

Aktives Altern als Perspektive für mehr Zukunftsfähigkeit im demografischen Wandel

Josef Hilbert

1| Einleitung

Im Herbst 2013 legte WorldAgeWatch eine vergleichende Analyse der Altenfreundlichkeit in den verschiedenen Ländern der Welt vor. Vergleichend gemessen wurden die Einkommenssicherheit, die gesundheitliche Lage und Versorgung, die Ausbildungssituation und die Perspektiven Arbeit zu finden sowie die Chancen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen¹⁾. Bei diesen vergleichenden Bewertungen schnitten Europa im Allgemeinen und Deutschland im Besonderen außerordentlich gut ab. Tabelle 1 zeigt, dass von den zehn am besten bewerteten Ländern fünf aus Europa kommen und dass die ersten vier Plätze an europäische Länder gehen. Deutschland belegt Platz drei – nach Norwegen und Schweden – und ist unter den größeren Ländern dieser Welt in Sachen Altenfreundlichkeit offensichtlich eindeutig die Nummer 1.

Die gute Ausgangslage bei der Bewertung der Altenfreundlichkeit in Deutschland und in vielen anderen europäischen Ländern kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass gute Gesundheits-, Lebens- und Arbeitsbedingungen auch hier keine Selbstläufer waren und sind, sondern an anspruchsvolle Voraussetzungen geknüpft werden.

1) Im englischen Originaltext werden die Blöcke den Begriffen „Income security“, „health status“, „employment and education“ sowie „enabling environment“ überschrieben.

Tabelle 1: Global AgeWatch Index Gesamtübersicht

1. Sweden	21. Israel	41. Croatia	61. Venezuela	81. Morocco
2. Norway	22. Spain	42. Thailand	62. Poland	82. Honduras
3. Germany	23. Uruguay	43. Peru	63. Kyrgyzstan	83. Montenegro
4. Netherlands	24. Belgium	44. Philippines	64. Serbia	84. West Bank and Gaza
5. Canada	25. Czech Republic	45. Latvia	65. South Africa	85. Nigeria
6. Switzerland	26. Argentina	46. Bolivia	66. Ukraine	86. Malawi
7. New Zealand	27. Italy	47. Bulgaria	67. South Korea	87. Rwanda
8. USA	28. Costa Rica	48. Romania	68. Dominican Republic	88. Jordan
9. Iceland	29. Estonia	49. Slovakia	69. Ghana	89. Pakistan
10. Japan	30. Panama	50. Lithuania	70. Turkey	90. Tanzania
11. Austria	31. Brazil	51. Armenia	71. Indonesia	91. Afghanistan
12. Ireland	32. Ecuador	52. Tajikistan	72. Paraguay	
13. United Kingdom	33. Mauritius	53. Vietnam	73. India	
14. Australia	34. Portugal	54. Colombia	74. Mongolia	
15. Finland	35. China	55. Nicaragua	75. Guatemala	
16. Luxembourg	36. Sri Lanka	56. Mexico	76. Moldova	
17. Denmark	37. Georgia	57. Cyprus	77. Nepal	
18. France	38. Malta	58. Greece	78. Russia	
19. Chile	39. Albania	59. El Salvador	79. Lao PDR	
20. Slovenia	40. Hungary	60. Belarus	80. Cambodia	

Quelle: GlobalAgeWatch 2013; S. 17

Früher wurde in diesem Zusammenhang über Gesundheitspolitik, Alterssicherung, Wohnungs- und Infrastrukturpolitik, Früh- oder Spätverrentung debattiert. Heute werden die Debatten um die Zukunft des Alterns und die Perspektiven der alternden Gesellschaft oft mit dem Begriff „Active Ageing“ bzw. Aktives Altern zusammengefasst.

Hierin soll zum Ausdruck kommen, dass eher an ganzheitliche und integrierte Konzepte denn an fachlich eng umrissene politische Programme gedacht wird. Im Kurzprofil versteht sich Aktives Altern als einen „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.“

(WHO 2002:12). Darüber hinaus — dies wird oft nicht oder nur am Rande angesprochen — meint Aktives Altern aber auch, dass das Augenmerk weg geht von einer Sozialpolitik der passiven Einkommensgarantie und einer fürsorgenden Gesundheitssicherung hin zur Stützung und Aktivierung der Menschen, länger zu arbeiten, sich selbst mehr um ihre Gesundheit zu kümmern, nachbarschaftliche und andere gemeinschaftliche Selbsthilfeaktivitäten aufzubauen oder auch mehr Verantwortung für die Bildung und Erziehung jüngerer Menschen zu übernehmen. Aktives Altern ist somit weder ein „Schönwetter“-Programm für Ältere noch ein Konzept für einen Rückbau des Sozialstaats. Es wird vielmehr versucht, den steigenden Herausforderungen durch den demografischen Wandel und den wachsenden Anforderungen an die Sozial-, Alterssicherungs-, Gesundheits- und Infrastrukturpolitik durch ein Bündel von Maßnahmen zu begegnen. Im Mittelpunkt stehen

- verbesserte und verlängerte Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Ältere,
- eine verbesserte Sozial- und Gesundheitspolitik, die vor allem präventive Ansätze stärkt,
- ein gesteigertes Engagement Älterer — für die Verbesserung ihrer eigenen Lebenslage, aber auch für Dritte, etwa Kinder und Jugendliche (als Überblick siehe Walker/Maltby 2012).

Damit eine solche Perspektive möglich wird, politisch verantwortet und durchgehalten werden kann, sind gelingende Unterstützungs- und Aktivierungsstrategien nötig. Gefordert ist hier nicht nur die Politik, sondern Neuorientierungen sind auch in vielen anderen Bereichen von Gesellschaft und Wirtschaft unerlässlich — vom Gesundheitsmanagement in Unternehmen über die Förderung des Zusammenlebens in Wohnquartieren bis hin zu einer besseren Gestaltung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Ob und wie sich Deutschland in solchen Fragen im Sinne eines gelingenden Aktiven Alterns aufgestellt hat, soll im Folgenden an drei ausgewählten Gestaltungsfeldern erörtert werden: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Ausbau der Prävention im Gesundheitsbereich, Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik zur Unterstützung des Zuhauselebens im Alter.

2 | Ausgewählte Handlungsfelder des Aktiven Alterns

2.1 | Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

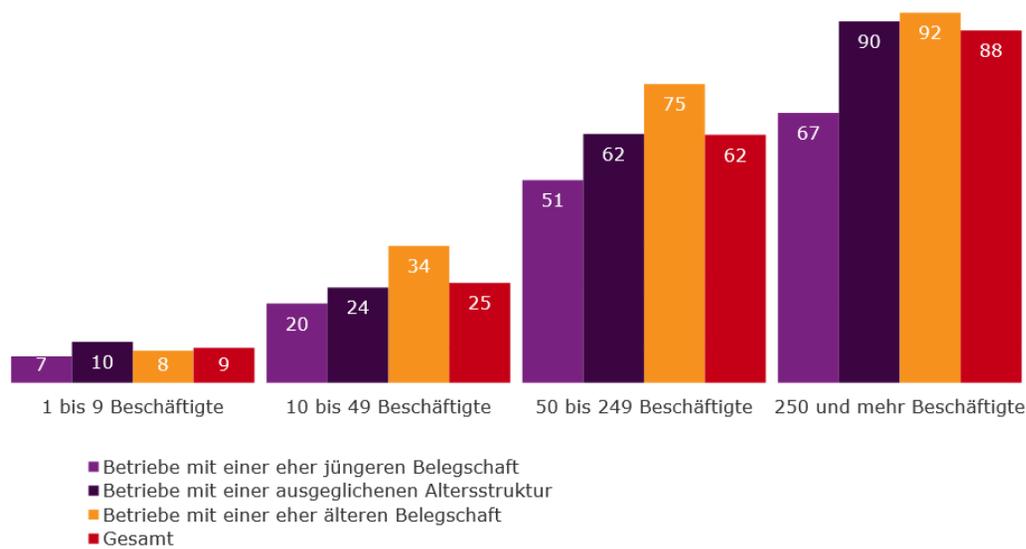
Spätestens seit der Jahrtausendwende wurde klar, dass der demografische Wandel in Deutschland zu Arbeits- und Fachkräfteengpässen führen kann. Seitens der Arbeitsmarktforschung, der

Arbeitspolitik und seitens vieler Wirtschaftsorganisationen — von Gewerkschaften über Arbeitgeberverbände bis hin zu den Handwerks- und Industrie- und Handelskammern — wurde und wird seitdem auf Gegenmaßnahmen gedrängt. Neben dem Plädoyer für den Ausbau der Aus- und Weiterbildung spielt dabei die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz bzw. ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement durch die Betriebe eine ganz große Rolle — letzteres gerade auch mit Blick auf Maßnahmen, die älteren Beschäftigten das Weiterarbeiten erleichtern können.

Eine Auswertung von regelmäßigen Betriebsbefragungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) aus dem Jahre 2011 ergab, dass gerade mit Blick auf Maßnahmen für Ältere insbesondere in großen Betrieben ein ausgeprägtes Engagement zu verzeichnen ist; in der Welt der Klein- und Mittelbetriebe ist einschlägiges Engagement jedoch eher die Ausnahme denn die Regel (s. Abbildung 1).

Aktives Altern als Perspektive für mehr Zukunftsfähigkeit im demografischen Wandel

Abb. 1: Vorhandensein betrieblicher Maßnahmen speziell für ältere Beschäftigte in Deutschland, West- und Ostdeutschland nach Betriebsalterstyp und Betriebsgrößenklasse, 2011



Basis: Alle Betriebe mit älteren Arbeitnehmern, n = 15.036

Quelle: IAB-Betriebspanel 2011

Quelle: aus Bechmann u.a. 2012: 48

Im Hinblick auf die Wirksamkeit überzeugen die Protagonisten des betrieblichen Gesundheitsmanagements immer wieder damit, dass über nachhaltige Erfolge aus einzelnen Betrieben berichtet wird.²⁾

2) Einen Ein- und Überblick liefert hier das Internetangebot des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html)

Die Daten zur Entwicklung des Krankenstandes in der Gesamtwirtschaft raten jedoch zu Nüchternheit. Auch wenn der Krankenstand – gemessen am Anteil der arbeitsunfähigen Pflichtmitglieder an allen Pflichtmitgliedern – seit den 70er Jahren von 5,67% auf 3,64% zurückgegangen ist, zeichnet sich in den letzten Jahren wieder eine leichte

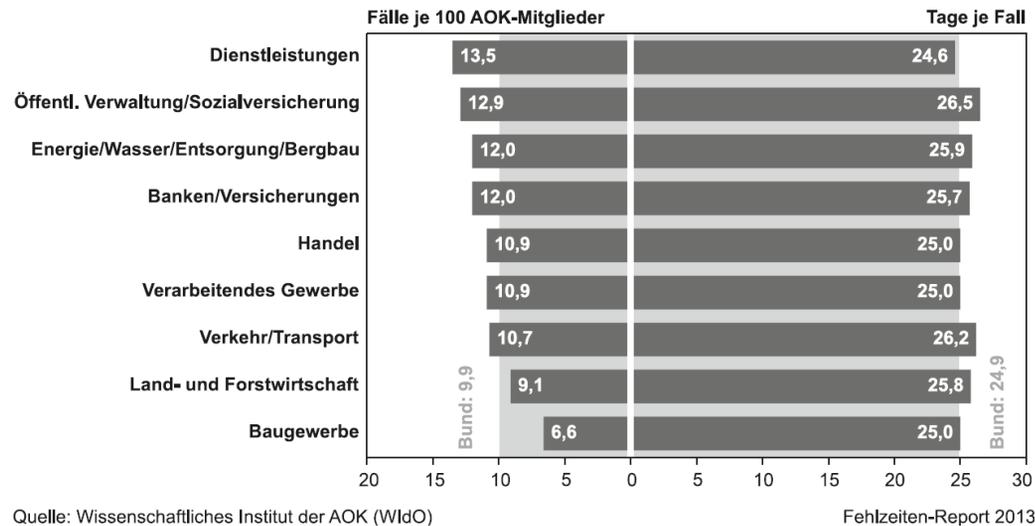
Erhöhung bei den Krankenständen ab. Besondere Sorge bereitet dabei das stark wachsende Gewicht psychischer Erkrankungen – ganz besonders ausgeprägt in der Dienstleistungsbranche.

Aktives Altern ist in der Welt der Wirtschaft zwar offensichtlich als Herausforderung und Gestaltungsfeld angekommen, gleichwohl zeichnen sich ganz klar zwei Bereiche für Nachsteuerungen ab: angemessene Aktivierungsstrategien für Klein- und Mittelbetriebe einerseits sowie Konzepte gegen psychische Erkrankungen andererseits – letztere sind vor allem mit Blick auf Dienstleistungsberufe (insbesondere in Gesundheits- und Sozialberufen) gefordert.

2.2 | Ausbau von Prävention und Gesundheitsschutz

Unter Gesundheitswissenschaftlern, Gesundheitspolitikern und auch unter Medizinern gilt als unstrittig, dass die Krankheitsprävention ausgebaut werden muss. Das deutsche Gesundheitswesen ist heute nahezu ausschließlich durch kurative Aktivitäten geprägt. Von den Gesundheitsausgaben im Jahr 2011 in der Höhe von 293,8 Milliarden Euro werden lediglich 3,8% (das sind gut 11 Milliarden Euro) für Gesundheitsschutz und Prävention verwendet.

Abb. 2: Psychische und Verhaltensstörungen nach Branchen 2012, AOK Mitglieder



Quelle: Fehlzeitenreport 2013: 302

Dieser Anteil ist seit Beginn der 90er Jahre konstant auf etwa dem gleichen Niveau. Abbildung 3 zeigt die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz nach Ausgabeträgern. Wichtigster Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenversicherungen, die seit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes nach § 20 SGB 5 im Jahr 2007 dazu verpflichtet sind, Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu betreiben.

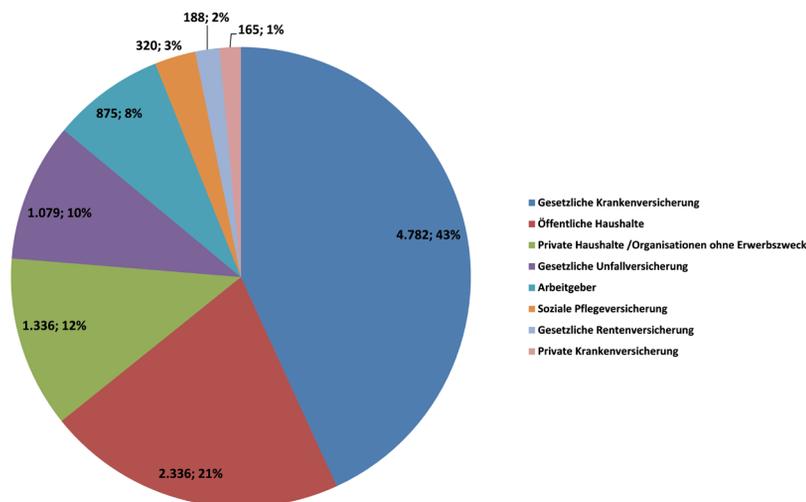
Allerdings ist der Ausbau der Prävention in Deutschland in den letzten Jahren zur Enttäuschung aller nicht gelungen. Obwohl es keine Politikerin und keinen Politiker gibt, die nicht für mehr Prävention plädieren und deshalb nach einem Präventionsgesetz rufen, ist es in den letzten Jahren weder der rot-grünen noch der großen oder der schwarz-gelben Regierungskoalition gelungen, ein solches Gesetz zu verabschieden. Gescheitert sind alle einschlägigen

Bemühungen und Gesetzentwürfe an Streitigkeiten über konzeptionelle Fragen wie auch über Finanzierungsbedingungen. Strittig war unter anderem, unter welchem Dach und Institutionengeflecht Prävention gesteuert werden sollte und ob neben den Krankenversicherungen auch noch andere Akteure zur Finanzierung beitragen sollten. Unter dem Strich ist zu konstatieren, dass der bislang trotz besseren Wissens und guter Absichten völlig misslungene Ausbau der Prävention als ein krasser Fall von Politikversagen bezeichnet werden muss.

Anfang Dezember 2013 legten CDU, CSU und SPD einen Entwurf für einen Koalitionsvertrag zur 18. Legislaturperiode des deutschen Bundestages vor. Unter den Ausführungen zum Thema Gesundheit und Pflege ist auch die Ankündigung enthalten, „Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen“ (Koalitionsvertrag 2013: 44). Noch in 2014 soll ein Präventionsgesetz verabschiedet werden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim sowie die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungen einbezieht. In diesem Vorhaben werden mithin zentrale Anliegen des Konzepts vom Aktiven Altern aufgegriffen.

Aktives Altern als Perspektive für mehr Zukunftsfähigkeit im demografischen Wandel

Abb. 3: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz nach Ausgabeträger 2011



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes/Stat. Bundesamt, Darstellung: IAT

Bleibt zu hoffen, dass es der neuen großen Koalition besser gelingt als ihren Vorläufern, ihre große Gestaltungsmehrheit auch tatsächlich im angekündigten Sinne zu nutzen. Die enttäuschenden Erfahrungen der letzten Jahre sollten dazu ermuntern, das Regierungshandeln durch eine gestaltungsorientierte Fachlichkeit aus Wissenschaft, Patientenorganisationen und Gesundheitswirtschaft aufmerksam zu unterstützen.

2.3 | Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik zur Unterstützung des Zuhauselebens im Alter

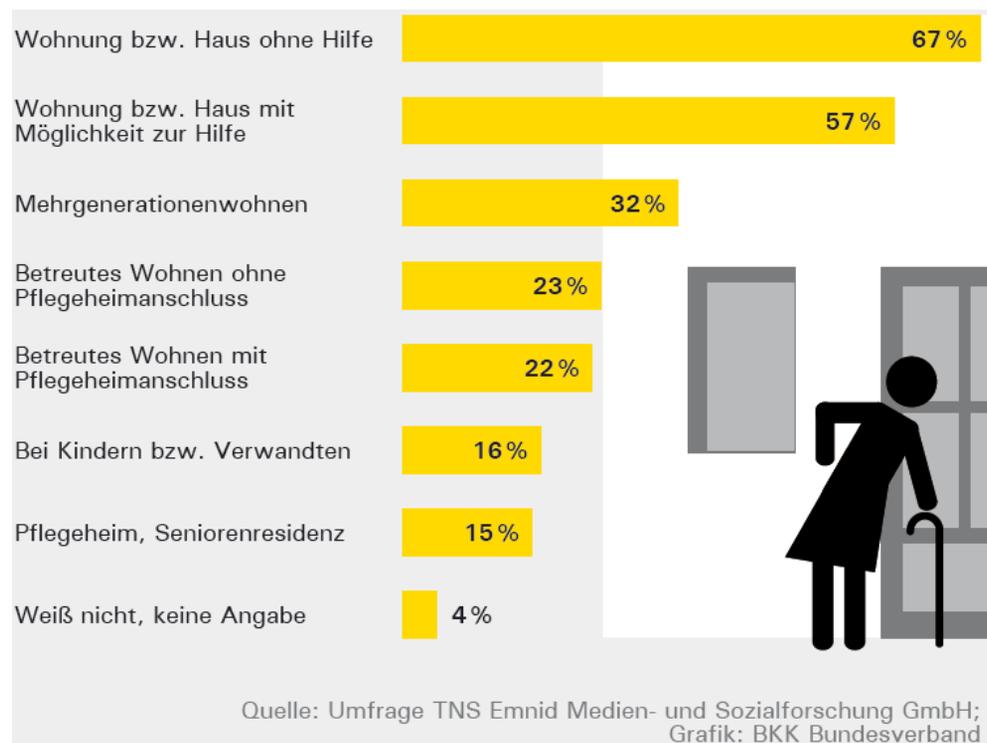
Wenn Aktives Altern gelingen soll, ist ein Ausbau der Möglichkeiten gefragt, die Gesunderhaltung, Heilung und Pflege „in den eigenen vier Wänden“ zu verbessern. In der Öffentlichkeit wird dies vor allem mit dem überall geteilten Plädoyer für „ambulant vor stationär“ bei Pflegebedürftigkeit im Alter deutlich. Diese Orientierung wird

von der überwältigenden Mehrheit der Bevölkerung (und auch der Betroffenen) mit Nachdruck geteilt (s. Abbildung 4). Darüber hinaus wird angenommen, dass eine ambulante Pflege nicht nur ‘menschlicher’ sei, sondern auch kostengünstiger gestaltet werden könne als stationäre Alternativen — zumindest im Durchschnitt aller Fälle (Heinze et al. 2011). Allerdings ist einschränkend anzumerken, dass die traditionellen Ressourcen für die Pflege daheim — Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter, andere Angehörige oder Nachbarn — in Folge des sozialstrukturellen Wandels — u.a. höhere Frauenerwerbstätigkeit, gewachsener Bedeutung von Einpersonenhaushalten — langsam aber kontinuierlich am Leistungskraft einbüßen.

Vor diesem Hintergrund gab und gibt es seit Mitte der neunziger Jahre vermehrt Anstrengungen, neue Wege für die Unterstützung der Gesunderhaltung und Heilung und Pflege zu gehen. Wichtige Stichworte sind hier etwa

- die Stärkung der Selbst- und Nachbarschaftshilfe,
- der barrierefreie, zumindest aber barriere-reduzierte Neu- oder Umbau von Wohnungen,
- das Angebot von Mehrgenerationenwohnanlagen,

Abb. 4: Gewünschte Wohnformen im Alter (in Prozent)



- Senioren- und Demenzwohngemeinschaften,
- der Ausbau haushaltnaher Dienstleistungen,
- das Quartiersmanagement und
- (bei den Rahmenbedingungen) die mittlerweile etablierte Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für pflegende Angehörige.

Zu den weiteren Ansätzen zur Stärkung des Gesundheits- und Pflegestandorts daheim gehört auch, die Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) für neue Wege zu nutzen. Der Kanon der Möglichkeiten reicht hier vom Ausbau von Hausnotrufangeboten über eine Erweiterung

(interaktiver) Orientierungsmöglichkeiten im Internet und intelligente Haushaltssteuerung (z.B. Sturzdetectoren) bis zur Fernbegleitung von Patienten mit gravierenden Gesundheitsproblemen durch telemedizinische Angebote — etwa die Fernüberwachung von Herzschrittmachern, Fern-EKGs, oder auch die tägliche Erfassung der Vitaldaten von Herzinsuffizienzpatienten.

Für die Entwicklung und Erprobung entsprechender innovativer, IKT-gestützter Lösungen — in Fachkreisen wird oft von Ambient Assisted Living (AAL) gesprochen, zu Deutsch sind damit altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben gemeint — wurde in den letzten 15 Jahren seitens der deutschen und europäischen Forschungspolitik, seitens der Forschung selbst (vor allem im ingenieurwissenschaftlichen Bereich) wie auch seitens zahlreicher Anbieter viel Geld und Aufwand investiert. Zurzeit herrscht bei all diesen ursprünglich sehr zuversichtlichen Innovationstreibern aber Ernüchterung (Hilbert/Paulus 2011).

Zwar sind Telemedizin und AAL keine Randerscheinung mehr, aber lange noch nicht flächendeckend im medizinischen und pflegerischen Alltag angekommen. Eine Bestandsaufnahme der Telemedizin- und AAL-Projekte und Angebote in Deutschland durch das Institut Arbeit und Tech-

Aktives Altern als Perspektive für mehr Zukunftsfähigkeit im demografischen Wandel

nik (IAT) ergab, dass momentan in ca. 270 (Stand Mitte 2012) Projekten und Initiativen neue Angebote entwickelt, erprobt und umgesetzt werden.

Immer noch bleiben Telemedizinprojekte trotz fachlicher Stärke häufig in der Entwicklungs- und Erprobungsphase stecken. Die Gründe für dieses Scheitern liegen häufig in den Interessengegensätzen der beteiligten Interessengruppen, an ungünstigen Finanzierungs- und volatilen Umsetzungsbedingungen. Problemverschärfend kam in den letzten Jahren hinzu, dass viele der Innovationstreibenden nicht aus der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, sondern aus anderen Branchen und Denktraditionen kamen und somit nur wenig Kenntnisse über die Regeln und Kulturen in den anwendenden Branchen mitbrachten.

Wengleich vergleichbar detaillierte Bestandsaufnahmen für die anderen o.g. Gestaltungsfelder zur Stärkung der Gesunderhaltung, Heilung und Pflege daheim fehlen, so ist doch auch hier nur wenig Grund zu mehr Optimismus angebracht. In Workshops, auf Fachtagungen und Konferenzen weicht mittlerweile die Innovationseuphorie der Umsetzungsenttäuschung, da selbst erfolgreich evaluierte Lösungen nur sehr zähflüssig den Weg in die breite Umsetzung finden. Eine Landkarte zur Erfassung, Beschreibung

und Analyse von „Altengerechten Quartieren“ listet für NRW lediglich 24 Projekte auf. Da bleibt nur zu hoffen, dass die Präsentation dieser Projekte über das „Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW“ seinerseits dazu beiträgt, zusätzliche Kompetenz und Schubkraft für einschlägige Gestaltungsprojekte auszulösen.

In der Gesamtschau fällt beim Thema „Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik zur Unterstützung des zu Hause Lebens im Alter“ insbesondere auf, dass es ein massives Transfer- und Umsetzungsproblem gibt. Selbst erfolgreich evaluierte neue Lösungen finden nur sehr zögerlich den Weg in die breite Umsetzung. Aktives Altern bleibt also auch in diesem Gestaltungsfeld unter seinen Möglichkeiten (Heinze et al. 2013).

3 | Aktives Altern: Forschungs- und Gestaltungsaktivitäten im Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität

Die drei aufgeführten Handlungsfelder sind wichtige Forschungs- und Gestaltungsfelder des Forschungsschwerpunktes Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität.

Dem Thema Gesundheitsmanagement wurde in der Vergangenheit aus verschiedenen Perspek-

tiven bearbeitet, ein wichtiger Aspekt ist jedoch die erweiterte Perspektive von der betrieblichen zur regionalen Ebene. Wichtige Forschungsergebnisse sowie praktische Erfahrungen zeigen, dass Klein- und Kleinstunternehmen Schwierigkeiten haben, Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) nachhaltig einzuführen. Hemmnisse bei der Einführung und Umsetzung von BGM liegen laut einer Befragung der Initiative Gesundheit und Arbeit (Bechmann, S. et al o.J.) bei Betrieben des produzierenden Gewerbes insbesondere im „Vorrang des Tagesgeschäfts“, „fehlenden Ressourcen“, „fehlendem Wissen zur Umsetzung“, aber auch „fehlendem persönlichen Engagement“ (ebd.: 18). Eine Vernetzung von Unternehmen – sowohl Groß- als auch Kleinunternehmen – bietet die Chancen des Erfahrungsaustauschs und des gemeinsamen Lernens. Für eine Gesamtstrategie „gesunde Region“ wäre es darüber hinaus sinnvoll, kommunale Gebietsträger sowie Leistungsanbieter, Kostenträger und weitere Akteure einzubinden. Der Aufbau einer „regional health governance“ (Dahlbeck/Evans/Potratz: 319) böte auch die Möglichkeit, die Lücken zwischen der Arbeits- und Lebenswelt zu überbrücken. Im Rahmen eines für die hannover impuls GmbH und die Wolfsburg AG durchgeführten Projektes „vom betrieblichen zum regionalen Gesundheits-

management“ konnten erste Forschungs- und Gestaltungsaktivitäten hierzu gestartet werden. Die Erfahrungen zeigen, dass die involvierten Betriebe ein großes Interesse an einem Austausch haben. Darüber hinaus sehen diese auch die Notwendigkeit, dass die Versorgung vor Ort optimiert werden muss – u.a. um längere Ausfallzeiten ihrer Mitarbeiter zu vermeiden – und damit auch die Betriebe eine Verantwortung tragen. Die Fragen, wie genau hier die Verbindung zwischen Arbeits- und Lebenswelt ausgestaltet werden kann und ob dieses Vorgehen langfristig zu einer verbesserten gesundheitlichen Lage in der Region führt, wurden in diesem Projekt angegangen und werden in Zukunft wichtige Forschungsaspekte sein.

Maßnahmen zur Prävention werden – wie oben angedeutet – seit Jahren von vielen gefordert. Eine gesetzliche Grundlage in Form eines Präventionsgesetzes ist jedoch bis heute gescheitert. Parallel dazu hat sich der private Markt für Gesundheit, Vorsorge und Prävention weiterentwickelt. Die privaten Ausgaben für den sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt steigen seit Jahren und werden im Rahmen des Gesundheitssatellitenkontos auf 67,9 Mrd. Euro geschätzt (BMWi 2013: 15).

Ein noch relativ neuer Ansatz zur Gesundheitsförderung von Älteren ist die Nutzung von „serious games“. Bisher ist die Nutzung von Video- oder Computerspielen eher bei jüngeren Menschen verbreitet, doch die Bereitschaft und die Kompetenzen, sich dieser Medien auch im Alter zu bedienen, steigen in Zukunft weiter an. Serious Games sind Computer- und Videospiele, die nicht der Unterhaltung, sondern primär der Bildung dienen (Enste/Merkel 2013: 6). Für die Gesundheitsförderung liegt das Spektrum insbesondere in der Unterstützung des Bewegungs- und Trainingsverhaltens – z.B. zur Sturzprophylaxe, aber auch im Rehabilitationsbereich z.B. in der Schlaganfallrehabilitation (ebd: 7). Im Rahmen der Evaluation des EU-Projektes „Mobility Motivators1“³⁾ untersucht der Schwerpunkt die Akzeptanz von serious games zur Gesundheitsförderung. Hierbei geht es primär darum, die besonderen Bedürfnisse von Älteren vor der technischen Entwicklung der serious games zu erforschen, um dann passgenaue Spiele für die Zielgruppe „Ältere“ zu entwickeln. Denn eine wichtige Erkenntnis der letzten Jahre im Bereich IT-unterstützende Hilfsmittel für Ältere ist, dass häufig die technische Entwicklung im Vordergrund steht und die gefertigten technischen Hilfsmittel nicht den Bedarfen der Älteren entsprechen.

3) Vgl. dazu <http://www.mobility-motivator.uvsq.fr/>

Dies gilt für den gesamten Bereich der IT-gestützten Hilfsmittel der zu Hause lebenden Älteren. Während die Entwicklung der Technik in den vergangenen Jahren im Vordergrund stand, war die Bereitstellung und Verknüpfung mit den dazugehörigen Dienstleistungen häufig nicht gegeben. Einen anderen Zugang versucht das durch die EU und NRW-Landesmittel geförderte Projekt „Sektorenübergreifendes kommunales Gesundheitsmanagement für ein lebenswertes und vitales Altern (PROVIVA)⁴⁾. Ziel des Projektes ist es, ein gesundheitsbezogenes Quartiersmanagement in den Stadtteilen Opladen und Rheindorf der Stadt Leverkusen zu errichten und modellhaft zu erproben. Hierbei geht es darum, das klassische – an sozialen Fragen ausgerichtete – Quartiersmanagement um Gesundheitskompetenzen zu erweitern und in den jeweiligen Quartieren ein sektorübergreifendes Netzwerk zu errichten. Aufbauend auf der Erkenntnis, dass gesundheitliche und soziale Probleme häufig zusammenfallen, geht dieser präventive und populationsorientierte Ansatz insofern neue Wege. Die IT-Unterstützung ist hier nur Mittel zum Zweck und dient der Transparenz und Unterstützung der durchgeführten Maßnahmen und Bedürfnisse Älterer. Auch mit diesem Projekt – an dem der Schwerpunkt die wissenschaftliche Evaluation übernimmt – werden wichtige Fragen

4) Vgl. dazu <http://www.proviva-lev.de>

Aktives Altern als Perspektive für mehr Zukunftsfähigkeit im demografischen Wandel

zum Thema Aktives Altern erforscht. So wird im Rahmen der Evaluation die Wirksamkeit eines gesundheitsbezogenen Quartiersmanagements ebenso geprüft wie die damit einhergehende IT-Unterstützung.

4 | Schlussfolgerungen: Innovationen — ja, aber umsetzungsorientiert

Aktives Altern ist ein Konzept, das darauf zielt, den demografischen Wandel, das Altern der Gesellschaft nicht als Bedrohung der Zukunftsfähigkeit zu begreifen, sondern neue Wege zu etablieren, das Altern und die Älteren in ihren vielfältigen Kompetenzen zu stärken — im Interesse der Älteren selbst, für mehr Wirkung und Effizienz bei den Leistungen für unterstützungsbedürftige Ältere, aber auch zum Vorteil für die Leistungsfähigkeit von Gesellschaft und Wirtschaft insgesamt.

So intelligent die Perspektive Aktives Altern auch angelegt ist, in der Praxis steht sie noch in der Bewährungsprobe. Politik und Forschung, aber auch einige Bereiche der Wirtschaft haben zahlreiche und vielfältige Pilotprojekte auf den Weg gebracht und damit oft ermutigende Erfahrungen gemacht. Beim Schritt in die breite Umsetzung ist Aktives Altern jedoch ins Stottern

geraten. Die Gründe dafür sind vielfältig und bis heute noch unzureichend erforscht. Klar ist jedoch, dass den Umsetzungsbedingungen und -möglichkeiten innovativer Lösungen in Zukunft mehr Aufmerksamkeit gehört — sowohl bei der Konzeption von Innovationsprojekten als auch beim Design von Forschungs- und Entwicklungsprogrammen.

Darüber hinaus sollten gestaltungsorientierte Wissenschaftler in Zukunft auch mehr Mut haben, Umsetzungsprobleme klar herauszuarbeiten und Umsetzungsbarrieren und -bremsen deutlich zu benennen (vgl. auch Bandemer u.a. 2014).

Es macht Mut, dass die Perspektive „Innovationen — ja, aber bitte umsetzungsorientiert“ — und damit klar an den Bedürfnissen der Zielgruppe ausgerichtet — auch auf der europäischen Ebene nachdrücklich Unterstützung bekommt. Eine High-Level-Expert-Group des Europäischen Rates (HLEG 2013) jedenfalls plädiert, Innovationspolitik in Zukunft ganzheitlicher im Sinne eines „Innovation Eco Systems“ anzulegen und meint damit insbesondere die stärkere Berücksichtigung von Umsetzungsfragen.

Literatur

Badura, B./Ducki, A./Schröder, H. Klose, J./Meyer, M. (Hg.) (2013): Fehlzeitenreport 2013. Verdammt zum Erfolg — die süchtige Arbeitsgesellschaft? Springer, Berlin, Heidelberg.

Bandemer, St. v./Dahlbeck, E./Evans. M./Hilbert, J. (2014): Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. In: Mai, M. (Hrsg.): Handbuch Innovationen, Wiesbaden

Bechmann, S./Dahms, V./Tschersich; N./Frei, M./Leber, U./Schwengler, B. (2012): Fachkräfte und unbesetzte Stellen in einer alternden Gesellschaft. Problemlagen und betriebliche Reaktionen. IAB Forschungsbericht 13/2012, Nürnberg.

Bechmann, S./Jäckle, R./Lück, P./Herdegen, R. (2011): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Umfrage und Ergebnisse. IGA-Report 20.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (Hg.) (2013): Vom Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Berlin.

CDU/CSU/SPD 2013: Koalitionsvertrag, Berlin: Vorwärts Sonderausgabe.

Dahlbeck, E./Evans,M./Potratz,W. (2009): Gesundheitswirtschaft und regionale Strukturpolitik: Strategiefähigkeit, Standortmanagement und Innovationsblockaden. In: Zdrowomyslaw, N./Bladt, M. (2009): Regionalwirtschaft. Global denken und regional handeln. Deutscher Betriebswirtschaftsverband, Gernsbach, S. 301-319.

Enste, P./Merkel, S. (2013): Serious Games für ältere Menschen. Theoretische Grundlagen zur Evaluation des Projektes „Mobility Motivator“. Forschung Aktuell des Institut Arbeit und Technik 9/2013, Gelsenkirchen.

High Level Group on Innovation Policy Management (HLEG) (2013): Report & Recommendations, Brussels.

Heinze, R.G./Hilbert, J./Cirkel, M./Paulus, W. (2013): Selbstständig, aber nie einsam und hilflos! Zu Hause leben im Alter. In: Burger, Stephan (Hrsg.): Alter und Multimorbidität – Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt. Heidelberg: medhochzwei, Beitrag 25, S. 48.

Heinze, R.G./Hilbert, J./Paulus, W. (2011): Care is coming home: towards a new architecture of health service in Europe. In: Krüger, K./Gier, E. d. (Hrsg.): Long-term care services in 4 European countries: labour markets and other aspects. Barcelona, S. 147-163 .

Hilbert, J./Paulus, W. (2011): Vom Hausnotruf zu AAL: Geschichte, Stand und Perspektiven des Einsatzes von Techniken in Medizin und Pflege. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 3, S. 4-17.

Global AgeWatch Index (2013): Insight report. Download unter <http://www.helpage.org>

Walker, A./Maltby, T. (2012): Active Ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. In: International Journal of Social Welfare 21 (2012), S. 117-130.

World Health Organisation (WHO) (2002): Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, Madrid.