



Gesund und aktiv älter werden –

Strategien für Deutschland und Europa



KONGRESSDOKUMENTATION

5. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit
und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)

12. November 2012
Köln | Maternushaus

Inhalt

Vorwort des Bundesgesundheitsministers

Einleitung

Vorträge 1 – 6

Der demografische Wandel: Gestaltungsaufgabe für Europa

- 1 | **Gesund und aktiv älter werden: »Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012« und weitere Aktivitäten der EU-Kommission** | **Michael Hübel** | Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Europäische Kommission
- 2 | **Gesund und aktiv älter werden: Die WHO-Euro-Strategie** | **Dr. Manfred Huber** | Koordinator für gesundes Altern, Behinderung und Langzeitpflege, WHO-Regionalbüro für Europa

Gesund und aktiv älter werden – nationale Strategien und Ziele

- 3 | **Die Demografiestrategie der Bundesregierung** | **Christian Weber** | Leiter der Abteilung »Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, Pflegesicherung, Prävention«, Bundesministerium für Gesundheit
- 4 | **Nationales Gesundheitsziel »Gesund älter werden«** | **Rudolf Herweck** | Kooperationsverbund gesundheitsziele.de

In der Praxis angekommen? Wie man gute Ansätze in die Fläche bringt und was man dafür braucht

- 5 | **Vom Wissen zum Handeln: das BZgA-Schwerpunkt-Programm »Gesund und aktiv älter werden«** | **Dr. Monika Köster** | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- 6 | **Gute Praxis in Deutschland – ein Überblick** | **Thomas Altgeld** | Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Workshops 1 – 4

Workshop 1 | Setting »Kommune«

Gruppe 1: **Dr. Claus Weth** | Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland

Gruppe 2: **Carsten Rumpeltin** | Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss

Workshop 2 | Setting »Senioreneinrichtung«

Günter Ralle-Sander | Bremer Heimstiftung

Workshop 3 | Setting »Sportverein«

Ute Blessing-Kapelke | Deutscher Olympischer Sportbund

Workshop 4 | Setting »Bildungseinrichtung«

Anette Borkel | Deutscher Volkshochschul-Verband e.V.

Kongress-Fazit

Teilnehmende Organisationen

Impressum

Vorwort des Bundesgesundheitsministers

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir werden immer älter, d.h., wir können über mehr Lebenszeit verfügen. Dies ist für jeden Einzelnen von uns eine Chance, länger gesund und aktiv zu leben.

Ein »Mehr« an Lebenszeit birgt aber auch Risiken. Die Gefahr, chronisch krank oder gar pflegebedürftig zu werden, steigt, je älter wir werden. Dies kann die Gesundheitsversorgung und die Pflege vor große Herausforderungen stellen.

Es gilt daher, gesundheitsbewusste Verhaltensweisen in allen Lebensphasen zu stärken – von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter. Nur wenn es uns gelingt, gesund alt zu werden, wird aus dem »Mehr« an Lebenszeit auch ein »Mehr« an Lebensqualität.

Sich gesund zu verhalten und verstärkt auf seine Gesundheit zu achten, erfordert das Wissen und die Befähigung dazu – und zuweilen auch etwas Motivation.

Wir wollen bei Kindern und Eltern möglichst früh gesunde Lebensgewohnheiten fördern, während wir bei den Erwachsenen im Erwerbsalter einen zusätzlichen Schwerpunkt auf die Erhaltung ihrer Beschäftigungsfähigkeit legen. Bei den älteren Menschen geht es um den Erhalt und die Förderung ihrer Fähigkeiten zur aktiven und selbstbestimmten Lebensführung. Prävention und Gesundheitsförderung nehmen also in allen Altersphasen eine elementare Rolle ein. Eine gesundheitsbewusste Lebensführung, das Wissen um die eigene Gesundheit und das Gefühl zu haben, selbst etwas für seine Gesundheit tun zu können, sind maßgebliche Faktoren für die Erhaltung der Gesundheit.

Wir dürfen dabei nicht die Hilfe- und Pflegebedürftigen aus dem Blick verlieren. Auch für diese Zielgruppe müssen wir Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention anbieten. Denn auch bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gibt es große gesundheitliche Potenziale.

So können wir die vorhandenen Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen stärken und Kompensations- und Bewältigungskompetenzen fördern.



Um ein gesundes und aktives Älterwerden zu ermöglichen, brauchen wir Strategien und Konzepte. Gesundes Altern ist so komplex und facettenreich, dass wir es immer wieder in verschiedenen Zusammenhängen aufgreifen müssen. Denn gesunde, kranke oder pflegebedürftige Ältere, Ältere mit und ohne Funktionseinschränkungen, Ältere in unterschiedlichen sozialen Lagen und Ältere mit Migrationshintergrund – für alle gilt: Sie haben ihre ganz persönlichen Motive, Wünsche und Ziele.

Mit der vorliegenden Dokumentation zum 5. gemeinsamen Präventionskongress zeigen wir die aktuellen Strategien zum gesunden Altern auf nationaler und internationaler Ebene auf. Wir geben einen Überblick über bisherige Ansätze und Konzepte aus der Praxis. Denn: Nur gemeinsam und mit erfolgreichen Kooperationen kann gesundes und aktives Älterwerden gelingen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

Daniel Bahr
Bundesgesundheitsminister

Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zogen am Ende des »Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen« mit dem 5. gemeinsamen Präventionskongress Bilanz über nationale und europäische Strategien und Programme zur Gestaltung des demografischen Wandels und des gesunden und aktiven Alter(n)s.

Mit dem demografischen Wandel (siehe Box) kommen große Herausforderungen auf die Gesellschaft und auf jeden Einzelnen zu – nicht nur hierzulande, sondern in ganz Europa und in vielen anderen Staaten der Welt. Dies erfordert zwingend die gemeinsame, intensive Auseinandersetzung mit dem Thema »Altern«. Das Wissen darum nimmt nicht nur auf der politischen Ebene breiten Raum ein, sondern ist inzwischen auch in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, den Alterungsprozess und das Altern nicht nur als defizitär, als »Verlust von etwas«, zu verstehen. Vielmehr gilt es herauszustellen, dass Alter und Altern auch eine Bereicherung sein können – wenn es gelingt, die vielfältigen Beiträge, die ältere Menschen für die Gesellschaft leisten, noch stärker in den Fokus der allgemeinen und medialen Aufmerksamkeit zu rücken. Dies ist Herausforderung und Verpflichtung zugleich.



Demografische Entwicklung (Angaben aus Vortrag 3)

- Die Bevölkerungszahl Deutschlands geht seit 2003 zurück. Projektion Destatis: von derzeit ca. 81,7 Millionen auf 65 bis 70 Millionen Menschen bis 2060.
- Änderungen im Altersaufbau der Bevölkerung: Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wird bereits in den kommenden zwei Jahrzehnten deutlich steigen. Grund: anhaltend niedrige Geburtenniveaus und eine kontinuierlich ansteigende Lebenserwartung (Geburtenrate in Deutschland liegt bei durchschnittlich 1,4 Kindern pro Frau).
- Die Zahl der über 60-Jährigen wird jedes Jahr um etwa zwei Millionen steigen.
- Der Anteil 65-Jähriger und älterer Menschen in Deutschland betrug 21 % im Jahr 2010. Im Jahr 2030 wird der Anteil voraussichtlich auf 29 % und 2060 dann auf 34 % steigen.

Das Altern bedarf der ganzheitlichen Betrachtung. Geist, Körper, Psyche und soziale Teilhabe müssen gleichermaßen und gleichzeitig berücksichtigt werden, wenn es um die Gestaltung guten Lebens im Alter geht.

Es gibt eine Vielzahl von Gruppierungen älterer und alter Menschen, z. B. was die genetische Disposition, das Bildungsniveau und das soziale Umfeld betrifft. Zudem gibt es eine Diversität zwischen gesunden, (chronisch) kranken und beeinträchtigten bzw. behinderten Menschen.

Dabei steht die Vielfalt der subjektiven Faktoren auch immer in Wechselwirkung mit den objektiven Rahmenbedingungen. Daraus folgt, dass es eine Vielzahl von zum Teil sehr unterschiedlichen Formen des aktiven Alterns gibt.

Dies alles führt dazu, dass sich für Staat, Gesellschaft und die Kräfte der Zivilgesellschaft neue Herausforderungen stellen. Dies gilt insbesondere für die partizipative Gestaltung des Zusammenlebens der Generationen im öffentlichen Raum.

Die BVPG sieht ihre Aufgabe in diesem komplexen Prozess vor allem darin,

- mehr Transparenz über die zahlreichen Möglichkeiten und Angebote im Themenfeld »gesund und aktiv Altern« herzustellen und
- die stärkere Wahrnehmung von Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben in diesem Feld zu fördern.

»Gesundes und aktives Altern«, dieses »alte« Thema ist heute aktueller denn je. Für die BVPG ist es ein Arbeitsschwerpunkt seit über zehn Jahren. Im Jahr 1999 hat die BVPG, die damals noch als »Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.« firmierte, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Eröffnungsveranstaltung zum Weltgesundheitstag »Aktiv leben – gesund alt werden« durchgeführt.

Rückblickend war die Veranstaltung ein wichtiger Impuls zur systematischen und intensiven (gesundheits-)politischen sowie zur gesellschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema. Nachfolgend wurden bedeutsame Maßnahmen von der BVPG zusammen mit ihren Mitgliedsorganisationen angestoßen und durch die Mitwirkung der BVPG in anderen wichtigen Gremien wirksam unterstützt.

In dieser Tradition von Schrittmacherfunktion und Gemeinsamkeit stand auch der 5. Präventionskongress. Er sollte insbesondere den kontinuierlichen und nachhaltigen Austausch der BVPG-Mitgliedsorganisationen und weiterer Akteure über gesundes Altern aufgreifen, intensivieren und mit neuen Impulsen voranbringen.

Die Begrüßung übernahm Christoph Nachtigäller, Vorstandsmitglied der BVPG, der in Vertretung der Präsidentin der BVPG, Helga Kühn-Mengel, sprach.

Christoph Nachtigäller |
Vorstandsmitglied BVPG



Nach der Eröffnungsrede des Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr folgten sechs Vorträge zu den Schwerpunktthemen »Der demografische Wandel: Gestaltungsaufgabe für Europa«, »Gesund und aktiv älter werden – nationale Strategien und Ziele« und »In der Praxis angekommen? Wie man gute Ansätze in die Fläche bringt und was man dafür braucht«.

Im Anschluss an die Vorträge wurde in fünf parallelen Workshops diskutiert, wie die Umsetzung in den Settings »Kommune«, »Senioreneinrichtung«, »Sportverein« und »Bildungseinrichtung« gelingen kann. Aufgrund der hohen Nachfrage wurde der Workshop des Settings »Kommune« zweimal angeboten. Abschließend wurden die Ergebnisse der Workshops im Plenum vorgestellt.

Die Gesamtmoderation der Veranstaltung übernahm der Geschäftsführer der BVPG, Dr. Uwe Prümel-Philippsen.

Vorträge

1 | **Gesund und aktiv älter werden: »Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012« und weitere Aktivitäten der EU-Kommission**

Michael Hübel |
Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher,
Europäische Kommission



»Gegenwärtig werden die Ausgaben des Gesundheitswesens für Prävention in den EU-Mitgliedstaaten auf nur durchschnittlich 3% der gesamten Gesundheitsausgaben geschätzt.«

In Europa wird sich die Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren in den nächsten 50 Jahren nahezu verdoppeln, von 85 Millionen (17%) im Jahr 2010 auf 151 Millionen (30%) im Jahr 2060. Die positive Entwicklung, dass Europas Bürgerinnen und Bürger immer länger leben, stellt die Gesundheits- und Sozialsysteme vor neue Herausforderungen. Denn die gesunde Lebenszeit steigt nicht, oder nicht im gleichen Maße, wie die kranke Lebenszeit. Grund dafür ist die Epidemie chronischer Krankheiten, wie Diabetes, Krebs oder Herz-Kreislaufkrankungen.

Es ist in vielen Studien belegt, dass chronische Krankheiten im Zusammenhang mit Ernährung, körperlicher Aktivität, Rauchen und anderen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen stehen. Signifikante Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen im Alter

und schlechterer Gesundheit sind ebenfalls in Studien belegt. Die Abbildung 1 zeigt die wesentlichen Risikofaktoren und Determinanten für chronische Krankheiten.

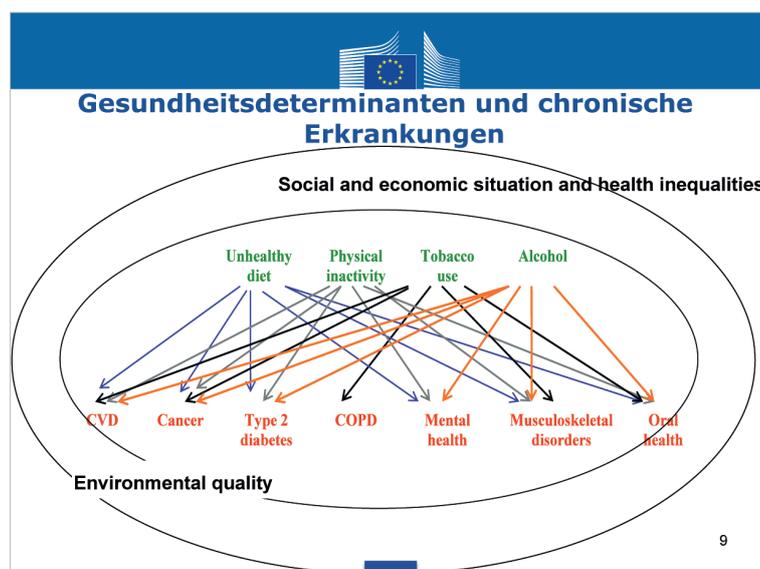


Abbildung 1 | Gesundheitsdeterminanten und chronische Erkrankungen | Folie aus Vortrag 1

Aus Gesundheitssicht ist es daher vordringlich, frühzeitig und rechtzeitig gesundes und aktives Altern zu fördern. Bewegung und soziale Mobilisierung sowie gesunde Ernährung und Verzicht auf Tabak und übermäßigen Alkoholkonsum sind klassische, aber wichtige Interventionsbereiche. Eine umfassende Strategie, die eine effektive, moderne Gesundheitsförderung und Prävention in den Mittelpunkt stellt, wird dazu beitragen, chronische Krankheiten zu verhüten oder ihr Auftreten zu verzögern. Die Europäische Union (EU) sieht sich hierbei als Unterstützer einzelner Mitgliedstaaten. Die Etablierung einer Plattform und eines Austauschmechanismus zur Entwicklung, Sammlung und Verteilung guter Praxis über chronische Krankheit (sogenannter Reflexionsprozess) zwischen den Mitgliedsstaaten hat bereits begonnen und soll im nächsten Jahr fortgesetzt werden.

Im Folgenden werden zwei weitere Gestaltungsprozesse der Europäischen Kommission zum Thema gesundes und aktives Altern dargestellt: die Europäische Innovationspartnerschaft »Aktives und gesundes Altern« und das »Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen«.

Europäische Innovationspartnerschaft »Aktives und gesundes Altern«

Die Kommission hat die Europäische Innovationspartnerschaft »Aktives und gesundes Altern« ins Leben gerufen. Ziel ist es, das Leben älterer Menschen zu verbessern, ihren Beitrag zur Gesellschaft zu unterstützen und den Druck auf die Gesundheits- und Pflegesysteme zu verringern – und so die durchschnittliche Zahl der gesunden Lebensjahre (HLY) der Europäerinnen und Europäer bis zum Jahr 2020 um zwei Jahre zu erhöhen. Zudem sollen Mängel des europäischen Forschungs- und Innovationssystems behoben werden, wie z. B. Investitionsdefizite, Aufsplitterung, unnötige Doppelarbeit und unzureichende Unterstützung. Angestrebt wird die Kooperation von Akteuren (engl. stakeholder) aus dem öffentlichen und privaten Sektor im gesamten Innovationsspektrum mit dem Ziel, innovative Lösungen für eine alternde Gesellschaft umzusetzen. Hierbei stehen die drei Aktionsbereiche »Prävention, Früherkennung und frühe Diagnose« (1), »Pflege und Versorgung« (2) und »Unabhängiges Leben und aktives Altern« (3) im Fokus. Abbildung 2 zeigt die diesjährigen Arbeitsschwerpunkte im Rahmen der europäischen Innovationspartnerschaft »Aktives und gesundes Altern«.



Abbildung 2 | Arbeitsschwerpunkte der europäischen Innovationspartnerschaft »Aktives und gesundes Altern« | Folie aus Vortrag 1

Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen

Das von der EU ausgerufene »Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen« soll zum einen die Öffentlichkeit für den gesellschaftlichen Beitrag älterer Menschen sensibilisieren. Zum anderen soll aktives Altern auf drei Gebieten gefördert werden: (1) Förderung der Beschäftigung älterer Menschen, (2) Förderung der Teilhabe an der Gesellschaft und (3) Förderung einer gesunden und eigenständigen Lebensführung. Im Rahmen der Selbstverpflichtungen nationaler, regionaler und lokaler Verwaltungen, der Zivilgesellschaft sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden sind viele Initiativen zur Gesundheitsförderung im Laufe des Jahres umgesetzt worden (420 Initiativen, 220 Meldungen und 280 Veranstaltungen auf der Website <http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=de> (Stand: 10/2012)).

Ausblick – einige Gedanken

Die EU-Mitgliedsstaaten müssen sich von den etablierten Säulen in den Gesundheitssystemen lösen, und die Grenzen des Gesundheits- und Sozialbereichs müssen neu ausgelotet werden. Auch müssen Prävention und Gesundheitsförderung eine neue wichtige Rolle in den Gesundheitssystemen einnehmen. Für eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention sollte sich der Blick auf neue Ansätze bzw. Entwicklungen (Stichwort: »behavioral economics«) richten und da ansetzen, wo bisher noch nicht so viel erreicht wurde (z. B. neue Technologien, neue Formen der Zusammenarbeit / Bündnisse).

2 | Gesund und aktiv älter werden: Die WHO-Euro-Strategie

Dr. Manfred Huber |
Koordinator für gesundes Altern,
Behinderung und Langzeitpflege,
WHO-Regionalbüro für Europa



»Aktives Altern« optimiert die Chancen für Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe für mehr Lebensqualität. »Gesundes Altern« und »Aktives Altern« sind Konzepte, die sich gegenseitig verstärken.«

Die Befähigung älterer Menschen zu einem gesunden und aktiven Leben ist zentral für eine nachhaltige Gesundheits- und Sozialpolitik in der Europäischen Region. Damit mehr Menschen im Alter aktiv und gesund leben können, ist ein breites Spektrum von politischen Maßnahmen erforderlich, die von der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im gesamten Lebensverlauf bis zur Stärkung der Gesundheitssysteme reichen. Prävention hat dabei einen hohen Stellenwert.

Für eine gute Gesundheit im gesamten Lebensverlauf sowie für den Zugang zu bezahlbaren, hochwertigen Gesundheits- und Sozialdiensten für alle kooperiert das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit 53 Mitgliedstaaten und weiteren Partnerorganisationen, z.B. mit der Europäischen Kommission. Der Weltgesundheitstag 2012 war dem Thema »Altern und Gesundheit« gewidmet, und darüber hinaus stand die Strategie für gesundes Altern in der Europäischen Region im Zentrum der WHO-Aktivitäten. Ferner hat das Regionalbüro das ganze Jahr über altersbezogene Gesundheitsthemen aufgegriffen und Beiträge älterer Menschen zum gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben hervorgehoben.

Die WHO-Strategie und der Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012-2020) umfassen vier strategische Aktionsfelder:

1. gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf;
2. stützendes Umfeld;
3. personenzentrierte Gesundheits- und Pflegesysteme für eine alternde Bevölkerung;
4. Ausbau der Evidenzbasis und Erhöhung der Forschungsanstrengungen.

Im September 2012 wurde der Aktionsplan für gesundes Altern vom WHO- Regionalkomitee für Europa angenommen. In diesem Aktionsplan wird eine klare Zielvorgabe für ein aktives und gesundes Altern in den Ländern der Europäischen Region der WHO vorgegeben und somit ein entscheidender Grundpfeiler für die Umsetzung des neuen Europäischen Rahmenkonzeptes »Gesundheit 2020« gesetzt (siehe Abbildung 3).



Abbildung 3 | Struktur – vom WHO-Rahmenkonzept 2020 bis zum Aktionsplan für gesundes Altern | Folie aus Vortrag 2

Die vorrangigen Bereiche des Aktionsplanes umfassen sowohl Maßnahmen, die den Menschen helfen, möglichst lange (auch auf dem Arbeitsmarkt) aktiv zu bleiben, als auch Maßnahmen zum Schutz von Gesundheit und Wohlbefinden von Personen, denen (multiple) chronische Erkrankungen zusetzen oder denen Gebrechlichkeit (engl. Frailty) droht. Das Regionalbüro hat dabei fünf vorrangige Interventionen herausgearbeitet und entsprechende Empfehlungen formuliert:

1. Prävention von Stürzen;
2. Förderung körperlicher Betätigung;
3. Impfung älterer Menschen gegen Grippe und Prävention von Infektionskrankheiten in Gesundheitseinrichtungen;
4. staatliche Unterstützung für informelle Betreuer mit einem Schwerpunkt auf der häuslichen Pflege;
5. Kapazitätsaufbau in den Bereichen Geriatrie und Gerontologie bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Weil ein Handeln auf lokaler Ebene für ältere Menschen Entscheidendes bewirken kann, bemüht sich das WHO-Regionalbüro für Europa im Zusammenwirken mit Städten und örtlichen Gemeinschaften um Förderung der Schaffung von Umfeldern, die einem gesunden und aktiven Altern zuträglich sind.

WHO-»Gesunde Städte«-Netzwerk

In der Europäischen Region haben sich bisher etwa 1500 Städte der »Gesunde Städte«-Bewegung angeschlossen. Das WHO-»Gesunde Städte«-Netzwerk versteht sich als eine dynamische bottom-up Bewegung und bietet Chancen für eine »Health in all Policies« auf kommunaler Ebene. Vorliegende Instrumente und Leitlinien der WHO befassen sich hierbei mit wesentlichen Aspekten seniorengerechter Umfelder wie Barrierefreiheit, Verkehrsinfrastruktur oder generationsübergreifende Kontakte und Angebote.

Ausblick

Eines der zukünftigen Schwerpunktthemen der WHO-Mitgliedsstaaten wird die (Weiter-)Entwicklung integrierter Informationssysteme zwischen den Akteuren (Hausärztin/Hausarzt, Fachärztin/Facharzt, Krankenhaus, Pflegepersonal) in den Gesundheitssystemen sein.

Eine weitere Priorität wird in der Identifikation von Personen mit hohem Krankheitsrisiko gesehen, um frühzeitig gezielte präventive Interventions- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen bzw. für die entsprechenden Risikogruppen ableiten zu können.

Ferner stehen präventive Maßnahmen zur Vermeidung potenziell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte im Fokus, da sie nicht nur ein unnötiges, individuelles Risiko darstellen, sondern darüber hinaus in der Regel höhere Kosten als ambulante Behandlungen verursachen.

3 | Die Demografiestrategie der Bundesregierung

Christian Weber |
Leiter der Abteilung »Grundsatzfragen
der Gesundheitspolitik, Pflegesicherung,
Prävention«, Bundesministerium für Gesundheit



»Jedem Einzelnen sollen entsprechend seiner Lebenssituation und seines Alters Chancen eröffnet werden, seine Potenziale und Fähigkeiten zu entwickeln und seine Vorstellungen vom Leben zu verwirklichen.«

Der demografische Wandel wird in den kommenden Jahrzehnten Deutschland tiefgreifend verändern. Aufgrund der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung und dauerhaft niedriger Geburtenzahlen wird – je nach Prognose – bis 2060 ein Bevölkerungsrückgang von 15 % bis 20 % zu verzeichnen sein. Gleichzeitig steigt das durchschnittliche Alter der Bevölkerung (siehe Info-Box in der Einleitung auf S. 4). Dies bewirkt insbesondere für unser Sozial- und Gesundheitssystem strukturelle Veränderungen. Folgende Herausforderungen des demografischen Wandels lassen sich benennen:

- Der demografische Wandel bedingt einen zusätzlichen Bedarf an Gesundheitsleistungen.
- Die Einnahmen der Sozialversicherungen (z. B. GKV, PKV) sinken durch den Rückgang der Erwerbsbevölkerung.
- Es bedarf der Sicherung einer flächendeckenden Versorgung.
- Es werden mehr Fachkräfte im Gesundheitswesen benötigt.
- Die Zahl der Pflegebedürftigen wird ansteigen (plus 40% bis 2030).
- Die Zahl chronischer Erkrankungen (u.a. demenzieller Erkrankungen) wird zunehmen.

Vor diesem Hintergrund hat das BMG bereits eine Reihe an Maßnahmen umgesetzt. Hervorzuheben ist beispielsweise das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG). Ferner wurde im Jahr 2012 das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) beschlossen, u.a. zur Förderung von neuen Wohnformen. Auch das Thema Fachkräftemangel steht auf der Agenda. Hier bedarf es weiterer attraktiver Rahmenbedingungen, so zum Beispiel der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Des Weiteren gibt es in Zusammenarbeit mit den Ländern und Verbänden eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege. Auch bedarf es einer Modernisierung in der Ausbildung der Pflegeberufe. Ein entsprechendes Berufsgesetz, welches beide Berufe zusammenführt, ist in Vorbereitung. Ein ebenso wichtiger Punkt ist der Bereich Prävention. Diesbezüglich bereitet das BMG derzeit eine Präventionsstrategie vor, in der betriebliche Gesundheitsförderung ein Schwerpunktthema sein soll.

Demografiestrategie der Bundesregierung

Das Ziel der Demografiestrategie ist es, den demografischen Wandel aktiv zu gestalten. Unter dem Motto »Jedes Alter zählt« wurde die Demografiestrategie am 25. April 2012 verabschiedet. Die Strategie verfolgt einen übergreifenden Ansatz, bei dem nicht ein Ressort allein zuständig ist, sondern alle Ressorts ein gemeinsam definiertes Ziel auch gemeinsam umsetzen. Denn die Gestaltung des demografischen Wandels kann nur gelingen, wenn sich alle staatlichen Ebenen und gesellschaftlichen Akteure sowie Bürgerinnen und Bürger vor Ort beteiligen und einvernehmlich zusammenwirken. Mithilfe der Demografiestrategie wurde ein umfassender Dialogprozess zu den demografischen Herausforderungen eingeleitet. Handlungsfelder der Demografiestrategie sind:

- Familie als Gemeinschaft stärken
- Motiviert, qualifiziert und gesund arbeiten
- Selbstbestimmtes Leben im Alter
- Lebensqualität in ländlichen Räumen und integrative Stadtpolitik
- Grundlagen für Wachstum und Wohlstand sichern
- Handlungsfähigkeit des Staates erhalten

Zentrales Forum dieses Dialogs sind die regelmäßigen Gipfeltreffen. Der 1. Demografie Gipfel hat am 4. Oktober 2012 stattgefunden. Dort haben sich – den zuvor genannten Handlungsfeldern entsprechend – neun Arbeitsgruppen gebildet und ihre Ziele formuliert. Drei Arbeitsgruppen haben einen unmittelbaren Bezug zur Gesundheit und Pflege:

- Arbeitsgruppe »Motiviert, qualifiziert und gesund arbeiten«
- Arbeitsgruppe »Selbstbestimmtes Leben im Alter«
- Arbeitsgruppe »Allianz für Menschen mit Demenz«

In den Arbeitsgruppen arbeiten Vertreterinnen und Vertreter aller staatlichen Ebenen, der Sozialpartner, von Verbänden, aus der Wissenschaft und von gesellschaftlichen Gruppen zusammen. Bis zum 2. Gipfel im Mai 2013 werden die Arbeitsgruppen Vorschläge für Handlungsansätze und konkrete Maßnahmen erarbeiten.

Die Demografiestrategie ist allerdings nicht nur ein Dialogprozess, der allein von Expertinnen und Experten getragen wird. Daher sind alle Bürgerinnen und Bürger auf der Internetseite www.politik-fuer-alle-generationen.de eingeladen, sich am diskursiven Prozess zu beteiligen.

4 Nationales Gesundheitsziel »Gesund älter werden«

Rudolf Herweck |
Kooperationsverbund gesundheitsziele.de



»Damit Menschen gesund älter werden können, müssen sowohl die Ressourcen in ihnen selbst als auch ihre Umweltressourcen gestärkt werden.«

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hat im Januar 2012 als siebtes nationales Gesundheitsziel das Gesundheitsziel »Gesund älter werden« verabschiedet.

Es beschreibt, wie im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention die Voraussetzungen dafür geschaffen werden können (und sollen), dass älter werdende Menschen ihre Gesundheit erhalten oder verbessern. Die Möglichkeiten der günstigen Einflussnahme auf die Gesundheit sind auch im Alter sehr vielfältig. Dem Gesundheitsziel liegt deshalb ein breiter Ansatz zugrunde. Mit insgesamt 13 themenspezifischen Zielformulierungen und dazugehörigen Empfehlungen für Maßnahmen in drei Handlungsfeldern richtet sich das Gesundheitsziel an die Akteure und Umsetzer in und außerhalb unseres Gesundheitswesens.

Beim Handlungsfeld I (»Gesundheitsförderung und Prävention«) geht es um die Frage: Wie kann die Autonomie älterer Menschen möglichst lange durch Gesundheitsförderung und Prävention erhalten bleiben? Wegen ihrer großen Bedeutung für die allgemeine Gesundheit älterer Menschen werden Empfehlungen in Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe, die Stärkung der Ressourcen, die körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung und die Mundgesundheit älterer Menschen gegeben.

Das Handlungsfeld II (»Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung«) behandelt die Frage: Wie können die Versorgungsstrukturen angesichts der zunehmenden Zahl älterer Menschen und angesichts des höheren Risikos von Chronizität und Multimorbidität weiterentwickelt werden? Es nimmt die Versorgungsstrukturen, die notwendige Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sowie die Verbesserung der Situation betreuender und pflegender Angehöriger in den Blick.

Im Handlungsfeld III (»Besondere Herausforderungen«) wird die Frage gestellt, wie die sich durch die demografische Entwicklung ergebenden besonderen Herausforderungen (die Zunahme des Anteils älterer, vor allem hochbetagter Menschen und die damit verbundene Veränderung des Krankheitsspektrums) bewältigt werden können. Behandelt werden die Themen Behinderung, psychische Gesundheit, Demenz, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit.

Zu den in den drei Handlungsfeldern benannten Themen werden jeweils Ziele definiert – es sind insgesamt 13 Einzelziele. Zu jedem Einzelziel werden Teilziele und beispielhafte Maßnahmen benannt, die zur Zielerreichung beitragen können.

Beispielhaft sei das erste Ziel »Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert« näher vorgestellt.

Zu diesem Ziel sind als Teilziele z. B. – etwas verkürzt – benannt:

- Wissen älterer Menschen um die Bedeutung eines aktiven Alterns sowie einer aktiven Gestaltung des Alterns;
- Vorhandensein von Angeboten für Aktivitäten, Förderung von Engagement und Teilhabe;
- Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen durch die Kommunen;
- frühzeitiges Erkennen von Zugangsbarrieren und der Gefahr von Isolation.

Als Maßnahmen vorgeschlagen werden z. B. – ebenfalls verkürzt –:

- Schaffung eines Leitbilds und einer Gesamtkonzeption einer lokalen Bürgergesellschaft älterer Menschen;
- Vorhaltung bzw. Schaffung von Anlauf- und Koordinierungsstellen zur Beratung und Information von Einzelnen und von Gruppen;
- Unterstützung von Engagementstrukturen (z. B. Seniorenbüros) sowie von Kooperationsstrukturen und Netzwerken;
- Einbeziehung älterer Menschen in kommunale Planungen;
- Aktivierung und Förderung von Nachbarschaftsaktivitäten und Nachbarschaftshilfe, Vermittlung von Interessenpartnerschaften;
- Werbung für Aktivitäten (z. B. Engagementbörsen), Schaffung einer Anerkennungskultur.

Zur Erreichung der Ziele und Umsetzung der Empfehlungen sind nicht nur die Akteure des Gesundheitssektors angesprochen. Gesundheitszieleprozesse schließen ein, weitere Akteure einzubeziehen, die auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirken können. Gerade das ist elementar. Es ist Ausdruck der Erkenntnis, dass Gesundheitspolitik über den Gesundheitssektor hinausgeht.

Damit Menschen gesund älter werden können, müssen sowohl die Ressourcen in ihnen selbst als auch ihre Umweltressourcen gestärkt werden. Zu ersteren gehört das Thema Bildung. Es ist belegt, dass Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus beeinflusst werden. Bildung ist eine Voraussetzung für die Erkenntnis der positiven Veränderbarkeit des eigenen Älterwerdens. Wenn ältere Menschen die Bedeutung sozialer Teilhabe, von Mobilität und Bewegung sowie einer ausgewogenen Ernährung für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit erkennen sollen, dann hat das etwas mit Bildung zu tun. Das gleiche gilt, wenn sie Gesundheitsinformationen verarbeiten und wenn sie Gesundheitskompetenz erwerben sollen. Älteren müssen im Sinne lebenslangen Lernens Bildungschancen erhalten bzw. eröffnet werden. Bildungsträger sind deshalb wichtige Partner im Gesundheitszieleprozess. Für Mobilität und körperliche Bewegung kann die Umwelt eine große Rolle spielen. Sie sind an sich schon für Wohlbefinden und Gesundheit bedeutsam. Darüber hinaus können Mobilität und körperliche Bewegung Voraussetzung für die vielen Formen der sozialen Teilhabe und der Partizipation und auch wiederum der Bildung sein.

In allen drei Handlungsfeldern wird – in Bezug auf die verschiedensten Berufsgruppen – wiederkehrend das Thema Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung angesprochen. Es geht dabei nicht nur um das Fachwissen im Einzelnen, sondern darüber hinaus um Themen wie Altersbilder, Zusammenarbeit und kommunikative Fähigkeiten. Dem Thema »Altersbilder« ist jüngst ein ganzer Altenbericht gewidmet worden. Kommunikative Fähigkeiten der Professionellen – aber auch der Ehrenamtlichen – sind sehr wichtig für das Gelingen von Patientensouveränität. Bei dieser geht es um die Einbeziehung älterer Menschen in Entscheidungen und um die Anerkennung ihrer Vorstellung von autonomer Lebensführung und Lebensqualität.

Im Gesundheitszieleprozess darf die Bedeutung der Kommune nicht unterschätzt werden. Vieles von dem, was für Gesundheitsförderung und Verhaltens- wie Verhältnisprävention getan werden kann, geschieht auf der kommunalen Ebene, durch die Kommunen oder durch sonstige in der Kommune Agierende. Man denke an Wohnverhältnisse, das Wohnumfeld, Verkehrsverhältnisse, Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, Geschäften, Kinos, Cafés, Parks, Bildungseinrichtungen, Sportstätten oder an Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe oder politischen Partizipation. Empfehlenswert sind eine Ausdifferenzierung nach Zielgruppen sowie ein Lebenswelt- und Alltagsbezug, d.h. mit der Vernetzung ansetzen in der Nachbarschaft (Stadtteil, Dorf), und/oder in Vereinen (z. B. Sportvereinen). Erfolgreich können auch Setting-Interventionen sein, in denen Bewegung, Ernährung oder gesellschaftliche Teilhabe nur einen von verschiedenen Ansatzpunkten darstellen. Relevante Settings können auch Seniorenheime und Institutionen für betreutes Wohnen sowie Stadtteilzentren bzw. Altentagesstätten sein. Eine große Herausforderung ist es, die zu erreichen, die das Bemühen um Gesundheit am nötigsten haben. Wie erreicht man z. B. sozial alleinlebende hochaltrige Männer? Dazu gibt es keine Patentreue. Es gibt aber gute Beispiele (siehe auch Vortrag 5 und 6 sowie Workshop 1 – 4). Kommunen sind allerdings nicht allein für die gesundheitsförderlichen oder präventiven Lebensverhältnisse älterer Menschen verantwortlich. Sie sollten andere Akteure unterstützen und mit ihnen Bündnisse eingehen.

Bei der Umsetzung des Gesundheitsziels geht es nicht in erster Linie darum, neue Konzepte zu entwickeln – was natürlich nicht ausgeschlossen werden soll. Wie in vielen anderen Bereichen auch, fehlt es in Bezug auf die Förderung der Gesundheit älterer Menschen nicht an Erkenntnissen, sondern an der Umsetzung. Es gibt genügend gute Beispiele. Sie sind allerdings nicht zentral dokumentiert, sondern verstreut in Broschüren, Zeitschriften, grauer Literatur oder im Internet zu finden.

Unter dem Motto »Gemeinsame Chancen nutzen – Ziele erreichen« gilt es, dass zukünftig die Empfehlungen des nationalen Gesundheitsziels »Gesund älter werden« von der Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, von den Kostenträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen, von der Zivilgesellschaft und Wissenschaft als Wegleitung wahrgenommen und im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten (weiter) umgesetzt werden.

5 | Vom Wissen zum Handeln: Das BZgA-Schwerpunkt-Programm »Gesund und aktiv älter werden«

Dr. Monika Köster |
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



»Zur Verbesserung der Angebotssituation für ältere Menschen ist es wichtig, die Zusammenarbeit der relevanten Akteure vor Ort zu stärken.«

Das Thema Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung immer mehr an Bedeutung. Entsprechende Strategien der Gesundheitsförderung müssen sich mit den aktuellen Daten und den herrschenden Altersbildern auseinandersetzen und zu einem positiveren Blick auf das Alter und die älteren Menschen beitragen.

Wir wissen, dass es den »älteren / alten Menschen« nicht gibt. Wir sprechen über eine äußerst heterogene Zielgruppe. Die persönlichen Voraussetzungen und Lebensverläufe sind unterschiedlich. Wichtig sind die Lebensumstände, wie z. B. die familiäre Einbindung, soziale Kontakte, gesellschaftliche Aufgaben und die Gesundheit. Wichtig sind auch der Bildungs- und berufliche und kulturelle Hintergrund, die finanzielle Absicherung, die persönlichen Interessen, das Freizeitverhalten.

Erfolgreiche Programme und Maßnahmen setzen an den Lebenswelten und am Alltag der älteren Menschen an. Hierfür ist es notwendig, die jeweiligen Voraussetzungen vor Ort sehr sorgfältig zu analysieren, Transparenz über die bestehenden Angebote herzustellen und die Bedarfe und Interessen älterer Menschen zu klären. Zur Verbesserung der Angebotsituation älterer Menschen ist es wichtig, die Zusammenarbeit der relevanten Akteure vor Ort zu stärken. Ein Austausch ist erforderlich, Angebote müssen abgesprochen und vernetzt, geeignete Zugangswege und passende Angebotsformen identifiziert werden. Erfolg versprechend ist eine zielgerichtete Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Sektoren. Auch ist es notwendig, einen an den Ressourcen orientierten Ansatz zu wählen. Ältere Menschen bringen oft viel Know-how mit und sind bereit, sich zu engagieren. Von besonderer Bedeutung ist der Einbezug der Zielgruppe in die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen (Partizipation).

Das BZgA-Programm »Gesund und aktiv älter werden«

Im Rahmen ihres Arbeitsschwerpunkts »Gesund und aktiv älter werden« führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die zentralen Fakten zusammen und zeigt - basierend auf den epidemiologischen Grundlagen - gesundheitsbezogene Handlungsmöglichkeiten und Vorgehensweisen auf.

Zielsetzungen und Aktivitäten

Zu den Zielsetzungen gehören die Erhaltung und Förderung physischer, psychischer und kognitiver Fähigkeiten, damit ältere Menschen so lange wie möglich aktiv und selbstbestimmt leben und ihre Ressourcen und Möglichkeiten ausschöpfen können.

Als Fachbehörde auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention erstellt die BZgA entsprechende Konzepte, Materialien und Arbeitshilfen für Akteure u.a. aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Sport- und Freizeit, Altenhilfe, Kommunalverwaltung, Selbsthilfe und Gesundheitsmanagement, die die zentrale Zielgruppenarbeit vor Ort leisten. Begleitend entwickelt die BZgA das Gesundheitsinformationsportal »www.gesund-aktiv-älter-werden.de« als Wissens- und Kommunikationsplattform rund um das Thema »Gesundes Alter«. Bereit gestellt werden aktuelle Daten, fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen, relevante Adressen, Tipps, Anregungen und Arbeitshilfen. Darüber hinaus kann dort ein themenspezifischer Newsletter abonniert werden, der einen guten Überblick über aktuelle Publikationen, Veranstaltungen und Projekte zum Thema liefert.

Regionalkonferenzen in den Bundesländern – Umsetzungsbezogene Diskussion

Die BZgA führte 2011 und 2012 gemeinsam mit den Akteuren in den Ländern Regionalkonferenzen »gesund und aktiv älter werden« in allen Bundesländern durch. Dadurch wurden die Verbreitung aktueller Erkenntnisse, die zielgerichtete Zusammenarbeit von Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie auch die sektorübergreifende Kooperation unterstützt.

Ein breites Spektrum relevanter Themen – von Bewegungsförderung und Sturzprävention über gesunde Ernährung und Sucht bis hin zu Themen wie Bildung, Arbeitswelt, Teilhabe / Sinnstiftung, Wohnen, Pflege, psychische Gesundheit und Demenz – konnte in den Ländern vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen diskutiert werden. Hierbei haben Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe jeweils prioritäre Fragestellungen gemeinsam herausgearbeitet und Praxisbeispiele präsentiert. Als ein Ergebnis der Regionalkonferenzen haben sich neue Kooperationen ergeben, die einzelne Themen weiter bearbeiten.

Aufbauend auf den Ergebnissen der BZgA-Regionalkonferenzen konnte weiterhin eine Argumentationsstrategie unter dem Titel »Alt sind immer die anderen« entwickelt werden. Mit dem Ziel »Unsere Kommune ist ein großartiger Platz für alle Generationen« zeigt die Strategie – neben Daten und Fakten – konkrete Handlungsspielräume für kommunalen Entscheidungsträger vor Ort auf (download unter www.gesund-aktiv-älter-werden.de oder kostenlose Bestellung über www.bzga.de).

Über das BZgA-Programm »Gesund und aktiv älter werden« laufen die Zusammenarbeit von Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene, der sektorübergreifende Dialog und der Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis weiter, um eine gemeinsame zielgerichtete Umsetzung realisieren zu können.

6 | Gute Praxis in Deutschland – ein Überblick

Thomas Altgeld |
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e.V.



»Zukünftig sollten mehr ›synergetische Kooperationen‹ zwischen den Akteuren angestrebt werden.«

Mit steigender Lebenserwartung gewinnt die Erhaltung von Lebensqualität, Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft insgesamt zunehmend an Bedeutung. Im letzten Jahrzehnt sind deshalb in Deutschland zunehmend auch die Präventions- und Gesundheitsförderungspotenziale im Alter stärker in das Blickfeld unterschiedlicher Akteure, staatlicher Stellen und der Zivilgesellschaft gerückt.

Wir haben in Deutschland bereits eine Reihe guter theoretischer Grundlagen und Übersichtsarbeiten zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Zu nennen sind z. B.:

- das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2000 / 2001, 2007 und 2009),

- der Fünfte und Sechste Altenbericht der Bundesregierung (2006 und 2010),
- der Deutsche Präventionspreis »Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte«, 2005 (BMG, BZgA und Bertelsmann Stiftung),
- die Bestandsaufnahme »Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene« (BZgA/DiFu, 2007),
- die Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune (BMG, 2010).

Die Heterogenität der Lebensphase Alter, die ältere Menschen im Erwerbsleben genauso umfasst wie hochbetagte Seniorinnen und Senioren, stellt eine besondere Herausforderung für Präventionsansätze dar, die zielgruppenspezifisch und beteiligungsorientiert angelegt sein müssen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die nachhaltige Verankerung innerhalb der Lebenswelten, in denen sich das Älterwerden vollzieht, also das Wohnquartier, die Kommune, der Betrieb oder Vereine und Nachbarschaften. Dreh- und Angelpunkte für die erfolgreiche Weiterentwicklung einer »demografiefesten« Angebots- und Beteiligungsstruktur in kommunalen Räumen sind vor allem ein vernetztes Vorgehen, die Schließung von Bedarfslücken und die frühzeitige Partizipation möglicher Zielgruppen. Die im Auftrag der BZgA von EuroHealthNet erstellte europaweite Studie »Healthy and Active Ageing« identifizierte sieben relevante Kerngebiete (z. B. Übergang in den Ruhestand, soziale Inklusion, lebenslanges Lernen, physische und psychische Gesundheit, Nutzen von Gesundheitsleistungen). Sie gibt zudem einen Überblick über Strategien und Programme. Im Rahmen der jeweiligen Kerngebiete zeigt die Studie, dass Modelle guter Praxis identifizierbar sind, die eine größere Breitenwirkung entfalten könnten. Der Projektbericht steht auf der Internetseite www.gesund-aktiv-aelterwerden.de zur Verfügung.

Ferner ist in verschiedenen nationalen Übersichtsarbeiten gezeigt worden, dass in Deutschland eine ausdifferenzierte Projektlandschaft in diesem Handlungsfeld existiert. Erwähnenswert ist beispielsweise die im Jahr 2011 erschienene Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Diese ist unter dem Titel »Die Jungen Alten« ebenfalls auf der oben genannten Internetseite der BZgA online verfügbar.

Um einen Eindruck konkreter Projekte zu erhalten, werden nachfolgend fünf Modelle guter Praxis aus unterschiedlichen Handlungsbereichen der Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt.

Neues Altern in der Stadt (Bruchsal)

Das Projekt Neues Altern in der Stadt (»NAIS«) soll die Stadt Bruchsal bei der Entwicklung einer demografisch verantwortungsvollen Politik unterstützen, um Chancen der älter werdenden Bevölkerung zu nutzen. Über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren wurden in Bruchsal mit Unterstützung der Bertelsmann Stiftung und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. mehrere Projektziele (z. B. »Verbesserung der Lebensbedingungen älterer Menschen in den Bereichen Bewegung und Ernährung bis 2020«) definiert und Projekte bis zur Transferphase begleitet. Mittlerweile ist NAIS ein Projekt von Ehrenamtlichen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der Bruchsaler Stadtverwaltung.

AGiL – Aktive Gesundheitsförderung im Alter (Kinzigtal)

AGiL ist ein Projekt zur integrierten Versorgung in ländlichen Räumen. Dabei ist die Optimierung der »Gesundheitsvorsorge älterer Menschen« ein wesentlicher Programmschwerpunkt. Vier Experten (»Kleeblatt-Prinzip«) kümmern sich um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, d.h. sie geben in Kleingruppen Informationen und Beratung zu den vier Themen (1) Altersspezifische Medizin (Geriatric), (2) Ernährung, (3) Bewegung und (4) soziales Umfeld. Teilnahmeberechtigt sind AOK- und LKK-Versicherte, die älter als 60 Jahre und bei Gesundes Kinzigtal eingeschrieben sind, noch keine Pflegestufe besitzen und unabhängig zu Hause leben.

Aktionsbündnis »Gesund leben und älter werden in Eving« (Dortmund)

Unter der Trägerschaft der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. und des Instituts für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund hilft das Aktionsbündnis »Gesund leben und älter werden in Eving« älteren Menschen im Dortmunder Stadtbezirk Eving, ein gesundes Leben zu führen. Dabei sollen besonders solche Menschen angesprochen werden, die von bestehenden Angeboten zur Gesundheitsförderung meist nicht erreicht werden. Dazu zählen ältere Menschen mit sozialer Benachteiligung, eingeschränkter Mobilität und/oder Migrationshintergrund. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils erhalten Informationen und Anreize, um ihr Leben gesund zu gestalten. Mit Hilfe niedrigschwelliger Angebote wie beispielsweise Ideenwerkstätten oder selbstorganisierte Interessengruppen werden die Bewohnerinnen und Bewohner eingeladen, sich zu engagieren und eigene Ideen einzubringen. Im Rahmen der Arbeiten wurde ein Praxishandbuch »Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk« mit praktischen Handlungsempfehlungen entwickelt.

SAGLIK (Hamburg: 2010 – 2013)

Ziel des interdisziplinären Projektes SAGLIK (=Gesundheit) ist, die Lebensqualität und soziale Teilhabe älterer Männer und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu verbessern. Im Projekt werden für die Zielgruppe interkulturelle Angebote der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe in vier ausgewählten Hamburger Stadtteilen entwickelt und umgesetzt.

AGnES (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt)

Das Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald konzipierte und koordinierte im Zeitraum 2005 bis 2008 die Modellprojekte AGnES (Arztlastende Gemeindefähige E-Health-gestützte Systemische Intervention) in vier Bundesländern. Ziel war es, eine Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte zu erreichen, indem ärztliche Tätigkeiten auf speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter delegiert wurden. Die Pflegefachkräfte und Medizinischen Fachangestellten (Arzthelfer(inn)en) führten Hausbesuche durch, bei denen sie z. B. Patientendaten erhoben oder die Patientinnen und Patienten zu gesundheitlichen Themen berieten. Sie waren als Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Praxisteam direkt an eine Hausarztpraxis angebunden. Die Ergebnisse der Modellprojekte veranlassten den Gesetzgeber, diese Versorgungsform in die Regelversorgung zu überführen und zu einer »normalen« Krankenversicherungsleistung zu machen. Aus der »AGnES-Fachkraft« wurde im Jahr 2009 der/die nicht-ärztliche Praxisassistent/in.

Das Demographie Netzwerk

»Das Demographie Netzwerk« (ddn) wurde 2006 auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der Initiative Neue Qualität der Arbeit gegründet. Die Mitglieder des Netzwerks sind Unternehmen aller Größenordnungen und Verbände. Das Thema »Gesundheit« ist eines von elf Arbeitsfeldern, in denen Unternehmen Lösungen für den demografischen Wandel erarbeiten. Ziel ist die Entwicklung von Materialien, Vernetzung und Multiplikation von Modellen guter Praxis.

Schlussfolgerungen

- Die Ressourcen der kommunalen Ebene für nachhaltige Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sollten ausgebaut werden.
- Der Heterogenität der Lebensphase muss stärker Rechnung getragen werden.
- Unterschiede in Bezug auf den kulturellen Hintergrund, das Geschlecht, die sexuelle Orientierung, den sozioökonomischen Status und Behinderungen werden bislang nicht nachhaltig bei der Entwicklung von Maßnahmen berücksichtigt.

- Insbesondere fehlen Maßnahmen für ältere sozial benachteiligte Männer und ältere Menschen mit Behinderungen oder Migrationshintergrund.
- Die Schnittstellen zur Gesundheitsversorgung und die gemeinsame Programmentwicklung sollte verbessert werden.
- Um nicht sagen zu müssen, dass »die eine Hand nicht weiß, was die andere tut«, sollte kooperativer vorgegangen werden. Dabei sollte zukünftig ein abgestimmtes Vorgehen, eine »Synergetische Kooperation« angestrebt werden (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4 | Stufen der Kooperation | Folie aus Vortrag 6

Workshops 1 – 4

Workshop 1 | Setting »Kommune«

Gruppe 1: **Dr. Claus Weth** | Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland

Gruppe 2: **Carsten Rumpel** | Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss

Zunächst gab Dr. Claus Weth ein kurzes Statement zum Thema »Gesund älter werden in der Kommune«. Er betonte, dass die Kommune hierbei nicht nur als Verwaltungseinheit, sondern im Sinne von »community«, also einer Gruppe von Menschen mit gemeinsamen Interessen und Zusammengehörigkeitsgefühl, verstanden werden sollte.

Im Mittelpunkt des Workshops stand die Frage, wie Gesundheit im Alter in der Kommune gefördert werden kann. Als Beispiel aus der Praxis führte Dr. Weth den Berliner Appell »Gesund älter werden in Städten und Regionen« an. Dieser Appell wurde im Verlauf des Symposiums des Gesunde Städte-Netzwerkes im April 2007 in Berlin verabschiedet. Er wird vom Deutschen Städtetag und Gesunde Städte-Netzwerk getragen. Die Zielsetzung des Appells ist es, möglichst vielen Menschen ein langes Leben zu ermöglichen und gleichzeitig eine hohe Lebensqualität zu erreichen. Ferner setzt die Weiterentwicklung von Strukturen und Angeboten ein neues Selbstverständnis von Prävention und Gesundheitsförderung voraus. Sie sei als Querschnittsaufgabe zu

begreifen und nicht nur allein der Gesundheitspolitik zuzuschreiben, heißt es im Berliner Appell. Ein Trend zur Kommunalisierung von Prozessen im Gesundheitswesen, so das Fazit von Dr. Weth, ist am Thema »Gesund älter werden« eindeutig zu konstatieren und geht einher mit einem Bedeutungszuwachs der kommunalen Ebene mit gesteigerter Verantwortlichkeit.

Aufgrund der großen Teilnehmerzahl wurde die Gruppe für die Diskussionsrunde auf zwei Räume aufgeteilt. Beide Gruppen beschäftigten sich mit zwei unterschiedlichen Leitfragen zum Thema »Gesund älter werden« und der Rolle der Kommunen:

Gruppe 1 | Moderation: Dr. Claus Weth



Gibt es Barrieren oder Hindernisse auf kommunaler Ebene, die der Förderung aktiven Alterns im Wege stehen und zu überwinden sind?

Die Antworten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die Frage waren sehr stark geprägt von den eigenen beruflichen Erlebnissen und Erfahrungen. Neben den geringen finanziellen Ressourcen in den Kommunen wurde eine ungenügende Vernetzung zwischen den Akteuren (Kommunen, Wirtschaft, Vereinen etc.) bemängelt. Ausgehend von diesen Barrieren wurden Forderungen bzw. Verbesserungsvorschläge formuliert, wie beispielsweise der Ausbau sogenannter »Runder Tische«. Auch wurde die Entwicklung einer Strategieplanung genannt, um die Kommunikation und Vernetzung unterschiedlicher kommunaler Fachbereiche zu verbessern. Des Weiteren wurden kommunale Gesundheitskonferenzen als sinnvoll erachtet. Breite Zustimmung erhielt auch der Vorschlag einer Stärkung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, um den Austausch von Zahlen, Daten und Fakten zu verbessern.



Wer sind für Sie die relevanten Akteure für das Thema »Gesund älter werden« auf kommunaler Ebene?

Hier wurden der organisierte Sport, Sozialleistungsträger, Wohlfahrtsverbände, Seniorenbeiräte, der Bildungsbereich, Selbsthilfegruppen, Hochschulen, die Wohnungswirtschaft und stellvertretend für die kommunale Verwaltung die Bürgermeisterin/der Bürgermeister genannt.



In welchen Themenfeldern sehen Sie aus Ihren Arbeits- bzw. politischen Bezügen dringliche Handlungsbedarfe für »Gesund älter werden« auf kommunaler Ebene?

Die Themenfelder waren auf Grund der verschiedenen Berufshintergründe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer breit gestreut. Genannte Themenfelder waren unter anderem die Erreichbarkeit sozial Benachteiligter (z. B. durch Hausbesuche) oder der Zugang zu Einrichtungen für eine Übergangspflege. Des Weiteren sprachen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für eine zentrale, von der Kommune unabhängige, Beschwerdestelle aus, um auf Betreuungsmisstände hinweisen zu können. Auch sollten die Medien (Zeitung, Radio, TV) genutzt werden, um sozial Benachteiligte anzusprechen. Insgesamt, so war sich die Gruppe einig, müsse ein diversifiziertes Angebot für ältere Menschen von den Kommunen erstellt werden.

Welchen Auftrag haben aus Ihrer Sicht Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung in Bezug auf »Gesund älter werden«?

Als Lösungsansatz wurde die Schaffung eines Katasters vorgeschlagen. Dies soll Antworten auf die Frage »Welche Einrichtungen existieren bereits etc.?« liefern. Darüber hinaus muss geklärt werden, was die Kommune selbst organisieren kann und muss. Es sollte zwischen den Ämtern einen Austausch geben, um letztendlich einen gemeinsamen politischen Auftrag zu formulieren und daraus eine Strategie und ein Leitbild zu entwerfen. Die Umsetzung kann dann von den Betroffenen eingefordert werden. Bei der Beantwortung beider Fragen wurde die Rolle von Ethnien besonders betont – Angebote sollten migrationssensibel sein.

Leitempfehlungen (aus den Diskussionen beider Gruppen)

- Das Thema »Gesund älter werden« soll als verpflichtender Prozess und nicht als Projekt in die Kommune einfließen;
- mehr Flexibilität der Akteure, um Änderungen oder Anpassungen vornehmen zu können;
- Entwicklung eines kommunalen Leitbildes und einer Strategie für ältere Menschen in der Kommune
- partizipative Umsetzung von Maßnahmen anhand des Public Health Action Cycle.

Workshop 2 | Setting »Senioreneinrichtung«

Günter Ralle-Sander | Bremer Heimstiftung

Herr Ralle-Sander stellte im ersten Teil seines Vortrags das Setting »Senioreneinrichtung« vor. Älteren Menschen, die in Altenhilfeeinrichtungen leben, werde der Zugang zu Angeboten der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation durch die Gesetzesgrundlagen erschwert, da sie in der Regel in der Praxis als »nicht rehabilitationsfähig« und als »Pflegefall« eingestuft

werden. Dabei werde nur der Leistungsanspruch erfasst und nicht der Teilhabebedarf des Menschen. Bei einer erfolgreichen Durchsetzung existiere ferner das Problem, dass bei zunehmender Multimorbidität zeitlich befristete Interventionen nicht ausreichend sind, sondern kontinuierlich angelegt sein müssen.

Moderation: Günter Ralle-Sander



Im zweiten Teil präsentierte Herr Ralle-Sander Verbesserungsvorschläge für das Setting »Seniorenheim« am Beispiel der Bremer Heimstiftung.

Ein optimales Setting umfasse

- sozialräumliche Eingebundenheit,
- Inklusion und Teilhabeorientierung,
- Pflege, medizinische Versorgung, Prävention, Rehabilitation,
- Weiterentwicklung der Pflege zur Assistenz.

Die aktuellen Schwachpunkte in Seniorenheimen benannte er mit mangelndem Personal, einer strengen Orientierung an den Vorgaben der Pflegeversicherung, wenig Gestaltungsraum, der Zunahme an körperlich und psychisch stark eingeschränkten Menschen in Seniorenheimen und der damit gleichzeitigen Abnahme an aktiveren älteren Menschen.

Lösungsansätze für mehr Prävention und Rehabilitation im Setting »Senioreinrichtung« seien ein Paradigmenwechsel in der Pflege, machbare Konzepte und ein teilhabeorientiertes Leistungsrecht.

Herr Ralle-Sander stellte das Gesundheitsmanagement der Bremer Heimstiftung vor, das bereits mit der Umsetzung dieser Ideen begonnen hat. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden stufenweise begleitet: Im ersten Schritt wird die Bewohnerin/der Bewohner bei seinem Einzug von einem Einzugsbegleiter unterstützt. Der Gesundheitsberater befasst sich im zweiten Schritt intensiv mit dem Menschen und nimmt beispielsweise eine Mobilitätsanalyse vor und berücksichtigt auch seine Teilhabe beim weiteren Verlauf. In der dritten Stufe spricht der Gesundheitsberater sowohl Empfehlungen für Gesundheitsangebote an die Bewohnerin/den Bewohner als auch an das Bezugspflegeteam aus. Letztendlich wird der Bewohnerin/dem Bewohner eine Rehabilitation ermöglicht. Das Gesundheitsmanagement der Heimstiftung orientiert sich am ICF-Modell (engl. Abkürzung: ICF=Klassifikationsschema der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Bei diesem werden neben dem eigentlichen Gesundheitsproblem auch die Erfassung von Körperfunktionen, Umwelt- und personenbezogene Faktoren sowie soziale Teilhabe berücksichtigt.

Diskussion

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erkundigten sich zunächst, ob die Umsetzung des Konzeptes der Bremer Heimstiftung wirtschaftlich und auf alle Bewohnerinnen und Bewohner, sprich auch Risikogruppen, anwendbar sei. Diese Frage konnte Herr Ralle-Sander bejahen. Die

zielgruppenspezifischen Angebote der Bremer Heimstiftung werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von deren Angehörigen gerne angenommen und die Umsetzung sei für die Stiftung rentabel.

Eine Teilnehmerin merkte an, dass die Umsetzung der vorgestellten Maßnahmen für Seniorenheime, die nicht finanziell von einer Stiftung unterstützt werden, schwierig sei. Daraufhin wurde angemerkt, dass ein solches Konzept in verschiedenen Abstufungen umgesetzt werden kann. So können zum Beispiel auch Betreuungskräfte nach §87b SGB XI und Freiwillige in ein solches präventiv ausgerichtetes Bewegungskonzept einbezogen werden.



Auf die Frage, was konkret für eine Durchführung benötigt werde, wurde betont, dass die aktuellen Ressourcen an Fachpersonal keinesfalls ausreichen. Daher sei es notwendig, auf Personal aus anderen Fachbereichen zurückzugreifen und dieses schrittweise zu schulen. Des Weiteren fügte ein Teilnehmer hinzu, der Biografiearbeit müsse eine noch viel wichtigere Rolle zugeschrieben werden. Dadurch werde die Betreuung bzw. Behandlung besser auf die Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmt.

Weiterhin wurde angemerkt, dass die Unterstützung durch Vereine hilfreich bei der Umsetzung sein könne. Durch das Engagement ergäbe sich mehr Abwechslung und Freude für die Bewohnerinnen und Bewohner. Allerdings wäre die Zusammenarbeit mit Vereinen häufig sehr zeitintensiv. Auch wurde die Notwendigkeit betont, ältere Menschen beim Ausführen von Bewegungsübungen anzuleiten. Dies sei nicht nur wichtig, um eine falsche Ausübung der Übungen zu vermeiden, sondern insbesondere auch, um einer fehlenden Motivation zum Trainingsbeginn entgegen zu wirken. Ein Teilnehmer ergänzte, dass es bei diesen Übungen nicht in erster Linie um Kraftaufbau gehe, sondern vielmehr darum, dass ältere Menschen sich regelmäßig bewegen. Hierzu wurde über bereits eingerichtete »Outdoor-Parks« und die Möglichkeiten für eine bessere Nutzung und Anleitung dieser Bewegungs-Parks diskutiert.

Workshop 3 | Setting »Sportverein«

Ute Blessing-Kapelke | Deutscher Olympischer Sportbund

Eröffnet wurde der Workshop von Prof. Herbert Löllgen, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e.V. (DGSP). Er stellte die präventive Rolle von körperlicher Aktivität im Alter heraus. In Metaanalysen wurde belegt, dass sowohl Morbidität als auch Mortalität durch regelmäßiges Training um etwa ein Drittel gesenkt werden können. Betrachtet man dabei die Dosis-Wirkungsbeziehung, wird deutlich, dass bereits moderates Training effektiv ist. Der größte Effekt kann bei Menschen beobachtet werden, die ihr Training aus einem Zustand der körperlichen Inaktivität heraus aufnehmen. Dies gilt auch für Menschen ab 65 Jahren. Um diesen den Einstieg ins Training zu erleichtern, sollten Ärztinnen und Ärzte einen individuellen Trainingsplan mit stufenweiser Heranführung an Belastung entwickeln und vermehrt ein »Rezept für Bewegung« ausstellen. Letztgenannte Möglichkeit besteht allerdings noch nicht in allen Bundesländern.

Im Anschluss ging Frau Blessing-Kapelke vom Fachbereich »Sport der Generationen« des Deutschen Olympischen Sportbunds (DOSB) darauf ein, dass Sportvereine gut dazu geeignet sind, Menschen zum Sporttreiben anzuregen. Viele Vereinsangebote sind auf die spezifische Zielgruppe der (körperlich inaktiven) Menschen im höheren Alter zugeschnitten. Senioren werden hier je nach Lebenssituation und bisherigen Sporterfahrungen in drei Gruppen eingestuft:

- junge Ältere (aktiv, oftmals mit familiären oder beruflichen Verpflichtungen)
- Ältere (meist in der nachberuflichen Phase)
- Hochaltrige (mit körperlichen Einschränkungen)

Moderation: Ute Blessing-Kapelke



Dabei wird berücksichtigt, dass für diese Menschen neben Sport und Bewegung auch ein steigendes Bedürfnis nach (ehrenamtlichem) Engagement und sozialer Teilhabe im Verein im Vordergrund steht. Beispiele für Projekte des DOSB, die für diese verschiedenen Zielgruppen konzipiert wurden, sind »Richtig fit ab 50« für die jungen Älteren und das »Bewegungsnetzwerk 50 plus« zur Gewinnung neuer Zielgruppen für den Sport der Älteren in Kooperation mit externen Partnern. Bewährt hat sich zudem die Integration kultureller Angebote ins Vereins-Programm. Sportvereine haben somit das Potenzial, Menschen langfristig als Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu gewinnen, denn Geselligkeit bindet. In der Gruppe lernt man sich kennen und gewöhnt sich aneinander, sodass es auffällt, wenn man eine Einheit verpasst. Dies steigert die Motivation zur regelmäßigen Teilnahme.

Neben Altersdifferenzen können auch Geschlechtsunterschiede zu verschiedenen Bedürfnissen führen: Für Frauen stehen die positive Beeinflussung der Gesundheit und soziale Aspekte des Sports im Vordergrund. Männern geht es eher um eine individuelle Leistungssteigerung. Während gesundheitsförderlich abgeänderte Sportarten wie »Fußball light« eher Männer ansprechen, kann das Interesse der Frauen gut durch Gesundheitssport geweckt werden. Aber auch Angebote für Paare sind wichtig, denn oft müssen diese sich zeitlich neu organisieren, wenn die Kinder aus dem Haushalt ausziehen. Manche Männer werden dann von den tendenziell mehr auf Gesundheit bedachten Frauen mitgezogen und dadurch zur Teilnahme motiviert.

Es stellt sich die Frage, wie man inaktive, ältere Menschen ansprechen sollte, um sie zu körperlicher Aktivität im Verein zu bewegen. Die Diskussion ergab, dass man diese Menschen zwar über Flyer oder Zeitungsannoncen im Lokalteil erreichen kann, eine persönliche Ansprache jedoch effektiver ist. Diese könnte beispielsweise über Arztpraxen, Seniorenheime und betreutes Wohnen, die Kirchengemeinde, Patient(innen)-organisationen, Krankenkassen, Betriebe und auf Gesundheitstagen erfolgen. Am sinnvollsten wäre eine Kooperation der verschiedenen Institutionen in einem Netzwerk. Man könnte zudem beim bestehenden Pool an Mitgliedern ansetzen, indem man die Anwerbung von neuen Mitgliedern anregt oder die Eltern der Vereinsmitglieder zu einer Informationsveranstaltung einlädt.



Als Personen mit hohem Motivationspotenzial wurden Ärztinnen und Ärzte, speziell geschulte medizinisch-technische Fachangestellte und Bewegungsstärkshelferinnen und -helfer genannt. Letztere begleiten Menschen zu verschiedenen Sportangeboten, bis diese ein für sich passendes ausgewählt haben, an dem sie regelmäßig selbstständig teilnehmen möchten.

Niedrigschwellige Angebote machen den Einstieg ins Vereinsleben leichter, weshalb die Angebote wohnortnah und gut erreichbar sein sollten. In manchen Fällen kann ein organisierter Fahrdienst sinnvoll sein. Die Übungsleiter/innen haben großen Einfluss darauf, wie das Angebot wahrgenommen wird und müssen daher sowohl über fachliche als auch soziale Kompetenzen verfügen. Ein immer wieder neu beginnendes Kursangebot bietet ständig Einstiegsmöglichkeiten für neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Gewinnen die älteren Menschen nach einigen Schnupperstunden Interesse an einer Anmeldung, sollten ihnen Verträge zu passenden Konditionen angeboten werden: Beispielsweise wären monatliche Kündigungsfristen denkbar, wenn nicht sicher ist, wie lang der Gesundheitszustand der betreffenden Person eine regelmäßige Teilnahme am Sportangebot zulässt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Sportvereine nicht nur als Dienstleister zu sehen sind, sondern eine Rolle als Akteur in der alternden Gesellschaft einnehmen können. Sie haben die Möglichkeit, Einfluss auf die Gestaltung bewegungsfreundlicher Lebensräume zu nehmen, mit anderen Institutionen zu kooperieren und so aus dem Alltag heraus zur Aufnahme sportlicher Aktivität zu motivieren.

Workshop 4 | Setting »Bildungseinrichtung«

Anette Borkel | Deutscher Volkshochschul-Verband e.V.

Anette Borkel gab zunächst ein kurzes Statement zur Bildungsarbeit mit älteren Menschen. Es sei wichtig, so Frau Borkel, zuerst zu überlegen, an wen sich das Angebot überhaupt richten solle. Hier könne die Milieuforschung wichtige Hinweise geben, denn eine bestimmte Altersgruppe an sich sei noch keine Zielgruppe. Das biologische Alter sei nicht entscheidend, sondern vielmehr körperliche und geistige Funktionen, Lebensstile und soziale Rollen älterer Menschen. Zudem wollen ältere Menschen oft nicht als ältere Menschen angesprochen werden, sondern sind vielmehr daran interessiert, auch in Bildungseinrichtungen generationenübergreifend zu lernen, so Frau Borkel. Altersangaben in Kursbeschreibungen werden oft als stigmatisierend angesehen.

Dabei verlernen ältere Menschen das Lernen nicht, müssen aber immer wieder für das Lernen begeistert werden. Der Mensch muss lebenslang auch lernen, mit Veränderungen klar zu kommen und den Blick auf das Mögliche zu richten. Die wichtigste Prämisse – auch in den Bildungsangeboten für ältere Menschen – bleibt hierbei der Erhalt der Selbstständigkeit. Um dies zu fördern, sollten ältere Menschen auch aktiv an den Planungsprozessen des Bildungsangebotes beteiligt werden. Dies kann über eine Kooperation und Vernetzung der älteren Menschen mit den Bildungseinrichtungen erreicht werden.

Moderation: Anette Borkel



Helfen können dabei aber auch die sogenannten »Brückenpersonen«, die die Älteren dort erreichen, wo sie (noch) arbeiten oder leben. Es stellt sich auch die Frage, in welchem Verhältnis Bildungsbedarfe der Gesellschaft und individuelle Bildungsinteressen stehen. Auf der einen Seite wächst das Bildungsinteresse, sodass mehr gut gebildete, ältere Menschen mehr Ehrenämter übernehmen oder noch aktiv im Berufsleben stehen. Auf der anderen Seite ist aber auch davon auszugehen, dass die soziale Ungleichheit zunimmt. Vor diesem Hintergrund müssen die Programmangebote kultur-, gender- und alterssensibel geplant und beworben werden. Zudem müssen verstärkt Orte der Begegnung in der Erwachsenenbildung geschaffen werden.



Als Handlungsempfehlungen lassen sich benennen

- bessere Vernetzung zwischen Volkshochschulen und anderen (Bildungs-)einrichtungen sowie Organisationen (z.B. Vereine);
- gezielte Ansprache insbesondere sozial benachteiligter älterer Menschen;
- Ausbau der finanziellen Förderung für die Seniorenbildung (beispielsweise an Universitäten);
- spezifische Weiterbildung zum Thema »Bildung und Alter« von Pflegepersonal als sogenannte (Bildungs-)Partner, um insbesondere bildungsferne Schichten zu erreichen;
- bessere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheits- und Bildungssystems.

Kongress-Fazit

Abschlussmoderation im Plenum:
Dr. Uwe Prümel-Philippsen



Vor dem Hintergrund des »Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen« konnte auf dem 5. gemeinsamen Präventionskongress des BMG und der BVPJG ein großer Bogen geschlagen werden, von den europäischen und nationalen Strategien für ein aktives und gesundes Altern bis hin zu konkreten gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Menschen in einzelnen Settings bzw. Einrichtungen. Die Referentinnen und Referenten stellten

sehr deutlich dar, dass die vorgestellten Strategien nur mit Leben gefüllt werden können, wenn eine praktische Umsetzung für ältere Menschen vor Ort erfolgt. Dafür ist die Einbindung aller verantwortlichen Akteure, insbesondere auch der Zivilgesellschaft, von besonderer Bedeutung.

Ziel des 5. Präventionskongresses war es, den Diskurs über gesundes Altern aufzugreifen und mit neuen Impulsen fortzuführen – diese Gelegenheit nutzten weit mehr als 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, darunter Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung sowie Fachkräfte aus dem Gesundheits-, Sport- und Seniorenbereich, Akteure aus den Bereichen der Sozialen Stadt, Wohnungsunternehmen, Krankenkassen und Ehrenamtliche.



Teilnehmende Organisationen

AG Wissenschaft
Agentur für Arbeit Essen
Airbus Operations GmbH
Aktimo Physio- und Gesundheitszentrum
Aktiv- & Gesundheitssport e.V.
Am Marbach – Gesundheit und Leben
AOK Niedersachsen
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
AOK PLUS
AOK Rheinland/Hamburg
AOK Sachsen-Anhalt
Arkomed
Ärztammer Westfalen-Lippe
ASG Bildungsforum
AWO Nordhessen
BAHN-BKK
Bayer MaterialScience AG
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg GmbH
Berufsverband Deutscher Präventologen e.V.
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.
Bildungsakademie Landessportbund Hessen e.V.
BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung GmbH
Bremer Heimstiftung
Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
 Bundesministerium für Gesundheit
 Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 CJD Homburg/Saar gGmbH
 Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.
 Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin
 Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
 Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e.V.
 Deutsche Herzstiftung e.V.
 Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsförderung GmbH
 Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 Deutsche Sporthochschule Köln
 Deutscher Bundestag
 Deutscher LandFrauenverband e.V.
 Deutscher Olympischer Sportbund
 Deutscher Turner-Bund e.V.
 Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
 DGS Deutsche Gesellschaft für Seniorenberatung mbH
 diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe
 diaita Gesundheitsmanagement
 Diakonie gGmbH Köln und Region
 drei-i
 DRK-Generalsekretariat
 Emscher-Ruhr-Turngau
 EPHC Preventive Health Care GmbH
 Europäische Fachhochschule Rhein/Erft
 Europäische Kommission
 Europäisches Public Health Zentrum NRW
 Fachhochschule Hildesheim
 Fachzeitschrift »Prävention«
 familienforum edith stein
 FensterzumLeben
 Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
 Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
 Gesundheits- und Fitness Treff Wiese GbR
 Gesundheitsamt der Stadt Bonn
 Gesundheitsamt der Stadt Köln
 Gesundheitsamt des Main-Taunus-Kreises
 Gesundheitsamt des Rhein-Kreis Neuss
 Gesundheitsamt Region Kassel
 gesundheitsziele.de
 Goethe-Universität Frankfurt am Main
 HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.
 Hamburger Volkshochschule
 IKK classic
 IKK e.V.
 Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
 Klinikum Bayreuth
 Krankenhaus Lindenbrunn
 Krankenhausgesellschaft NRW KGNW e.V.
 Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
 Kreisvolkshochschule Viersen
 KUWO GmbH Allround Sports Kleve
 Land- und forstwirtschaftliche Sozialversicherung
 LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.

Landeshauptstadt Düsseldorf
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt e.V.
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Lebensstil Gesundheit
Märkische Reha-Kliniken GmbH
mhplus Betriebskrankenkasse
Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern
Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport Nordrhein-Westfalen
MTV Köln 1850
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Novitas BKK
NRW Bewegt IN FORM - Bewegung und Ernährung
OFFIS Institut für Informatik
Pädagogische Hochschule Heidelberg
Pfizer Pharma GmbH
Physio-Akademie gGmbH
Rhein-Kreis Neuss
RKH Kliniken Ludwigsburg gGmbH
RTL Television
Ruhr-Universität Bochum
Sächsische Landesärztekammer
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Sozialdemokratische Partei Österreichs SPÖ/
Sozialdemokratische Homosexuellenorganisation SoHO
Stadtdienst Gesundheit der Stadt Solingen
Stadtsportbund Wuppertal e.V.
Technische Universität Chemnitz
Technische Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Universität Bielefeld
Universität Duisburg-Essen
Universität zu Lübeck
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
Verein Sport für betagte Bürger e.V.
Vitalis Therapie und Gesundheitssport e.V.
Volkshochschule Augsburg
Volkshochschule Köln
Volkshochschule Kreis Euskirchen
Volkshochschule Meerbusch
Volkswagen AG
Westpfalz-Klinikum GmbH
WHO-Regionalbüro für Europa
Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung GmbH

Impressum

**Bundesvereinigung Prävention
und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)**

Heilsbachstraße 30 | 53123 Bonn
Telefon 0228-987270 | Fax 0228-6420024

E-Mail: info@bvpraevention.de

Erstellung der Konferenzdokumentation: Martina Thelen

Protokolle der Workshops: Charlotte Jahnz, Andreas Mews,
Katharina Stahlhofen, Patrizia Stanienda

© 2013 Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Informationen

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:
www.bvpraevention.de

Veranstaltungsort

Maternushaus

Kardinal-Frings-Strasse 1-3 | 50668 Köln

www.maternushaus.de

Organisation

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30 | 53123 Bonn

Telefon 0228 – 9 87 27-0 | Fax 0228 – 6 42 00 24

E-Mail: kongress@bvpraevention.de

www.bvpraevention.de