



Susanne Kümpers studierte Erziehungswissenschaften in Aachen. Nach mehrjähriger Tätigkeit in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens studierte sie Public Health in Maastricht und promovierte dort 2005 mit einer vergleichenden Studie zur politischen Steuerung integrierter Versorgung in England und den Niederlanden. Seit 2005 koordiniert sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschungsgruppe „Public Health“ den Forschungsbereich „Alter, Ungleichheit und Gesundheit“.

[Foto: Andreas Bliemeister]

kuempers@wzb.eu

Alt, arm, krank, ausgeschlossen

Anforderungen an Gesundheitspolitik und Public-Health-Forschung

Von Susanne Kümpers und Anja Dieterich

Ältere Menschen sind in Deutschland heute im Durchschnitt gesünder als in früheren Zeiten. Etliche Befunde sprechen dafür, dass sich – bei gleich bleibender oder verlängerter allgemeiner Lebenserwartung – die in Krankheit oder Behinderung verbrachte Lebenszeit insgesamt verkürzt. Die Forschung spricht von einer *compression of morbidity*.

Diese Entwicklung bietet große Chancen. Einflussreiche Konzepte zu Altern und Gesundheit wie die von Margret Baltes und Paul Baltes richten sich auf aktive Teilhabe und „erfolgreiches“ Altern. Die lange das Bild vom Altern bestimmende „Disengagement-Theorie“ eines unvermeidlichen Rückzugs der Älteren aus sozialen Bezügen wurde so von positiveren Altersbildern abgelöst. Ähnlich formuliert es die Weltgesundheitsorganisation mit ihrem Ansatz des „aktiven“ Alterns als „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“.

Noch einen Schritt weiter gehen Vorstellungen über „produktives“ Altern, die Normen sozialer Nützlichkeit offen in den Vordergrund stellen und eine „Wiederverpflichtung“ der Älteren fordern. „Ungenutzte“ Potenziale dieser Bevölkerungsgruppe sollen erschlossen werden, die sich idealerweise in verbesserter gesellschaftlicher Teilhabe, beispielsweise verstärktem ehrenamtlichen Engagement, äußern könnten.

Bei dieser Betrachtungsweise wird eines übersehen: Es gibt sehr viele ältere Menschen, die unter mehreren chronischen Krankheiten leiden, und darunter viele, die in ihrer Mobilität eingeschränkt und pflegebedürftig sind. Dazu gehören überproportional häufig sozial benachteiligte Ältere. Das sind Menschen, deren Lebenslagen durch mehrere Faktoren wie geringes Einkommen, geringe Bildung, allein Leben, soziale Isolation und Migrationshintergrund belastet werden. Die sozioökonomisch ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen bis ins hohe Alter ist in nationalen und internationalen Studien nachgewiesen. So gibt es bei der „gesunden Lebenserwartung“ von Männern ab 65 in Deutschland einen Unterschied von 5,9 Jahren zwischen der höchsten und der niedrigsten von fünf Einkommensgruppen. Bei Frauen beträgt dieser Unterschied 3,9 Jahre.

Die Berücksichtigung der großen, sozial bedingten Unterschiede der Chancen auf ein gesundes Leben macht eine differenzierte Betrachtung notwendig. So wichtig Konzepte des aktiven Alterns und der – auch für die gesundheitliche Prävention förderliche – Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind, so sehr ist darauf zu achten, dass es darum gehen muss, Chancen zu eröffnen, und nicht darum, einen bestimmten Lebensstil – eben jenen eines aktiven, „nützlichen“ Alterns – einzufordern. Das birgt die Gefahr, Bedürftigen Schutz zu verweigern und sich aus gesellschaftlicher Verantwortung für alte Menschen mit geringem ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapital zurückzuziehen.

Auf diesem Hintergrund kann Public-Health-Forschung die Akteure der Praxis unterstützen, die sozioökonomischen und kulturellen Faktoren unterschiedlicher Lebenslagen, die die Gestaltungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen älterer Menschen beeinflussen, genauer zu verstehen. Dazu gehören zum Beispiel die Folgen der ökonomischen Situation des Einzelnen, die sozialen Netzwerke in der Familie und in der Nachbarschaft, die sozialräumliche Qualität des Stadtviertels, die Rahmenbedingungen und Zugangsmöglichkeiten der lokalen Versorgung chronisch Kranker sowie die gesellschaftlichen Erwartungen an ältere Menschen. So können Einschränkungen, aber auch

Ressourcen und Chancen benachteiligter älterer Menschen erfasst und sinnvolle Ansatzpunkte zur Prävention und Versorgungsgestaltung in konkreten lokalen Situationen bestimmt werden.

Wichtig für Prävention: Unterstützung sozialer Teilhabe

Neuere Konzepte für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt setzen an den alltäglichen Lebenswelten und sozialen Kontexten der Zielgruppen an. Die Lebenswelt, die sich für primärpräventive Ansätze für Zielgruppen älterer benachteiligter Menschen anbietet, ist das Wohnquartier – als Stadtteil, Dorf oder Kommune. Nach der Berentung sind Menschen meistens nicht mehr in feste Arbeitszusammenhänge eingebunden, und gerade durch die sich im Verlauf des Alterns häufig verringernde Mobilität – auch und besonders bei gesundheitlich und finanziell benachteiligten Älteren – wird der Stadtteil als Bezugssystem zunehmend wichtiger.

Prävention im Stadtteil für benachteiligte ältere Menschen bedarf noch der konzeptuellen Entwicklung und wissenschaftlichen Basierung. Es gibt aber Projekte, die bereits innovative Schritte gehen und verschiedene Zielgruppen älterer Benachteiligter erreichen und denen es auf den ersten Blick sehr gut gelingt, die Zielgruppen zu aktivieren und sozial zu integrieren, mit positiven Wirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität.

Ihre Voraussetzungen, Formen und Wirkmechanismen sind aber noch wenig bekannt und evaluiert, ihre spezifischen Erfolgsfaktoren noch nicht erfasst. Dabei handelt es sich nicht nur um eigentliche Gesundheitsprojekte, sondern auch um solche der sozialen Stadtentwicklung, der Altenhilfe oder der Sozialarbeit. Für die Gesundheitswissenschaften ergibt sich daraus die Aufgabe, sowohl Entstehungsbedingungen als auch Wirkmechanismen erfolgversprechender Praxis zu erheben und auf ihre Generalisierbarkeit zu überprüfen, die Praxis bei der Entwicklung und Erprobung geeigneter Evaluations- und Qualitätsentwicklungsstrategien zu unterstützen und die Verbreitung gewonnener Erkenntnisse zu fördern.

Im Projekt „NEIGHBOURHOOD“ untersuchen Katrin Falk und Susanne Kümpers von der WZB-Forschungsgruppe „Public Health“, wie in benachteiligten Stadtteilen und ländlichen Gemeinden (Berlin und Brandenburg) durch zivilgesellschaftliche Initiativen (z. B. Kirchengemeinden, Moscheevereine, Quartiersmanagement) und pflegerische und medizinische Versorgung die Autonomie und soziale Teilhabe von hilfebedürftigen Älteren unterstützt und erhalten werden kann. Das Projekt wird gemeinsam mit dem Institut für Gerontologische Forschung (IGF) durchgeführt und vom BMBF finanziert. Erste Befunde in einem Berliner Stadtteil deuten darauf hin, dass solche Ältere, die die Koordination ihrer Unterstützung nicht mit eigenen Ressourcen organisieren können, bisher unterversorgt bleiben und kaum Wahlmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Lebensgestaltung haben. Dabei spielt unter anderem eine Rolle, dass vormals bezirklich organisierte Altenbetreuungsfunktionen in den letzten Jahren abgebaut worden sind, dass Initiativen und Anbieter um Projektmittel und/oder Kunden konkurrieren und daher nicht bereitwillig kooperieren und dass kommunalpolitische Steuerung wenig wirksam zu sein scheint. Das Projekt will Ressourcen und Problembereiche derzeitiger Hilfestrukturen und deren politische Rahmenbedingungen untersuchen und Empfehlungen für politische Akteure ableiten.

Der Stadtteil/die Kommune ist die geeignete Ebene, auf der eine Integration der Prävention und der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erreicht werden kann und sollte. Insbesondere bei älteren Menschen liegt eine Verbindung von Prävention und Krankenversorgung nahe; so hat beispielsweise die nahtlose und qualitativ hochwertige Versorgung chronisch Kranker präventive Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf.



Anja Dieterich ist Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin und promovierte in Göttingen mit einer Studie zu Nutzer-/innenperspektiven auf verschiedene Modelle hausärztlicher Versorgung. Nach mehrjähriger klinisch-psychiatrischer Tätigkeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin seit 2004 am Institut für Allgemeinmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie seit 2007 in der Forschungsgruppe „Public Health“ am WZB.

[Foto: Udo Borchert]

dieterich@wzb.eu

Summary

Age and health care

On average, elderly people have a better chance of living an active and healthy life than a few decades ago. The chances for healthy, active ageing are, however, un-equally distributed. Public health research promotes and evaluates local health concepts, aiming at better health care for disadvantaged older people. For the coming decades, it is essential that disadvantaged seniors become a central target group of the German health care system.

Mit dem Begriff „integrierte Versorgung“ wird eine Versorgung beschrieben, in der Einzelakteure – professions- und organisationsübergreifend – in koordinierter Weise agieren, um für Menschen, die auf vielfältige Weise Unterstützung und Versorgung brauchen, Dienstleistungen zu umfassenden „Versorgungspfaden“ zusammenzufügen. Idealerweise sollen Leistungen für Patienten „nahtlos“ zur Verfügung stehen, wann und wie sie gebraucht werden. Gesundheitssysteme sind traditionell auf Akutversorgung ausgerichtet und dadurch für integrierte Versorgung oft schlecht gerüstet. Fragmentierung und Inflexibilität der Dienstleistungen führen bei oft schwieriger oder fehlender Kooperation der Akteure zu Überlappungen und Lücken in der Versorgung, beispielsweise zu unnötigen Einweisungen ins Krankenhaus oder vorzeitigem Verlust von Selbstständigkeit. Auch hier spielen sozioökonomische Unterschiede eine Rolle: Wohlhabendere und gebildeterere Patienten verfügen eher über Möglichkeiten, die Systemschwächen durch eigene Aktivitäten auszugleichen.

Wesentliche Unterschiede in den Konzepten integrierter Versorgung betreffen ihre Reichweite, das heißt, ob sie auf medizinische Versorgung beschränkt werden oder pflegerische und soziale Versorgung mit einbeziehen, wie es in etlichen europäischen Ländern und länderübergreifenden Forschungsprojekten zu integrierter Versorgung befürwortet wird. In Deutschland sind die politischen Aktivitäten zur Entwicklung integrierter Versorgung noch wesentlich auf die medizinische Versorgung begrenzt und beginnen erst in jüngster Zeit, sich mit komplexen Versorgungssituationen zu befassen; die Integration der Pflege wird in kleinen Schritten angegangen, und von einer integrierten Regelversorgung kann noch keine Rede sein. Deutschland hat eher schlechte Steuerungsvoraussetzungen – etwa mit seinem ärztezentrierten Gesundheitssystem, dem Fehlen einer hausarztzentrierten Versorgung und der ambulanten und stationären, also doppelten Vorhaltung fachärztlicher Versorgung. Viele Gesundheits- und Sozialdienstleister stehen zudem im Wettbewerb miteinander und haben keine gemeinsamen regionalen Einzugsgebiete, was sich hinderlich auf wohnortnahe integrierte Versorgungsmodelle auswirkt.

Im von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt „Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich“ untersuchen Anja Dieterich, Susanne Kümpers und Markus Woerz nationale politische Steuerungsaktivitäten und lokale Umsetzungsmodelle für integrierte Versorgung in Deutschland und der Schweiz. Die Gesundheitssysteme Deutschlands und der Schweiz zählen zu den teuersten der Welt, bringen aber nur mittelmäßige Gesundheitsergebnisse hervor, schöpfen mithin ihre Ressourcen und ihr Leistungspotenzial nur unzureichend aus. In beiden Ländern gilt die starke Abschottung von Versorgungssektoren – zusammen mit Integrationsproblemen im Versorgungsprozess – als wichtige Ursache für diese Ineffizienzen. In den lokalen Fallstudien hat sich gezeigt, dass insbesondere in Deutschland Integrationsversuche häufig entweder die medizinische oder die pflegerische Versorgung betreffen, eine Koordination der beiden Bereiche aber oft noch unterbleibt, und dass in beiden Ländern die Konkurrenzsituation die notwendige Zusammenarbeit und Kommunikation erschwert oder verhindert. Managementstrategien, die auf betriebswirtschaftliche Effizienz gerichtet sind, und Bestrebungen, ältere Menschen fachlich innovativ und ganzheitlich zu versorgen, sind nicht immer gut vereinbar.

Im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung, dem beginnenden Renteneintritt der Babyboomer-Generation und dem zu erwartenden Wiederanstieg der Altersarmut einerseits und dem damit wachsenden Druck auf die Sozialsysteme andererseits müssen benachteiligte ältere Menschen für die Gesundheitspolitik der kommenden Jahrzehnte eine zentrale Zielgruppe sein.

Literatur

Paul B. Baltes, Margret M. Baltes, „Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation“, in: Paul B. Baltes, Margret M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, New York: Cambridge University Press 1990, S. 1–33

Susanne Kümpers, *Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz*, 100 S. (WZB-Bestellnummer SP I 2007-305)

Susanne Kümpers, *Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention*, 51 S. (WZB-Bestellnummer SP I 2008-301)

Thomas Lampert, Lars Eric Kroll, Annalena Dunkelberg, „Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland“, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Beilage zur Wochenzeitung *Das Parlament*, Nr. 42, 2007, S. 11–18

World Health Organization (WHO), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva: WHO 2002, 59 S.