

KROBATSCHKEK
Privatstiftung

Arbeitsgruppe
,Gelingendes Altern‘

*Arbeitspapier -
Ideen und Positionen*

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 4

Auf Anregung von Schlüsselpersonen, die in der Altensozialarbeit tätig sind, wurden von der Privatstiftung Krobatschek führende Expertinnen und Experten eingeladen, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu folgenden zwei Fragen darzustellen:

Frage 1:

Wo sehen Sie die Schwachstellen und/oder Problembereiche in der Altenversorgung/ Altensozialarbeit in der Steiermark?

Frage 2: *Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um eine adäquate und auf die Bedürfnisse abgestimmte Versorgung pflege-/betreuungsbedürftiger alter Menschen in Zukunft in der Steiermark sicherstellen zu können?*

Das vorliegende Arbeitspapier präsentiert die Ergebnisse der Beratungen der ArbeitsgruppenteilnehmerInnen.

2. Befunde zur IST – Situation..... 5

- 2.1. Bedarfslagen alter Menschen in der Steiermark 5**
- 2.2. Schnittstellen - Management im System Altenversorgung 6**
- 2.3. Rolle und Absicherung von ehrenamtlich Tätigen 8**
- 2.4. Informelle Pflege und Pflegende..... 8**
- 2.5. Nachsorge / Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten..... 9**
- 2.6. Präventionsmaßnahmen..... 10**
- 2.7. Partizipations- und Mitgestaltungsmöglichkeiten alter Menschen 11**
- 2.8. Rolle der Alten und des Alterns in der Gesellschaft..... 12**

Die aktuelle Situation der Altenversorgung/ Altensozialarbeit in der Stmk lässt viel Potential aufgrund von fragmentierten Angeboten und behördlicher Kompetenzzersplitterung ungenützt liegen. Auch das notwendige Networking ist in vielen Bereichen und Dimensionen noch unterentwickelt, ebenso Präventionsmaßnahmen und Partizipationsmöglichkeiten.

3. Notwendige Maßnahmen (Empfehlungen, Vorschläge) 13

Folgende Bereiche wurden angesprochen und thematisiert:

- 3.1. Überblick über Bedarfslagen schaffen..... 13**
- 3.2. Schnittstellen - Management im System Altenversorgung 13**
- 3.3. Rolle und Absicherung von ehrenamtlich Tätigen 17**
- 3.4. Informelle Pflege und Pflegende..... 17**
- 3.5. Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten 18**
- 3.6. Präventionsmaßnahmen..... 19**
- 3.7. Partizipations- und Mitgestaltungsmöglichkeiten alter Menschen 20**
- 3.8. Neudefinition des Alterns und der Rolle der Alten 20**

Schaffung eines Gesamtkonzepts, welches das **Altern im häuslichen Umfeld** zu ermöglichen hilft und die bestehenden Ressourcen (ehrenamtliche Dienste und professionelle Dienstleistungen) untereinander abstimmt und koordiniert. **Rückbildung der Fragmentierung in den Angebotsstrukturen**; dezentrale und regionale Angebote und Versorgungsmanagementzentren ausbauen; **Verstärkung der Zusammenarbeit** von extra- und intramuralen Diensten; Freiwilligen-Potentiale nutzen; **Aufbau von Case- und Care - Management** (interdisziplinär); Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit durch adäquate Bewegungsangebote für SeniorInnen; **Neubewertung** der existentiellen Herausforderungen **des Alters**.

4. Zusammenfassung..... 23

Die genannten Empfehlungen ermöglichen eine Optimierung der eingesetzten Ressourcen im Rahmen einer integrierten Versorgung mit qualitativ hochwertigen und quantitativ richtig abgestimmten Dienstleistungen. Die Realisierung dieser Potentiale hängt aber nicht zuletzt von der persönlichen Verpflichtung aller Beteiligten zur tatsächlichen Umsetzung des als notwendig Erkannten ab. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe ‚Gelingendes Altern‘ werden im Rahmen ihrer Möglichkeiten weiterhin dazu beitragen. Nur so können wir den steigenden Herausforderungen in der Altersversorgung gerecht werden und den Kostendruck minimieren. Damit soll eine integrierte Versorgung, ohne die öffentliche Hand zusätzlich zu belasten, ermöglicht werden.

5. Mitglieder der Arbeitsgruppe ‚Gelingendes Altern‘ (alphabetische Reihenfolge)..... 25

1. Einleitung

Auf Anregung von im Bereich Altenversorgung und Altensozialarbeit tätiger Schlüsselpersonen (allen voran Dr. Gerd Hartinger MPH, Geschäftsführer der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz) lud die in der Steiermark seit 2007 im Bereich Altensozialarbeit tätige Gemeinnützige Privatstiftung Krobatschek am 23.11.2011 eine Reihe führender Expertinnen und Experten zu einem Erfahrungsaustausch ein. Die geladenen Damen und Herren wurden gebeten, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu folgenden zwei Fragen darzustellen:

Frage 1:

Wo sehen Sie die **Schwachstellen und/oder Problembereiche** in der Altenversorgung/ Altensozialarbeit in der Steiermark?

Frage 2:

Welche **Rahmenbedingungen** müssen geschaffen werden, um eine adäquate und auf die Bedürfnisse abgestimmte Versorgung pflege-/ betreuungsbedürftiger alter Menschen in Zukunft in der Steiermark sicherstellen zu können?

Zweck der Konferenz war ein zweifacher: a) Gewinnen eines Überblicks über den IST - Stand der Altenversorgung in der Steiermark und b) Erkunden von Optimierungspotentialen. Mit dieser Initiative wird der Entwurf einer nutzerorientierten, leistungsfähigen und aufeinander abgestimmten kommunalen Angebotsstruktur angestrebt, sowie die Stärkung der nötigen Infrastruktur zur Förderung der Gesundheit im Alter. Damit soll die zukünftig verstärkt auf die Gesellschaft zukommenden Aufgaben nach adäquater Versorgung der Bedürfnisse alter Menschen, einschließlich gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen im Alter, proaktiv sichergestellt und gefördert werden. Die Ergebnisse dieser Beratungen sollen Ausgangsbasis für allfällig notwendige zivilgesellschaftliche Initiativen vielfältigster Art sein können. Die Arbeitsgruppe hat sich bislang drei Mal getroffen und das vorliegende Positionspapier erarbeitet.

2. Befunde zur IST – Situation

Die Zusammenschau der ExpertInnenstellungen zeigt, dass aufgrund der täglichen institutionellen Routinen und des hohen Engagements der in den Einrichtungen Tätigen sehr viel an einschlägigem Wissen vorhanden ist; dass es aber auch noch wenig erforschte Bereiche gibt, wenn man die institutionell-systemischen als auch die qualitativen Aspekte und Faktoren der Bedarfs- und Notlagen alter Menschen in der Steiermark in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt.

Folgende Bereiche wurden angesprochen und thematisiert:

- 2.1. Bedarfslagen alter Menschen in der Steiermark
- 2.2. Schnittstellen - Management im System Altenversorgung
- 2.3. Rolle und Absicherung von ehrenamtlich Tätigen
- 2.4. Informelle Pflege und Pflegende
- 2.5. Nachsorge / Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten
- 2.6. Präventionsmaßnahmen
- 2.7. Partizipations- und Mitgestaltungsmöglichkeiten alter Menschen
- 2.8. Rolle der Alten und des Alterns in der Gesellschaft

Zu den Themenbereichen im Einzelnen:

2.1. Bedarfslagen alter Menschen in der Steiermark

Relativ wenig systematisch erhobenes Wissen gibt es über die informelle Betreuungssituation in den Familien: Wie groß ist der individuelle Bedarf? Wie hoch ist die Belastung? Welche Daten gibt es zur Betreuungsqualität? Wie entwickelt sich dieser Betreuungssektor (eine wichtige Frage, angesichts der Tatsache, dass die meisten Personen im informellen, d.h. familiären Umfeld, betreut und gepflegt werden)?

Welche unerkannten Notlagen alter Menschen gibt es? Welche ‚Graubereiche‘ gibt es?

Festgestellt wurde auch eine fehlende Kooperation/Kommunikation zwischen Wissenschaft, Forschung, den tätigen Professionen und Practice- oder Policy-Organisationen.

Es gibt wenig Sozialarbeitsforschung sowie eine fehlende Zusammenschau von Studien und Berichte zu den Bedarfslagen alter Menschen.

2.2. Schnittstellen - Management im System Altenversorgung

Festgehalten wurden **Kompetenzzersplitterung** und eine **einrichtungsorientierte Finanzierung**. Dies und mangelhafte sektorenübergreifende Planung wirken sich negativ auf eine optimale Ressourcenallokation und Ergebnisqualität aus.

Grenzziehungen zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich, zwischen formeller und informeller Pflege, wenig Kooperation zwischen öffentlich rechtlichen und privaten Einrichtungen erschweren eine bedarfsgerechte Versorgung.

Die Rolle der behördlichen Alten-Sozialarbeit ist regional stark unterschiedlich und oft diffus definiert (Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten sind oft unklar; teilweise sehr unterschiedliche Vorgehensweisen in den div. Bezirkshauptmannschaften, Abhängigkeit vom persönlichen Engagement der SozialarbeiterInnen). Damit verbunden: Formen chronifizierter materieller Altersarmut und soziale Härtefälle werden oft nicht oder sehr spät wahrgenommen; Informationsdefizite betreffend bestehender Rechtsansprüche sind bei alten Menschen häufig beobachtbar.

Das Organisieren einer mobilen Versorgung betagter Menschen zu Hause wird im Wesentlichen den Betroffenen selbst überlassen. Für Betroffene (betagte Menschen und deren Angehörige) ist es leichter, eine Pflegeheim-Aufnahme anzustreben, als ein Netz mobiler Versorgungsdienste aufzubauen. Für die Auswahl der Dienste nach Kriterien der Qualität und Kostengünstigkeit gibt es kaum Unterstützungs- und Koordinationsangebote.

Tatsache ist auch, dass Angebote mobiler Dienste regional zugeordnet werden, d. h. dass keine freie Wahlmöglichkeit vorliegt.

Es gibt einerseits zu wenige flexible Übergangsangebote (wie: Entlassungspflege, Übergangspflege, Tagezentren, etc.) zwischen „Betreuung / Pflege zu Hause“ und Pflegeheim. Andererseits werden die Angebote oftmals aus unterschiedlichen Gründen trotz Bedarf nicht in Anspruch genommen.

Die bedarfsorientierte extramurale Versorgung sollte optimiert werden - alte Menschen sind oft nicht mehr in der Lage eine Personalauswahl zu treffen oder wissen gar nicht wohin sie sich wenden sollen, alte Menschen benötigen oft nur eine Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten – extramurale Pflege übernimmt nicht alles und für die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten benötigen die Personen anders geartete Unterstützungen.

Es gibt keine unabhängige Koordinationsstelle (Case- und Caremanagement!) zum Erfassen der Problemsituation und Sicherung des Zuganges zu der notwendigen Versorgungsstruktur.

Ein zentraler **Schwachpunkt und ein Hauptproblembereich** im Steirischen respektive Österreichischen System der Altenversorgung/Altensozialarbeit ist daher, dass selbst im Fall der **Pflegebedürftigkeit und der recht intensiven Pflege eines alten Menschen immer noch von der Existenz einer Familie** ausgegangen wird.

Die Familie wird unfreiwillig zur Schnittstelle zwischen den verschiedenen nicht koordinierten Beteiligten um ein individuelles Pflegepaket für den Betroffenen schnüren zu können. Die **niedrigschwelligen Bedürfnisse** werden in der Regel NICHT vom System **als relevant erkannt**, tatsächlich sind sie aber äußerst wichtig, da durch schlechtes Schnittstellenmanagement ein Gutteil der Ressourcen aus dem professionellen Pflegesystem verpufft. **Ohne angemessenes Schnittstellenmanagement kann adäquate Versorgung schwer bis gar nicht sichergestellt werden.**

Es fehlen sehr häufig notwendige soziale Netzwerke, um frühzeitig einer Isolation, Vereinsamung und damit einhergehender Altersdepression entgegenzuwirken. Es fehlt daher auch an ‚flexiblen Zwischenstrukturen‘ in Betreuung und Pflege.

Die Mobile Pflege ist derzeit nicht ausreichend in der Lage auf die veränderten Familienstrukturen zu reagieren und hat zusätzlich mit folgenden Problemen zu kämpfen: Arbeiten nach der Uhr, hoher Zeitdruck geringes Ansehen, Diskrepanz zwischen steigendem Bedarf und sinkender Attraktivität der Pflegeberufe.

Bedauerlicherweise ist aber die zunehmende Etablierung der Betreuung und Pflege von alten und hochbetagten Menschen als Marktprodukt / Geschäftsfeld festzustellen.

Succus

Es fehlt an einer gut aufeinander abgestimmten Kooperation / Koordination zwischen intramuraler – extramuraler Versorgung, an flexiblen Übergangsangeboten. Pflegebedürftige Menschen und ihre Familien erfahren wenig Unterstützung.

2.3. Rolle und Absicherung von ehrenamtlich Tätigen

Fehlende rechtliche Absicherung der Freiwilligen und Ehrenamtlichen durch eine kollektive Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Für Freiwillige, z.B. aktive Ältere fehlt für „Schnelle Netze“, „Nachbarschaftliche Hilfe“ eine generelle Haftpflicht wie z.B. vom Land Vorarlberg. Nur Freiwillige, die bei Institutionen (z.B. Rotes Kreuz, Volkshilfe etc.) mitarbeiten, sind versichert.

2.4. Informelle Pflege und Pflegende

Es gibt zu wenig Interesse und Unterstützung für die informell Pflegenden (Angehörige).

Zahlen zeigen, dass derzeit mehr als 80 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Österreich bzw. in der Stmk. zu Hause durch Angehörige gepflegt werden (familiäre Pflege). Großteils wird diese Aufgabe von Frauen wahrgenommen.

Die sich veränderten Familien- und Haushaltsstrukturen werden den künftigen Pflegebedarf wesentlich mitprägen. Der Trend zeigt, dass Ein-Personenhaushalte im Steigen sind (von 1971-2001 rund 10% gestiegen). Ebenso verändert sich das traditionelle Dorfleben stärker in Richtung Individualisierung: deren soziale Strukturen leisteten und leisten aber aus unserer Sicht einen wesentlichen Beitrag für die Altenarbeit. So waren die Alten durch Netzwerke (z.B. Vereine, Freiwillige Feuerwehr...) innerhalb des Dorfes integriert und einbezogen. Durch den Wegfall dieser Netzwerke wird der Vereinsamung und Isolation im Alter ein größerer Stellenwert zukommen. Vereinsamung und Isolation führen zu Depression im Alter, welche wiederum das Entstehen von Pflegeabhängigkeit und Funktionsverlusten begünstigen.

Es fehlt auch an Auszeit – Möglichkeiten für Pflegende, sich mit anderen Personen zwischen Arbeit und Pflege abzustimmen. Informell Pflegende werden aufgrund von Überlastung und Überforderung im Anschluss an ihre Pflegeleistung oft selbst krank (siehe auch unter 'Bedarflagen alter Menschen')! Sie können sich oft nicht mit gleichbelasteten Menschen (z. B. Selbsthilfegruppe) austauschen.

2.5. Nachsorge / Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten

Es gibt eine Versorgungslücke für multimorbide PatientInnen: ein(e) multimorbide(r) GeriatriepatientIn kann nach einem Akutereignis zwar akutmedizinisch innerhalb von ca. 5-6 Tagen gut versorgt werden, aber aufgrund der verlängerten Rekonvaleszenz ist eine angemessene Nachbetreuung/Nachsorge zur Stabilisierung des Allgemeinzustandes bzw. Remobilisation für die Wiedereingliederung in das Lebensumfeld notwendig. Dieses Versorgungsfeld ist noch zu wenig ausgebaut.

Zwischen 1997 bis 2006 sank die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Österreich von 7,6 auf 5,7 Tage und orientiert sich damit am EU-15-Durchschnitt (6,1 Tage). Dieser Trend bewirkte aber auch zugleich einen enormen Anstieg der Fallzahlen (GÖG, ÖBIG, 2010). In der Steiermark ist eine Weiterversorgung nach Entlassung aus dem Akutspital entweder im Rahmen einer AG/R oder im Pflegeheim möglich. Da betagte Menschen oftmals einen instabilen Allgemeinzustand aufweisen, ist ein erhöhter medizinischer Versorgungsbedarf gegeben. Bei einer Betreuung in einem Pflegeheim führt dies zu häufigen Wiedereinweisungen in Akutspitäler (kreisen im Akutsystem – Drehtüreffekt), da die Versorgung in den Pflegeheimen meist an den nicht ausreichenden Hausbesuchen durch HausärztInnen und dem Mangel an fachärztlicher Präsenz im Pflegeheim scheitert. Eine rasch notwendige fachärztliche Betreuung führt bei BewohnerInnen von Pflegeheimen derzeit also fast zwingend zur Spitalseinweisung. Mobile fachärztliche Versorgung von Pflegeheim-BewohnerInnen, wie sie im Projekt GEKO – Geriatischer Konsiliardienst – in den Geriatischen Gesundheitszentren der Stadt Graz eingeführt wurde, optimiert die medizinische Vor-Ort-Versorgung und reduziert signifikant die Häufigkeit akuter Spitalseinweisungen aus den Pflegeheimen.

Multimorbidität und Gebrechlichkeit geriatrischer PatientInnen bedingen im Erkrankungsfall stets ein sehr hohes Risiko, da diese PatientInnen sich nach Spitalsentlassung nicht mehr selbstständig zu Hause versorgen können.

Aufgrund der besonderen Bedürfnisse dieser PatientInnen ist die Aufnahme in eine Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation im akuten Erkrankungsfall notwendig. Es besteht hohe wissenschaftliche Evidenz, dass die Behandlung an einer AG/R-Einrichtung die Entlasstbarkeit betagter Menschen ins häusliche Umfeld signifikant und nachhaltig verbessert.

2.6. Präventionsmaßnahmen

Der Fokus im österreichischen Gesundheitswesen liegt derzeit in der Tertiärprävention, der klassischen „Reparaturmedizin“ und lässt den ganzheitlichen Ansatz zur Gesundheitserhaltung aus dem Auge. Die Ausgaben für

Primärprävention betragen in Österreich lediglich 1,5 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben (EU: 2 %). Umfassende und vor allem zentral koordinierte und gesteuerte bevölkerungsgruppenspezifische Maßnahmen fehlen zur Gänze. Es gibt auch keine an das Alter gebundene präventive Beratungen (z. B. aufsuchende Beratung ab 75 Jahren).

Hochbetagte Menschen (alleinstehend) haben oft keine Hilfestellung durch eine geeignete Person in verschiedenen Lebenssituationen (wie Vertragsabschlüsse, Wohnortwechsel, Bankgeschäfte usw.). Damit wird ihnen ein autonomes Dasein erschwert bzw. ganz möglich gemacht, welches bei adäquater Unterstützung durchaus noch möglich wäre.

Das fehlende niederschwellige Angebot von diversen Therapien, der Mangel an Kurzzeitpflegeangeboten sowie mangelnde fachärztliche Versorgung führen sehr oft zu vorzeitiger Hospitalisierung bzw. Institutionalisierung alter Menschen.

Die fachärztliche und gerontopsychiatrische Versorgung in den Regionen ist oft sehr mangelhaft. Facharztpraxen ordnieren untereinander unkoordiniert (es gibt keine Gruppenpraxen für ältere Menschen) und Hausbesuche werden meist nicht angeboten. Die fachärztliche Versorgung an Wochenenden wird an die Spitäler delegiert. Besonders prekär ist die fehlende fachärztliche Vor-Ort-Versorgung der mehrheitlich multimorbiden BewohnerInnen von Pflegeheimen, was zu sehr häufigen und sehr belastenden Krankenhaus-Einweisungen dieser Personengruppe führt.

2.7. Partizipations- und Mitgestaltungsmöglichkeiten alter Menschen

Planungen erfolgen zumeist ohne oder mit wenig Beteiligung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger (Wie wollen wir alt werden? Was brauchen wir?) Situation in Pflegeheimen: Auch bei „guter“ = engagierter Betreuung oft Aufnahme im Doppelzimmer mit Fremden, Abendessen um 16.30, Ghettoisierung etc. Fehlen von abgestimmten, integrierten Konzepten und entsprechenden Schnittstellen für aktives Altern (von der Gesundheitsförderung und Prä-

vention über Betreuung, Versorgung und entsprechende soziale Leistungen). Relationale Autonomie (Fähigkeit der Kontrolle der Kooperation und Selbstbestimmung nach eigenen Werten und Einstellungen) scheint bislang in der Planung und Umsetzung kein Wert zu sein.

2.8. Rolle der Alten und des Alterns in der Gesellschaft

Ältere und junge Alte (Menschen 60-74) sind gesellschaftlich weitgehend unsichtbar und werden daher selten bis gar nicht als Zielgruppe von Interventionen wahrgenommen, obwohl gerade in dieser Altersspanne große Potenziale für eine Verlängerung der gesunden Lebenserwartung bestehen.

Abwertende Haltung gegenüber dem alten Menschen (Medien, Gesellschaft,...) und dem Betreuungsteam gegenüber herrschen vor.

Es gibt sozial eine Abwertung des Alterns durch Mangel an qualifizierter Medienarbeit: Altern als soziales Phänomen wird entweder dämonisiert oder idealisiert.

„Altersferne und -feindliche Gesetzgebung“: Gesetze und Verordnungen, Raum- und Stadtplanung werden ohne oder mit wenig Bedachtnahme auf die aktiven und passiven Bedürfnisse alternder Menschen beschlossen.

Ein Mangel an politischen Diskursen zum Thema Altersarmut ist festzustellen. Der Doyen der Österr. Soziologie Prof. Rosenmayr weist u. E. aber richtig darauf hin, dass auch jeder selbst für die Qualität seines Alterungsprozesses mitverantwortlich ist: *„Die Zukunft wird mehr innere, aber auch körperliche Vorbereitung auf das Alter durch gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und eine vielfältige neue Achtsamkeit auf sich verlangen. Dem Sicher-Verschleudern in den Konsum hinein wird man gezielte Verweigerungen entgegenstellen müssen, um gesund, denk- und handlungsfähig zu bleiben.“*

3. Notwendige Maßnahmen (Empfehlungen, Vorschläge)

3.1. Überblick über Bedarfslagen schaffen

Etablierung und Finanzierung von Versorgungs- und Pflegeforschung.

Regelmäßige Fachtagungen (alle zwei Jahre); Vergabe von Forschungsaufträgen.

Sichtung und übersichtliche Dokumentation der vorhandenen Studien, Durchführung von Metastudien.

1x jährlich eine Enquete zum Thema Altenversorgung und Altensozialarbeit plus Institutionalisierung eines Netzwerks aller Beteiligten.

Orientierung der öffentlichen Planung am Bedarf der Betroffenen (Pflegerinnen und Gepflegten).

Workshops und Arbeitsgruppen zu Thema ‚Aktiv Altern‘.

3.2. Schnittstellen - Management im System Altenversorgung

Anzustreben ist generell eine Rückbildung der Fragmentierung in den Angebotsstrukturen, z. B. die Überwindung der negativen Folgen der verwaltungstechnischen **Trennung zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich**, um gemeinsame Planung, Finanzierung, Evaluation beider Bereiche zu ermöglichen. Bei gemeinsamer Planung können Investitionen in einem Segment Entlastungen in einem anderen herbeiführen.

Schaffen eines Gesamtkonzepts, welches das Altern im häuslichen Umfeld zu ermöglichen hilft und die bestehenden Dienste untereinander abstimmt und koordiniert.

Dezentralisierung der „operativen Verantwortung“ hin zu den Gemeinden. Dazu müssen diese vorab befähigt werden, Handlungsfelder im Bereich Gesundheit und Soziales (Fokus auf Betreuung und Pflege) zu erkennen. Unterstützung durch das Land (Wissen, Geld).

Mitverantwortung der (Klein-)Regionen für die Planung, Umsetzung und Evaluation landesweiter Ziele bei entsprechendem Kompetenzaufbau und entsprechender Ressourcenverteilung.

In den Gemeinden bzw. Kleinregionen sollte es **KoordinatorInnen als AnsprechpartnerIn und HilfestellerIn** für Menschen, die mobile und soziale Dienste in Anspruch nehmen, geben (sowohl für die Betreuungsbedürftigen als auch die Betreuenden). Dies könnte z.B. eine „Gemeindeschwester“ oder „Familiengesundheitsschwester“ sein, deren Aufgaben folgende sein sollten:

- Frühzeitiges Erkennen von Unterstützungsbedarf und Remobilisationsbedarf
- Organisation und Koordination der Hilfsleistungen örtlicher Dienste
- Enge Zusammenarbeit und kontinuierliche Kommunikation mit den Hausärztinnen und Hausärzten, welche die zentrale Drehscheibe für Beratungen über, sowie Verordnungen von medizinisch-geriatrischen und mobilitätserhaltenden Maßnahmen sind.
- Regelmäßige Besuche, Anrufe, um Veränderungen der Unterstützungsbedürftigkeit zu erkennen.

SUCCUS:

Integration von gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen sowie sozialen Leistungen an einer Stelle ⇒ Ein Kontakt schafft Zugang zu Beratung, Information, Antragstellung, Terminvereinbarung etc. ⇒ Idee von „Zentren zum Versorgungsmanagement“.

Vor Pflegeheim-Aufnahme sollte medizinisch immer geprüft werden, ob Remobilisationsversuch an einer AG/R-Einrichtung angebracht ist und ein Aufenthalt den Betroffenen ggf. ermöglicht wird.

Dass auf möglichst kleinräumiger Ebene - Gemeinden bzw. in Städten wie Graz Stadtbezirke - ein u.U. auch **mithilfe ehrenamtlich tätiger SeniorInnen** unterstütztes nachhaltiges Netz für niederschwellige Bedürfnisse des Alltags für alte Menschen aufgebaut wird, das etwa in Form regelmäßiger Besuchsdienste Kontakt zu den alten Menschen in deren Setting hält und professionelle Hilfe unterstützt bzw. vermittelt. Ein derartiger Besuchsdienst wäre gerade für die in Zukunft stärker singularisierten alten Menschen wichtig.

Verstärkte Zusammenarbeit von extra- und intramuralen Diensten gezielt fordern und fördern – gezielte Kommunikation über Problembereiche, Schwierigkeiten, etc. einfordern und fördern.

KoordinatorInnen zum Erfassen der Problemsituation und Sicherung des Zuganges zu der notwendigen/benötigten Versorgungsstruktur installieren.

Bedarfsorientierte extramurale Versorgung schaffen und anbieten - alte Menschen solange es geht zu Hause versorgen, betreutes Wohnen ausbauen, hauswirtschaftliche Dienste einführen und organisieren.

Ein abgestuftes Versorgungssystem zu Pflege, Betreuung und Sozialarbeit sowie dessen **Finanzierung schaffen**, also die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines benötigten sozialen Dienstes im erforderlichen Ausmaß ermöglichen, damit Betroffene auch tatsächlich eine an ihrem jeweiligen tatsächlichen Bedarf orientierte ausreichende Unterstützung erfahren, die für sie auch leistbar ist.

Die Schaffung eines Gesamtkonzepts, welches das Altern im häuslichen Umfeld zu ermöglichen hilft und die bestehenden Ressourcen (ehrenamtlichen Dienste und professionellen Dienstleistungen) untereinander abstimmt und koordiniert, ist wichtig. Operativ bedeutet dies die Schaffung eines lokal tätigen Koordinators, wie oben beschrieben, ('Gemeindegeschwester' bzw. 'Case Manager') in enger Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen zum Erfassen der Problemsituation und Sicherung des Zuganges zu der benötigten Versorgungsstruktur.

Durch entsprechende Finanzierungsmodelle sind öffentlich-rechtlich die Rahmenbedingungen für ein abgestuftes und auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmtes Pflegeangebot sicher zu stellen, d. h. Vorgabe jener Parameter und Qualitätskriterien, an denen sich marktmäßig tätige Professionelle zu orientieren haben.

Die marktmäßig organisierten professionellen Dienstleister können diese notwendige Koordinationsleistung von sich aus nicht schaffen. Sie funktionieren nach einer anderen Logik – der Marktlogik. Es muss aber – nicht zuletzt aus Kostengründen - zu einem sozialraumorientierten sinnvollen Mix von bürgerschaftlich organisierten Hilfsleistungen und professionellen Dienstleistungen kommen. Mobile Pflege darf nicht nur ‚quasi-industriell‘ organisiert - unter Zeitdruck erfolgen und dabei alle übrigen Bedürfnisse (vor allem die kommunikativen Bedürfnisse) der Pflegebedürftigen ausgrenzen und vernachlässigen.

Ausbau von flexiblen Zwischenstrukturen in der Betreuung und Pflege. **Schaffung von Tageszentren, von Kurzzeitpflegeangeboten inklusive Förderung der Inanspruchnahme solcher Einrichtungen durch Betroffene**, um niedrigschwelligen Zugang zu diversen Therapien und persönlicher Assistenz zu ermöglichen.

Quantitativer Shift des Pflegepersonals (VZÄ) vom intramuralen (stationären) in den extramuralen, wohnortnahen Bereich (dzt. Personalverhältnis \Rightarrow 20:1, in anderen Ländern 4:1).

Etablierung der „Gesunden Gemeinde“ als Standard für das 21. Jahrhundert (Werteshift).

Schaffung optimaler Unterstützungsstrukturen für die **informelle Pflege** zu Hause.

Förderung von Selbsthilfegruppen.

Schaffung neuer Berufsbilder und Aufgabenfelder (z.B. Case-CareManagement, ehrenamtliche Hausbesuche).

Aufwertung, Imageverbesserung, Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes (alle Bereiche, aber insbesondere der mobilen Pflege und der Langzeitpflege).

3.3. Rolle und Absicherung von ehrenamtlich Tätigen

Haftpflicht für Freiwilligenarbeit durch das Land Steiermark z.B. nach dem Vorarlberger Vorbild.

3.4. Informelle Pflege und Pflegende

Familien bei der Übernahme und Organisation informeller Betreuung begleiten.

Auszeit und regelmäßige Entlastung ermöglichen – Kurzzeitpflegeplätze schaffen oder die Möglichkeit schaffen, dass geschulte Betreuungspersonen die häusliche Pflege während der Auszeit übernehmen.

Passende und nötige Schulungen für informell Pflegende installieren.

Arbeit und Pflege bzw. Betreuung Angehöriger vereinbar machen (kreative Modelle).

Nachbarschaftshilfe in den einzelnen Gemeinden fördern und organisieren bzw. koordinieren.

Imagekampagne für ältere Menschen und für die betreuenden Personen (Bedeutung hervorheben, höhere Qualifikation bzw. Zusatzqualifikationen anbieten).

Begleitdienste für Behördenwege, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte **installieren.**

Besuchsdienste im intramuralen Bereich ausbauen und für den extramuralen Bereich installieren, kreative Konzepte der Betreuung älterer Menschen einführen z. B. intergenerative Pädagogik; gute internationale Modelle bei uns einführen („Groupe Saumon“ – Alternativen zum Heim; Projekt: „Interlinks“ - Rahmenbedingungen und präventive Potentiale für Long-term Care analysieren und gestalten - Ein Überblick mit Praxisbeispielen aus Europa).

3.5. Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten

Eine bedarfsgerechte Betreuungsoption an der Schnittstelle von Krankenhaus und Pflegeheim ist in Form einer *intermediate care* zu installieren und auch die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen muss verbessert werden. Dies könnte für die medizinische Basisversorgung durch ein Heimarztmodell mit Allgemeinmedizinern und einem additiv eingerichteten mobilen fachärztlichen Dienst, einem Geriatrischen Konsiliardienst (GEKO) erreicht werden.

Es sollte bei **Pflegeheim-Aufnahmen medizinisch befürwortet ein vorhe-riger Remobilisationsversuch** an einer AG/R-Einrichtung ermöglicht werden. Das Ziel der multimodalen und multiprofessionellen AG/R-Behandlung ist die Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und die Veranlassung von häuslicher Unterstützung durch mobile Dienste, um so eine Pflegeheim-Einweisung entbehrlich zu machen.

Freiwilligen-Potentiale nutzen! Aufbau und Einbindung von freiwilligen Helferinnen und Helfern, Pfarren – analog zu Hospizverein.

Lokaler Aufbau von Transportdiensten, Einkaufsdiensten, Haushaltshilfen, Essenszubereitung.

Gemeinsame Wohnhäuser für Jung und Alt. Beispiel: Startwohnungen für junge Menschen, die bestimmte Unterstützungsdienste für betagte Nachbarn übernehmen.

3.6. Präventionsmaßnahmen

Wie bereits dargestellt, wäre vor allem eine **VersorgungskordinatorIn-Funktion für alte Menschen** zu etablieren: In den Gemeinden bzw. Kleinregionen sollte es Koordinatoren als AnsprechpartnerIn und HilfestellerIn für Menschen, die mobile Dienste in Anspruch nehmen müssen, geben. Dies könnte z.B. eine „Gemeindeschwester“ sein, deren Aufgaben folgende sein sollten:

- Frühzeitiges Erkennen von Unterstützungsbedarf und Remobilisationsbedarf.
- Organisation und Koordination der Hilfsleistungen örtlicher Dienste.
- Regelmäßige Besuche, Anrufe, um Veränderungen der Unterstützungsbedürftigkeit zu erkennen.

Gesundheitsförderung als integrierter Teil einer salutogenen „Versorgung“ ⇒ eine Settingorientierung (Gestaltung der Lebenswelt durch ihre BürgerInnen) über Gesundheitsberatung hinaus.

Konkrete Maßnahmen:

- Präventive Hausbesuche bei Bürgerinnen/ Bürgern ab 75 Jahre, jährlich installieren (siehe Dänemark).
- Public-Health Nurses / Family- Health Nurse installieren.
- Aufbau von Case- und Care - Management (interdisziplinär).
- **Remobilisierende und selbständigkeitserhaltende Therapien** sollten nicht nur nach einem Akut-Ereignis (Operation, Sturz, usw.), sondern auch präventiv und **als Autonomie-erhaltende Maßnahme betagten Menschen frühzeitig angeboten werden.**
- **Flächendeckend Bewegungsangebote:** Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit durch adäquate Bewegung. Mit solchen Bewegungsangeboten für alte Menschen streben wir nicht nur an, dass sich deren funktionale Fitness verbessert, sondern dass alte Menschen erkennen können, was ihnen noch alles möglich ist. Strategien entwickeln, wie älteren Menschen

die Scheu überwinden können, Bewegungsangebote zu nutzen. Zusatznutzen: die gemeinsam mit anderen Menschen verbrachte Zeit.

Die Nutzung und Einbindung von gesundheitsförderlichen Strukturen wie z. B. von Styria Vitalis ist notwendig.

3.7. Partizipations- und Mitgestaltungsmöglichkeiten alter Menschen

Förderung und Stärkung von BürgerInnenbeteiligung auf allen Ebenen (Koproduktion in der Versorgung, lokaler und regionaler Ebene, Landes- und Bundesebene) ⇒ Idee der Selbstvertretung.

Partizipative Erarbeitung von kurzfristigen (2020) und langfristigen (2050) Pflegezielen für die Steiermark.

Gesundheitsförderung als integrierter Teil einer salutogenen „Versorgung“ ⇒ eine Settingorientierung (**Gestaltung der Lebenswelt durch ihre BürgerInnen**) über Gesundheitsberatung hinaus.

Orientierung der öffentlichen Planung am Bedarf der Betroffenen (Pflegerinnen und Gepflegten).

3.8. Neudefinition des Alterns und der Rolle der Alten

Notwendig erscheint die Eröffnung eines Dialogs zum Thema ‚Zeitgemäße Neubewertung des Alterns und der alten Menschen‘ in unseren alternden europäischen Gesellschaften*.

Es bedarf, so scheint es, einer Neubewertung der existentiellen Herausforderungen des Alters. Nämlich, den 3. und 4. Lebensabschnitt nicht mehr primär nur als den Beginn eines unvermeidlichen Verfallsprozesses zu betrachten,

* Siehe dazu auch die EU-Initiative ‚The European Innovation Partnership (EIP) on Active and Healthy Ageing‘ (AHA).

sondern als weitere wesentliche menschliche Lebensabschnitte. *"Die Gesellschaft muss das Bild vom Alter und Altern den neuen Realitäten anpassen. Denn „Kompetenz, Kreativität und Innovationskraft“, die ständig propagierten Stärken der Jugend, sind auch jenseits der Lebensmitte zu finden"* heißt es in der Beilage der Deutschen Wochenzeitung **„Das Parlament“** in der Ausgabe 49-50/2005 vom Dezember 2005. Darin heißt es weiters: *„Die Alten abzulehnen ist Selbsthass und eine Zurückweisung dessen, wozu man selbst unweigerlich werden muss."* Man könnte es noch härter formulieren, indem man sich an die Toten-Tafeln in den Bein-Häusern erinnert, auf denen u. a. zu lesen ist: *„Was Ihr seid, waren wir auch – was wir sind, werdet Ihr sein"*.

Das bedeutet eine neuerliche wertschätzende Inklusion der Alten in das soziale Geschehen (die Alten nicht nur als ‚lästige Kostenfaktoren‘ betrachten, sondern als Mitmenschen, die uns Wichtiges sagen und geben können). Immer dauerhafter gesund bleibende vitale Alte können sich im 3. Lebensabschnitt auf Basis ihrer gewonnene Lebens- und Berufserfahrung gesellschaftlich nützlich erweisen. Dazu müssen sie sich aber auch selbst mit Ideen und Angeboten sozial einbringen. Höheres Lebensalter fördert ja nicht nur den berühmt-berüchtigten ‚Altersstarrsinn‘ sondern gar nicht selten auch eine abgeklärtere Haltung dem Leben gegenüber (‚Altersweisheit‘), wie sie Schopenhauer in seinen ‚Aphorismen zur Lebensweisheit‘ so treffend beschreibt: *„Sodann nimmt..... durch Erfahrung, Kenntnis, Übung und Nachdenken, die richtige Einsicht immer noch zu, das Urteil schärft sich, und der Zusammenhang wird klar; man gewinnt, in allen Dingen, mehr und mehr eine zusammenfassende Übersicht des Ganzen: so hat dann, durch immer neue Kombinationen der aufgehäuften Erkenntnisse und gelegentliche Bereicherung derselben, die eigene innerste Selbstbildung, in allen Stücken, noch immer ihren Fortgang, beschäftigt, befriedigt und belohnt den Geist..... Was einer "an sich selbst hat", kommt ihm nie mehr zugute, als im Alter. Die meisten freilich" schreibt er in diesem Kontext (auf den Altersstarrsinn anspielend) „als welche stets stumpf waren, werden im höhern Alter mehr und mehr zu Automaten: sie denken, sagen und tun immer dasselbe, und kein äußerer Eindruck*

vermag mehr etwas daran zu ändern, oder etwas Neues aus ihnen hervorzurufen." **

Prof. Rosenmayr kommentiert: *„Das bedeutet auch eine von Jugend an gepflegte Einübung in ein langes Leben, um überhaupt spät im Leben sich so zu erhalten, um Neues beginnen zu können und Unvermeidliches zu ertragen.“*

Konkrete Maßnahmen:

Einrichtung einer parteiunabhängigen, zivilgesellschaftlich organisierten **Förderstelle für Selbsthilfegruppen** – konzeptive Grundlage: kritisches Empowerment, Ressourcenorientierung, Nachhaltigkeit.

Errichtung einer parteiunabhängigen Instanz, einer zivilgesellschaftlich organisierten **Ombuds- und Medienbeobachtungsstelle** mit dem Ziel, sozial schwache alte Menschen vor strukturellen und persönlichen Übergriffen zu schützen, laufend den verantwortlichen Stellen Präventivvorschläge zu machen und diese in den Enqueten und Fachtagungen zur Diskussion zu stellen.

Imagekampagne für ältere Menschen und betreuende Personen (Bedeutung hervorheben, höhere Qualifikation bzw. Zusatzqualifikationen anbieten), um Kompetenzen möglichst lange erhalten zu können.

Erweiterter **Ausbau von ehrenamtlichen Diensten**, ehrenamtliche Begleitung, Besuchsdienste (dezentrale Strukturen schaffen).

Intensive und kritische Medienarbeit!

** Arthur Schopenhauer, Parerga und Paralimpomena, Teil 1, Aphorismen zur Lebensweisheit, Kap. 6, ‚Vom Unterschiede der Lebensalter‘

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die ArbeitsgruppenteilnehmerInnen mit den im Positionspapier vorgebrachten Beschreibungen und Vorschlägen im Land Stmk die Entwicklung eines ordnungspolitischen Rahmens für den Bereich Altensozialarbeit, Versorgung und Pflege der Seniorinnen und Senioren des Bundeslandes vorantreiben und fördern möchten. Dabei geht es thematisch einerseits um eine Optimierung der **eingesetzten Ressourcen** im Rahmen einer integrierten Versorgung als auch andererseits um **die Sicherstellung von qualitativ hochwertigen und quantitativ richtig abgestimmten Dienstleistungsangeboten**.

Diese Zielsetzungen scheinen erreichbar, wenn die politisch Verantwortlichen des Landes

- a) Entwicklungsziele und Versorgungsstandards der Altensozialarbeit, der Altenpflege und geriatrischen Versorgung des Landes definieren und
- b) vom Markt, den freien Trägern, den staatlichen und kommunalen Einrichtungen sowie den zivilgesellschaftlichen Initiativen jene engagierte soziale und individuelle Kreativität einfordern und (diese auch adäquat fördern), welche nötig ist, um die gegenwärtigen und kommenden Herausforderungen unserer alternden Gesellschaften auf humane und ökonomisch sinnvolle Weise zu lösen.

Über weite Strecken bedeutet das, dass die versorgenden Institutionen noch verstärkter - und auf die je vorfindbaren Bedarfslagen adäquater abgestimmt - in den Lebensraum der bedürftigen alten Menschen kommen müssen. Statt wie bisher alte Menschen und deren pflegende Angehörige für lange Zeit unkoordiniert und schlecht beraten sich selbst zu überlassen und damit im Pflegealltag zu überfordern (was anschließend häufig zu vermeidbarer vorzeitiger Hospitalisierung der bedürftigen alten Menschen führt).

Es geht dabei aber keineswegs um ein Ausspielen ambulanter und stationärer Dienstleistungen geriatrischer und sozialarbeiterischer Versorgung. Ganz im

Gegenteil! Es geht vielmehr um das nötige Ausbalancieren von notwendigen und sich komplementär ergänzenden Versorgungs- und Pflege-Angeboten, der Sicherstellung adäquater Inanspruchnahme dieser Angebote und um verstärkte Förderung präventiver Eigeninitiative der Seniorinnen und Senioren.

Abschließend möchten wir aber noch ausdrücklich anmerken, dass der wichtigste Erfolgsfaktor im Zusammenspiel mit all den angeführten notwendigen strukturellen Erneuerungen und gezielten Investitionen immer noch das persönliche Engagement ist – die persönliche Verpflichtung zur tatsächlichen Umsetzung des als notwendig Erkannten.

5. Mitglieder der Arbeitsgruppe ‚Gelingendes Altern‘ (alphabetische Reihenfolge):

Bohnstingl Martina Mag^a (FH), Stabsstelle für strategische und operative Planung in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz

Egger de Campo Marianne, Prof. Dr., Fachbereich Allgemeine Verwaltung Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Gettinger Günther, Gemeinnützige Privatstiftung KROBATSCHEK, Fachliche Leitung und Dienstaufsicht der Geschäftsstelle Steiermark

Hartertinger Gerd Dr. MPH, Geschäftsführer der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz

Langbauer Rosemarie Mag., Direktorin der Schule für allg. Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark am LKH Bruck/Mur in Frohnleiten

Pöschl Günther Dr., Gemeinnützige Privatstiftung KROBATSCHEK, Vorstandsvorsitzender, Wirtschaftsprüfer. Klagenfurt

Posch Klaus Mag. Dr. HR, FH-Prof., Leiter des Studiengangs & Transferzentrums für Soziale Arbeit, FH JOANNEUM Graz

Schippinger Walter Prim. Priv.-Doz. Dr., Primararzt Abt. f. Innere Medizin/Akutgeriatrie und Remobilisation, Wissenschaftlicher Koordinator in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz

Sprenger Martin Dr. MPH, Leiter, Universitätslehrgang Public Health, Medizinische Universität Graz

Reis-Klingspiegl Karin Mag^a, Geschäftsführung Styria vitalis, Graz

Schreiner Renate, allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege, Mitarbeiterin der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark

Skledar Renate Mag^a, PatientInnen- und Pflegeombudsfrau des Landes Steiermark

Titze Sylvia, Dr. MPH, ao. Univ.-Prof., Leiterin des Instituts für Sportwissenschaft, Universität Graz.