



Möglichkeiten und Grenzen des Messens von Gesundheitsförderung im Alter

Was heißt “demographischer Wandel“ konkret?

"Alter" heißt nicht zwangsläufig und ausschließlich:

- Krankheit
- Gebrechlichkeit
- Inaktivität
- Bedürfnis nach Hilfe

= “alte Alte“



"Alter" kann auch heißen:

- Gesundheit
- Beweglichkeit
- Aktivität
- Geben von Hilfe

= “junge Alte“



“Junge Alte“ und “alte Alte“

“Junge Alte“ (i.d.R. 60 bis 80 Jährige) sind überwiegend vitale und mobile, aktive Senioren.

“Alte Alte“ (i.d.R. über 80 Jährige) sind überwiegend Senioren mit fühlbaren Einschränkungen, gesundheitlichen Problemen und zunehmender Hilfebedürftigkeit.

Es gibt im Wesentlichen zwei Faktoren, die diese “Gruppeneinteilung“ entscheidend beeinflussen:

(1) Das persönliche Lebensgefühl

(2) Das Pflegefallrisiko

(das statistisch mit zunehmendem Lebensalter progressiv ansteigt)

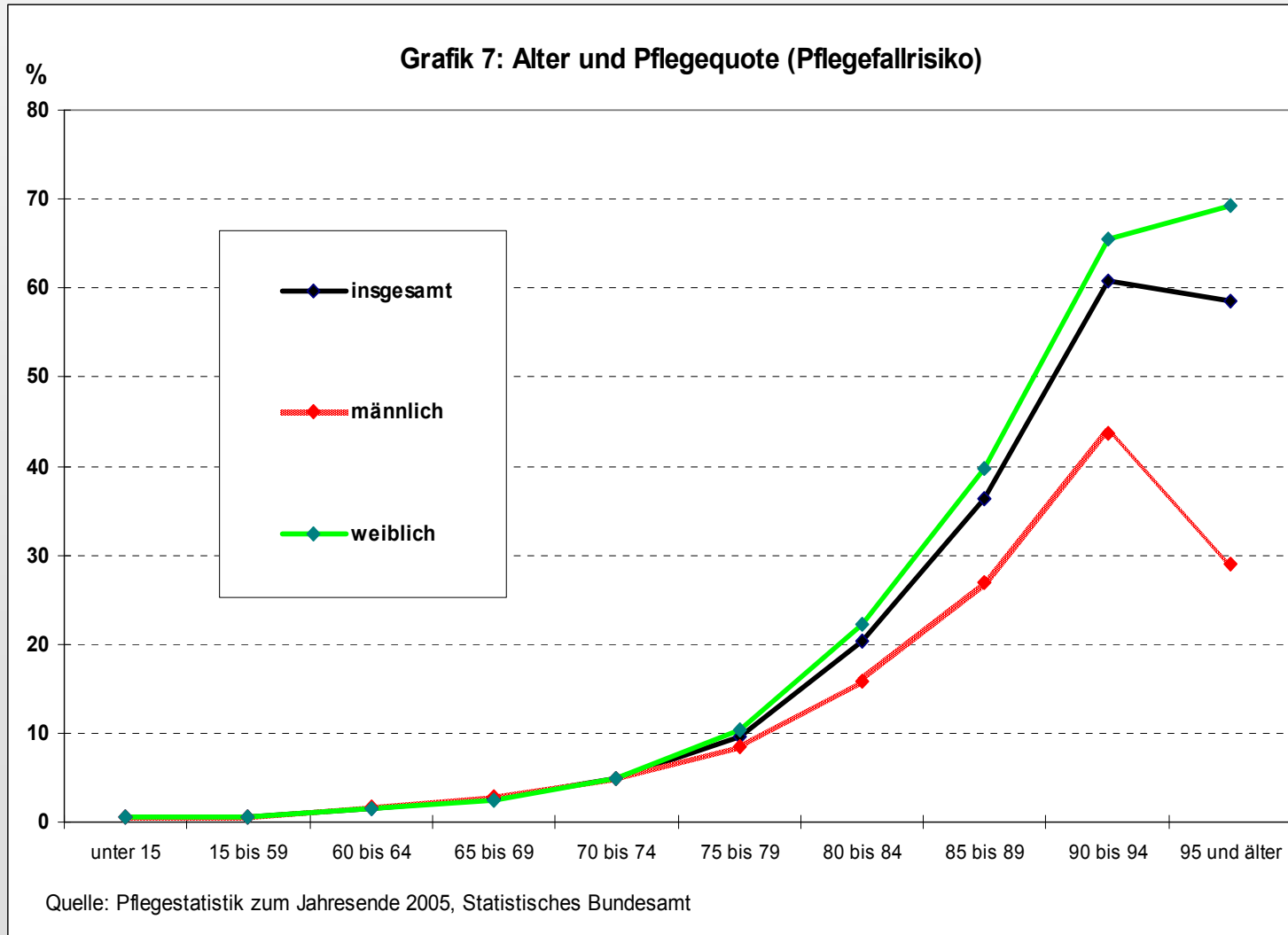
Zwei der wichtigsten Bestimmungsfaktoren

(1) Das persönliche Lebensgefühl



Zwei der wichtigsten Bestimmungsfaktoren

(2) Das Pflegefallrisiko (indirekt: das Lebensalter)



Rahmenkonzept zur integrierten Senioren- und Pflegeberatung im OBK

Zielsetzungen:

- (1) Stationäre Hilfe zur Pflege der Stufe 0 um 50% reduzieren**
- (2) “Ambulant vor Stationär“**
- (3) Ausgaben für stationäre Pflegeleistungen in Relation zur Seniorenbevölkerung um 5% reduzieren**

Messgrößen:

- (1) Personenzahl am Jahresende 2009 im Vergleich zum Jahresende 2007**
- (2) Anteil der Leistungsbezieher von ambulanter Hilfe zur Pflege an den gesamten Leistungsbeziehern von Hilfe zur Pflege steigern (keine numerische Zielvorgabe)**
- (3) Stationäre Leistungsempfänger je 1.000 Einwohner 65plus um 5% reduzieren (JE 2009 gegenüber JE 2007)**

**Im Fokus: Ausgaben, die dem Kreis bzw. seinen Kommunen zur Last fallen (z.B. für Sozialleistungen nach dem SGB);
nicht: Kosten von Sozialversicherungen, Kranken- oder Pflegekassen.**

Datenlage für alle 3 Zielsetzungen:

Fallzahlen auf Monatsbasis von Januar 2007 bis Dezember 2009 für alle 13 Kommunen des Oberbergischen Kreises, also drei Jahre.

Zielsetzung 1: Stationäre Hilfe zur Pflege der Stufe 0 um 50% reduzieren

Mess-Ergebnis OBK insgesamt:

- **Fallzahlen von Dezember 2009 liegen um 25% unter den Fallzahlen von Dezember 2007**

Kommunale Ergebnisse:

- **Waldbröl: Reduzierung um 66,7% (von 6 auf 2 Personen)**
- **Radevormwald: Reduzierung um 33,3% (von 3 auf 2 Personen)**
- **Morsbach: Zunahme um 33,3% (von 3 auf 4 Personen)**
- **Lindlar: Zunahme um ??? % (von 0 auf 1 Person)**

**Fazit: Schlüssige Methodik, aber sehr kleine und zufallsbedingte Fallzahlen auf Gemeindebasis;
warum nicht Januar 2007 als Basiszeitpunkt gewählt?**

Zielsetzung 2: “Ambulant vor Stationär“

$$\text{Messung: } \frac{\text{Leistungsbezieher von ambulanter Hilfe zur Pflege}}{\text{Gesamte Leistungsbezieher von Hilfe zur Pflege}} \times 100$$

Das heißt: die Quote der ambulanten Leistungsempfänger soll von Dezember 2007 bis Dezember 2009 zunehmen.

Mess-Ergebnis OBK insgesamt:

- **Zunahme von 11,8% auf 14,9% → Prozentuale Steigerung um 26,3%.**

**Kritik: Start-Monat 12/2007 bietet günstigen niedrigen Ausgangswert von 11,8%.
Hätte man den Startmonat 1/1007 mit 13,0% gewählt, wäre das Ergebnis weit weniger beeindruckend, nämlich → Prozentuale Steigerung um nur 14,6%.**

Kommunale Ergebnisse zeigen unterschiedliche und sogar gegenläufige Entwicklungen, die nicht erklärt werden können.

Zielsetzung 2 ist methodisch fragwürdig:

- **Bei Abnahme der ambulanten und Konstanz der stationären Leistungsempfänger ergäbe sich eine zielkonträre Abnahme der ambulanten Quote, aber Ausgabenreduzierung.**
- **Bei Zunahme der ambulanten und Konstanz der stationären Leistungsempfänger ergäbe sich ein zielkonformes Ergebnis, aber Ausgabensteigerung.**

Fazit: Fragwürdige Methodik, da ohne Blick auf Gesamtentwicklung und örtliche Altersstrukturen.

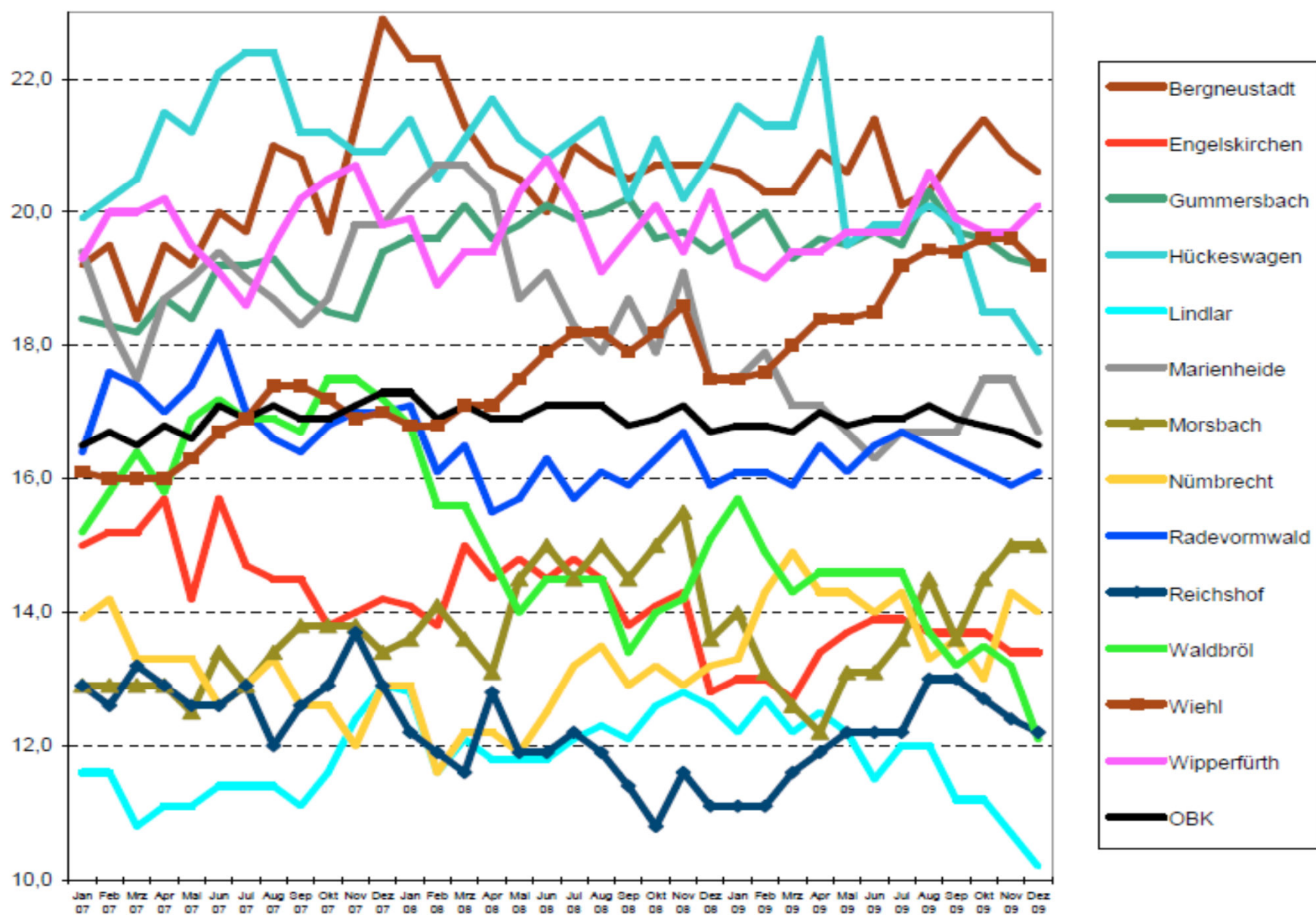
Zielsetzung 3:

Leistungsbezieher stationärer Pflegeleistungen in Relation zur örtlichen Seniorenbevölkerung (65plus) um 5% reduzieren.

Messung: Zahl der Leistungsbezieher von Hilfe zur stationären Pflege je 1.000 Einwohner im Alter von 65plus soll von 12/2007 bis 12/2009 um 5% sinken.

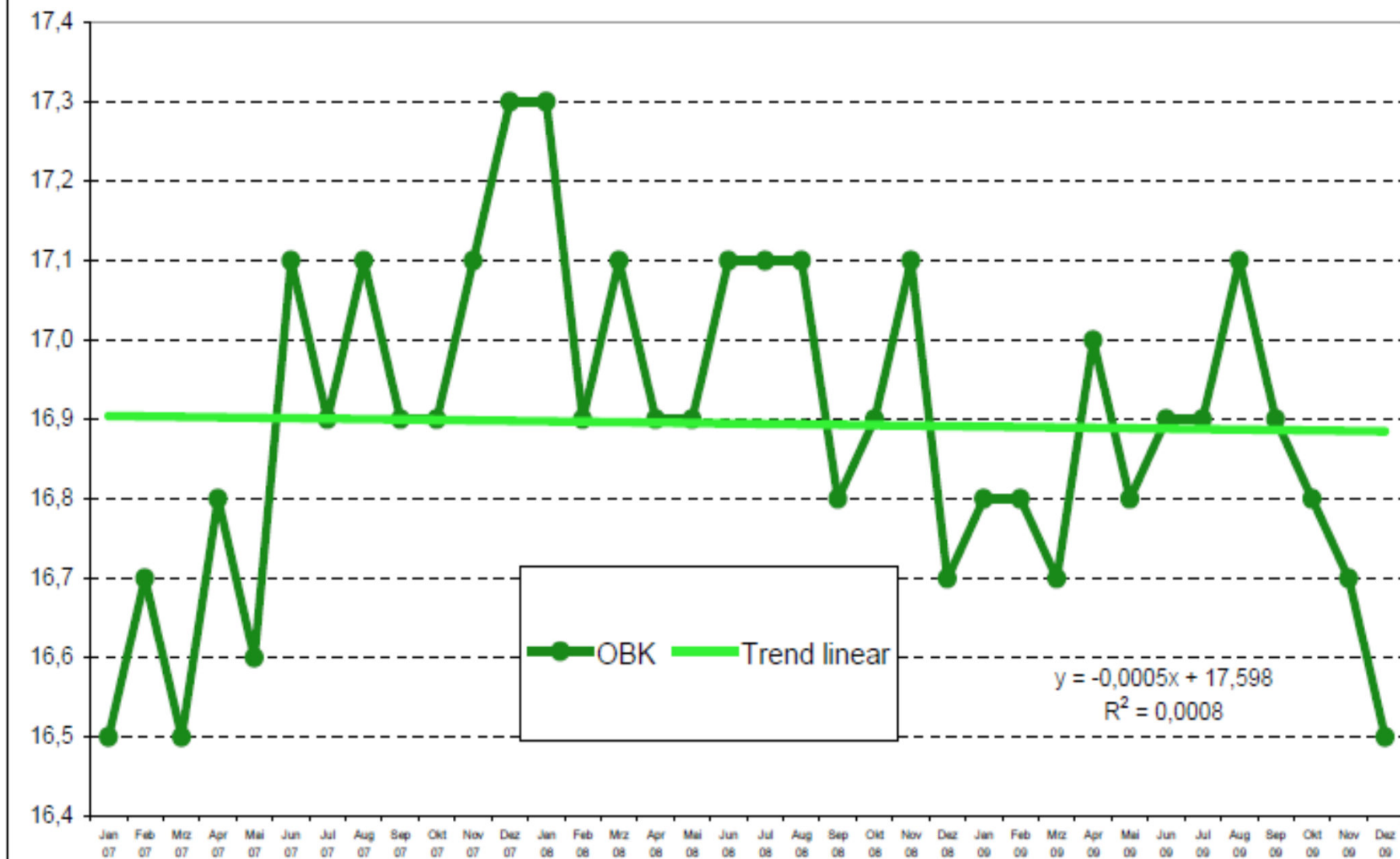
Ergebnis: Kreisweit wurde eine Abnahme um 4,6 % erreicht, nämlich von 17,3 auf 16,5.

Grafik 1: Leistungsbezieher in Heimen je 1000 Einwohner 65plus ab Januar 2007

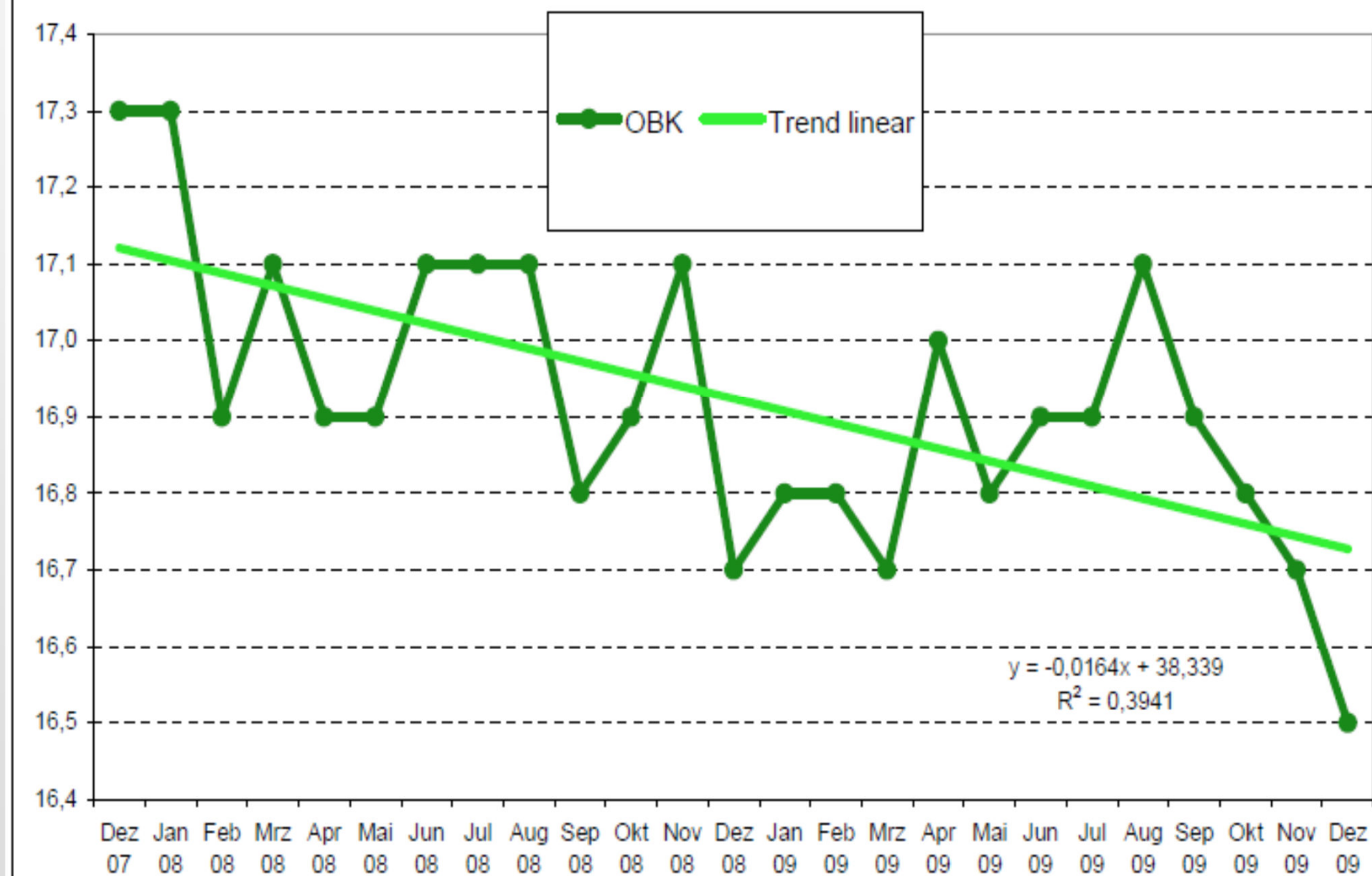


Kommune	Veränderung Dez. 2009 zu Dez. 2007	Veränderung MW 2009 zu MW 2007
Bergneustadt	-10,0%	-1,0%
Engelskirchen	-5,6%	-8,2%
Gummersbach	-1,0%	4,8%
Hückeswagen	-14,4%	-5,2%
Lindlar	-20,9%	1,7%
Marienheide	-15,7%	-2,9%
Morsbach	11,9%	3,8%
Nümbrecht	8,5%	6,9%
Radevormwald	-5,3%	-5,3%
Reichshof	-5,4%	-5,5%
Waldbröl	-29,7%	-15,6%
Wiehl	12,9%	12,0%
Wipperfürth	1,5%	-0,5%
OBK	-4,6%	-0,6%

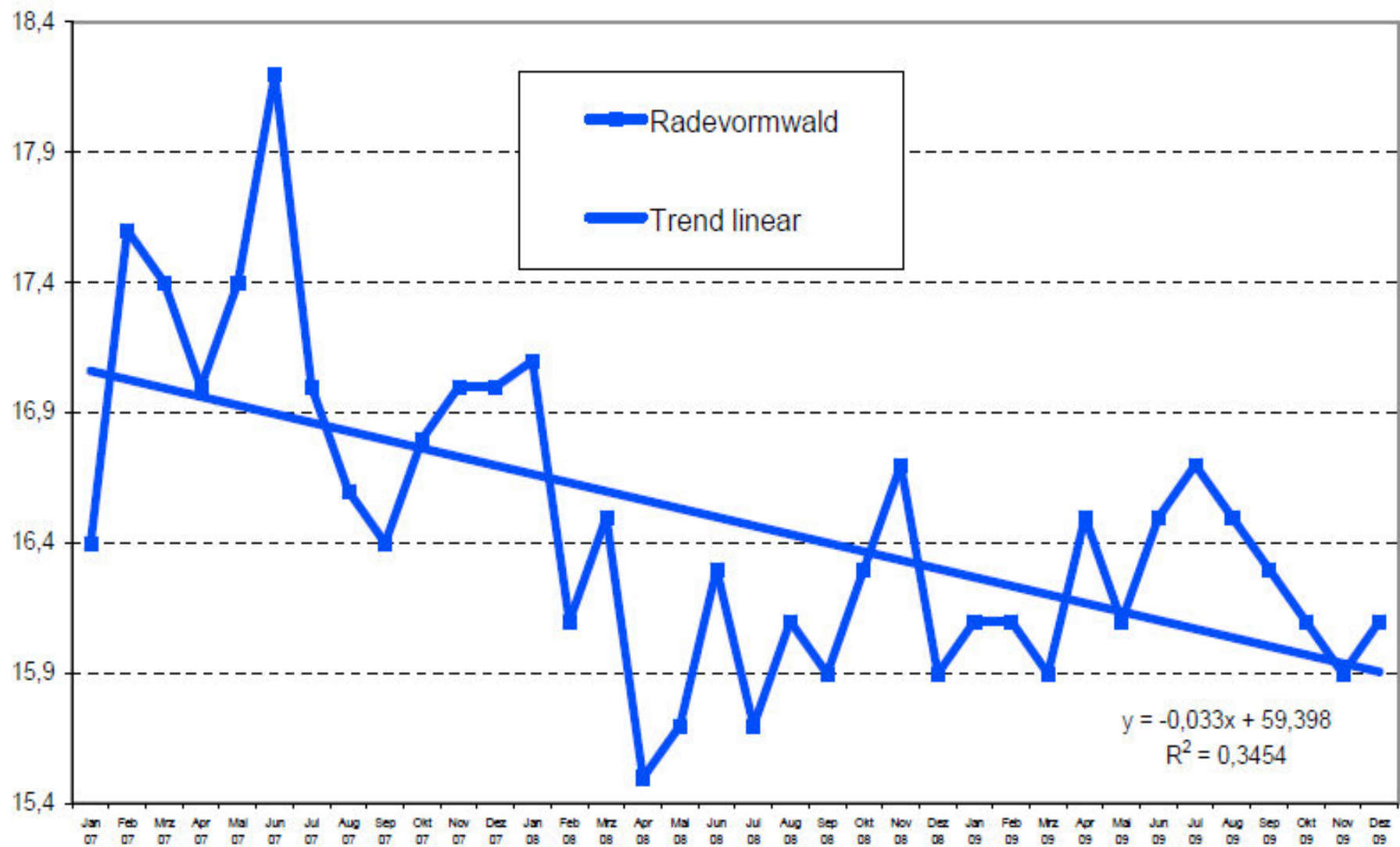
Grafik 2: Oberbergischer Kreis insgesamt ab Januar 2007



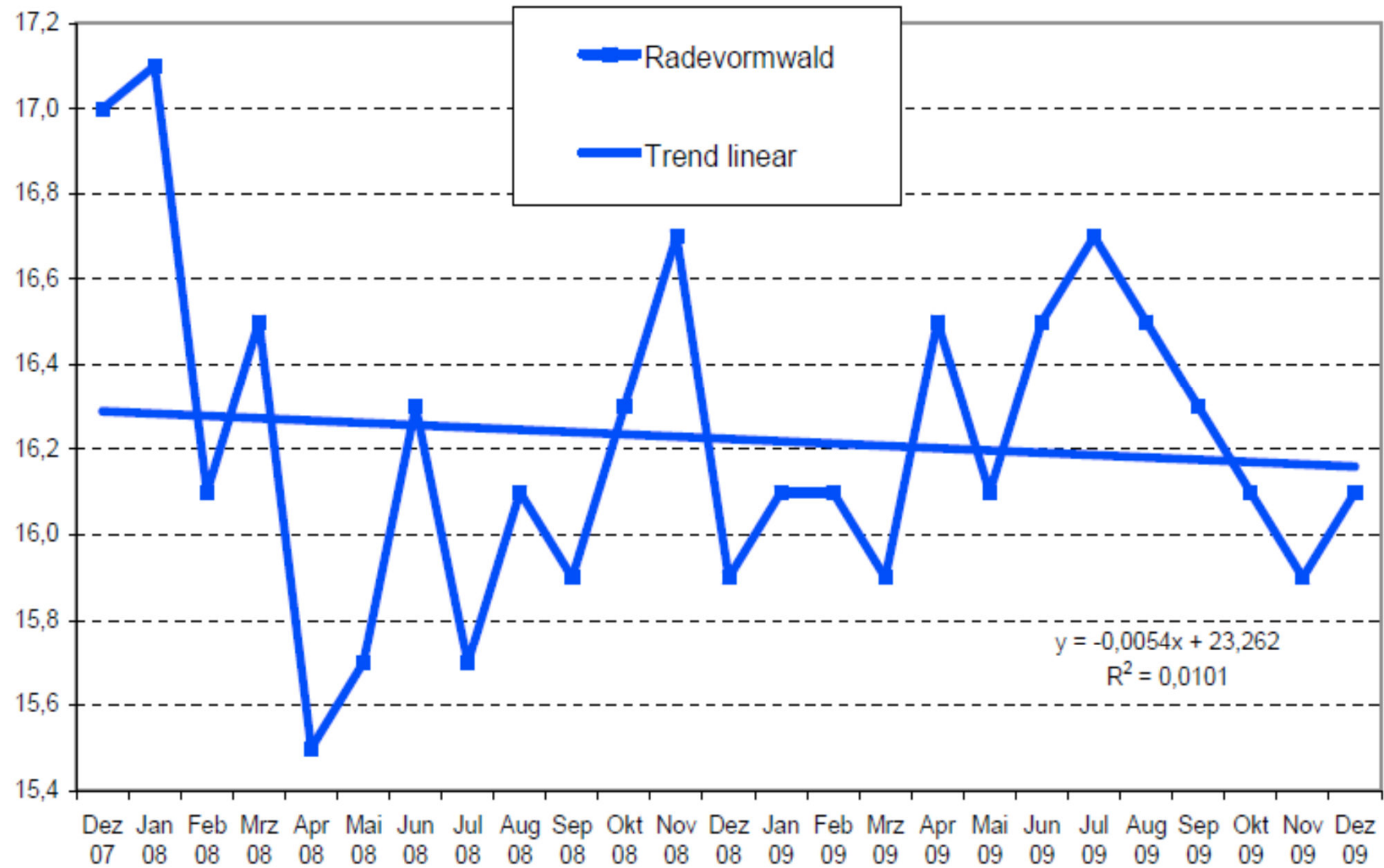
Grafik 3: Oberbergischer Kreis insgesamt ab Dezember 2007



Grafik 4: Radevormwald ab Januar 2007



Grafik 5: Radevormwald ab Dezember 2007



Gesamt-Fazit

Wegweisender Schritt: Weg von der defizit-orientierten Anpassungsstrategie und hin zu ressourcen-orientierter Gesundheitsförderung, Aktivierung und Empowerment.

Zielformulierungen sind teilweise unplausibel (z.B. Ziel 2), weil Interaktion der Zielgröße mit Basisvariablen unbeachtet bleibt.

Start und Ende des Beobachtungszeitraums erscheinen zu willkürlich. Bei derartig erratisch im Zeitablauf sich verändernden Daten verbieten sich Stichmonatsvergleiche schon rein methodisch (vgl. Börsenkurse, Währungsparitäten, Tankstellenpreise).

Es finden sich keine Verweise auf Interventionsmaßnahmen und deren zeitliches Inkrafttreten. So fehlen Zuordnungen von bestimmten Zahlenentwicklungen zu deren möglichen Ursachen.

Zur Fallzahl erfolgter Beratungen auf kommunaler Ebene werden statistische Angaben gemacht; Aussagen zur Qualität von Beratungsleistungen finden sich nicht.

Aktiv55plus hat Mitarbeit bei Fortschreibung der Evaluierung angeboten.



Möglichkeiten und Grenzen des Messens von Gesundheitsförderung im Alter

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !