

SCHLUSSBERICHT

Förderprojekt:

**„Tecla - Autonomie,
mobile Beratung zu technischen Assistenzsystemen zur Förderung
des selbständigen Wohnens in der zweiten Lebenshälfte“**

Förderzeitraum: 05.08.2016 bis 31.12.2017

Fö.-Kz.: ZS/2016/05/8945



Sachsen-Anhalt
WIR
GESTALTEN
DEMOGRAFIE



SACHSEN-ANHALT

Zuwendung zur Förderung von Maßnahmen zur Gestaltung des demografischen Wandels in Sachsen-Anhalt im Rahmen des Programms „Demografie Wandel gestalten“



Aufgabenstellung:

- Unterstützung von Moderationsmaßnahmen
- Entwicklung von Strategie- und Handlungskonzepten sowie Projekten von alternativen Angebotsformen in ländlichen Räumen zur Erhaltung der Lebensqualität und Sicherung der Daseinsvorsorge. Unterstützung kreativer und innovativer Maßnahmen.
- Unterstützung von Modellprojekten zur Sicherung der Daseinsvorsorge in ländlichen und dünn besiedelten Regionen
- Initiierung und Unterstützung von interkommunalen und öffentlich-privaten Netzwerken und Organisationsformen zur Sicherung der Daseinsvorsorge

Spezielle Berücksichtigung der Belange und Bedarfe von älteren Menschen mit Beeinträchtigungen, um dem politischen Ziel „ambulant vor stationär“ gesamtgesellschaftlich Rechnung zu tragen.

Es wird vom Land gewünscht, dass TECLA e.V. im Sinne der Nachhaltigkeit des Projektes den **Versorgungsbedarf benennt** und **Handlungsempfehlungen** und **Lösungsvorschläge an die Bürger/innen, Kommunen und das Land formuliert** (2 A-4 Seiten). Die **Ergebnisse** des Projektes sollen **in einer Demografie Werkstatt** des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration **präsentiert werden**.

1. Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren auf die Umsetzung des Förderprojektes

Kommunen, Träger sozialer Dienste oder Bürgerinitiativen stehen bereits heute vielerorts vor der Herausforderung, Entwicklungen wie Bevölkerungsrückgang, Alterung, steigender Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen, Verschlechterung der Infrastruktur und Erwerbsmöglichkeiten mit lokal zugeschnittenen Lösungen zu begegnen. Müssen Großstädte und Ballungsgebiete die Zuwanderung insbesondere jüngerer Bevölkerungsgruppen bewältigen (Magdeburg, Halle/S.), so sind (Klein)Städte und Gemeinden in ländlichen Räumen mit entgegengesetzten Trends oder Risiken der Abwanderung und des beschleunigten Strukturwandels konfrontiert. Zunehmend treten regional ungleiche Lebensbedingungen auf.

Besonders in sogenannten strukturschwachen Regionen (Mansfeld-Südharz, Altmark, Zeitz) beeinflussen Überalterung, wirtschaftliche Schrumpfung, Mangel an Nahversorgungs-, Mobilitäts- und Kulturangeboten sowie Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und des sozialen Zusammenlebens die Lebenslagen aller Altersgruppen, aber insbesondere die der älteren Menschen. Die politischen Akteure sind dringender denn je, durch die sich wandelnden Lebensbedingungen in ihren Kommunen aufgefordert, systematisch bedarfsbezogene regionale Strategien der Daseinsvorsorge zu entwickeln und die Gestaltung der Lebenswelt und die Organisation von Hilfen in einem Akteurs-Mix umzusetzen.

Der demographische Wandel ist besonders durch zwei Entwicklungen gekennzeichnet: Die steigende Lebenserwartung breiter Bevölkerungsgruppen (höheres Sterbealter) und die anhaltend niedrige Geburtenrate (zirka 1,4 Kinder je Frau). In der Konsequenz verschiebt sich die Altersstruktur der Bevölkerung in das höhere Alter (vgl. Scholz 2016: 28). Sachsen-Anhalt ist bekanntlich von dieser

Entwicklung besonders gekennzeichnet (siehe Demografie Atlas Bundesrepublik). Ein zentraler Grund für die beschleunigte Alterung ist in der Abwanderung insbesondere junger Menschen und Erwachsener im erwerbsfähigen Alter zu suchen. Einschneidende Wanderungsbewegungen treten in Sachsen-Anhalt besonders nach dem Systemumbruch 1989 auf. Großstädte und Ballungszentren mit großer Wirtschaftsdynamik in den westlichen Bundesländern bieten den jungen Menschen mehr Bildungs-, Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten, so dass den Landkreisen in Sachsen-Anhalt, durch den Verlust der jüngeren Bevölkerungsgruppen, ein entscheidendes Gestaltungspotential abhanden gekommen ist.

Mit den demographischen Prozessen und Schrumpfungsprozessen eng verwoben sind gesellschaftliche Entwicklungen, die bei der Umsetzung des Fördergegenstandes zunehmend an Bedeutung erlangten.

Modernisierungs- und Individualisierungsprozesse haben zur Pluralisierung der Lebensentwürfe beigetragen, so dass die Arbeit mit (älteren) Bürgern auf vielfältige Interessenlagen und unterschiedliche Orientierungssysteme trifft. Mit diesen Prozessen verbunden ist der zunehmende Anspruch auf Selbstbestimmung und Mitgestaltung, was aber zugleich die Übernahme von Selbstverantwortung für den Einzelnen bedeutet und entsprechende Kompetenzen und Ressourcen voraussetzt.

Eine breite Bildung, Frauenerwerbstätigkeit und ein gesellschaftlich geteiltes Ideal der Selbstverwirklichung ermöglichen Frauen heute, alternative Lebensentwürfe zu wählen, statt einem traditionellen familiären Frauenbild zu folgen. Damit reduziert sich das Potenzial der klassischen familiären Unterstützung älterer Familienmitglieder durch die Töchter und nimmt die Wahrscheinlichkeit eigener Kinder ab, die ggf. im Alter Hilfe leisten könnten. Die Zahl der Frauen ohne Kinder steigt. Der Verlust an familiärer Unterstützung wird generell durch die räumliche Distanz zwischen den Familienmitgliedern befördert. Gründe sind besonders die bildungsbezogene und berufliche Mobilmachung der jüngeren Familienmitglieder.

Der Trend zur Singularisierung, zum Alleinleben hält an. Die Zahl der Einpersonenhaushalte ist von knapp 14 Millionen 2004 auf knapp 16 Millionen in 2014 gestiegen (vgl. Krack-Roberg et al. 2016: 44). Besonders bei den Älteren ab 65 Jahre ist ein deutlicher Anstieg der Einpersonenhaushalte zu beobachten, der sich in der Zukunft aufgrund der gewählten Lebensform „alleinlebend“ weiter erhöhen wird. Die während der Projektlaufzeit in den unterschiedlichen Regionen durchgeführten Beratungen bestätigen diese Entwicklung.

Erschwerend ist die Tatsache, dass nach Berechnungen des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), aufgrund der nicht breiten Basis der Altersbezüge in den neuen Bundesländern das Risiko für Altersarmut, insbesondere für Alleinlebende, am höchsten ist und dass es weiter ansteigen wird, da für Gruppen der nachfolgenden Generationen zunehmend diskontinuierliche Erwerbsverläufe und prekäre Beschäftigungsverhältnisse kennzeichnend sind (vgl. Hoffmann, Gordo 2013: 26). Insgesamt zeigen die Zahlen der Armutsentwicklung, dass das Armutsrisiko besonders hoch für Einpersonenhaushalte und Alleinerziehende ist (vgl. Goebel, Krause 2016: 184ff.).

Für Gemeinden und Städte mit einem fortgeschrittenen Altersstrukturwandel ist anzunehmen, dass sie mit einer wachsenden Zahl an betroffenen Einwohnern zu rechnen haben und entsprechende Versorgungsstrukturen bedeutsam werden. Hausarzt und ambulanter Pflegedienst sind mit Blick auf wirksame Interventionen und Strukturen als ein unzureichendes Angebot zu bewerten. Zusätzliche

förderliche Angebote wie Tagespflege, fachärztliche Versorgung und Therapie, professionelle Betreuung im Alltag sowie Wohnraumanpassung sind nötig, um eine möglichst lange Aufrechterhaltung der Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und das informelle Unterstützungssystem – solange es vorhanden ist – zu entlasten. Da diese zusätzlichen Angebote im ländlichen Raum zu wenig vorhanden sind, ist das Risiko für die Betroffenen, (früh) in ein Heim zu gehen, besonders hoch. Kommunen sind deshalb gefordert, umfassende Versorgungskonzepte zu entwickeln, die das Quartier stärker in den Fokus rücken, den Bedarf an vielfältigen Wohnformen fördern und die wachsenden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung berücksichtigen.

Fazit: Akteure aus Politik, Kommune und der Gesundheitsversorgung treffen zunehmend auf heterogene Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen Interessen und Orientierungen (Trend zu diversen Städten). Mit- und Selbstbestimmung haben einen hohen Wert, zugleich setzt die Ausübung Kompetenzen und Verwirklichungschancen voraus. Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen eines Empowerments, das personale, soziale und strukturelle Ressourcen stärkt und fördert, um ihre Interessen und Bedürfnisse zum Ausdruck bringen und teilhaben zu können. Die Bedeutung an neuen Wohn- und Gemeinschaftsformen steigt, um der Vereinsamung im Alter und dem Verlust familiärer und nachbarschaftlicher Hilfen entgegenzuwirken. Die Förderung von Gesundheit und die Gestaltung gleicher Chancen in der Versorgung erfordern zielgruppenorientierte Konzepte und vor allem strukturelle, verhältnisbezogene Strategien. Darüber hinaus werden neue Technologien zunehmend eine Rolle spielen, allerdings ist deren Integration ethisch zu reflektieren und entsprechende Kompetenzen sind bei den Nutzern zu fördern.

Bereits heute sind 2,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig eingestuft (2013, vgl. Statistisches Bundesamt 2016: 5). Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die im täglichen Leben aufgrund von Krankheit oder Behinderung dauerhaft in erheblichem bzw. höherem Maße auf Hilfe angewiesen sind (SGB XI, § 14). Hiervon sind besonders ältere und hochaltrige Menschen betroffen: 2013 waren 69 % der Pflegebedürftigen 75 Jahre und älter (vgl. Statistisches Bundesamt 2016: 5). Die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter: Sind 2013 rund 3 % der 65- bis 69-Jährigen pflegebedürftig, so sind es bereits 38 % bei den 85- bis 89-Jährigen und 64 % der 90-Jährigen und Älteren (vgl. ebd.: 7). Entsprechend der regionalen Differenzen in der Alters- und Morbiditätsstruktur sind regionale Unterschiede in der Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit bzw. in ihrer Dynamik zu beobachten (vgl. SVR 2014a: 463). Aktuelle Prognosen zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland gehen davon aus, dass bis 2030 3,37 Millionen Menschen (Status quo-Szenario) bzw. 3 Millionen Menschen (Szenario mit sinkender Pflegequote) mit Pflegebedarf in Deutschland leben (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 30). In Sachsen-Anhalt sehen die Zahlen besonders bedrohliche Szenarien voraus (siehe Statistik Bertelsmann-Stiftung).

Darüber hinaus ist das Krankheitsspektrum der Bevölkerung mittlerweile von nicht übertragbaren, häufig chronisch verlaufenden Erkrankungen gekennzeichnet. Ursachen sind besonders gewandelte Lebensgewohnheiten, Lebenssituationen und das biologische Altern (vgl. RKI 2015: 439). Die Haupttodesursachen sind Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, gefolgt von Krebserkrankungen und Krankheiten des Atmungssystems (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, Statistisches Landesamt LSA 2016). Chronische Erkrankungen treten in allen Altersgruppen auf: 2012 geben 40,8 % der Erwachsenen mindestens eine chronische Erkrankung an (vgl. RKI 2014: 41). Allerdings steigt die Häufigkeit mit zunehmendem Alter deutlich. Gibt bei den 18- bis 29-Jährigen knapp ein Fünftel mindestens eine chronische Erkrankung an, sind es bei den 65-Jährigen und Älteren mehr als die Hälfte (vgl. RKI 2014: 42). In der regionalen Betrachtung wird deutlich, dass es ein Ost-West sowie ein

Nord-Süd-Gefälle im Auftreten chronischer Erkrankungen gibt (vgl. RKI 2014: 42), was unter anderem mit den regionalen Differenzen in der Alters- und Sozialstruktur zu erklären ist. Es ist an dieser Stelle auf den „sozialen Gradienten“ zwischen der Lebenserwartung bzw. dem Auftreten einer chronischen Erkrankung und dem sozio-ökonomischen Status hinzuweisen: Das Risiko für eine chronische Erkrankung bzw. ein vorzeitiges Sterben steigt linear mit Abnahme des sozio-ökonomischen Status. Somit ist anzunehmen, dass in Regionen mit einem hohen Anteil älterer und sozio-ökonomisch benachteiligter Bevölkerung (Mansfeld-Südharz) besonders häufig chronische Gesundheitsprobleme auftreten und folglich ein erhöhter Bedarf an umfassenden Gesundheitsdienstleistungen und zielgruppenspezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen notwendig erscheint.

Auch wenn sich der durchschnittliche Gesundheitszustand der nachfolgenden Generationen aufgrund von Lebensstiländerungen, Prävention und medizinischem Fortschritt verbessern wird, werden im Zuge der demographischen Alterung die Zahlen der chronisch und mehrfach erkrankten Menschen sowie die Zahlen der Pflegebedürftigkeit steigen.

Knapp ein Drittel (29 %) der Pflegebedürftigen lebte 2013 in einem Heim. Mehr als zwei Drittel (71 %) wurde zuhause versorgt. Hierbei übernahmen Angehörige für zirka 67 % aller Fälle die Pflege in der eigenen Häuslichkeit. Allerdings ist davon auszugehen, dass diese Zahl zukünftig sinken wird, z. B. wenn Familienangehörige nicht mehr vor Ort leben, Töchter einer Erwerbstätigkeit nachgehen oder Kinder und Enkel aufgrund von Kinderlosigkeit nicht zur Verfügung stehen. Dass der Bedarf an professionellen ambulanten und stationären Angeboten steigt, das zeigt sich in den Vergleichsdaten von 1999 und 2011. In diesen 12 Jahren sind die Zahl der ambulanten Pflegedienste und vor allem die Plätze der stationären Langzeitpflege stark angestiegen (vgl. SVR 2014a: 466ff.). Dabei lässt sich besonders in der stationären Dauerpflege ein Bewohnerstrukturwandel beobachten: das Durchschnittsalter der Bewohner steigt (es liegt aktuell bei zirka 84 Jahren) und viele Bewohner zeigen einen komplexen Versorgungs- und Hilfebedarf (vgl. ebd.: 471ff.). Gerade für ländliche, strukturschwache Regionen werden eine bedarfsgerechte Pflege und der möglichst lange Verbleib in der eigenen Häuslichkeit vielerorts zu einer Herausforderung, insbesondere wenn jüngere Familienmitglieder weggezogen sind, der Wohnraum nicht altersgerecht gestaltet ist, Infrastruktur sowie nachbarschaftliche Hilfen fehlen und professionell qualifizierte Pflegekräfte in die städtischen Räume abwandern

Abschließend sei auf die komplexen Bewältigungserfordernisse chronisch und mehrfach erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen und auf die aktuellen strukturellen Defizite und sich abzeichnenden Versorgungsengpässe (Stichwort Fachkräftemangel) im Gesundheitswesen hingewiesen. Menschen mit chronischen Erkrankungen müssen umfassende krankheitsbezogene, aber vor allem alltagsbezogene, soziale und biographische Bewältigungsarbeit leisten. In der Regel nehmen sie dauerhaft professionelle Unterstützung in unterschiedlichen Sektoren und von verschiedenen Leistungserbringern in Anspruch und werden besonders von den Angehörigen bzw. Freunden unterstützt, allerdings mit dem Risiko der Überbelastung des familiären Unterstützungssystems (vgl. Corbin, Strauss 2004; Haslbeck et al. 2015).

Demgegenüber stehen Strukturdefizite wie z. B. ein akutmedizinisch und diagnostisch, kurativ ausgerichtetes Gesundheitssystem mit seinen stark ausdifferenzierten und separierten Bereichen und dem Mangel an abgestimmter, koordinierter und gesteuerter Versorgung; unterschiedliche und unübersichtliche Leistungsgesetze mit konträrer Steuerungslogik; regionale Problemlagen aufgrund von haus- und fachärztlicher Unterversorgung (Abb. 8), von Zugangsbarrieren (z. B. aufgrund von

Mobilitätseinschränkungen auf dem Land) sowie des Verlustes familiärer und nachbarschaftlicher Hilfen (Wegzug); ein Bedarf an wirksamen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere für ältere, chronisch erkrankte Menschen sowie an Konzepten der mobilen Information, Beratung, Edukation (vgl. SVR 2009, 2012, 2014a, Hoberg et al. 2013 und Abb. 9) ist dringend zu entwickeln.

Kommunen und Leistungserbringer werden besonders im ländlichen Raum kooperativ lokale Lösungsansätze entwickeln müssen, um dem steigenden Bedarf insbesondere der älteren und chronisch erkrankten Bevölkerung mit entsprechenden Angeboten begegnen zu können und um die sich bereits zeigenden Defizite zu kompensieren.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen hat in seinen letzten Gutachten unter Bezugnahme auf internationale Modelle und auf die im SGB V verankerten Gestaltungsspielräume (wie z. B. Medizinische Versorgungszentren MVZ, Integrierte Versorgung IV) Vorschläge zur Umgestaltung des Gesundheitswesens skizziert. In dem nach wie vor aktuellen Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ (2014) plädieren die Experten für ein **umfassendes Modell der regional vernetzten Versorgung** im ländlichen Raum. **Ziel ist, auf der Basis einer populationsbezogenen Bedarfserhebung Versorgung zu gestalten und die unterschiedlichsten Akteure, Angebote und Strukturen unter Einbeziehung des zivilgesellschaftlichen Potenzials räumlich zu bündeln.** Neue Lösungen wie mobile Praxen oder erweiterte Handlungsspielräume von Pflegefachkräften sind ebenso Teil des Ansatzes wie Quartierskonzepte oder Telemedizin (vgl. SVR 2014a).

Fazit: Die demographische Alterung geht mit einer Zunahme an chronischen und komplexen Gesundheitsproblemen sowie der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung einher. Hiervon sind besonders Regionen im ländlichen und strukturschwachen Raum betroffen. Eine angemessene Rund-um-Versorgung älterer, chronisch und mehrfach erkrankter Menschen und die Sicherstellung eines möglichst langen selbstbestimmten Lebens in der eigenen Häuslichkeit, ist in diesen Regionen besonders gefährdet. Für Kommunen wird es bedeutsam, sich datengestützt mit den bestehenden und prognostizierten Gesundheitsproblemen in ihren Gemeinden und Regionen auseinanderzusetzen und in Kooperation mit den unterschiedlichen Leistungserbringern, engagierten Bürgern und Zielgruppen Lösungen zur Sicherstellung der Versorgung zu entwickeln. Dabei spielen die Gestaltung von Wohnraum sowie des Settings Kleinstadt und Landgemeinde im Sinne einer gesundheitsförderlichen Kommune eine bedeutende Rolle.

Wenn von älteren Einwohnern die Rede ist, dann geht es hierbei nicht um eine homogene Gruppe. Altern und Älter-Sein ist von einer großen Heterogenität und Dynamik gekennzeichnet. Zwar sind mit steigendem Alter Risiken der altersbedingten Funktions- und Gesundheitseinbußen wie z. B. Geh-, Hör-, Seh-, Greifschwäche, chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- und Gelenkerkrankungen oder kognitive Veränderungen verbunden, aber zugleich besteht bis ins hohe Alter die Fähigkeit, Funktionseinbußen zu kompensieren und durch gezieltes Training körperliche, kognitive und soziale Reservekapazitäten zu erschließen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die soziale Umwelt das individuelle Altern beeinflusst (Stichwort Altersbilder, soziale Unterstützung, Nachbarschaftsstrukturen) und dass Altern immer eine Person-Umwelt-Leistung ist. Die Gestaltung der Wohnumwelt, der Infrastruktur und Versorgung in der Kommune und im Quartier beeinflussen die Anpassungsleistungen und Lebensqualität im Alter (vgl. Wahl, Heyl 2004).

In der Gerontologie wird auf Grundlage von Studien innerhalb der Gruppe der älteren Menschen (ab 65 Jahre) zwischen zwei Gruppen unterschieden: den sogenannten „jungen“ Alten (65 Jahre bis unter 85 Jahre) und „alten“ Alten (85 Jahre und älter). Für letztere Gruppe wird häufig auch der Begriff der „Hochaltrigen“ verwendet. Diese Unterscheidung verweist unter anderem auf die unterschiedlichen Interessen-, Lebenslagen und vor allem auch Gesundheitszustände der Gruppen. Sind Senioren der ersten Gruppe aktiv und engagieren sie sich zivilgesellschaftlich, so treten besonders bei den Hochaltrigen Gesundheitseinbußen und Funktionseinschränkungen auf, die die Bewältigung des alltäglichen Lebens beeinträchtigen können. Studien zeigen, dass Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und gerontopsychiatrische Gesundheitsprobleme jenseits des 80. Lebensjahr deutlich ansteigen (vgl. Tesch-Römer, Wurm 2009). Unter Berücksichtigung dieser Entwicklung wäre es fatal, die gesundheitspolitische Ausrichtung „ambulant vor stationär“ als Dogma zu betrachten und nur einseitig zu entwickeln.

Eine **kommunale Seniorenpolitik** muss dementsprechend differenziert erfolgen und sowohl Anregungs- und Engagementsräume als auch Unterstützungsangebote in der Alltagsbewältigung und in der Auseinandersetzung mit Fragen am Ende des Lebens schaffen. Gerade das Wissen über die Passungsleistung zwischen Umwelt und Mensch verweist auf die Bedeutung von **verhältnisbezogenen, strukturellen Strategien**.

Sozialstrukturdaten verweisen allgemein darauf, dass die Altersgruppe der aktuell 65- bis 80-Jährigen materiell gut abgesichert ist, allerdings zeigen sich deutliche Differenzen bezüglich des Einkommens, Vermögens und des Armutrisikos zwischen den alten und neuen Bundesländern, zwischen den Geschlechtern, zwischen den Bildungsgruppen und zwischen den Älteren mit und ohne Migrationshintergrund (vgl. BZgA 2013: 25). Berechnungen des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) zeigen, dass aufgrund der nicht breiten Basis der Altersbezüge in den neuen Bundesländern das Risiko für Altersarmut, insbesondere für Alleinlebende, am höchsten ist und dass es weiter ansteigen wird, da für Gruppen der nachfolgenden Generationen zunehmend diskontinuierliche Erwerbsverläufe und prekäre Beschäftigungsverhältnisse kennzeichnend sind (vgl. Hoffmann, Gordo 2013: 26). Insgesamt zeigen die Zahlen der Armutsentwicklung, dass das Armutrisiko besonders hoch für Einpersonenhaushalte und Alleinerziehende ist (vgl. Goebel, Krause 2016: 184ff.).

Der technische Fortschritt in den kommunikativen Medien und im Bereich von E-Health ist eine weitere Dimension. In skandinavischen Ländern sind neue Medien bereits Hilfsmittel, ältere und alleinlebende Menschen in dünnbesiedelten und strukturschwachen Regionen sozial und gesundheitlich zu begleiten und das Leben in der gewohnten Umgebung so lang wie möglich zu erhalten. In Mecklenburg-Vorpommern gehören Angebote wie „AGNES - Arztentlastende E-Health-gestützte gemeinde-nahe Intervention“ zur Regelversorgung.

Der Deutsche Ärztetag in Erfurt (Mai 2018) hat ein Zeichen zum Thema Fernbehandlung gesetzt. Ärzte sollen nun auch unbekannte Patienten ohne direkten Kontakt behandeln dürfen. Bis zur praktischen Umsetzung ist es jedoch noch ein weiter Weg, denn die Berufsordnungen der Ärzte in den einzelnen Bundesländern müssen erst angepasst werden. Für die Übertragung und Auswertung von Vitalwerten, müssen neben den datenschutzrechtlichen Anforderungen, vor allem die Leistungskataloge verändert werden.

2. Ergebnisse

2.1 Unterstützung von Moderationsmaßnahmen /Beratungsleistung

Im vorgegebenen Förderzeitraum (18 Monate) wurden bei einem wöchentlichen Arbeitsaufwand von 5 h pro Berater (3 Berater) rund 150 persönliche Beratungen, 35 Gruppenberatungen, 18 Beratungen in der öffentlichen Verwaltung, mit Wohnungswirtschaften der Gesundheitsbranche und dem Handwerk regional differenziert durchgeführt. Die Beratungen konzentrierten sich auf drei Schwerpunktbereiche. Landkreis Börde, Landkreis Harz, Landkreis Anhalt-Bitterfeld/Großraum Halle/Leipzig



Grafik: Schwerpunkregionen der Beratungsleistungen und des Networkings

Die Beratungsleistung wurde je nach Bedarf in unterschiedlichen Formen angeboten:

- **persönliche Beratungen zu öffentlichen Sprechzeiten in den Kommunen**
- **persönliche Beratung vor Ort**
- **Gruppenberatungen** in Seniorenvereinigungen, Wohlfahrtsverbänden und speziellen **Selbsthilfegruppen**.
- Darüber hinaus, ist ein zunehmendes Interesse an **Beratungsleistung** durch **kommunale Verwaltungen**, Wohnungswirtschaften und Verbänden im Gesundheitsbereich und Handwerkskammern zu registrieren.
- **Vorträge (Fachtagungen, Kongresse, Weiterbildungen, etc.)**

Der Informations- und Beratungsauftrag wurde durch die Angebote von Sprechstunden, Vorträge und Gruppenberatung erfüllt.

- Monatliche Sprechstunden (fester Termin/fester Ort) fanden im Rathaus Stadt Wanzleben-Börde, im Geriatrischen-Reha-Komplex AGK Wanzleben, im Rathaus Oschersleben, im Mehrgenerationenzentrum Barleben, im Rathaus Haberstadt, im Frauenzentrum Wernigerode, in der Musterwohnung „Altersgerechtes Wohnen“ der Wernigeröder Wohnungsgenossenschaft eG (zeitweilig) sowie im Rathaus Ilsenburg statt.

- Vorträge „Kleine Technik, große Hilfe“ wurden vor verschiedenen Ortsgruppen der Volkssolidarität und Selbsthilfegruppen, mehrfach im Mehrgenerationenzentrum Barleben, bei der Seniorenvertretung Magdeburg, beim Kreissenientag Mansfeld-Südharz (Sangerhausen) und dem Familien- und Seniorenhaus Wernigerode gehalten. Die Musterwohnung „Altersgerechtes Wohnen“ wurde zudem für Gruppenberatungen – z.B. Seniorenvertretung Wernigerode, Selbsthilfegruppe Diabetes Wernigerode - genutzt.

- Als besondere Gruppenberatungen ist die Schulung der Mitarbeiterinnen des Sozialamtes des Landkreis Anhalt-Bitterfeld und ein Vortrag zu den Potentialen technischer Assistenz vor den Mitarbeiter*innen des größten ambulanten Pflegedienstes in Wernigerode zu werten.

Um die Informations- und Beratungsinhalte auf hohem, dem Stand der Technik entsprechenden Niveau leisten zu können, nahmen zwei Berater im September 2016 die Gelegenheit zum Besuch der Leitmesse „RehaCare“ in Düsseldorf wahr. Die Reise wurde mit einer Hospitation in der Beratungsstelle „Alter und Technik“ der Stadt Solingen verbunden.

Besonders erfolgreich waren die Formate des Digitalen Kompetenzaufbaus, die in Wernigerode zeitweise im Wochenrhythmus angeboten werden mussten, um die große Nachfrage älterer Klienten nach individuellem Coaching im Bereich Smartphone-/ Internetnutzung zu bedienen. Smartphone- und Internetsprechstunden gab es außerdem regelmäßig in der Stadt Wanzleben-Börde, in Ilsenburg und in Barleben. Auch Hausbesuche bei mobilitätsbeeinträchtigten Menschen wurden in diesem Aktivitätsfeld durchgeführt.

In immer stärkerem Maße werden in den Wohnungswirtschaften Wohnraumberater qualifiziert. Der TECLA e.V. hat mit seinen Beratern und Projekten ein Kompetenzfeld geschaffen, das in gewisser Weise ein „Sachsen-Anhalt-Produkt/Export“ darstellt. Bei der z.B. in Sachsen, insbesondere durch die Stadt Leipzig, Beratungsstelle Wohnen und Soziales, in enger Zusammenarbeit mit den Landkreisen, Kommunen und Dienstleistern von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung geförderter Weiterbildung zum Wohnraumberater, ist der TECLA e.V. ein fester Partner. Das Programm für den mitteldeutschen Raum (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) wurde entscheidend durch den PiA e.V. Magdeburg mit konzipiert.

2.2 Networking/ Initiierung und Unterstützung von interkommunalen und öffentlich-privaten Netzwerken und Organisationsformen zur Sicherung der Daseinsvorsorge

Die Qualität der Projektumsetzung war sehr stark vom Networking und der Interdisziplinarität geprägt. Sowohl die Weiterbildung und der Erfahrungsaustausch auf den turnusmäßigen Beratermeetings, im engen Sinn, und die zunehmenden Kontakte zu Leistungsanbietern- und Leistungserbringern sowie zu Dienstleistern, Lieferanten, Herstellern und der Wissenstransfer durch

Fachtagungen und Kongresse - im weiten Sinn, waren für eine qualitative Beratung und strategische Ausrichtung von gewinnbringender Bedeutung.

Der entscheidende Zugang zur Zielgruppe erfolgte über die **Wohlfahrts- und Sozialverbände** (AWO, DRK, Parität, Diakonie, Lebenshilfe, Cecilienstift, Volkssolidarität, Sozialverband Deutschland, NL Halberstadt/ SOvD, Blindenverband, Behindertenverband, Seniorenverbänden), speziell den hier organisierten Selbsthilfe- und Seniorengruppen. Von großer Bedeutung für die Ansprache und Wissensvermittlung in der Zielgruppe 65+ ist das Vorhandensein einer Vertrauensbasis. Über die o.g. Partner sind der Zugang zum Thema: Alter und Technik/Selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden in unterschiedlichen Lebensphasen gegeben. Der potentielle Kunde bewegt sich im gewohnten Rahmen, in sozialer Geborgenheit und ist auf diese Weise Neuem leichter aufgeschlossen.

Auf völlig anderem Niveau stellte sich die Zusammenarbeit mit den **Kranken- und Pflegekassen** dar. Die Leistungsträger konzentrieren sich in Sachsen-Anhalt aufgrund der Strategie des Konzeptes der Vernetzten Pflegeberatung ausschließlich auf ihr Kerngeschäft. Erst im zweiten Schritt erfolgt ein Austausch mit den Sozialämtern in den Kommunen. Was umgekehrt genauso zutrifft. Im Projektverlauf wurde insbesondere durch die persönliche Beratung von Kunden aus der ländlichen Gegend immer wieder deutlich, dass im Wesentlichen ressortbezogen beraten wird, eine komplexe Beratung zu den Themen: Pflege, Sozialeleistungen, Wohnraumberatung und technische Unterstützungssysteme, im Sinn von Gesundheitsvorsorge und Prävention, im Interesse der Bürger, findet nicht statt und sollte deshalb neu konzipiert und umfassend entwickelt werden. Die im Land Sachsen-Anhalt bestehenden Strukturen und Beratungsinhalte bedürfen einer notwendigen und zeitgemäßen Effektivierung.

Eine sehr enge und gute Zusammenarbeit entwickelte sich wiederum mit den **Wohnungswirtschaften**. Insbesondere die Wohnungsgenossenschaften erweisen sich zunehmend als Dienstleister und Innovationstreiber in Fragen der Gesundheitsvorsorge und Quartiersentwicklung. Dies betrifft sowohl die bedarfsgerechte Schaffung barrierefreien Wohnraums nach DIN 18040 Teil 1,2 und Teil 3 sowie die Entwicklung altersgerechter Wohnformen in Zusammenarbeit mit den Dienstleistern des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes, einschließlich ihrer Betreuungsleistungen. Die zunehmende Nachfrage nach Informationsveranstaltungen zu Themen: Möglichkeiten der Erhaltung der Selbständigkeit durch technische Unterstützungssysteme, Technikseminare, altersgerechte Wohnraumgestaltung, Qualifizierung in der Wohnraumberatung und Präsentation altersgerechten Wohnens in der Musterwohnung der WWG in Wernigerode, unterstreichen diese Entwicklung.

Kommunale Verwaltungen/öffentliche Institutionen

In den **Kommunen** ist ein zunehmendes Interesse am Thema: Alter-Technik-Wohnraumanpassung festzustellen. Die neue Komplexität der Thematik (Alter, Technik, Wohnen, Pflege, Soziales) rückt zunehmend in den Fokus der Arbeit (Magdeburg, Halle (Saale), Wanzleben, Wernigerode, Oschersleben, Bitterfeld-Wolfen, Köthen, Halberstadt). Besonders positiv ist in Auswertung des Projektes festzustellen, dass die Städte Wanzleben-Börde, Stadt Oschersleben und die Stadt Wernigerode Dienstleistungsverträge mit dem TECLA e.V. abgeschlossen haben, um die Beratung zum Thema „Alter-Technik-Wohnen“, Wohnraumanpassung und digitaler Kompetenzaufbau bei älteren Menschen, im Sinne einer Nachhaltigkeitsstrategie, zur Bewältigung lokaler demografischer Entwicklungen, mit finanzieller Unterstützung der ehrenamtlichen Arbeit, fortzuführen.

Diese Zusammenarbeit von Kommunen und dem gemeinnützigen TECLA e.V. besitzt Modellcharakter und kann auch von weiteren Kommunen in Anspruch genommen werden.

In immer stärkerem Maße werden in den Wohnungswirtschaften Wohnraumberater qualifiziert. Der TECLA e.V. hat mit seinen Beratern und Projekten ein Kompetenzfeld geschaffen, das in gewisser Weise ein „Sachsen-Anhalt-Produkt/Export“ darstellt. Bei der z.B. in Sachsen, insbesondere durch die Stadt Leipzig, Beratungsstelle Wohnen und Soziales, in enger Zusammenarbeit mit den Landkreisen, Kommunen und Dienstleistern von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung geförderten Weiterbildung zum Wohnraumberater, ist der TECLA e.V. ein fester Partner. Das Programm für den mitteldeutschen Raum (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) wurde entscheidend durch den PiA e.V. Magdeburg mit konzipiert.

2.3. Entwicklung von Strategie- und Handlungskonzepten sowie Projekten von alternativen Angebotsformen in ländlichen Räumen zur Erhaltung der Lebensqualität und Sicherung der Daseinsvorsorge. Unterstützung kreativer und innovativer Maßnahmen.

Unterstützung von Modellprojekten zur Sicherung der Daseinsvorsorge in ländlichen und dünn besiedelten Regionen

Vor dem Hintergrund der Verbesserung der Versorgungsleistung in Ausrichtung auf die Bedarfe in strukturschwachen Gebieten wurden in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Partnern während der Projektlaufzeit Leaderanträge gestellt.

- „Tragfähige Perspektiven einer kombinierten Wohn- und Technikberatung zur Förderung des selbstständigen Lebens im Alter“ (LAG Colbitz-Letzlinger Heide) / Antragsteller Gang Way GmbH, eingereicht 01/2017:
- „DigiShop Harz - Machbarkeitsstudie für ein innovatives Nahversorgungskonzept "Digitaler Dorfladen" (LAG Harz / Antragsteller TECLA e.V.), eingereicht 10/2017:

außerdem:

- beratende Mitarbeit am Konzept „Small & Smart: Entwicklungsperspektiven für einen Dorfladen in der Stadt Dardesheim durch Digitalisierung und ergänzende Dienstleistungen“ (Basis für den Leaderantrag DigiShop Harz)

Da alle ostdeutschen Bundesländer durch die demografische Alterung vor ähnlichen Herausforderungen stehen, sahen wir während der Projektlaufzeit auch in der Identifizierung von Beispielen guter Praxis ein wichtiges Aufgabenfeld. Hervorzuheben sind insbesondere zwei Initiativen im Land Brandenburg:

- Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg (<http://akademie2.lebenshaelfte.de>),
- FAPIQ – Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (<https://www.fapiq-brandenburg.de>)

Beide Institutionen verfolgen einen nachahmenswerten, ganzheitlichen Ansatz der Förderung von Bildung, Betreuung und bedarfsgerechten Dienstleistungsangeboten, um das Altern in der vertrauten Wohnumgebung zu unterstützen. Durch Vernetzungstreffen mit beiden Institutionen wurde während der Förderperiode die Basis für eine dauerhafte Kooperation gelegt.

Um den Wissenstransfer über solche Beispielen guter Praxis und die Potenziale der Technischen Assistenz zu intensivieren, wurde während der Projektlaufzeit auch die Webpräsenz MyTECLA.de aufgesetzt.

Gleichzeitig muss darauf verwiesen werden, dass eine belastbare Analyse zur Situation in Sachsen-Anhalt und den daraus folgenden Schlussfolgerungen, aufgrund der Kürze der Projektlaufzeit und dem begrenzten Zeitbudget, nicht wissenschaftlich fundiert erfolgen kann. Die hier dargestellten Erkenntnisse basieren auf den persönlichen Erfahrungen der Berater in unterschiedlichen Destinationen, dem aktuellen Wissensstand zur Thematik aus relevanter Netzwerken und dem Studium der Literatur bzw. aktuellen Forschungsergebnissen.

Fazit:

Die Aufgabenstellung wurde über 18 Monate durch den TECLA e.V. mit einer hohen Qualität umgesetzt. Trotz schwieriger gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, konnten durch ein anspruchsvolles Konzept Bedingungen aufgezeigt werden, die den Anspruch an die Beratungsleistung zur Prävention in der Gesundheitsvorsorge und zur Gestaltung der Lebensqualität in den eigenen vier Wänden durch technische Unterstützungssysteme neu definiert und fördert. Bedingt durch die Sektoren übergreifende Netzwerkarbeit konnten gleichzeitig hinreichend Erfahrungen gesammelt werden, die Struktur- und Prozessveränderungen im Gesundheitssystem beinhalten. Auch die Rolle der Kommunen in der Gesundheitsvorsorge zum Thema: Alte und ehrenamtliche Arbeit, Quartiersentwicklung und barrierefreie Stadt und Inklusion, rückten verstärkt in das Blickfeld der Projektarbeit.

Die 18-monatige Erfahrung in der Beratungsleistung macht deutlich, dass **technische Unterstützungssysteme** für ein altersgerechtes Leben, zumindest bei der heutigen Generation der Senioren **noch nicht besonders** ausgeprägt, **entdeckt** und im Alltag präsent **sind**. Das Thema erfährt zwar eine **immer größere Beachtung**, ist aber mit einem **langen Atem** verbunden.

Eine umfassende Aufklärung und zunehmende Technikuwendung zur Steigerung der Lebensqualität ist nur dann gegeben, wenn die **Wertevorstellungen der Nachkriegsgeneration** bei der Entwicklung einer lösungsorientierten **Methodenvielfalt** zur Darlegung der Chancen und Möglichkeiten technischer Unterstützungssysteme im Zusammenhang mit Lebenslagen, Berücksichtigung findet.

Welche Rolle Bildung, Information im Zusammenhang mit praktischem Handling haben, zeigen die Erfolge und die Motivation der Senioren durch Techniks Schulungen des TECLA e.V. unter Einbeziehung der Musterwohnung für altersgerechtes Wohnen der WWG Wernigeröder Wohnungsgenossenschaft e.G., im Auftrag der Wernigeröder Hospitälertstiftung.

Das **Eingehen auf konkrete Alltagssituation** durch technische Unterstützungssysteme zu den Themen: Sicherheit, Autonomie, Mobilität, soziale Einbindung, Kommunikation und vor allem Prävention, bilden die Voraussetzung für eine bedarfsorientierte Beratung. Der Zugang über Krankheitsbilder spielt eine nachgeordnete Rolle.

Für die bearbeiteten Schwerpunktregionen (siehe Grafik) kann eingeschätzt werden, dass trotz der relativ kurzen Zeit, eine intensive **Aufklärungsoffensive** zu den Möglichkeiten technischer Unterstützungssysteme zur Förderung des selbständigen, unabhängigen Lebens gelungen ist.

Im Zentrum der Beratung stand der Bürger mit seiner Würde. Alle anderen Dinge waren untergeordnet. Ein Prinzip der Beratung bestand darin, bedarfsgerechte Lösungen so schnell als möglich zu organisieren und den Prozessablauf bis zur Installation persönlich zu kontrollieren. Jeder

ernsthafte Bedarf wurde im Stil des **Case- Management** behandelt. Auf diese Weise erfuhr die Arbeit der Berater schnell Anerkennung und Wertschätzung.

Die Resonanz auf das Angebot der festen, **öffentlichen Sprechzeit** bewegte sich auf niedrigem Niveau. Trotz umfangreicher Bewerbung des Angebotes über Multiplikatoren, Tageszeitung, Wochenendzeitung, Mieterzeitschriften, Amtsblatt und dem Regional TV wurde das Angebot nur in überschaubarem Maße genutzt.

Nach **konkreten PR-Maßnahmen, Storys zu Lebenslagen** bezogene Themen, war die Intensität zur Nutzung der öffentlichen Sprechzeit spürbar erhöht.

Für die im Projekt avisierte Kernzielgruppe Generation 65+, ist nach den sozialen Kontakten das Printmedium, die Tageszeitung, die entscheidende Informationsquelle, gefolgt von regionalen TV-Programmen bzw. den Dritten Programmen der Öffentlich Rechtlichen Fernsehgesellschaften.

Ein wichtiges Ergebnis der Beratungen ist der Fakt, dass soziale Kontakte einen großen Einfluss auf die Informationsgewinnung der Bürger im insbesondere im 3. Lebensabschnitt haben. So kann neben eher zufälliger Mundpropaganda die Ansprache von Bekannten und Freunden sowie der Familie hilfreich sein, wenn es darum geht, Informationen oder Rat zu den Aspekten Gesundheit, Technik, Wohnen und Lebensqualität zu erhalten. Im Zentrum der Informationsbeschaffung steht die Tageszeitung und die kostenlosen Anzeigen- und Monatsblätter.

2.4 Voraussichtlicher Nutzen, Verwertbarkeit der Ergebnisse und Erfahrungen

2.4.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für eine qualifizierte Beratung

Der verstärkte Bedarf zur Förderung der Lebensqualität durch technische Unterstützungssysteme trifft auf Rahmenbedingungen, die durch eine Reihe offener Fragen gekennzeichnet sind. Dies betrifft vor allem ethische, soziale, datenschutzrechtliche und finanzielle Aspekte (ELSI-Aspekte). Ungeklärte Fragestellungen führen bei älteren Menschen zu Hemmnissen und Widerständen gegenüber technischen Unterstützungssystemen und der damit verbundenen Dienstleistungen. Ein zentrales Problem sind unzureichende Kenntnisse über Möglichkeiten und Zuständigkeit der Finanzierung technischer Unterstützungssysteme. Der Berater bewegt sich ständig im Spannungsfeld zwischen der verantwortbaren Empfehlung zur Technik, vor dem Hintergrund der unsicheren Markteinführung, der Qualitätssicherung und der dauerhaften Dienstleistung und der nicht standardisierten Verankerung der Technischen Systeme in den Leistungsverzeichnissen der Kranken- und Pflegekassen sowie anderer Finanzierungsquellen (KfW-Kredit). Das Interesse, sich über die technische Unterstützungssysteme zu informieren und Beratungsangebote einzuholen, wird vor dem Hintergrund ungeklärter Fragestellungen zu einem objektiven Hemmnis.

Deshalb sollten die vorhandenen Strukturen in Sachsen-Anhalt (Netz der Pflegeberatung) über die Initiierung turnusmäßiger, **mobiler regionaler Vorsorge-Foren** „Lebensqualität im Alter, solange wie möglich selbstbestimmt“, zum Care-Management erweitert werden, um die beteiligten Dienste, Ämter und Einrichtungen stärker zusammenzuführen und die Informationen über die jeweiligen Angebote über das nachfolgende Case-Management kundenorientiert umzusetzen. Wichtig für Patienten, Angehörige und Pflegebedürftige ist die Verzahnung und Abstimmung zwischen medizinisch-

(teil)stationärem Behandlungs- und ambulant-häuslichem Pflegesystem sowie die zunehmende Einbeziehung von Dienstleistungen. Mit dieser Form der **vernetzten komplexen Versorgung** sollte es besser als bisher gelingen, das Fachwissen zwischen den Beteiligten effektiv zu verzahnen und die Informationen der betroffenen Ressorts für die handelnden Akteure in den betroffenen Regionen, Kommunen und Quartieren besser zugänglich zu machen. So werden Synergien geschaffen, die in den Kommunen ein kohärentes und damit effizienteres und bedarfsgerechtes Vorgehen ermöglichen.

2.4.2 Sozialraumentwicklung

Viele Studien und Statistiken aber auch die Erfahrungen aus der kommunalen Beratung belegen, dass vor allem mit der Hochaltrigkeit, erhebliche Einbußen im Gesundheitszustand eintreten und die Bewältigung des Alltags, insbesondere in den eigenen vier Wänden, sich zunehmend schwieriger gestalten. Vor allem die Nachkriegsgeneration, geprägt durch ein bestimmtes Altersbild, durchläuft einen schwierigen Erkenntnisprozess, wenn sie sich eingestehen muss, dass nur noch qualifizierte Beratung, Fachpersonal, Angehörige oder gar technische Systeme Abhilfe leisten können, um den Selbstständigkeitsverlust bei der Alltags- und Lebensgestaltung zu verhindern oder so lange als möglich einzuschränken. Diese Abhängigkeit von der Hilfe anderer ist der Ausgangspunkt für eine asymmetrische Machtbeziehung zwischen Menschen mit Hilfebedarf und unterstützender Person, da die helfenden Personen entscheiden, ob, in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen die Unterstützung gewährt wird. Die finanzielle Lage kann die Situation wesentlich potenzieren. Eine grundsätzliche Aufgabe der Sozialraumentwicklung besteht darin, die Quartiere so zu entwickeln, dass pflegebedürftige/gehandicapte Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Allerdings stehen den Kommunen im Bereich der Pflege nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten in Planung, Beratung und Steuerung zur Verfügung. Sie sind jedoch aufgrund ihrer Kenntnisse und aufgrund ihrer originären Zuständigkeiten gut geeignet, in diesem wichtigen Feld der Versorgung ihrer Bevölkerung eine stärkere Rolle zu übernehmen. Die intensive Zusammenarbeit von Kommunen, Pflegekassen, Wohnungswirtschaft, Anbietern von Dienstleistungen, Behörden und Förderinstitutionen zur bedarfsgerechten Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen, sollte zur Verbesserung der Kommunikation und Koordination durch regelmäßige Foren in Modellprojekten stärker gefördert werden. Die jährlich in einem anderen Landkreis von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. organisierten Fachforen, zum Thema Gesundheit und Daseinsvorsorge, könnte hierfür ein Muster sein.

Die bedarfsgerechte Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen umfasst

- eine effiziente und **wohntnahe Beratung**, die von verbindlichen Informationsflüssen zwischen Pflegekasse und Kommunen sowie anderen Dienstleistern bezüglich der Angebote vor Ort sowie der Verknüpfung von Case- und Care-Management in Bezug auf Koordinierung und Vernetzung getragen ist.
- eine **komplexe Beratung, Bündelung der Kompetenzen** nach dem Motto „Alles aus einer Hand“
- eine **Sozialraumorientierte Förderpolitik**. Das Land richtet seine Förderpolitik stärker auf innovative Lösungen in der Sozialraumentwicklung und Bedürfnisse besonderer Gruppen, z.B. Menschen mit Demenz, Menschen mit Migrationshintergrund etc.

2.4.3 Rollenwechsel in den Kommunen

Das Projekt hat zu der Erkenntnis geführt, dass in den Kommunen die gesellschaftliche Verantwortung für die „jungen Alten“ (65+) und die alten Alten (85+), vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung, perspektivisch in der Fragestellung Pflichtaufgabe/Freiwilligen Aufgabe, zu einem Paradigmenwechsel führen muss.

2.4.4 Methodenvielfalt, Wissensvermittlung und Training zum „Gespenst Technik“

Komplexe technische Systeme werden von älteren Menschen oftmals nicht verstanden. Wer ein Leben lang keine Erfahrung mit komplexen technischen Systemen erfahren hat, dem fehlen auch die technischen Kompetenzen, die für einen selbstbestimmten und souveränen Umgang mit ihnen notwendig sind. Das wachsende Wissensdefizit hat zur Folge, dass die Funktionsweise technischer Unterstützungssysteme und deren Auswirkungen von älteren Menschen nicht mehr verstanden werden und die Bereitschaft zur Bedienung gering ausgeprägt ist.

Wer ein Leben lang gelernt hat bescheiden und diszipliniert zu sein und mit wenigen Mitteln den Alltag zu bewältigen, der entwickelt nicht selten das Selbstverständnis „anspruchlos“ zu sein. „Technik habe ich im Leben nicht gebraucht und wenn, dann hat sich mein Mann darum gekümmert“. Somit ruft die Auseinandersetzung mit der Beratung zu technischen Unterstützungssystemen eine gewisse Hilflosigkeit hervor, da man sich auf Veränderungen im Alltag nicht einlassen möchte und dem Schicksal seinen Lauf lässt.

Rolle und Stellenwert der Beratung zum Thema Mensch-Technik-Interaktion, sind in starkem Maße von der Methodenvielfalt geprägt. Die richtige Auswahl, Einführung und Anwendung unterschiedlicher Methoden des Wissensmanagement bei der Moderation und Durchführung von Schulungen und Work-shops, sowie der Gestaltung von Vorträgen in unterschiedlichen Altersgruppen, bestimmen wesentlich den Erfolg. Technik ist nur ein Erfolgsfaktor für die Anwendung. Die soziologische und psychologische Begleitung sind weitere wichtige Faktoren, die zu berücksichtigen sind.

2.4.5 Gewinnung belastbarer Daten zum Thema "niedrigschwellige Angebote"

Vergrößerung der Wissensbasis durch Forschungsprojekte vom Land und den Kommunalen Spitzenverbänden in je eigener Zuständigkeit, um entsprechend der jeweiligen Bedarfe und Strukturen und nach Maßgabe der Haushaltsbudgets Projekte/Maßnahmen zur Inanspruchnahme, zur Qualitätssicherung, zur Steuerung und/oder zur Koordinierung niedrigschwelliger Angebote durchzuführen. Über die Ergebnisse ist auf einer vom Sozialministerium zu initiierten Konferenz zu berichten und die Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote gemeinsam mit Pflegekassen sowie Angebotsträgern und Initiativen zu diskutieren.

2.4.6 Forschungsintensivierung

Gängige Altersbilder und Kategorisierungen zum Alter bedürfen neuer interdisziplinärer und transdisziplinärer Forschungen. Motive, Handlungen und Strategien der Menschen, die in den 3. Lebensabschnitt übergehen, sind in stärkerem Maße zu hinterfragen und zu definieren. Gleichzeitig sollten Krankheitsbilder der Hochaltrigen und ihre Auswirkungen für medizinische, pharmalogische und therapeutische Behandlung stärker kategorisiert werden, um Hinweise für die Entwicklung wirksamer technischer Systeme zur Förderung der Lebensqualität zu geben.

2.4.7 "Altersgerechtes Wohnen"

Im Austausch mit allen relevanten Partnern sind Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des altersgerechten Wohnens für alle Generationen zu entwickeln und zu unterstützen. Das Land Sachsen-Anhalt unterstützt Angebotsausweitungen an bezahlbarem altersgerechtem Wohnraum im Neu- und Altbau im Rahmen ihrer Wohnraumförderung. In Anlehnung an den Bund, wäre auch für Sachsen-Anhalt zu überdenken, ein „Bündnisses für bezahlbares Wohnen und Bauen“ zu initiieren.

2.4.8 „Design for all“

Der Zugang zu technischen Unterstützungssystemen wird wesentlich erleichtert, wenn die gezielte Ansprache einer Altersgruppe und die Ausrichtung auf Auswirkungen von Krankheitsbildern verlassen wird und stattdessen eine Orientierung im Sinne von „Design for All“ an Lebensumständen, konkreten Alltagssituationen und den Nutzen technischer Geräte für eine bessere Lebensgestaltung erfolgt

2.4.9 zentraler Ansprechpartner, Moderator

Die Schulungen zum digitalen Kompetenzaufbau zum Thema „Mensch-Technik-Interaktion“ zur Förderung des selbständigen Lebens hat in besonderer Weise gezeigt, dass es im Zusammenhang mit den Auswirkungen der zunehmenden Altersstruktur sinnvoll wäre, eine zentrale Stelle im Land zu schaffen, die das Wissen zu dieser Thematik bündelt, Dienstleistungen und Weiterbildungen organisiert und empfiehlt, indem es ein breites Netzwerk aus hauptamtlichen und Ehrenamtlichen in den Kommunen aufbaut und moderiert. Über diese Struktur lässt sich die Inklusion der alternden Bevölkerung in die digitale Gesellschaft in überzeugender Weise, mit der Prävention zur selbständigen Lebensführung im Alter herstellen.

2.4.10 Handreichungen, Ratgeber "Neuer Komfort und mehr Sicherheit für Wohnung und Freizeit" (Info-Ratgeber Wohnungswirtschaft)

Außerordentlich wirksam gestalten sich in der Kernzielgruppe Handreichungen. TECLA e.V. hat in Anlehnung an über das BMBF-Projekt BeraTecNet (Beratung-Technik-Netzwerk/Hannover) entstandene Handbuch, einen eigenen Ratgeber entwickelt, der in anschaulicher, leicht verständlicher, situationsbezogener und überzeugender Art „Wohnen mit technischer Unterstützungssystemen“ vermittelt. Neben Einsatzfelder und Kosten, wird ein umfangreicher Überblick über Geräte und Anbieter aus den Bereichen Gesundheit, Sicherheit, Kommunikation zum Selbstbestimmten Leben in den eigenen vier Wänden vermittelt. Die in dem Ratgeber dargestellten Geräte, beschreiben auftretende Einschränkungen wie z.B. Seh- und Hörprobleme, Vergesslichkeit und eingeschränkte Mobilität. Diesen Ansatz, gilt es in weitaus größerem Umfang fortzuführen, da auf diese Weise, die Marktdurchdringung assistiver Technologien kundenorientierte Unterstützung findet.

Neuer Komfort
und mehr Sicherheit
für Wohnung und Freizeit



Ratgeber

3. Planung und Ablauf des Förderprojektes

Über den Förderzeitraum von 18 Monaten wurde der im Projektantrag skizzierte Projektplan inhaltlich, mit geringen Korrekturen, umgesetzt und der Zeitplan exakt eingehalten.

Der Finanzplan wurde in den Rahmenkennziffern im Wesentlichen eingehalten. Eine Korrektur erfolgte aufgrund der Praxisrelevanz und der zunehmenden Nachfrage durch Institutionen, Verwaltungen und Verbände in der Position Honorare. Geplante, aber nicht abgerufene Mittel für die Neuanschaffung bzw. Ergänzung an technischen Unterstützungshilfen wurden in Absprache mit der der Bewilligungsstellen für die Position Honorare (Reisekosten) verwendet. Die Mittelverwendung bewegt sich im Rahmen der Förderrichtlinie.

Bilder

Deckblatt: Foto links TECLA e.V. (Vorstand: Uwe Witczak) mit Poster und als Referent auf der Fachkonferenz „DaSein – Gesund älter werden im Landkreis Anhalt-Bitterfeld“, eine Veranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. und des Landkreises Anhalt-Bitterfeld, gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 13.09.2017.

Foto mitte TECLA e.V. (Geschäftsführer: Thomas Schatz) Technikberatung

Foto rechts TECLA e.V., Klaus Jacobs, Öffentliche Beratung, Stadt Wanzleben-Börde



Mai 2018 Uwe Witczak
Vorstandsvorsitzender TECLA e.V.