarschaften. In: Kuhlmei A, Tesch-Römer C (Hg.), *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*. Göttingen: Hogrefe
- Institut für soziale Arbeit. *Expertise Sozialraumorientierte Planung – Begründungen, Konzepte, Beispiele*. Münster: ISA, 2001.
- Kroll LE, Lampert T. Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 2007; 69: 120-127.
- Kümpers S (2008). Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention. Discussion paper. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
- Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP, de Vries S, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2006; 60: 587-592.
- Pankoke E. Freies Engagement, zivile Kompetenz, soziales Kapital. Forderung und Förderung aktivierender Netzwerke und Lernprozesse. In: Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" des Deutschen Bundestages, editor. *Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft* Opladen: Leske + Budrich; 2002. pp. 73-87.
- Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. *Social Science & Medicine*, 2005; 60: 2405-2416.
- Robert S, House JS. SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging and Health*, 1996; 8: 259-388.
- Schmidt B. Die Sanierung der Eigenverantwortung. Oder: Vom Gesundheitsgehorsam zur Gesundheitsermächtigung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 2010; 51-68.
- Walker RB, Hiller JE. Places and health: A qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. *Social Science & Medicine*, 2007; 65: 1154-1165.
- WHO. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986/2005.
- World Health Organization. *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO, 2002.

Karin Nell

Neuer Profi-Laien-Mix: Chancen, Risiken und Nebenwirkungen der selbstbestimmten und selbstorganisierten Altenarbeit

Was ist „Keyword“, wo stammt es her und was tun „Keyworker“?

Der Begriff Keyword stammt aus einem europäischen Erwachsenenbildungsprogramm; es trug den Titel „Museen, Keyworker und Lebensbegleitendes Lernen“. Damals haben sich Museumsexperten und Senioren aus fünf europäischen Ländern Gedanken darüber gemacht, welche Aufgaben Freiwillige in den Museen übernehmen können. Die Senioren dieser Lernpartnerschaft waren sich schnell einig: Ihr Engagement sollte dazu dienen, die hauptamtliche Arbeit sinnvoll zu ergänzen und zu bereichern – aber es sollte sie auf keinen Fall ersetzen. Die Freiwilligen wollten als Botschafterinnen und Botschafter für die Kultureinrichtungen tätig sein, sie wollten anderen Türen öffnen und Zugänge schaffen. Man einigte sich auf die Bezeichnung „Keyword“, die gut zu der gewünschten Verantwortungsrolle passt. Die Engagierten wollten zugleich – nach ihren Interessen und Wünschen – selbstbestimmt und selbstorganisiert Themenfelder bearbeiten und sich in die Arbeit der Institution, diese verändernd, einbringen.

Wie wir in der aktuellen Entwicklung sehen, verfügen Ältere tatsächlich über wichtige Schlüsselkompetenzen, dies wird ganz besonders in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus bildungsfernen Milieus und in der Arbeit mit Älteren und Hochbetagten deutlich. Keyword steht für ein Miteinander von Profis und Laien, von hauptamtlich und freiwillig Mitarbeitende in sozialen und kulturellen Handlungsfeldern. Keyworker eröffnen sich und anderen neue Entwicklungs- und Gestaltungsräume in selbstbestimmten Themenfeldern und selbstorganisierten Strukturen. Sie experimentieren und forschen, sie lernen und geben Wissen weiter, sie entwickeln Modelle und gestalten Gesellschaft.

Keyword möchte Lern- und Lebensorte auf kreative Weise verknüpfen und Menschen ermutigen, sich mit ihren Begabungen einzubringen und Verantwortung zu übernehmen. Soziale Einrichtungen wiederum sind ideale Gestaltungsorte für das, was Joseph Beuys die „soziale Plastik“ genannt hat. Er hat die Auffassung vertreten, dass auch das Soziale ein

Kunstwerk ist. Und er hat uns alle aufgefordert, mit unseren schöpferisch-kreativen Potentialen an der Gestaltung des Sozialen mitzuwirken. Keyword ist projektbezogenes, kreatives und partizipatives bürgerschaftliches Engagement.

Das Keyword-Basiskonzept: vier Faktoren

Wir haben es uns angewöhnt, die Formel Keyword 4 zu benutzen: Faktor 1 steht für Innovation. Keyword steht für Entwicklung und Weiterentwicklung. Keyword heißt: neue Verantwortungsrollen entwickeln, eigene Projekte planen und realisieren, aber auch: für Modelltransfer sorgen.

Faktor 2 steht für Partizipation. Hier geht es um Zusammenarbeit von Anfang an und um Augenhöhe. Wir sprechen von einem neuen Profi-Laien-Mix. Keyworker und hauptamtliche Mitarbeitende bringen unterschiedliche, aber gleichwertige Kompetenzen und Erfahrungen in die Zusammenarbeit mit ein. Keyword steht für interdisziplinäres Miteinander, für die Suche nach neuen Kooperationsformen und ganz besonders für die Gewinnung und Beteiligung neuer Milieus.

Faktor 3 steht für neue Lernformen. Keyword setzt auf Wissenstransfer und auf die Vernetzung von Ideen. Für das gemeinsame Lernen werden so genannte Lernplattformen eingerichtet. Menschen, die an gleichen Themen arbeiten, kommen zusammen und bringen ihre Fragen und Erfahrungen mit ein. Alle sind Lernende und Lehrende.

Faktor 4 steht für neue Entwicklungs- und Gestaltungsräume. Damit wollen wir die Entdeckung neuer Lernorte und Denkräume betonen. Warum soll man nicht in Museen, Wartezimmern, Theatern und Ateliers lernen, planen und aktiv sein? Faktor 4 steht aber auch für virtuelle Lern- und Begegnungsräume (youtube, chats, blended learning). Was die Arbeit in virtuellen Räumen betrifft, stehen wir in Sachen Keyword noch sehr am Anfang. Wir stellen aber fest, dass sich gerade hier interessante Kooperationspartnerschaften auftun. Ich denke da zum Beispiel an das Forum Seniorenarbeit, das ja

auf diesem Gebiet seit vielen Jahren die Entwicklungen vorantreibt.

Der neue „Profi-Laien-Mix“

Das Besondere an den Keywork-Projekten: Hier – im Überschneidungsbereich von sozialer und kultureller Arbeit – entwickeln die Freiwilligen eigene Projektideen. Sie entscheiden selbst, welche Aufgaben sie übernehmen und mit welchen Einrichtungen sie kooperieren wollen. Die Freiwilligen bringen ihr breites Erfahrungswissen ein. Sie greifen auf die Ressourcen beruflicher und familiärer Netzwerke zurück. Mit den hauptamtlichen Kräften arbeiten sie auf Augenhöhe zusammen. Dieser neue Profi-Laien-Mix stellt allerdings die größte Herausforderung dar. Die meisten Hauptamtlichen in den Kultureinrichtungen und in den sozialen Einrichtungen sind es nicht gewohnt, eigenständige Bürger-Projekte zu begleiten und zu unterstützen. Ihnen fehlt das Handwerkszeug für Projektmanagement, Förderung von Selbstorganisation, Aufbau von Vernetzungs- und Mitwirkungsstrukturen, Konfliktmanagement usw.

Auf der anderen Seite fällt es vielen Keyworkern schwer, Rahmenbedingungen von Einrichtungen zu akzeptieren. Sie stellen gewachsene, hierarchische Strukturen infrage, kritisieren Organisationsformen, mischen sich in Themen der Einrichtungen ein und überschreiten manchmal auch ihre Kompetenzen.

Früher haben sich die Menschen, die sich ehrenamtlich engagierten, Fortbildungen für ihre Aufgaben gewünscht, gemeinsame Ausflüge, Zeichen der Anerkennung. Sie haben ihre Ehrenämter oft viele Jahre lang ausgeübt. Die neue Altersgeneration – ganz besonders die Generation der Babyboomer, die nun in den Ruhestand geht – ist deutlich anspruchsvoller. Auch sie wünscht sich Qualifizierungen, allerdings sind die traditionellen Vermittlungsformen und die klassischen Inhalte immer weniger gefragt.

Und was die freiwilligen Aufgaben betrifft: Viele möchten sich nicht dauerhaft festlegen. Sie sind eher an zeitlich überschaubarer Projektarbeit interessiert; auch weil viele von ihnen noch alte Eltern oder Enkelkinder zu versorgen haben. Und wir stellen fest: Es geht jetzt immer auch um persönliche Weiterentwicklung. Diese scheint vielen fast noch wichtiger als Anerkennung zu sein. Die neuen Freiwilligen möchten etwas für sich und für andere tun. Sie möchten sich selbst neue Entwicklungs- und Gestaltungsräume eröffnen, aber auch einen Beitrag für das Wohl anderer erbringen. Egal, wo sie

sich engagieren: Sie wollen eigene Vorstellungen einbringen und sie wollen mitbestimmen.

Risiken und Nebenwirkungen

Wir waren von Anfang an überzeugt: Hier entwickelt sich etwas, was aus der Zukunft gesehen bedeutsam werden wird. Wir spürten: Dieses Neue wird das klassische bürgerschaftliche Engagement verändern. Und ich denke heute: Stimmt, Keywork verändert nicht nur das bürgerschaftliche Engagement, Keywork verändert auch die Bildungsarbeit – nicht nur die Bildungsarbeit mit Älteren, sondern auch die berufliche Weiterbildung und die Ausbildung von Menschen in sozialen und kulturellen Berufen.

In den Projekten der innovativen Seniorenarbeit haben wir angefangen, alle Qualifizierungen ganz nah an den Wünschen der Teilnehmenden zu orientieren. Bevor wir das Konzept eines Fortbildungsprogramms entwickeln, befragen wir die potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach ihren Vorstellungen und Erwartungen. Das heißt für mich: Wir müssen attraktive Angebote machen, damit sich Menschen mit ihrer eigenen Motivation, ihrem Wollen, vertiefend auseinandersetzen können. Sie sollen herausfinden, was sie bewegt und was sie bewegen möchten. Wir geben ihnen die Chance, ihr Ur-Eigenes zu entdecken und ermutigen sie, ihre Herzensangelegenheiten ernst und wichtig zu nehmen. Und sich dafür zu engagieren.

Die innovative Bildungsarbeit ist dabei, sich von der klassischen Wissensvermittlung zu verabschieden. Wir entwickeln und erproben jetzt Konzepte, die das bereits vorhandene Wissen der Teilnehmenden zusammenführen. Das gilt sowohl für das individuelle Wissen als auch für das Wissen, das in Netzwerken und Institutionen gespeichert ist, zum Beispiel in Nachbarschaften, Vereinen, Arbeitsgruppen. Und wir unterstützen Menschen und Institutionen dabei, Ideen und Projekte sinnvoll zu vernetzen.

Unsere Fortbildungsangebote – egal, ob sie für Hauptamtliche oder für Freiwillige angeboten werden – sind so organisiert, dass die Teilnehmenden aus ihrem Alltagstrott aussteigen, also die Routine ihres Handelns unterbrechen können. Das gelingt vor allem, wenn wir an inspirierenden Orten arbeiten, wandern, in Ruhe und genussvoll miteinander essen.

Wir planen in allen Veranstaltungen Zeiten für Ruhe ein und integrieren, wo immer möglich, spirituelle Elemente. Wir beschäftigen uns in den Seminaren eingehend mit alten und

neuen Haltungen zur Kultur- und Sozialarbeit. Wir unterstreichen, dass Menschen, die sich sozial engagieren, Gesellschaft und Kultur nicht nur ausbessern oder reparieren, sondern gestalten. Wir setzen auf kreative Methoden, wir experimentieren, wir unterstützen Menschen, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten zu entdecken.

Und dann gehört es für mich unbedingt dazu, Brücken zu bauen, damit Menschen ihre Ideen auch umsetzen können. Fang klein an. Überfordere dich nicht. Probiere aus, stell fest, wie sich das Neue anfühlt. Was geht, was geht nicht? Und wenn es dann erste Erfahrungen mit den Prototypen gibt, dann ist es Aufgabe der Bildungsarbeit, dafür zu sorgen, dass die neuen Entwicklungen bekannt gemacht und durch das Erfahrungswissen anderer angereichert werden können. Hier bewähren sich unsere Multiplikatorenfortbildungen.

Dies hört sich alles leicht an, ist aber für die Beteiligten, die Einrichtungen und Dienste wie auch für die Keyworker mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden. Es sollen einige Punkte eher stichwortartig genannt werden. Zunächst: Die einfachen Dinge, die berichtet wurden, sind sehr komplex. Es handelt sich um Prozesse mit mehreren Akteuren, auf unterschiedlichen Bühnen, mit unterschiedlichen Interessen und Präferenzen mit zum Teil unvorhersehbaren Verläufen, einmal schnellen, manchmal langsameren Dynamiken und Redundanzen. Dann: Keywork kann Selbstverständlichkeiten, Routinen in Frage stellen und dadurch Verunsicherung erzeugen. Das betrifft auch die neue und wechselnde Verantwortlichkeit zwischen Profis und Laien in den Projekten. Ein durchaus nicht untypisches Konfliktthema ist der „Urheberstreit“, das heißt die Frage nach dem Umgang mit der Nutzung von Projektergebnissen.

Auch soll nicht verschwiegen werden, dass Mitarbeitenden in Einrichtungen und Diensten fürchten könnten, ihre Arbeitsplätze seien gefährdet, obwohl bürgerschaftliches Engagement die professionelle Arbeit nie ersetzen, aber ergänzen kann. Dieses Engagement kann die Arbeit von Institutionen unterstützen, sie entwickeln und verändern, aber wie sie dies tut, auch ob sie beschleunigt oder verlangsamt, lässt sich nicht vorhersehen.

Was wir brauchen

Ich möchte mit vier Punkten schließen, die mir besonders dringlich erscheinen:

- Wir brauchen innovative Personalführungskonzepte für das Miteinander von Profis und Laien in institutionellen und gesellschaftlichen Veränderungen. Diese Konzepte berücksichtigen, dass in den neuen Kooperationspartnerschaften neue Verantwortungsrollen – sowohl für die Freiwilligen als auch für die hauptamtlichen Kräfte – entwickelt werden. Sie schaffen Rahmenbedingungen für transdisziplinäre Zusammenarbeit, führen das (Erfahrungs-) Wissen und die Ideen aller Beteiligten zusammen und nutzen die Potenziale und Ressourcen von Laien und Profis.
- Wir brauchen Vermittlungsinstanzen (Personen und Prozesse) zwischen Profis und Laien in Projekten der selbstbestimmten und selbstorganisierten sozialen und kulturellen (Alten-)Arbeit. Wenn in der transdisziplinären Zusammenarbeit unterschiedliche Erfahrungswelten und (Fach-) Sprachen aufeinander stoßen, dürfen wir nicht davon ausgehen, dass wir uns ohne „Übersetzungen“ sofort verstehen. Für die notwendigen Verständigungen brauchen wir Zeit.
- Auch Keywork muss gemanagt werden. Dazu brauchen wir gemeinsame Qualifizierungen für Profis und Laien. Und neue Konzepte und Methoden für das gemeinsame Lernen.
- Keywork ist ein zukunftsfähiger Ansatz für bürgerschaftliches Engagement in komplexen Handlungsfeldern. Keywork ist aber kein starres Konzept. Wir sollten deshalb Lernplattformen einrichten für die gemeinsame Weiterentwicklung, die Ausgestaltung und die Förderung von Modelltransfer. Hierfür lassen sich die zahlreichen Netzwerke und Kontakte nutzen, die im Bereich der sozialen und kulturellen Arbeit bereits existieren.

Die diakonischen Dienste und Einrichtungen brauchen Mut für Keywork; vor allem die Bereitschaft, sich auf gemeinsame Entwicklungs- und Veränderungsprozesse einzulassen.

Dr. Norbert Lübke

Medizinische Bedarfe für ältere Menschen – andere Bedarfe und neue Wege der Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation als Teilhabesicherung

Teilhabesicherung gilt als zentrale sozialpolitische Aufgabe der alternden Gesellschaft. Teilhabe bedeutet die Chance zu haben, durch das Einbezogensein in verschiedene Lebensbereiche, eigene Interessen und Wünsche im sozialen Leben verwirklichen zu können. Alter darf ebenso wie Behinderung kein Kriterium sein, um vom sozialen Leben ausgeschlossen zu sein. Rehabilitation leistet einen zentralen Beitrag zur Sicherung derartiger Teilhabe. Konzeptionell bezieht sie sich hierbei auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die ICF. Deren biopsychosoziales Modell funktionaler Gesundheit fragt nach Art und Schwere der Beeinträchtigungen durch gesundheitliche Probleme, darüber hinaus aber auch nach den personalen und sozialen Kontextfaktoren, also Ressourcen oder Barrieren, die es ermöglichen oder erschweren, dass Menschen trotz und bei eingeschränkter Gesundheit oder funktionalen Beeinträchtigungen am sozialen Leben teilhaben. Medizinische Rehabilitation stellt in diesem Rahmen einen komplexen, multidimensionalen Interventionsansatz zum weitest möglichen Erhalt respektive Wiedergewinn von Teilhabe dar. Dadurch ergänzt sie entscheidend den kurativen Ansatz der Behandlung von Gesundheitsstörungen insbesondere dort, wo dieser bei chronischen Beeinträchtigungen seine Grenzen erreicht.

Der Teilhabebezug bildet sich sozialleistungsrechtlich sowohl im SGB IX als auch in den Sozialgesetzbüchern ab und ist die Leitkonzeption der UN-Behindertenrechtskonvention, die auch in Deutschland geltendes Recht ist.

Im Folgenden möchte ich zunächst auf einige Besonderheiten des alten Menschen eingehen, dann nach Implikationen für die Versorgung fragen und schließlich Herausforderungen für die Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgungsansätze erörtern.

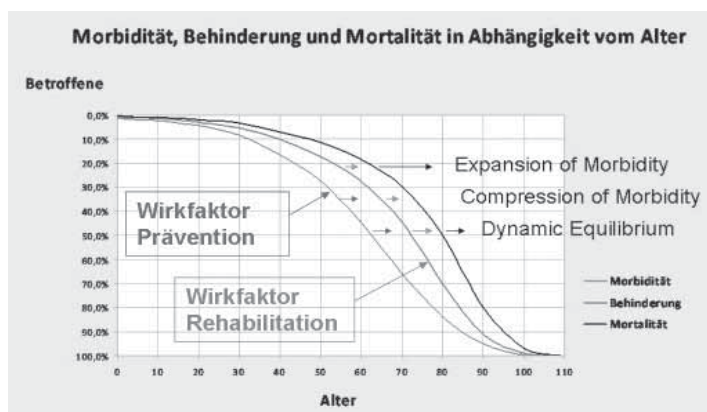
Besonderheiten des alten Menschen und Folgerungen für die Versorgung

Es ist bekannt, dass sich ungefähr ab dem 30. Lebensjahr viele organspezifische Funktionsreserven verringern. Dies ist ein „normaler“, altersphysiologischer Vorgang, der beispielsweise an der schrittweisen Reduktion der Muskelkraft, aber auch der Abnahme anderer Organleistungen sichtbar wird. Diese Entwicklung geht im höheren Alter oft einher mit einer deutlichen Zunahme von Multimorbidität und damit entsprechenden Aktivitätsbeeinträchtigungen und dem Risiko eines Autonomieverlusts. Die Berliner Altersstudie ergab, dass 94 Prozent der über 70-Jährigen fünf und mehr Erkrankungen aufwiesen.

Glücklicherweise steigt mit zunehmender Lebenserwartung auch die Zahl der gesunden Lebensjahre im höheren Alter. Das heißt, dass die größere Zahl von Lebensjahren nicht zwangsläufig mit einer Zunahme der Morbiditätslast einhergehen muss, wie dies die „Expansion of Morbidity“-Hypothese befürchten lässt, sondern dass im günstigsten Fall, bei schnellerem Zuwachs des medizinischen Fortschritts als der Lebenserwartung, sogar mit einer Reduktion der Morbidität gerechnet werden könnte („Compression of Morbidity“-Hypothese).

Neben den Krankheitskosten, die wesentlich mit der Spanne zwischen dem Eintritt (chronischer) Krankheiten und Tod korrelieren, sind gesundheitsökonomisch besonders die Kosten aus Behinderung/Pflege relevant, die mit der Spanne zwischen Eintritt entsprechender funktionaler Beeinträchtigungen und dem Tod korrespondieren. Solange sich alle drei Kurven (die des Eintritts chronischer Krankheiten, die des Eintritts funktionaler Behinderungen und schließlich die des Todes) gleichmäßig in höhere Lebensalter verschieben, sprechen wir von einem „Dynamic Equilibrium“ ohne gravierenden Einfluss auf die hierdurch entstehenden Versorgungskosten für den Einzelnen. Neben kurativmedizinischen Fortschritten sind für die ökonomisch entscheidende „Mitverschiebung“ parallel

zur Mortalitätskurve (entsprechend der steigenden Lebenserwartung) bezüglich der Morbiditätskurve vor allem die Prävention, bezüglich der Behinderungskurve vor allem die Rehabilitation entscheidend.



Dennoch wird die Demografie zumindest in den nächsten zwei bis drei Jahrzehnten zu einem Zuwachs an Pflegebedürftigkeit führen und einen Perspektivenwechsel für die Versorgung alter Menschen erzwingen, zumal bei steigender Anzahl der pflegebedürftigen Menschen – unabhängig von den verschiedenen Prognoseszenarien – zugleich die Zahl der hierfür zur Verfügung stehenden pflegenden Personen sinken wird.

Aus allen drei Sachverhalten ergibt sich, dass der Prävention und der Rehabilitation in Zukunft eine größere Bedeutung im Versorgungsgeschehen zukommen muss. Ich möchte diesen Perspektivenwechsel gegenüber der bei jüngeren Menschen meist ganz im Vordergrund stehenden kurativen Versorgung im Folgenden in vier Punkten knapp erläutern.

Erstens: Nicht jede Erkrankung im Alter hat (gleiche) Relevanz für die Teilhabe. Im Unterschied zur kurativen Behandlung jüngerer Menschen steht bei älteren Menschen die Behandlung oftmals unter der Notwendigkeit, angesichts einer Vielzahl von Diagnosen eine Priorisierung – nicht Rationierung – medizinischer Maßnahmen vorzunehmen. Entscheidendes Kriterium hierfür muss sein, die Behandlung welche der meist multiplen Erkrankungen älterer Menschen mit welchen Mitteln zu einem Optimum an Erhalt von Selbstständigkeit und Minderung von Pflegeabhängigkeit beiträgt.

Zweitens: Viele alte und multimorbide Menschen bleiben trotz der Fortschritte kurativer Medizin in ihren körperlichen Funktionen beeinträchtigt und unter Umständen pflegebedürftig. Die Versorgung muss sich die Frage stellen, wie trotz und bei eingeschränkter Selbstständigkeit Selbstbestimmung und Teilhabe erreicht werden kann. Rehabilitation und Prävention

kommt hierbei eine große Aufgabe zu, sowohl im Sinne der Sicherung von Gesundheit als auch zur Sicherung von Teilhabe bei eingeschränkter Gesundheit.

Drittens: Für Prävention und Rehabilitation kommt den Kontextfaktoren, wie es das Konzept der ICF vorsieht, große Bedeutung zu. Die medizinische Versorgung kann nur einen Beitrag zu Teilhabesicherung leisten, wenn sie neben ihren kurativen und rehabilitativen Anstrengungen bei bestehenden Gesundheitsproblemen auch die jeweiligen Kontextfaktoren – sowohl die „Umweltfaktoren“ (zum Beispiel die Wohnbedingungen) wie auch die „personbezogenen Faktoren“ (zum Beispiel individuelle Charakteristika) des Patienten, einbezieht.

Schließlich: Akut- und Rehaversorgung sind parallel zueinander zu gestalten. Kuration, Rehabilitation und Pflege müssen frühzeitig ineinandergreifen. Nur bei Überwindung unseres sequentiellen Versorgungsdenkens, das heißt bei frühzeitigem und auch bereits parallelem Einsatz aller zur Verfügung stehenden Behandlungsansätze wird es möglich sein, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe aus akuten und chronischen Gesundheitsproblemen so weit wie möglich zu verhindern oder zu vermindern.

Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Ich hatte einleitend schon dargestellt, dass die medizinische Rehabilitation ein Mittel zur Sicherung von Teilhabe darstellt. In unserem gegliederten System der sozialen Sicherung sind mehrere Rehabilitationsträger für die medizinische Rehabilitation zuständig, bei älteren Menschen fast immer die gesetzliche Krankenversicherung. Rechtsgrundlage sind vor allem das Neunte und das Fünfte Sozialgesetzbuch. Während das SGB IX Rehaträgerübergreifende Bestimmungen enthält, formuliert das SGB V das Krankenversicherungsrecht, das für die gesetzlichen Krankenkassen spezifisch geltendem Leistungsrecht. Im sozialrechtlichen Sinne dient die medizinische Rehabilitation dazu, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden oder eine eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Dazu gehört auch die Verhütung, Abwendung und der Ausgleich von Pflegebedürftigkeit, einschließlich der Milderung ihrer Folgen.

Im Verständnis des SGB V ist die medizinische Rehabilitation eine zeitlich befristete Komplexbehandlung. Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation müssen vier Indikationskriterien erfüllt sein:

- **Rehabilitationsbedürftigkeit:** dabei geht es nicht nur um vorübergehende Aktivitäts- oder Teilhabebeeinträchtigungen. Zudem müssen andere gegebenenfalls leistungsrechtlich vorrangige Maßnahmen, zum Beispiel aktivierend-pflegerische Behandlungen, die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, aber auch kurative Versorgung gegebenenfalls inklusive eines Krankenhausaufenthaltes entweder nicht ausreichend oder nicht erforderlich sein.
- **Rehabilitationsfähigkeit:** der Patient muss motiviert und psychisch und physisch für eine Rehabilitation belastbar sein
- **Rehabilitationsziel:** es muss ein realistisches und alltagsrelevantes Rehabilitationsziel für die Maßnahme formuliert werden (können) und schließlich
- **positive Rehabilitationsprognose:** das heißt, es muss medizinisch begründet eine hinreichende positive Wahrscheinlichkeit für den Erfolg der RehaMaßnahme respektive das Erreichen des gesetzten Rehaziels bestehen.

Vor dem Hintergrund dieser Bestimmungen sollen im Folgenden Herausforderungen der praktischen Umsetzung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation für ältere Menschen benannt werden.

1. Geriatrische Frührehabilitation

Die Frührehabilitation ist sozialrechtlich in § 39 SGB V der Krankenbehandlung, nicht der medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V zugeordnet, ist aber dennoch rehabilitativ ausgerichtet. Insofern sind hierauf auch noch nicht die oben genannten vier klassischen Indikationskriterien einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V anzuwenden.

Insbesondere kann der Zustand des Patienten dessen Fähigkeit zur Selbstbeteiligung noch einschränken, das heißt die Leistungserbringung kann auch passiv, also ohne aktive Mitwirkung des Patienten, erfolgen und indiziert sein, und die Prognose ist oft noch unsicher. Dennoch ist es sinnvoll, diese Leistung bei Bedarf im Krankenhaus frühest möglich und parallel zur kurativen Behandlung zu beginnen, da aufgrund der reduzierten Reserven bei alten Menschen häufig mit einer hohen Korrelation zwischen akuter Erkrankung und daraus erwachsenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu rechnen ist.

Aufgrund der eingeschränkten Reserven besteht bei alten Menschen darüber hinaus bei Rehabilitationsmaßnahmen auch eine erhöhte Anfälligkeit für akutmedizinische behandlungspflichtige Gesundheitsprobleme, die akut kurativ behandelt werden müssen. Schließlich können bei längeren Behandlungsverläufen reduzierte Reserven zu zusätzlichen Sekundärschädigungen führen, wenn nicht frühzeitig sekundärpräventive und rehabilitative Maßnahmen ergriffen werden.

Es erscheint daher angemessen, dass sowohl die Zahl der geriatrischen Krankenhausbetten und die Zahl der vollstationären Krankenhausbehandlungen in geriatrischen Fachabteilungen als auch – noch deutlicher – die Anteile dort erbrachter geriatrischer Frührehabilitation im Krankenhaus zunehmen. Es ist allerdings festzuhalten, dass dies nicht zwangsläufig eine weiterführende medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V ersetzt oder gar ausschließt.

2. Mobile Rehabilitation

Die mobile Rehabilitation ist eine Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation, die durch wohnortnahe Einrichtungen in der Häuslichkeit des Patienten, auch in stationären Pflegeeinrichtungen, erbracht wird. Explizit wurde die mobile Rehabilitation 2007 im SGB V verankert, sie wird seit Ende 2011 nicht mehr explizit erwähnt, aus der Gesetzesbegründung geht jedoch hervor, dass die ambulante medizinische Rehabilitation auch die Erbringung in mobiler Form umfasst. Die mobile Rehabilitation soll laut Gesetzesbegründung Menschen mit erheblichen funktionalen Beeinträchtigungen zugute kommen, die bislang keine Rehabilitationschancen hatten.

Die mobile Rehabilitation ist aus verschiedenen Gründen sinnvoll: Hier findet die Behandlung durch ein ärztlich geleitetes und multidisziplinäres Team in der vertrauten Umgebung des Patienten statt. Person- und umweltbezogene Kontextfaktoren können optimal berücksichtigt werden. Die Rehabilitation orientiert sich an den „normalen“, das heißt routinisierten Alltagserfordernissen des Rehabilitanden. Deshalb ist auch keine zusätzliche Transferleistung des Erlernenen in die häusliche Alltagssituation erforderlich. Schließlich ist es möglich, die Angehörigen und Bezugspersonen tatsächlich einzubeziehen.

Schon vor dem Inkrafttreten der Neuregelungen zur mobilen Rehabilitation im Jahr 2007 begannen die Verhandlungen zu einer Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabili-

tation, die zum 01.05.2007 in Kraft trat. Sie geht davon aus, dass mobile Rehabilitationsdienste primär an bestehenden stationären oder ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen angebunden werden sollten. Sie formuliert ein klares, wenn auch sehr enges, Umsetzungskonzept für die Geriatrie, das auf bisher unterversorgte Personengruppen zielt, primär dementiell Erkrankte, bei denen zwar eine Rehaindikation besteht, deren Rehafähigkeit und positive Rehaprognose jedoch nur bei Leistungserbringung im gewohnten Lebensumfeld und unter Erhalt der gewohnten sozialen Bezüge als gegeben angesehen werden kann.

Mehr als fünf Jahre nach dem Inkrafttreten bestehen derzeit allerdings nur etwa zehn mobile Rehabilitationsdienste bundesweit – dies trotz einer vom Bundesministerium für Gesundheit angeregten Umsetzungsempfehlung. Die Gründe hierfür dürften am ehesten in den Vorhaltekosten respektive den Vergütungsfragen einerseits bei einer durch die Rahmenempfehlungen doch sehr begrenzten Zielgruppe für diese Form der Rehabilitation andererseits liegen.

3. Qualifizierte ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

Im Gegensatz zur mobilen Rehabilitation ist die stationäre medizinische Rehabilitation quantitativ besser ausgebaut. Sie erfordert allerdings aufgrund der oft mehrfachen und vielfältigen Beeinträchtigungen meist multimorbider alter Menschen eine therapeutisch und pflegerisch breit und ausreichend aufgestellte personelle Ausstattung.

Strukturell trägt dem das seit diesem Jahr auch für die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Kraft getretene QS-Reha[®]-Verfahren der GKV Rechnung. Inwieweit die bestehenden Vergütungssätze diese Anforderungen allerdings abzudecken vermögen, ist seit Jahren Gegenstand heftiger Kontroversen.

Der Anspruch älterer Menschen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht aber auch nicht nur bezogen auf die geriatrische Rehabilitation, sondern bei entsprechender Indikation auch auf die ganze Palette indikationsspezifischer Rehabilitationsmaßnahmen. Dennoch wird dem System der medizinischen Rehabilitation von vielen Seiten – auch seitens der Diakonie in Positionspapieren und Stellungnahmen – erheblicher Reformbedarf attestiert. Auf einige Punkte möchte ich eingehen.

4. Flexiblere Rehabilitationsangebote

Weiterentwicklungsbedarf wird aus einer Reihe von Gründen in der Angebots- und Infrastruktur der Rehabilitation gesehen. Bei der klassischen Rehabilitation handelt es sich in der Regel um eine drei- bis maximal vierwöchige Kompaktmaßnahme, die in einer speziellen Rehaklinik, oft wohnortfern, stattfindet. Eine derartige Form der Leistungserbringung kann in vielen Fällen angemessen sein, für viele ältere und alte Menschen wären wohnortnahe Maßnahmen im Hinblick auf die Anbindung an weiterführende Versorgungsstrukturen, die häufig auch nach Entlassung aus der Rehabilitation noch erforderlich sind, die bessere Lösung.

Neben der mobilen Rehabilitation sind deshalb auch die ambulanten Strukturen der Rehabilitation einschließlich der in manchen Bundesländern hierfür konzeptionell vorgesehenen Tageskliniken an Krankenhäusern weiterzuentwickeln. Alternativ wäre zu überlegen, ob nicht generell alle, das heißt auch die nicht in der Häuslichkeit erbrachten Rehabilitationsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit – insbesondere bei alten Menschen – von einer Erbringung der letzten Rehabilitationseinheiten in der Häuslichkeit unter den realen Alltags-herausforderungen profitieren würden, mithin also das Konzept der mobilen Rehabilitation in einem weiteren Umfang sinnvoll eingesetzt werden könnte.

Neben diesem räumlichen Aspekt ist als zweites die zeitliche Dimension zu beachten. Mitunter erscheinen geriatrische Patienten mit derartig zeitlich komprimierten und begrenzten Kompaktmaßnahmen hinsichtlich ihrer Belastbarkeit überfordert. Hier wären Rehaangebote zu erproben, die zeitlich flexibel sind, also etwa über einen längeren Zeitraum mit einer möglicherweise geringeren Therapiedichte oder intervallförmig durchgeführt werden.

5. Heilmittelversorgung

Die Heilmittelversorgung zählt, sofern sie nicht im Rahmen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht wird, sozialleistungsrechtlich nicht zu den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, sondern wird der Krankenbehandlung zugeordnet. In der Praxis jedoch haben Heilmittel auch bei kurativen Maßnahmen oft eine wichtige rehabilitative Bedeutung.

Ein Punkt sei im Kontext der Versorgung älterer Menschen hervorgehoben: Viele ältere Menschen brauchen Heilmittel über einen längeren Zeitraum. Wenngleich die Heilmittel-

Richtlinie durchaus Langzeitverordnungen von Heilmitteln vorsieht, kommt es hier bei den verordnenden Ärzten immer wieder zu Unsicherheiten bei Budgetierungen und wegen sich hieraus möglicherweise ergebenden Regressforderungen. Einfachere und klarere Verordnungsgrundlagen, die dem Anspruch auf diese Leistung in der Realität besser Rechnung tragen, wären hier hilfreich.

6. Ausreichende Rehabilitationsleistungen im Alter und bei Pflegebedarf

Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und bei Pflege ist ausdrücklich Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich wird immer wieder in Zweifel gezogen, ob die Krankenversicherung als der zuständige Rehabilitations-träger dieser Aufgabe ausreichend nachkommt. Während die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und demografiebedingt weiter steigen wird, liegen belastbare Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei vorbestehender oder drohender Pflegebedürftigkeit nicht vor. Erste Erkenntnisse verspricht eine Studie unseres Kompetenz-Centrums Geriatrie in Zusammenarbeit mit dem AOK-Bundesverband und dem wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), die auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium im März 2013 vorgestellt wurde, detaillierte Ergebnisse werden hierzu in der zweiten Hälfte des Jahres 2013 publiziert (Meinck, M, Lübke, N, Polak, U. 2013).

Zwei Ergebnisse der Studie können schon jetzt berichtet werden: Erstens wurde deutlich, dass bezogen auf den Kreis der AOK-Versicherten im Alter von 65 Jahren und älter, die eine Reha-Leistung – einschließlich Frührehabilitation – in Anspruch genommen haben, nur 4,8 Prozent eine Reha-Leistung ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erhalten haben. 24,2 Prozent der Reha-Leistungen erfolgten ausschließlich als Frührehabilitationsleistung im Krankenhaus, 1,8 Prozent als Kombination aus Frührehabilitation und Anschlussrehabilitation und 69,2 Prozent ausschließlich als Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt. Dabei überwiegt bei älteren Menschen die indikationsspezifische Rehabilitation immer noch deutlich die indikationsübergreifende geriatrische Rehabilitation.

Zweitens zeigen die längsschnittlichen Auswertungen von Verlaufsdaten, dass nach Rehabilitationsmaßnahmen die Pflegestufe im Verlauf überwiegend stabilisiert werden konnte.

Ausgewählte weitere Aspekte und Herausforderungen für die medizinische und rehabilitative Versorgung älterer Menschen

Abschließend möchte ich, eher einige weitere Aspekte benennend als ausführlich erörternd, noch auf einige Besonderheiten hinweisen:

Der erste Punkt betrifft die Rehabilitation von Menschen mit Demenz. Hier ist zwischen Rehabilitation wegen Demenz und Rehabilitation wegen anderweitiger rehabilitationsbegründender Diagnosen bei Demenz zu unterscheiden. Für den ersten Fall gibt es bisher nur schwache medizinische Evidenz, für den zweiten Fall hingegen sehr gute – insbesondere bei geriatrischer Rehabilitation. Bei der Rehabilitation wegen Demenz wäre insbesondere kritisch zu hinterfragen, ob hierfür das klassische Setting einer dreiwöchigen medizinischen Rehabilitationsbehandlung in einer externen Rehabilitationsklinik strukturell überhaupt das richtige ist oder es dafür nicht anderer innovativer, längerfristig ambulant und mobil begleitender, wohnortnaher Versorgungskonzepte mit rehabilitativen Zielsetzungen bedarf.

Als zweiten Punkt möchte ich noch einmal die Bedeutung präventiver Maßnahmen unterstreichen. Neben der verhältnisbezogenen Prävention, zu denken ist etwa an Projekte der Gesundheitsförderung in Stadtteil, kommt auch der auf das individuelle Handeln der Person bezogenen Prävention eine wichtige Rolle zu. Ich denke dabei zum Beispiel an die Sturzprophylaxe, an Ernährungsberatung, die Zahngesundheit, Gesundheitschecks oder auch präventive Interventionen zur Vermeidung sozialer Isolation. Voraussetzung für den Erfolg dieser Maßnahmen ist jedoch, dass auch sie eng an die individuellen Lebenskontexte der Betroffenen angebunden, das heißt auf die Lebenssituation abgestimmt, wohnortnah und niederschwellig zugänglich angeboten werden.

Drittens ist die koordinierte Versorgung im Verbund nach wie vor ein Problem. Hierbei ist sowohl die Koordination von medizinischen Leistungen innerhalb des ärztlichen Versorgungssystems als auch die Koordination der für alte Menschen so relevanten kontextlichen Versorgung (soziale Einbindung, soziale Unterstützung, Wohnverhältnisse etc.), die auch qualifiziert in Händen anderer Professionen liegen könnte, strukturell besser zu gewährleisten, in einem nach wie vor stark sektoral gegliederten Versorgungssystem aber oftmals schwierig zu realisieren. Es spricht vieles dafür, bestehende Ansätze, Modellprojekte und regionale Strukturen zu Verbundprojekten weiterzuentwickeln. Hierbei sollten möglichst die jeweils

regional bereits bestehenden Leistungsanbieter eingebunden werden und ein Wettbewerb um die besten Konzepte eher zwischen verschiedenen Regionen als innerhalb dieser ausgetragen werden, um perspektivisch tragfähige und ausstrahlungsstarke Best-Practice-Konzepte zu identifizieren.

Letztlich bleiben als Herausforderungen für die Rehabilitation auch noch Fragen, die eher noch einer wissenschaftstheoretischen Präzisierung bedürfen. Ich denke hier beispielsweise an die noch immer schwierigen Abgrenzungsfragen zwischen rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen, wie sie sich zum Beispiel in fehlenden klaren Abgrenzungen zwischen Begriffen wie aktivierender, rehabilitativer oder aktivierend-therapeutischer Pflege spiegeln, oder damit eng verbunden Fragen, ob und gegebenenfalls wann ein Abbruch rehabilitativer Anstrengungen zur Teilhabesicherung – angesichts eines ja prinzipiell sehr weit reichenden Teilhabesicherungsanspruchs – berechtigt ist.

Fazit

Der weitestmögliche Erhalt von Teilhabe und Minderung von Pflegebedürftigkeit sind die zentralen Ziele der gesundheitlichen Versorgung im Alter. Hierfür wird in Zukunft neben der kurativen Versorgungsschiene präventiven, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungskonzepten eine noch wichtigere Bedeutung zukommen. Allerdings werden nicht alle relevanten Bedarfe älterer Menschen durch medizinische Rehabilitation oder andere Leistungen der GKV oder der sozialen Pflegeversicherung abzudecken sein. Angemessene Strukturen für den demografischen Wandel zu entwickeln ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen zu setzen und Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten klar zu definieren, Aufgabe der Politik.

Literatur

Lübke, N. 2012: Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? – Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Günster, C., Klose, J. u. Schmacke, N. (Hrsg.). Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter (Kap. 4, S. 51-66). Stuttgart: Schattauer.

MDS, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Essen, 2005, mit aktualisierten Verweisen, Januar 2011. Online verfügbar unter: <http://www.mds-ev.de/1683.htm> [08.02.2013].

Meinck M, Lübke N, Polak U. Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. Rehabilitation (Stuttg.) 2013; (in Druck)

Prof. Dr. Heinz Schmidt

Und die Diakonie? Welche Herausforderungen birgt der demografische Wandel für die Diakonie als konfessionelle Wohlfahrtsorganisation und Trägerin sozialer Dienste?

Erhaltung der Arbeitskraft, Förderung von Kreativität, Flexibilität und Initiative, Gesundheitsförderung für alle sozialen Gruppen (auch die benachteiligten), Selbstbestimmung und Selbstorganisation, Prävention und Rehabilitation auf neuen Wegen – die Diakonie hat zweifellos wichtige Herausforderungen erkannt, die sich ihr in der älter werdenden Gesellschaft von heute, bedingt durch kulturelle und demografische Wandlungsprozesse, stellen.

Die Diakonie steht vor vielfältigen Aufgaben, wenn sie – wie im Einladungsflyer formuliert – „Gesundheitschancen und Teilhaberechte der Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft zu verwirklichen“ bestrebt ist. Dennoch lässt sich fragen, ob die Gesellschaft unbedingt die Diakonie braucht, um diese Aufgaben sachgemäß wahrzunehmen. Leistet die Diakonie im Umgang mit älteren Menschen nicht eben nur das, was soziale Dienstleister weitgehend leisten, sei es nun auf gewerblicher oder auf freigemeinnütziger Basis? Die genannten Kriterien und Ziele – Selbstbestimmung, Teilhabe, Gesundheit – sind ja keineswegs spezifisch diakonisch, sondern gehören zum professionellen Standard, der sich im Laufe der Jahre aus Erfahrung und Forschung herausgebildet und in der Ausbildung von Fachkräften etabliert hat.

Es ist kaum zu bestreiten, dass sich die Diakonie in Form organisierter Dienstleistungsunternehmen politisch und ökonomisch nur behaupten kann, wenn sie sich die genannten Kriterien als Ziele aneignet und so der heute geltenden Professionalität bedient. Die früher bestimmenden Altersbilder sind obsolet geworden. Soziologie, Pflegewissenschaft, Philosophie, Rechtswissenschaft, Theologie, Ethik und auch die Gesetzgebung haben gemeinsam für einen Paradigmenwechsel gesorgt, so dass heute weniger Orientierungs- und Zielprobleme zu diskutieren sind als Umsetzungsprobleme, das heißt, dass die Systeme nicht wie beabsichtigt funktionieren, wofür dann Personalknappheit, mangelnde Finanzmittel und auch falsche politische Prioritäten verantwortlich gemacht werden.

So richtig es ist, dass diakonische Dienstleister sich durch eine möglichst konsequente Anwendung der neuen Ziele am Sozialmarkt und in der Zivilgesellschaft behaupten wollen, so verkürzt wäre es, solche funktionalen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte absolut zu setzen. Gesundheit, Teilhabe, Selbstorganisation und so weiter sind für die Diakonie nicht letzte Werte, die für sich stehen könnten und sich selbst erklären, sondern erfahrungs- und wissenschaftsbezogene Orientierungselemente in einem kulturellen Kontext, den man als zeitgemäße Form christlicher Lebenskultur in einer individualisierten und daher pluralistischen Gesellschaft betrachten sollte.

Es sind die werthafte Elemente in einer Lebenskultur, die in der Diakonie theologisch-ethisch reflektiert werden müssen. Vorausgesetzt ist dabei die Einsicht, dass professionelle Praxis ebenso wie die diesbezüglichen Wissenschaften mit ihren Leitbegriffen nicht von den normativen Kontexten absehen kann. Und diese sind eben durch die jeweiligen Kulturen bestimmt. Was Gesundheit, Teilhabe, Selbstbestimmung jeweils bedeuten, darüber gab und gibt es höchst divergierende Auffassungen. Erst die kulturellen Kontexte qualifizieren die Bedeutung und konturieren die entsprechende Praxis, die sich dann mithilfe von Organisationen, auch diakonischen Organisationen, in verlässlichen Verhaltensmustern, Alltagsroutinen, Evaluationsverfahren und auch Forschungsperspektiven konkretisiert.

„Der Begriff der Kultur“, so Max Weber, „ist ein Wertbegriff. Die empirische Wirklichkeit ist für uns ‚Kultur‘, weil und insofern wir sie mit Wertideen in Beziehung setzen“ – und – kann man hinzufügen – weil und insofern wir sie in organisierter Form praktizieren und damit als einen verlässlichen Verhaltens- und Orientierungskontext für jeden Einzelnen konkretisieren und konturieren. Organisierte Diakonie ist also ihrerseits kulturprägend, kulturentwickelnd und qualifiziert auf diese Weise, was Gesundheit, Teilhabe, Selbstbestimmung lebenspraktisch bedeuten kann.

Die Kultur produzierenden und entwickelten Organisationen – von familialen Formen über lokale Netzwerke bis hin zu Institutionen und Dienstleistungseinrichtungen – sind für ältere Menschen viel wichtiger als für viele jüngere, auch weil die Älteren einen erhöhten Interaktions- und Kommunikationsbedarf haben. Spontane, gelegentliche Kommunikationen im Nahbereich reichen nicht mehr, zumal wenn dieser Nahbereich sich verkleinert, die gewohnten Beziehungspersonen weniger werden und die biologisch-biographisch und funktional bedingten Interaktionsfelder wie Familie, Kindergarten, Schule und Beruf entfallen.

Diese Zusammenhänge decken zusammen mit Medienkonsum und ebenfalls organisierten Freizeitaktivitäten den Kommunikationsbedarf der jüngeren und mittleren Generation im Großen und Ganzen ab. Die geringeren Kommunikationsmöglichkeiten im Alter gehen zudem einher mit Einschränkungen in qualitativer Hinsicht, weil sie wenig kalkulierbar, also risikoreicher sind und weil sie tendenziell eher als Einschränkungen oder Verluste und seltener als Lebensgewinn empfunden werden können. Für eine Weiterführung dieser Beobachtungen verweise ich auf die Ausführungen von Reinhard Fiehler „Kommunikation als Grundvoraussetzung für gelingendes Altern“².

Fiehler unterscheidet vier Bereiche: 1) Veränderungen der sozialen Situation (zum Beispiel Rentnerdasein, Generationenablösung), 2) Veränderungen der sozialen Beziehungen (zum Beispiel Tod von Nahestehenden, Verringerung von Sozialkontakten durch abnehmende Mobilität), 3) Veränderung der Interaktion (zum Beispiel durch Altersattribuierungen), 4) Veränderungen der Erfahrungen mit sich selbst (zum Beispiel Beeinträchtigungen, Nachlassen von Fähigkeiten, Verlust von Kompetenzen, aber auch Gewinne aus sozialer Erfahrung).

Alle diese Veränderungen erhöhen den Kommunikationsbedarf, verändern aber auch die Kommunikationsweisen. Das heißt: ältere Menschen brauchen kommunikative Zusammenhänge, die ihren Bedürfnissen entsprechen und die sie nicht ständig zu Kompensationen, etwa durch vermehrten passiven Medienkonsum, nötigen. Welches sind nun die signifikanten Qualitätsmerkmale einer diakonischen Kultur, die den Kommunikationsbedarf älterer Menschen aufnehmen und inhaltlich konturieren können? Gesundheit, Selbstbestimmung und Teilhabe können auch in völlig andersgearteten kulturellen Kontexten Leitvorstellungen sein, die dann ältere Menschen veranlassen, ständig eine optimale Leistungs-

fähigkeit (zum Beispiel in sexueller Hinsicht), Gestaltungs- und Kontrollmacht sowie Kontaktreichtum zu simulieren.

Die Kultur einer diakonischen Organisation jeder Art und Dichte bildet den Kontext für die Kommunikationen älterer Menschen, um die sich die Diakonie kümmert. Sie kann so geartet sein, dass sie die auf die existenziellen Veränderungen bezogenen Kommunikationen anregt oder dazu ermutigt – oder aber sie nicht ernst nimmt, banalisiert, zur Oberflächlichkeit verleitet oder ganz abblockt. „Machen Sie sich keine Gedanken, das wird schon wieder.“ „Schauen Sie sich den lustigen Film an, dann vergehen die trüben Gedanken.“ „Jeder hat mal einen schlechten Tag“ – solche Wendungen sind verbreitet. Ermutigt werden die Kommunikationen, wenn Mitgefühl spürbar ist und gleichzeitig Wege zu einem Lebensverständnis angebahnt werden, aufgrund dessen die Veränderungen, auch die negativen, akzeptiert werden können. Die Entwicklung eines Selbstverständnisses, das den Veränderungen des Alters standhält, ist eine Bildungsaufgabe, die von der Diakonie aufgegriffen werden sollte, sowohl in Blick auf den Einzelnen wie auf die gesamte Gesellschaft. Nur wenn die Diakonie selbst ein solches Lebensverständnis kommuniziert und in ihren Einrichtungen kulturell implementiert – was durch die Kommunikation der Mitarbeiter verwirklicht wird, – wird sie älteren Menschen ein entsprechendes Selbstverständnis ermöglichen, das heißt den notwendigen Selbstbildungsprozess unterstützen.

Das diakonische Lebensverständnis gründet in der Gottesbeziehung. Gottesbeziehung ist der theologische Begriff für die allgemein zugängliche Erfahrung, dass das Leben endlich das heißt sterblich und dennoch sinnvoll ist. Die Verbindung von Endlichkeit und Sinn in der Gottesbeziehung verweist auf sinnkonstitutive Grenzen: die Grenzen der Erkenntnis, der Sprache, der Welt (als Schöpfung), das heißt auch Grenzen der Verfügbarkeit, der Objektivierbarkeit, der Erklärbarkeit, des Lebens und der Schöpfung im Ganzen einschließlich der anderen Menschen und Lebewesen.

Der Gottesbezug begründet theologisch die existenzielle Endlichkeit und eröffnet gleichzeitig eine freiheitsschaffende innere Unendlichkeit des Handelns in der jeweiligen Gegenwart. Freiheit und Würde sind daher nicht vernunftabhängig oder kompetenzbedingt, sondern entstammen der uns gewährten Dialektik von Endlichkeit und Unendlichkeit, die wir mit vernünftiger Selbstbeobachtung zwar erschließen, aber nicht objektivieren können. Aus der Verbindung von Endlichkeit und Unendlichkeit ergibt sich – wie selbst der Philosoph Thomas Rentsch feststellt – „dass es ohne Endlichkeit und Sterblichkeit, ohne Verletzlichkeit, ohne wechselseitige Entzogenheit, ohne die

2 In: Martina Kumlehn/Andreas Kubik (Hrsg.), Konstrukte gelingenden Alterns, Stuttgart 2012, bes. S. 109 ff.

Augenblicklichkeit unserer je konkreten Lebenssituationen, dass es ohne diese Sinn Grenzen unseres Lebens keinen unbedingten, wahrhaftigen Sinn³ geben kann.

Endlichkeit und Begrenztheit bestimmen das Leben von Anfang bis Ende, sowohl im Werden und in der Entfaltung wie im Leiden und Vergehen. Gleichzeitig ist der Mensch „stets mehr als reine konkrete Werdens-, Leidens- und Vergehenssituation“ (ebd.). Er ist in seiner Endlichkeit unendlich und gewinnt daraus Freiheit und Würde, mithin seine Personalität. Es ist bemerkenswert, dass ein Philosoph, der auf jede weitergehende religiöse Deutung bewusst verzichtet, eine existenzielle Dialektik von Endlichkeit und Unendlichkeit als die existenzial-ontologische Voraussetzung von Freiheit, Würde und Personalität erkennt. Wenn sich das Leben als Veränderung in Werden und Vergehen vollzieht, müssen beide – so Thomas Rentsch – als „Aspekte des menschlichen Werdens zu sich selbst begriffen werden“ (ebd.), genauer: als ein multidimensionales Werden, im Blick auf die Sterblichkeit, die mit den Veränderungen des Alters immer spürbarer wird, als ein „Werden zu sich selbst im Vergehen“ (a. a. O. S. 31).

Daher dürften in der Kommunikation mit älteren Menschen, mit Kranken und mit Sterbenden Leiden und Abschiednehmen nicht verharmlost oder verdrängt, sondern sollten als Chancen „zur Lebensintensivierung, zur Lebensklärung und Lebensvertiefung begriffen und so ins Leben zurückgeholt und einbezogen werden“ (a. a. O. S. 33). Das Leben verengt sich zwar und die Lebensmöglichkeiten verringern sich, aber das Leben in der jeweiligen Gegenwart, im konkreten Hier und Jetzt der persönlichen Befindlichkeit wird intensiviert und in all seinen Tiefen, Rätseln und Abhängigkeiten zugänglich – bis hin zum Loslassen oder besser: zum sich der Liebe Gottes überlassen.

Bewusst habe ich dieses von der Diakonie zu fördernde Selbstverständnis eines „Werdens zu sich selbst im Vergehen“ im Anschluss an einen Philosophen, das heißt aufgrund einer existenzanalytischen Reflexion formuliert und sie nur am Anfang und am Schluss theologisch eingefasst, um auch den vielen Klienten der Diakonie, die nicht (mehr) christlich geprägt sind, ein Selbstverständnis nahebringen zu können, das ihnen eine Versöhnung mit den Verlusten und Kränkungen ermöglicht, die mit der Endlichkeit unserer Existenz verbunden sind. Die theologische Einbindung macht zugleich deutlich, dass in christlicher Diakonie das „Werden zu sich selbst“ und die „Versöhnung mit der Endlichkeit“ als Versöhnung mit

Gott als dem Schöpfer, Erhalter und Vollender des Lebens verstanden wird und damit dem theologischen Verständnis der Diakonie als einer „Diakonie der Versöhnung“ (Theodor Strohm) entspricht.

Aus diakonischer Perspektive ist dann aber zu fragen, wie Verdrängung, Verharmlosung, Verzweiflung oder Resignation vermieden werden sollen, wenn die Verluste, das Leiden, die Krankheiten übermächtig werden, wenn der Körper sich selbst und damit jede Möglichkeit von Subjektivität und Selbstbestimmung zerstört, so dass Lebensintensivierung, Lebensvertiefung und Lebensklärung nicht mehr möglich sind? Die philosophisch intendierte Intensivierung ist ausgeschlossen, wenn das leiblich konstituierte Selbst sich ohne Bezug auf eine umfassendere Wirklichkeit einfach zersetzt und damit jede Zukunft, jede Chance neuer Verleiblichung, entschwindet.

Die Diakonie wird und will auch die Möglichkeit einer neuen Subjektivität, einer in der Liebe Gottes gründenden neuen Leiblichkeit offenhalten, die der Glaube an den Auferstandenen verbürgt. Zu diesem Glauben werden nicht alle Klienten der Diakonie gelangen können. Kirchliche und diakonische Mitarbeiter können diesen Glauben auch nicht bewirken, aber sie können durch spirituelle Impulse, Angebote und einen entsprechenden Lebensstil den heiligen Geist, der solchen Glauben bewirkt, gewissermaßen unterstützen, zumindest aber sein Wirken nicht erschweren.

Ausdrücklich sei hier darauf hingewiesen, dass diese existenzial-theologisch begründete Forderung einer Spiritualität der diakonischen Arbeit nicht besagt, dass die Mitarbeitenden zur Wortverkündigung anzuhalten wären. Notwendig ist allerdings ein im weitesten Sinn seelsorgerlicher Umgang mit den Klienten, der es diesen ermöglicht, ihre eigene Spiritualität zu entdecken, zu entwickeln und damit eben die Personalität und Subjektivität auszubilden, die in der existenzialen Dialektik von Endlichkeit und Unendlichkeit gründet und die damit ermöglichte Freiheit und Würde subjektiv realisieren lässt. Da diese existenziale Dialektik das ganze Leben bestimmt und nicht nur seine letzte Phase, ist der seelsorgerliche Umgang nicht nur auf dem Weg zum Sterben geboten, sondern in allen Lebensaltern und Lebenslagen, mit denen sich Diakonie auseinandersetzt. Die Spiritualität der älteren Generation verdient aber besondere Aufmerksamkeit, weil sich mit zunehmendem Alter die existenzielle Grunderfahrung von Endlichkeit und Unendlichkeit für alle intensiviert, das heißt in den höchst unterschiedlichen Lebensformen und Lebensstilen immer wieder in den Vordergrund drängt.

3 Thomas Rentsch, Fürsorge am Lebensende: Philosophische Grundlagen, in: M. Kumlehn/A. Kubik (Hrsg.), Konstrukte gelingenden Alterns, Stuttgart 2012, S. 28 f.

Die (manchmal erzwungene) intensivere Beschäftigung mit der existenziellen Grunderfahrung veranlasst ältere Menschen, sich stärker mit der eigenen Biographie auseinanderzusetzen. Öfter erzählen sie aus ihrem Leben, manche sehr viel und sehr gerne, andere weniger gern, aber einem inneren Antrieb nachgebend.

„Biographiearbeit“ ist daher bereits ein beliebtes Angebot kirchlicher Seniorenarbeit, besonders bei Frauen. Christian Mulia⁴ hat jüngst die kirchliche Altenbildung sorgfältig untersucht und an Beispielen empirisch überprüft. Ihm zufolge lassen sich vier „Sinnfelder des Alters“ (Teil II S. 129 ff.) erkennen, die in neueren Projekten der Altenbildung bearbeitet werden. Das erste ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie (S. 145-190). Vorrangige Motive der regen Teilnahme sind nach Mulia Identitätssuche und Selbstvergewisserung, Bedürfnis nach Rechtfertigung des eigenen Lebens sowie der Umgang mit Schuld und Unzulänglichkeit.

Um naheliegende Missverständnisse auszuschließen: Es geht heute meist nicht mehr darum, rückblickend eine lebensgeschichtliche Sinnkohärenz zu finden oder zu einer (letztlich positiven) Lebensbilanz zu gelangen, sondern darum, das so und nicht anders gelebte Leben als Individuum akzeptieren zu können. Dabei spielen Verschweigen, Verdrängen und Vergessen wie auch Selbstrechtfertigung, Selbstdarstellung und narzisstische Befriedigung eine Rolle. Kirchliche Bildungsarbeit muss darauf bedacht sein, das Identitäts- und Individualitätsmotiv und das damit zusammenhängende Rechtfertigungsbedürfnis (durch sich selbst und andere) nicht oberflächlich mit der Rechtfertigung durch Gott zu identifizieren oder aber zugunsten der Rechtfertigung durch Gott abzuwerten. Die Anerkennung des Einzelnen als Subjekt der eigenen Lebensgeschichte impliziert auch die Anerkennung der menschlichen Selbstrechtfertigung, freilich innerhalb der durch das Nächstenliebegebot und die Gottesbeziehung markierten Grenzen.

Als „Rollen, die Gott im Prozess des autobiographischen Reflektierens und Erzählens zugewiesen werden“, nennt Christian Mulia „Gott als Hörer (Leser), Autor (Poet), Co-Autor oder Deuter meiner Lebensgeschichte“. Gott sei „nicht nur verständnis- und liebevoller Zuhörer der Lebensgeschichte, sondern er bringt – dem menschlichen Adressaten vergleichbar – seine eigene (trinitarische Heils-)Geschichte mit in das Erzählgeschehen ein. Die Bezeichnung als Autor verweist auf ein asymmetrisches Beziehungsgefüge: Die von Gott eingebrachte Geschichte übersteigt jegliche menschliche Perspek-

tive und kann eben dadurch ein in sich verkrümmtes Leben befreien. Da die Rede von Gottes Autorschaft das Missverständnis nahelegen kann, dass das Subjekt einfach nach einem vorgezeichneten Drehbuch zu agieren habe, „... sollte besser von Gott als interpretierender Co-Autor gesprochen werden“.⁵

Aus diakonischer Sicht ist die Bezeichnung Gottes als interpretierender Co-Autor freilich zu vage. Meines Erachtens sollte Gott als liebender aber auch kritischer Lebensbegleiter ins Spiel gebracht werden, der den einzelnen Subjekten immer wieder Lebensmöglichkeiten eröffnet, gleichzeitig aber auf die Wahrnehmung der Bedürfnisse anderer Menschen und auf die Solidarität mit ihnen drängt. Zuzustimmen ist Mulia, wenn er abschließend bemerkt: „Im Angesicht Gottes kommt der wahre Mensch in den Blick, der um seine Fragmentarität und Schuldhaftigkeit weiß, und ebenso der ganze Mensch, der im Vorhandenen nicht aufgeht, sondern die Vervollkommnung seines Lebens im Angesicht Gottes erhofft.“⁶ Theologisch verantwortete Unterstützung biographieorientierter Sinn-suche älterer Menschen sollte ein Aufgabenfeld für Diakonie sein.

Neben dem skizzierten ersten Sinnfeld existenzieller Grunderfahrung hat Mulias Erkundung von Altersbildungsprojekten drei weitere Sinnfelder erkennen lassen, und zwar:

- Krankheit verbunden mit der Sorge um Selbstständigkeit sowie die Verarbeitung von bleibenden Einschränkungen und Verlusten
- Überschreiten von Alltäglichkeiten, Suche nach Transpersonalität, Selbsttranszendenz
- Teilhabe an der Fülle des Lebens

Mulia weist selbst darauf hin, dass zwischen diesen Sinnfeldern viele Überlappungen bestehen und einzelne Komponenten auch anders zugeordnet werden können und in allen vier Feldern eine Rolle spielen, wie zum Beispiel Teilhabe oder Spiritualität. Die mangelnde Eindeutigkeit der Zuordnungen

⁵ Produktivität, freiwilliges Engagement und Zivilgesellschaft. Hier zeigt sich eine zunehmende Bereitschaft älterer Menschen zum freiwilligen Engagement, bei dem sie ihre Kompetenzen und Erfahrungen im Sinne von sozialem Kapital einbringen können. Persönliche Anerkennung und soziale Teilhabe sind leitende Intentionen. Alle Zitate aus C. Mulia, a. a. O. S. 171.

⁶ Kultur, Kunst und Ästhetik. Hier geht es um individuelle Möglichkeiten kultureller Teilhabe, auch über spezifische Alterskulturen hinaus, sowohl im Sinn von Wahrnehmung und Verstehen als auch von eigener Kreativität bzw. Produktivität. C. Mulia, S. 172.

⁴ Christian Mulia, Kirchliche Altenbildung. Herausforderungen – Perspektiven – Konsequenzen, Stuttgart 2011.

ist nur ein Beleg für die Realitätsnähe der zu Tage geförderten Suchbewegungen älterer Menschen.

In pluralisierten und individualisierten Kontexten kann und muss jede und jeder Einzelne selbst die Konstellationen finden, die für die eigene Person sinnvoll und möglich sind. Die von Mulia postulierten Konstellationen weisen nur auf die intentionalen Zusammenhänge hin, die sich in realisierten Projekten als attraktiv und aktivierend herausstellten. Und sie zeigen auch, welche diakonisch-theologischen Perspektiven mit entsprechenden Projekten verbunden sein können. So werden im Sinnfeld 2 (Produktivität, Engagement und Zivilgesellschaft) Diakonie und Kirche als zivilgesellschaftliche Akteure in Anspruch genommen, die im Sinne ihrer Kernaufgaben älteren Menschen helfen können, ihre Fähigkeiten anderen zur Verfügung zu stellen und dadurch Nächstenliebe zu verwirklichen und sich vielleicht sogar als soziale Diakone zu verstehen. Im Sinnfeld 3 (Kultur, Kunst) können Menschen ihre Welten als Schöpfungsräume wahrnehmen und mitgestalten lernen und so zu Mitarbeitern Gottes bei der Erhaltung und Gestaltung des geschöpflichen Miteinanders werden. Im Sinnfeld 4 (Körper, Reisen, Spiritualität) bemerken Menschen, dass die Befindlichkeiten und Funktionen ihres Körpers grundsätzlich über die eigenen Grenzen hinausweisen und in spirituelle Erfahrungen münden können, die die körperlichen Antriebe und Kräfte integrieren, das heißt in transpersonalen Kontexten nutzen, was sich schließlich als „wachsende Empfänglichkeit, vertrauensvolles Angewiesensein und intensivierte Gottbezogenheit“ (S. 339) manifestieren kann.

Die genannten theologischen Dimensionierungen sind für die Diakonie deshalb bedeutsam, weil sie Möglichkeiten (keine Automatismen) aufzeigen, wie ein diakonisches Engagement heute konturiert und legitimiert werden kann, das der diakonischen Leitperspektive einer „versöhnten“ Endlichkeit angesichts der existenziellen Grundsituation eines „Werdens zu sich selbst im Vergehen“ (Thomas Rentsch, siehe oben) gerecht wird: Altern wird als „Radikalisierung der geschöpflichen Grundsituation vor ‚einem versöhnenden und rettenden‘ Gott“⁷ verstanden, was diakonische Konsequenzen haben sollte.

Zur Frage der Organisation der skizzierten Aufgaben kann ich mich auf wenige Bemerkungen beschränken. Die Fachleute sind sich einig, dass das gängige Sozialunternehmen, das mit seinen Einrichtungen bestimmte Dienstleistungen für Zielgruppen mit spezifischen Bedarfen (die dann auch refinanziert werden) erbringt, nicht mehr ausreicht. Selbst Menschen mit

spezifischem Unterstützungsbedarf akzeptieren es zunehmend weniger, dass Ort und Art der erforderlichen Dienstleistung durch institutionelle Vorgaben definiert sind. Hanns-Stephan Haas, Vorstand eines diakonischen Sozialkonzerns in Hamburg, fordert daher zu Recht eine Umstellung von Institutionen auf Personenzentrierung. „Kristallisationspunkt dieser Veränderung ist inhaltlich das Selbstbestimmungsrecht von Kunden, die an dem selbst gewählten Lebensort ihre Dienstleistung bekommen wollen. Damit wird das Quartier zum Bewährungsort des diakonischen Unternehmens. Hier zu arbeiten ist für das diakonische Unternehmen auch deshalb reizvoll, weil es lebensweltorientiert arbeiten und somit von den Ressourcen des Klienten und seines Umfelds ausgehen will. Lebenswelt und soziale Ressourcen stellen sich aber vor allem sozialräumlich dar. Sofern sich diakonische Dienstleister auf diese Situation einstellen, treffen sie vor Ort aber auf ein lebendiges soziales Gefüge, das sie nur zum Schaden übergehen können. Wer mit Übernahmementalität in ein Quartier einfällt, wird die Kraft informeller Netzwerke schnell als Grenzziehung erfahren. So wird der Schritt zu einem veränderten Selbstverständnis als Service-Intermediär unternehmerisch unumgänglich.“⁸

Um Missverständnisse zu vermeiden: Es kann nicht darum gehen, Sozialunternehmen in Netzwerke aufzulösen. Das Management, das Know-how sowie die finanziellen und personellen Ressourcen werden in den Netzwerken gebraucht. Aber die Organisationen müssen sich zu Service-Intermediären wandeln, die – nach Haas –

- „im Nahbereich eines Quartiers die Bedarfe von Menschen mit Unterstützungsbedarf
- durch die Verbindung von vorhandenen Angeboten oder
- die Schaffung respektive Anregung vernetzter Angebote
- in einem Mix von technischen Hilfsmitteln, zivilgesellschaftlichen Ressourcen und Profieinsatz möglichst quartiersstärkend – verlässlich so befriedigen, dass eine Versorgungsdichte entsteht
- die eine (annähernde) vergleichbare Verlässlichkeit zu stationären Betreuungsalternativen darstellt
- den Verbleib im bisherigen Wohnumfeld ermöglicht
- und einen größtmöglichen Erhalt der Selbstbestimmung beinhaltet.“⁹

8 Hanns-Stephan Haas, Vom Dienstleister zum Service-Intermediär, in dem gerade erschienenen Buch von H. Schmidt/Klaus D. Hildemann (Hgg.), *Nächstenliebe und Organisation*, Leipzig 2012, S. 260 f.

9 A. a. O. S. 263.

7 So Mulia, S. 338 (ohne die Attribuierungen).

Dass dies eine weitreichende Veränderung sein wird, der nur in einem konzertierten Vorgehen verschiedener Träger und mithilfe interdisziplinärer Vernetzung zu schaffen ist, dürfte deutlich sein. Auch den diakonischen Verbänden wachsen hier neue Aufgaben zu.

Lassen Sie mich abschließend noch auf einige ungelöste Probleme hinweisen, die für die Diakonie aufgrund ihres Auftrags in besonderer Weise dringlich sind. Sie betreffen die Milieugrenzen kirchlich-diakonischer Arbeit, die Genderfrage und den Umgang mit Demenz und Depression. Übergehen kann ich die Hospizarbeit, weil diese von der Diakonie aufgegriffen und inzwischen produktiv weiterentwickelt wird.

Was Milieugrenzen und Genderfrage betrifft, sind sie für die Einrichtungsdiakonie im Bereich spezifischer Gesundheits- und Pflegeleistungen am wenigsten spürbar, weil hier zumindest prinzipiell alle Leistungsberechtigten die Dienstleistungen auch in Anspruch nehmen, wenn ihnen dieses von Ärzten, Kassen oder durch das Renommee der Einrichtung nahegelegt wird. Bereits damit verbundene kommunikative, bildungsorientierte oder spirituelle Angebote werden aber vorwiegend von Teilnehmern mit höherer Bildung und insbesondere von Frauen in Anspruch genommen. Eigenständige kommunikative oder spirituelle Angebote sind für Handwerker, Arbeiter, kulturell wenig Interessierte kaum attraktiv, von sozial oder kulturell marginalisierten Gruppen ganz zu schweigen. Männer sind überall in der Minderheit. Vermutlich sind für beide Phänomene kommunikative Barrieren ausschlaggebend, die hauptsächlich sozialisationsbedingt sind. Von den eigenen Gefühlen zu erzählen, die eigenen Überzeugungen zu offenbaren oder zur Diskussion zu stellen, sich öffentlich zu religiösen Überzeugungen zu bekennen oder gar religiös zu kommunizieren gilt als unmännlich oder als Privatsache, ist schwierig zu formulieren, kann in Konflikte führen, bringt intellektuelle oder rhetorische Schwächen zu Tage und so weiter. Was die Motive bei den Einzelnen sind, welche Barrieren oder Vorurteile ihnen begegnen und welche sie selbst konstruieren, ist zu wenig erforscht.

Es gibt einige positive Erfahrungen, etwa mit Männerstammtischen oder besonderen Veranstaltungen in Arbeiter- oder Arbeitslosenmilieus. In Freiwilligenbörsen engagieren sich mehr Männer und mehr Arbeiter/Handwerker, wenn es um technische, elektronische oder sportliche Angebote geht und nicht vorrangig um soziale Hilfestellung, Fürsorge- und Pflegeleistungen. Vermutlich schlagen auch hier die gesellschaftlich dominanten Erfolgs- und Wertemuster durch, denen zufolge ökonomische und kommunikative Erfolge, technische Höchstleistungen und Selbstdurchsetzung sozial präferiert werden, während Hilfeleistung, Erziehung und Pflege gering geachtet

sind, was sich dann auch in der Unterscheidung zwischen „harten“ und „weichen“ Berufen niederschlägt. Fazit: In beiden Hinsichten braucht die Diakonie Erfahrungen, neue Forschungen, aber auch ein radikales gesellschaftliches Umdenken.

Menschen mit Demenz sollten für die Diakonie die geringsten Schwestern und Brüder sein, mit denen Christus sich in Mt. 25 (Gleichnis vom großen Weltgericht) identifiziert – nicht die Post-Personen oder Nichtpersonen, wie sie nicht nur von einigen Philosophen (J. McMahan und M. Quante), sondern de facto von der Mehrheit betrachtet werden. In radikalster Weise erleben sie, was „Werden zu sich selbst im Vergehen“ und „geschöpfliche Grundsituation“ meint. Mit den Erinnerungen und Zukunftsvorstellungen schwinden auch die Möglichkeiten von Selbstbestimmung und Sinnfindung. Aber mit Hilfe der noch vitalen Neuronen wird die Gegenwart als die je eigene erlebt mit Freude und Schmerz, Angst und Wohlbefinden. Das bis zum Schluss unzerstörbare „Leibgedächtnis“, in dem nach Thomas Fuchs Lebenserfahrungen verinnerlicht sind, erhält ein Gefühl von Selbstvertrautheit. In ihrer zunehmenden Abhängigkeit und unvermittelten Gegenwärtigkeit sollten diese Menschen erleben können, was mit Geborgenheit in der Liebe Gottes gemeint ist.

Ebenso wie ein Leben mit Demenz sind für die meisten Menschen Depressionen ein Horrorszenario. Den Umgang mit Depressiven sucht man zu vermeiden und wer sich nicht entziehen kann, fühlt sich in der Regel hilflos. Auch diesen Menschen sollen Fachleute helfen. Allerdings gibt es viel zu wenig therapeutische Angebote und Möglichkeiten. Die Wartezeiten sind exorbitant, die Antragsverfahren aufwändig und die Therapien selbst dauern sehr lange. Den (Aus-)Weg zu Seelsorgerinnen und Seelsorgern finden nur noch wenige. Und wer ihn geht, trifft häufig auf Geistliche, die mangels spezifischer Ausbildung der Aufgabe nicht gewachsen sind. Wir wissen noch viel zu wenig über Depressionen, aber wir wissen, dass ungeachtet sehr unterschiedlicher Ursachen und Verläufe alle Betroffenen auf verlässliche Beziehungen angewiesen sind. Sie müssen über sich reden können, Wertschätzung und Anerkennung erfahren, auch wenn sie immer und immer wieder die gleichen Probleme und Schwierigkeiten vortragen. Sehr zugespitzt lässt sich sagen, diakonische Projekte oder Netzwerke sind in dem Maße diakonisch, in dem es ihnen gelingt, Menschen mit Depressionen zu integrieren.

Auch für so stark belastete Menschen sollte das Diktum von Karl Julius Weber gelten:

Das Leben wird gegen Abend, wie die Träume gegen Morgen, immer klarer.

Pfarrerin Roswitha Kottnik, Dr. Tomas Steffens

Demografischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit – Tagungsbericht

Unter dem Titel „Demografischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit“ fand am 14. Dezember 2012 in Berlin die Abschlussagung des diakonischen Jahresthemas „Altern in der Mitte der Gesellschaft“ statt. Der Tagung vorgeschaltet waren drei größere Veranstaltungen der Diakonie in Berlin, Düsseldorf und Nürnberg, auf denen Herausforderungen des demografischen Wandels diskutiert wurden. Diese Veranstaltungen werden zusammen in einer separaten Dokumentation dargestellt.

Die Veranstaltungskette – dokumentiert in „Finanzierung von Altenarbeit im Gemeinwesen“ (Diakonie Text 04.2013) – fügt sich ein in das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012. Eine wichtige Grundlage der Tagungsreihe war das von einer Projektgruppe der Diakonie Deutschland erstellte Papier „Altenarbeit im Gemeinwesen: demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert“ (Diakonie Texte 09.2011). In der „Düsseldorfer Erklärung“ wurden die Diskussionsergebnisse zusammengefasst, in der die Forderung der Diakonie nach einer verlässlichen Sockelfinanzierung der Gemeinwesen orientierten Seniorenarbeit eine wichtige Rolle spielt. Die „Düsseldorfer Erklärung“ ist in der oben genannten Dokumentation der diakonischen Tagungsreihe aufgenommen.

Mit der Tagung am 14. Dezember 2012 sollten die doch recht unterschiedlichen Diskussionsstränge des Jahresthemas zusammengefasst und zugleich akzentuiert werden, denn auf der Veranstaltung standen die Fragen nach Teilhabe und Gesundheit der älteren Menschen im Mittelpunkt.

Die Tagung gliederte sich in zwei Teile: Während am Vormittag eher grundsätzliche Fragen des demografischen Wandels diskutiert wurden, ging es am Nachmittag um diakonische Arbeitsfelder, die durch den demografischen Wandel herausgefordert sind.

Zu Beginn der Tagung verband Diakonie-Präsident Johannes Stockmeier die Begrüßung und Einführung ins Thema mit einer diakonischen Standortbestimmung. Er betonte, dass

nicht vergessen werden sollte, dass es zwar im Durchschnitt den älteren Menschen in vielen Hinsichten so gut geht wie keiner vorherigen Generation, die Lebenslagen der älteren Menschen jedoch sehr unterschiedlich sind. Vor dem Hintergrund einer drohenden Altersarmut kommender Generationen sprach er sich für eine sozialpolitische Umorientierung der gegenwärtigen Politik aus und verwies etwa auf die Stellungnahmen der Diakonie Deutschland zum Armutsbericht der Bundesregierung: Die Diakonie setzt sich für existenzsichernde Mindestlöhne, die verlässliche Sicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums und für eine Politik ein, die das Rentenniveau sichert.

Präsident Stockmeier betonte, dass der demografische Wandel auch für die diakonischen Einrichtungen und Dienste eine Herausforderung ist. Er wies in diesem Zusammenhang auf die große Bedeutung hin, die der Sozialraumorientierung und einer gemeinwesenorientierten Diakonie zukommt, denn für die meisten älteren Menschen ist der Stadtteil ihr Lebensmittelpunkt.

Die beiden Grundsatzvorträge hielten am Vormittag Dr. Bernhard Braun und Hartmut Reiners.

Dr. Braun vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, dessen Beitrag nicht dokumentiert werden kann, setzte sich mit sechs Mythen um den demografischen Wandel auseinander. Dabei ging es ihm nicht um eine systematische Darstellung der demografischen Transition oder ihrer Diskussion, sondern darum, tendenziös-einseitige oder fehlerhafte Argumentationen zu korrigieren. Dazu mussten gesundheits- oder bevölkerungswissenschaftliche Erkenntnisse zum Beispiel über die derzeitige und künftige Entwicklung der Gesundheit und die dafür quantitativ wie qualitativ benötigten Leistungen stärker wahrgenommen und Spielräume hinsichtlich des Umgangs mit Demografiefolgen benannt werden (zum Beispiel für die lebenslange gesundheitsbezogene Prävention, die lebenslange Bildung und Weiterbildung, den Abbau sozialer Ungleichheit). Gegenüber Prognosen über 20 oder 40 Jahre und den darauf basierenden Schlussfolgerungen und

Maßnahmen sei ein systematischer Zweifel angebracht. Notwendig sei eine Veränderung der spezifischen deutschen Diskurs-Kultur: ein Abbau der deutschen „Aufregungsmentalität“ oder des Hangs zum „Alarmismus“. Er kritisierte, dass Fragen des demografischen Wandels von einem apokalyptischen Katastrophendiskurs durchzogen sind, der für Unterscheidungen blind ist und dadurch entweder lähmend wirkt oder bestimmte, das sozialstaatliche Sicherungsniveau absenkende Politiken favorisiert.

In seinem Vortrag ging es Dr. Braun nun darum, sechs „Demografie-Mythen“ zu erschüttern.

1. Der größte Teil des demografischen Wandels liegt vor uns: Dagegen stellte Dr. Braun die Tatsache, dass die Lebenserwartung im 20. Jahrhundert bereits um mehr als 30 Jahre stieg, der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung von 44 auf 20 Prozent sank, der Anteil der über 65-Jährigen von knapp fünf auf über 16 Prozent wuchs. Die für die Zukunft erwarteten Veränderungen seien dagegen gering: Sechs Jahre Alterung bis 2050 und ein Jugendanteil von 16 Prozent.
2. Die Folgen des demografischen Wandels für Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind negativ, bedrohlich und unvermeidbar: Dagegen steht, dass die Menschen nicht nur immer älter werden, sondern auch länger gesund bleiben. Auch in Bezug auf die Anzahl der Krankenhaufälle ergibt sich ein anderes Bild: Die rein demografisch bedingten, also angeblich am „unveränderbarsten“ Behandlungs- und Sterbekosten im Krankenhaus werden bis 2030 nicht „explosionsartig“ steigen. Die Behandlungskosten steigen zwischen 2008 und 2030 je nach der Annahme über die künftige Morbiditätsentwicklung älterer Menschen um durchschnittlich 0,2 Prozent (Kompressions-Szenario) beziehungsweise 0,6 Prozent (Status-quo-Szenario) je Jahr. Differenzierungen sind auch hinsichtlich der Daten zur Pflegebedürftigkeit angebracht, denn der absolute Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen, ist überwiegend nicht auf eine Erhöhung des individuellen Risikos von Pflegebedürftigkeit, sondern weitgehend auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden ist zwischen 2000 und 2008 sogar signifikant um rund 8 Prozent bei den Männern und rund 25 Prozent bei den Frauen zurückgegangen.
3. Die gesundheitlichen Folgen des Alterns treffen jeden und sind weder sozial noch politisch vermeidbar oder beeinflussbar: Dagegen steht, dass wie die Lebenserwartung

auch der Gesundheitszustand von der sozialen Lage abhängt, Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen und höherem Einkommen sind nachweislich gesünder. Darüber hinaus zeigen internationale Daten, dass die Zahl der beschwerdefreien Lebensjahre in mehreren europäischen Ländern (Dr. Braun stellte Daten aus Schweden, Frankreich, Spanien, den Niederlanden und Österreich vor) größer ist als in Deutschland.

4. Der demografische Wandel verringert das Erwerbspersonenpotenzial und führt 2025 oder 2050 unvermeidbar zu Wohlstandsverlusten: Dagegen steht nicht nur, dass sich die Szenarien für im Jahr 2050 zur Verfügung stehende Erwerbspersonenpotenzial sehr unterscheiden, sondern auch, dass durch Steigerung der Arbeitsproduktivität, Zuwanderung, Erhöhung des Lebensarbeitszeitvolumens und der Erwerbsbeteiligung dieses Potenzial beziehungsweise seine Nutzung beeinflussbar ist.
5. Demografieprognosen sind sicher und Trends stehen unverrückbar fest: Dagegen betonte Dr. Braun, die grundsätzliche Unsicherheit von Aussagen über die Zukunft und konnte dies anhand von Prognosen zur Einwanderung zeigen.
6. Die sozialen Sicherungssysteme können wir uns künftig nicht mehr leisten und sie sind unfinanzierbar. Dr. Braun wies darauf hin, dass Schweden im Jahr 2008 für Langzeitpflege 3,6 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts (BIP) ausgab (Anteil der öffentlichen Gelder), in Deutschland dieser Anteil im selben Jahr bei 0,9 Prozent lag. Bis 2050 soll dieser Anteil in Deutschland 2,3 Prozent betragen und liegt somit immer noch unter dem Betrag, der in Schweden oder den Niederlanden bereits 2008 tatsächlich aufgewendet wurde, in Deutschland wird der künftige Aufwand für „unfinanzierbar“ gehalten.

Hartmut Reiners, Gesundheitsökonom und langjähriger Mitarbeiter in Landesministerien in Nordrhein-Westfalen und Brandenburg, begründete in seinem Vortrag drei Aussagen:

- Wir müssen wegen der demografischen Entwicklung und der ökonomischen Besonderheiten des Gesundheitswesens mit steigenden Gesundheitsausgaben rechnen.
- Das ist weder eine die Volkswirtschaft noch das solidarisch finanzierte Sozialleistungssystem zwangsläufig überfordernde Entwicklung. Gegenteilige Behauptungen basieren auf fragwürdigen Annahmen mit sich selbst erfüllenden Prophezeiungen.

- Richtig ist, dass ohne eine grundlegende Reform der GKV-Finanzierung, eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen sowie eine konsequente Qualitätssicherung nach dem Prinzip der evidenzbasierten Medizin die Beiträge für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung eine vor allem für untere und mittlere Einkommensgruppen kaum zumutbare Höhe erreichen können.

Hartmut Reiners begründete, warum auch mit Kapitaldeckung betriebene Systeme nicht als Lösung für den demografischen Wandel gelten können und kommt zu dem Ergebnis: „Der über Steuern und Abgaben finanzierte Wohlfahrtsstaat ist in Verbindung mit einem effektiven, eine hohe Produktivität der Wirtschaft sichernden Bildungssystem das sicherere funktionierende Sparschwein moderner Volkswirtschaften“.

Den zweiten Teil der Veranstaltung leitete Dr. Mehrhoff, Stabsbereich für Rehabilitationsstrategien und -grundsätze in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, ein mit einem Impuls zum Thema „Strategien zur Beschäftigungsfähigkeit bei älter werdenden Belegschaften“, ein Thema, das alle diakonischen Einrichtungen praktisch betrifft. Dr. Mehrhoff betonte in seinen Ausführungen, dass Strategien zur Beschäftigungssicherung ein Mosaik von Elementen umfasst:

- die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung
- das betriebliche Eingliederungsmanagement
- ein Disability Management
- das frühe Erkennen von Problemen
- die Arbeit auf der Grundlage der ICF – damit die Teilhabe auch konzeptionell im Mittelpunkt steht –
- und die frühzeitige Prüfung, ob und wie rehabilitative Leistungen zu erbringen sind.

Individualisierung und Partizipation sind Grundprinzipien, ohne deren Beachtung Strategien zur Beschäftigungssicherung scheitern.

Mit dem Thema „Gesundheit und soziale Ungleichheit – was heißt Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Quartier?“ beschäftigte sich Prof. Dr. Susanne Kümpers, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Prof. Kümpers verdeutlichte im ersten Teil ihres Referats das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit, setzte sich dann mit der Gesundheitsförderung im Stadtteil, einem wichtigen Lebensmittelpunkt

älterer Menschen, auseinander und berichtete schließlich von den Ergebnissen ihrer Forschungen zu den fördernden beziehungsweise hemmenden Bedingungen für Gesundheitsförderung bei älteren benachteiligten Menschen im Stadtteil.

Die Ausführungen machten deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung sich nicht nur auf das Individuum richtet, sondern vor allem die Lebensverhältnisse in den Blick nimmt oder nehmen muss. Dabei geht es auch um die partizipative Gestaltung von den Elementen der Lebenswelt, die auf den ersten Blick keinen Gesundheitsbezug haben, die aber dennoch für Teilhabe und Gesundheit wesentlich sind. Die Diakonie ist hier als Gemeinwesendiakonie gefordert.

Karin Nell, Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein, beschäftigte sich in ihrem Impuls mit dem Thema „Neuer ‚Profi-Laien-Mix‘: Chancen, Risiken und Nebenwirkungen der selbstbestimmten und selbstorganisierten Altenarbeit“. In den Mittelpunkt ihrer Ausführungen stellte sie das Konzept des „Keywork“, das sie als innovativen Ansatz für das Miteinander von Profis und Laien in sozialen und kulturellen Handlungsfeldern vorstellte. Keyworker gestalten Gesellschaft, indem sie für sich selbst und andere neue Entwicklungs- und Gestaltungsräume eröffnen. Die vier Elemente des Basiskonzepts (Innovation, Partizipation, neue Lernformen und neue Lern- und Gestaltungsformen) sind freilich mit einer Reihe von Risiken und Nebenwirkungen verbunden, sie stellen Institutionen, auch die diakonisch geprägten, vor Herausforderungen, da sie sich auf dem Wege der Öffnung und der Partizipation verändern müssen.

Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenkassen Nord, referierte über „Medizinische Rehabilitation für ältere Menschen – andere Bedarfe und neue Wege der Rehabilitation?“ Dr. Lübke arbeitete die Sicherung der Teilhabe älterer Menschen als zentrale Herausforderung der Gesellschaft heraus. Nachdem er auf die „Besonderheiten des alten Menschen“ eingegangen war, führte Dr. Lübke aus, welche Folgerungen sich daraus für die Versorgung ergeben. Hier nannte er fünf Punkte:

- Priorisierung vor Rationierung
- Selbstbestimmtheit bei eingeschränkter Selbständigkeit
- die Relevanz von Kontextfaktoren
- die Parallelität von Akut- und Rehavversorgung

- sowie das Ineinandergreifen von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege.

Für die praktische Umsetzung im Rahmen des SGB V erörterte er den Nutzen (und Grenzen) von Versorgungselementen und fragte nach ihren (perspektivischen) Beiträgen zur gesundheitlichen Versorgung alter Menschen: die (geriatrische) Frührehabilitation, die medizinische Rehabilitation (in ihren verschiedenen Formen) und Heilmittelverordnungen. Kritisch erörterte Dr. Lübke Fragen zur Rehabilitation bei Pflegebedarf, bei Demenz sowie bei der Schaffung koordinierter Versorgungsstrukturen im Verbund.

Die Tagung begann mit zwei Grundsatzbeiträgen, sie schloss mit einem grundsätzlichen Beitrag, der danach fragte, welche Aufgaben sich der Diakonie als konfessioneller Wohlfahrtsorganisation und als Trägerin sozialer Dienste stellen. Prof. Dr. Heinz Schmidt, emeritierter Direktor des Diakoniewissenschaftlichen Instituts der Universität Heidelberg, arbeitete in seinem Vortrag das spezifische Diakonische in der sozialen Arbeit der Kirche heraus: Gesundheit, Teilhabe, Selbstorganisation, Prävention und Rehabilitation könnten nicht letzte Werte für die Diakonie sein. Diakonisches Lebensverständnis gründe in der Gottesbeziehung. „Der Gottesbezug begründet theologisch die existenzielle Endlichkeit und eröffnet gleichzeitig eine freiheitsschaffende innere Unendlichkeit des Handelns in der jeweiligen Gegenwart“. Daraus ergebe sich die diakonische Aufgabe der spirituellen Begleitung gerade älterer Menschen, weil für diese die genannte existenzielle Grunderfahrung intensiver im Vordergrund steht als für Jüngere. Als einen Weg beschreibt Prof. Schmidt die theologisch verantwortete Unterstützung der biographischen Sinnsuche älterer Menschen, orientiert an signifikanten Sinnfeldern des Alters als ein Aufgabenfeld der Diakonie.

Begleitet wurde die Tagung von einer Ausstellung unter dem Titel „Alte Stoffe erzählen meine Geschichte“, die von Frau Nese, Bund Evangelischer Freikirchlicher Gemeinden, organisiert wurde.

Schließlich ist auch an dieser Stelle für die großzügige Unterstützung bei den Tagungen zum Jahresthema durch die Akademie der Bruderhilfe, Versicherer im Raum der Kirchen zu nennen, die die Planung und Durchführung der Veranstaltungen sehr erleichtert hat.

Autorinnen und Autoren

Pfarrerin Roswitha Kottnik, Referentin im Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege, Diakonie Deutschland (bis Ende 2012), Berlin

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

Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

Dr. Friedrich Mehrhoff, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Stabsbereich für Rehabilitationsstrategien und -grundsätze, Berlin

Karin Nell, Referentin im Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., Düsseldorf

Hartmut Reiners, Gesundheitsökonom, Potsdam

Prof. Dr. Heinz Schmidt, Leiter des Diakoniewissenschaftlichen Instituts der Universität Heidelberg (bis 2009)

Dr. Tomas Steffens, Referent im Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege, Diakonie Deutschland, Berlin

Oberkirchenrat Johannes Stockmeier, Präsident Diakonie Deutschland, Berlin

Auszug Diakonie Texte 2011/2012/2013

- 06.2013 Die insoweit erfahrene Fachkraft nach dem Bundeskinder-
schutzgesetz – Rechtsfragen, Befugnisse und erweiterte
Aufgaben
- 05.2013 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2012
- 04.2013 Finanzierung von Altenarbeit im Gemeinwesen
- 03.2013 Soziale Sicherung für Kinder und Jugendliche einfach,
transparent und zielgenau ausgestalten
- 02.2013 Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechts-
konvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie
- 01.2013 Dritter Weg im Dialog: Argumente, Glossar und Maßnahmen
für die interne Kommunikation
- 09.2012 In der Diakonie vom Glauben reden – in Kursen zu Themen
des Glaubens
- 08.2012 Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psycho-
somatische Einrichtungen – Positionen der Diakonie
- 07.2012 Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder
psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen
- 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen:
Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
- 05.2012 Rechtssicherheit und Fairness bei Grundsicherung nötig
Diakonie-Umfrage ergibt: SGB-II-Rechtsansprüche regel-
mäßig nicht umgesetzt
- 04.2012 Freiwilliges Engagement in Einrichtungen und Diensten
der Diakonie – Eine repräsentative Studie
- 03.2012 Leitlinien Arbeitsmigration und Entwicklung
– Guidelines on Labour Migration and Development
Art.-Nr: 613 003 032ENGL
– Principes directeurs pour les migrations et le développement
Art.-Nr: 613 003 032FR
- 02.2012 Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe
der Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der
Diakonie
- 01.2012 Diskriminierungsschutz in diakonischen Arbeitsfeldern
- 16.2011 50 Jahre Zivildienst
- 15.2011 Pflegestatistik – zum 15. Dezember 2009
- 14.2011 Einrichtungsstatistik – Regional – zum 1. Januar 2010
- 13.2011 Vorstandsbericht

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie
Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir
sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren.
Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen
lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit
erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte
aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben
werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche
Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Tomas Steffens
Arbeitsfeld Medizinische
Rehabilitation, Prävention
und Selbsthilfe im Zentrum
Gesundheit, Rehabilitation
und Pflege
Telefon: +49 30 652 11-1665
tomas.steffens@diakonie.de
www.diakonie.de

Layout:
Alfred Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© August 2013 – 1. Auflage
ISBN 978-3-941458-66-6
Art.-Nr. 613 003 073

Die Texte, die wir in der
Publikationsreihe Diakonie
Texte veröffentlichen, sind
im Internet frei zugänglich.
Sie können dort zu nicht-
kommerziellen Zwecken
heruntergeladen und ver-
vielfältigt werden. Diakonie
Texte finden Sie unter
www.diakonie.de/Texte.
Im Vorspann der jeweiligen
Ausgabe im Internet finden
Sie Informationen, zu wel-
chem Preis Diakonie Texte
gedruckt beim Zentralen
Vertrieb bestellt werden
können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wis-
sensportals können über die
Portalsuche nicht nur nach
Stichworten in den Textda-
teien recherchieren, sondern
auch auf weitere verwandte
Informationen und Veröffent-
lichungen aus der gesamten
Diakonie zugreifen.
Voraussetzung ist die Frei-
schaltung nach der Regis-
trierung auf
www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de