

D O K U M E N T A T I O N

**des Expertinnen- und Experten-Workshops „Gesundes Alter“
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

am 9. März 2005 in Köln

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ref. 2-21
Ostmerheimer Str. 220
D - 51109 Köln

September 2005

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
1 Zusammenfassung der zentralen Workshop-Ergebnisse aus Sicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	5
2 Programm / Tagesordnung	7
3 Begrüßung und Eröffnung Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	11
4 Gesundes Alter – demographische und epidemiologische Grundlagen Referat Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover	17
5 Gesundes Alter – psychosoziale Determinanten Referat Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer, Deutsches Zentrum für Altersfragen	33
6 Gesundheit im Alter aus Sicht des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung Referat Dr. Beate Robertz-Grossmann, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.	53
7 Das Thema Gesundes Alter beim Fonds Gesundes Österreich: Vorgehen bei der Prioritätensetzung/aktuelle Schwerpunkte/Strategien Referat Petra Plunger, Fonds Gesundes Österreich	69
8 Das Thema Gesundes Alter bei der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“: Vorgehen bei der Prioritätensetzung/aktuelle Schwerpunkte/Strategien Referat Nadia von Holzen, Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“	85
9 Ergebnisse der Expertise „Gesund altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheitsförderung“ von Prof. Dr. Petra Kolip, Julia Lademann und Maike Weerts, Universität Bremen Referat Julia Lademann, Universität Bremen	97

Einleitung

Im Rahmen des eintägigen Workshops „Gesundes Alter“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am 9. März 2005 sollte auf der Basis von Impulsreferaten sowie den Diskussionen mit den Expertinnen und Experten im Plenum und den Arbeitsgruppen ein systematischer Überblick erarbeitet werden zu den Rahmenbedingungen und Eckpunkten eines qualitätsgesicherten bevölkerungsweiten Konzeptes „Gesundes Alter“.

In den Referaten und den sich jeweils anschließenden Diskussionen sowie im Rahmen der vier Arbeitsgruppen wurden die demographischen und epidemiologischen Grundlagen sowie Präventionspotenziale und bedeutsame theoretische Konzepte dargestellt und diskutiert. Darüber hinaus wurde das Thema „Gesundes Alter“ aus Sicht des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene dargestellt sowie das Vorgehen bei der Prioritäten- und Schwerpunktsetzung auf internationaler Ebene am Beispiel des Fonds Gesundes Österreich und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz erläutert.

Die vorliegende Dokumentation umfasst alle Beiträge im Rahmen des Workshops „Gesundes Alter“ am 09. März 2005.

Der Dokumentation der einzelnen Beiträge und der Arbeitsgruppenergebnisse vorangestellt ist in Kapitel 1 eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops, die aus Sicht der BZgA einen zentralen Stellenwert im Rahmen der Planung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen für den Themenbereich „Gesundes Alter“ haben.

1 Zusammenfassung der zentralen Workshop-Ergebnisse aus Sicht der BZgA

Die themenübergreifenden Ergebnisse des Workshops, die einen zentralen Stellenwert im Rahmen der Planung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen für den Themenbereich „Gesundes Alter“ haben, sind in den folgenden acht Punkten zusammengefasst:

1. **Notwendigkeit eines nationalen Zielbildungsprozesses sowie Einbettung in eine nationale Gesamtstrategie:**

Von Seiten der eingeladenen Expertinnen und Experten wurde einhellig davon abgeraten, dass zum jetzigen Zeitpunkt abgelöst von einem nationalen Gesamtkonzept Einzelmaßnahmen im Themenfeld „Gesundes Alter“ initiiert werden. Als wesentliche Voraussetzungen für die Entwicklung und erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für ein gesundes Alter wurde die Einbettung in eine Gesamtstrategie benannt, d.h. es bedarf der Entwicklung eines nationalen Gesundheitszieles „Gesundes Alter(n)“ mit der Priorisierung von Einzelzielen.

2. **Genauere Definition und Identifikation der Zielgruppen bzw. besonders bedürftiger Gruppen:**

Prävention und Gesundheitsförderung sind breite Ansätze, die jeweils angepasst werden müssen an verschiedene Teilzielgruppen, d.h. je nach Zielgruppe sind unterschiedliche Konzeptionen notwendig. Es ist darauf zu achten, dass durch die Maßnahmen für ein „Gesundes Alter“ vor allem auch die ‚besonders Präventionsbedürftigen‘ erreicht werden, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit nicht noch zu vergrößern, sondern zu vermindern. Zur Frage, wer diese besonders bedürftigen Zielgruppen sind, besteht Forschungsbedarf.

3. **Analyse von Zugangswegen und glaubwürdigen Vermittlerinnen und Vermittlern (Multiplikatorinnen/Multiplikatoren):**

Im Zusammenhang mit dem vorgenannten Punkt besteht insbesondere auch Klärungsbedarf, über welche Zugangswege diese Zielgruppen mit besonderem Präventionsbedarf am besten erreichbar sind und welche glaubwürdigen Beraterinnen und Berater bzw. Vermittlerinnen und Vermittler (Multiplikatorinnen/Multiplikatoren) es gibt, um diese Gruppen hinsichtlich der Einstellungs- und Verhaltensänderung professionell unterstützen zu können.

Eine besondere Rolle wurde Maßnahmen und Akteuren auf kommunaler Ebene zugesprochen. Über einen guten Zugang zu älteren Menschen mit gesundheitlichen Risiken/gesundheitlichen Beeinträchtigungen verfügen neben Pflegekräften insbesondere auch Ärztinnen und Ärzte, es gibt aber noch keine systematischen Ansätze, diese als Vermittlerinnen und Vermittler einzusetzen.

4. Klärung des Stellenwertes des Setting-Ansatzes:

Im Zusammenhang mit den unter Punkt 3 genannten Ausführungen, wurde auch die Frage des Stellenwertes des Setting-Ansatzes angesprochen. Noch zu wenig bekannt ist, in welchen Settings alte/ältere Menschen erreicht werden können und ob der Setting-Ansatz tatsächlich in diesem Zusammenhang geeignet ist, oder ob es nicht vielmehr anderer Ansätze bedarf. Denn Alter bedeutet häufig Rückzug aus sozialen Orten.

5. Kein Schönreden des Themas Alter; keine Tabuisierung von Krankheit und Tod:

Krankheit, Sterben und Tod sind ein Teil des Lebens und gehören somit auch zum Thema Alter dazu. Die Themen Krankheit, Sterben und Tod sollten offen kommuniziert werden. Das Alter soll nicht schöngeredet werden.

6. Bedeutsame Rolle von Altersbildern:

Altersbilder sind im Zusammenhang mit dem Thema „Gesundes Alter“ von hoher Relevanz für Gesellschaft und Individuum, zugleich in ihren Wirkungen komplex. Zur Frage, ob eine Kampagne zum Thema „Gesundes Alter“ sinnvoll ist, wurde dafür votiert, dass die Auseinandersetzung mit Altersbildern nicht im Rahmen einer allgemeinen Kampagne ("Das Alter ist schön"), sondern innerhalb verschiedener eng begrenzter thematischen Bereiche erfolgen sollte, etwa im Rahmen des Themas "Lebensqualität bei Demenz" oder des Themas "Sport im hohen Alter ist möglich und wirksam".

7. Abgrenzung zu „Anti-Ageing“-Ansätzen:

Obwohl sog. Anti-Ageing-Ansätze sich teilweise mit ähnlichen Grundfragen beschäftigen wie die Altersforschung, sind diese kritisch zu sehen. Denn unter diesem Begriff werden andere Maßnahmen angeboten, die nicht mit den Zielen und Grundsätzen von Prävention und Gesundheitsförderung vereinbar sind.

8. Theoretische Fundierung, Interdisziplinarität, Vernetzung / Nutzung von Synergieeffekten und Bereitstellung ausreichender Ressourcen:

sind notwendige Voraussetzungen, um Projekte und Maßnahmen im Bereich „Gesundes Alter“ erfolgreich und nachhaltig durchführen zu können.

2 Programm / Tagesordnung

Expertinnen- und Experten-Workshop der BZgA zum Thema „Gesundes Alter“

9. März 2005, BZgA, Raum 002, 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr

TAGESORDNUNG

ab 8.30 Uhr	Ankunft/Begrüßungskaffee	
9.00 – 9.15 Uhr	Begrüßung/Ziele des Workshops	Dr. Elisabeth Pott, BZgA
	Programmablauf und Organisatorisches	Dr. Frank Lehmann, BZgA
9.15 – 10.00 Uhr	Vorstellungsrunde	
10.00 - 10.30 Uhr	<u>Impulsreferat 1:</u> Gesundes Alter – Demographische und epidemiologische Grundlagen/ Präventionspotentiale Diskussion	Prof. Dr. Ulla Walter Medizinische Hochschule Hannover
10.30 – 10.45 Uhr	Kaffee-/Bewegungspause	
10.45 – 11.15 Uhr	<u>Impulsreferat 2:</u> Gesundes Alter – Psychosoziale Determinanten Diskussion	Prof. Dr. Clemens Tesch- Römer Deutsches Zentrum für Altersfragen
11.15 – 11.35 Uhr	<u>Impulsreferat 3:</u> Gesundheit im Alter aus Sicht des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung Diskussion	Dr. Beate Robertz- Grossmann Bundesvereinigung für Ge- sundheit
11.35 – 11.55 Uhr	Blick über den Gartenzaun I: Österreich Vorgehen bei der Prioritätensetzung/aktuelle Schwerpunkte/Strategien	Petra Plunger Fonds „Gesundes Öster- reich“

11.55 – 12.15 Uhr Blick über den Gartenzaun II: Schweiz

Vorgehen bei der Prioritätensetzung/aktuelle
Schwerpunkte/Strategien

Nadia von Holzen
Stiftung „Gesundheitsförde-
rung Schweiz“

12.15 – 13.00 Uhr Mittagessen

13.00 – 13.30 Uhr Ergebnisse der Expertise „Gesund altern – Ansätze
für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheits-
förderung“

Julia Lademann
Universität Bremen

13.30 - 14.45 Uhr Arbeitsgruppen zur Diskussionsvorlage „Gesund
altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention
und Gesundheitsförderung“

14.45 – 15.00 Uhr Kaffeepause

15.00 - 15.30 Uhr Berichte aus den Arbeitsgruppen

15.30 - 15.45 Uhr Zusammenfassung der Ergebnisse der Situations-
analyse und Ausblick auf das weitere Vorgehen

15.45 – 16.00 Uhr Abschlussrunde

Moderation: Dr. Frank Lehmann

3 Begrüßung und Eröffnung

Dr. Elisabeth Pott,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

3 Begrüßung und Eröffnung

Dr. Elisabeth Pott,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie heute in Köln zum Workshop „Gesundes Alter“ begrüßen zu können.

Das Thema Alter hat derzeit „Hochkonjunktur“, nahezu täglich erscheinen Artikel und Bücher zu diesem Thema und im Fernsehen werden Talkshows, Dokumentationen und Doku-Soaps z.B. über „Alten-WG's“ gesendet. In regelmäßigen Abständen fordern Nachwuchspolitikerinnen und -politiker im Zusammenhang mit der Diskussion um die Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens, die Einführung von Altersgrenzen für bestimmte medizinische Leistungen, oder – wie erst in der letzten Woche –, dass die Alten ‚die Löffel abgeben‘ sollen. Es wird der ‚Krieg der Generationen‘ und das ‚Methusalem-Komplott‘ beschworen.

Eine kleine Auswahl aktueller Artikel finden Sie auf den Tischen hinten in diesem Raum.

Bei aller aufgeregter und oft skandalisierender Berichterstattung in der Öffentlichkeit stehen wir tatsächlich vor einer großen demographischen Herausforderung: Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt für einen neugeborenen Jungen heute 75,6 Jahre und für ein Mädchen sogar 81,3 Jahre. Auch die Lebenserwartung älterer Personen hat zugenommen: bei einem 60-jähriger Mann ist von einer ferneren Lebenserwartung von im Durchschnitt 19,8 Jahren auszugehen, bei einer gleichaltrigen Frau statistisch gesehen noch von 23,9 weiteren Lebensjahren. Der Anteil der 60-jährigen und älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung wird erkennbar zunehmen – von heute 23,4 % auf 36,5 % im Jahr 2050. Mit der – an sich sehr erfolgreichen Zunahme der Lebenserwartung – gewinnt das Thema „Gesund Altern“ immer stärker an Bedeutung.

Es ist sehr erfreulich, dass ein gesellschaftlicher Diskurs zu diesem Thema in Gang gekommen ist. Dieser Aufwind sollte genutzt werden, um Zukunftsvisionen anzugehen, die sich lösen von ausschließlichem Risikofaktor-Denken und die Potenziale in den Mittelpunkt stellen: gesellschaftliches Engagement der neuen fitten Alten, Ressourcendenken auch bei Krankheit und Behinderung, neue Formen des Zusammenlebens und Wohnens und insbesondere eine entsprechende Kommunikation in den Medien.

Aus einer lebenslauforientierten Perspektive heraus sind in diesem Zusammenhang nicht zuletzt auch Maßnahmen und Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung, die sich an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche richten. Denn im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen gestellt für ein gesundes Alter.

Auch muss der Aspekt der sozialen Benachteiligten berücksichtigt werden. Wie Sie wissen, sind einerseits die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit bzw. Krankheit eindeutig belegt, andererseits geht die Schere zwischen Arm und Reich weiter auseinander, wie der gerade verabschiedete 2. Armuts- und Reichtumsbericht zeigt.

Wir haben den Begriff „Gesundes Alter“ (statt „Gesund altern“) als Bezeichnung für unseren heutigen Workshop gewählt. Er benennt explizit den Zielzustand - die Zukunftsvision - dass möglichst viele Menschen nicht nur ein hohes Alter erreichen, sondern sich im Alter auch einer guten Gesundheit erfreuen und ihre Lebensbedingungen so sind, dass sie ihre Potenziale hierzu optimal nutzen können. Enthalten ist darin selbstverständlich auch der Prozess des „Gesund – alt - Werdens“, der – wie Sie alle wissen - notwendig ist, um dieses Ziel zu erreichen.

Als geeignetes wissenschaftlich gut begründetes Oberziel für bevölkerungsweite Interventionen zum Bereich „Gesundes Alter“ – quasi als Indikator, ob unsere Bemühungen gelingen - bietet sich das Ziel „**Kompression der Morbidität**“ an. Dieser sehr technisch klingende Begriff bringt zum Ausdruck, dass die Zunahme an Lebenserwartung nicht eine Zunahme an ‚kranken‘ und ‚behinderten‘ Jahren bedeutet, sondern die erkrankungs- und behinderungsfreie Zeit im Alter durch Interventionen (z.B. Förderung der Selbständigkeit, soziale Unterstützung, körperliche Aktivität oder altersgerechtes Wohnumfeld) zu vergrößern. Es gibt eine Vielzahl von bislang unausgeschöpften Präventionspotenzialen – sogar bis ins hohe Alter hinein. Darüber werden insbesondere Frau Professor Walter und Herr Professor Tesch-Römer in ihren Impulsreferaten gleich berichten.

Welche Ziele verfolgen wir mit dem heutigen Workshop „Gesundes Alter“? Über Konzeption und Zielsetzung des Workshops hatte ich Sie bereits in unseren Einladungsschreiben informiert. Ich möchte hier noch einmal die wichtigsten Punkte zusammenfassen.

Die BZgA hat bisher in verschiedenen Zusammenhängen das Thema „Gesundes Alter“ bearbeitet. So wurde eine Sonderauswertung unserer Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (www.datenbank-gesundheitsprojekte.de) “ mit z. Zt. ca. 2700 Projekten unter dem Fokus „Angebote für Seniorinnen und Senioren“ vorgenommen. Die Projekte für diesen Personenkreis unterschieden sich von denjenigen für andere Altersgruppen beispielsweise durch den hohen Anteil von Ehrenamtlichkeit. Jetzt verstärken von uns geförderte „Aktionszentren“ sog. Regionale Knoten in bereits 10 Bundesländern die Vernetzung und Qualitätssicherung dieser Maßnahmen.

Den 2. Deutschen Präventionspreis „Gesund in der 2. Lebenshälfte“ werden wir zusammen mit dem BMGS und der Bertelsmann Stiftung im Juni 2005 vergeben. Die hohe Anzahl von 258 Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte wurden eingereicht und werden hilfreiche Anregungen für alle im Feld Tätigen geben.

Weiterhin wurden Medien zu den Themen Sexualität, Sucht und Ernährung im Alter herausgegeben oder gefördert und die Fachdiskussion zu den Themen Medienkompetenz im Alter sowie Hormontherapie in den Wechseljahren durch Tagungen geführt.

Den heutigen Workshop führen wir auf Wunsch und Anregung des BMGS durch. Kurz gesagt wird es heute darum gehen, auf der Basis der Impulsreferate, die wir am heutigen Vormittag hören sowie Ihres Expertinnen- und Experten-Wissens einen systematischen Überblick über primärpräventive Ansätze zu erarbeiten, die dazu beitragen, das Ziel „Gesundes Alter“ bevölkerungsweit umzusetzen. Ziel des Workshops ist es somit, Rahmenbedingungen/Eckpunkte für ein qualitätsgesichertes bevölkerungsweites Konzept „Gesundes Alter“ zu entwickeln.

Bei der Vorbereitung des Workshops waren die bisherigen Arbeitsergebnisse der AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Kongress des Forums im April 2004 eine wichtige Grundlage für uns. Darauf aufbauend sowie unter Einbeziehung zentraler Expertisen und Gutachten der letzten vier Jahre (SVR-Gutachten 2000/2001, 3. Altenbericht, Kruse Gutachten „Gesund altern“ (2002)) hat Frau Professor Kolip vom Zentrum für Public Health, Bremen zusammen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Auftrag der BZgA diese Dokumente analysiert und eine Übersicht zu den dort empfohlenen Ansätzen für eine zielgruppengerechten Prävention und Gesundheitsförderung zum Thema „Gesund altern“ erstellt.

Wir wollen also das bereits gut bearbeitete Feld nicht nochmals aufbereiten, sondern aufbauend auf dem bereits Entwickelten gemeinsam mit Ihnen herausarbeiten, ob wir die bereits sprießenden Früchte des Feldes nicht im Wachstum unterstützen können: z.B. durch Prioritätensetzungen bei Zielgruppen, Zugangswegen und bundesweiten Akteuren. Dies wird insbesondere in den Arbeitsgruppen geschehen und ich bin sehr gespannt auf das Ergebnis.

Wie Sie wissen, ist die Übersicht der Universität Bremen Ausgangslage sowohl für die Impulsreferate als auch für die Arbeitsgruppen. Es geht also um Ergänzung und Weiterentwicklung nicht um Wiederholung. Im Vorfeld des Präventionsgesetzes soll ein weiterer Beitrag dazu geleistet werden, wie in Deutschland ein Präventionsziel „Gesundes Alter“ realisiert werden kann.

Die Ergebnisse unseres Workshops sollen auch wieder zurückgespiegelt werden an die AG 3 des Deutschen Forums: Es ist geplant, diese in der AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung zu präsentieren und zu diskutieren.

Zu unserem heutigen Workshop möchte ich ganz besonders unsere externen Gäste begrüßen:

Die wohl weiteste Anreise haben unsere Gäste aus Österreich und der Schweiz:

- Frau Plunger vom Fonds Gesundes Österreich und
- Frau von Holzen von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.

Herzlich Willkommen!

Als wissenschaftliche Expertinnen und als Experten begrüße ich

- Frau Professor Walter, von der Medizinischen Hochschule Hannover, der ich an dieser Stelle nochmals zur Stiftungsprofessur „Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung“ gratulieren möchte, den sie im Februar angetreten hat.

- Frau Lademann vom Zentrum für Public Health der Universität Bremen, die eigentlich mit Frau Prof. Kolip zusammen hier sein wollte, die nun wegen eines wichtigen Termins leider heute verhindert ist.
- Frau Tinzmann vom Institut für Gerontologie der Universität Dortmund, die heute den Direktor des Institutes für Gerontologie, Herrn Professor Naegele, vertritt, der ebenfalls aufgrund eines wichtigen Termins absagen musste,
- sowie Herrn Professor Tesch-Römer, als Institutsleiter des Deutschen Zentrums für Altersfragen, Berlin.

Als weitere Expertinnen und Experten begrüße ich sehr herzlich

- Frau Dr. Robertz-Grossmann von der Bundesvereinigung für Gesundheit, Bonn,
- Frau Verhülsdonk als Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen, Bonn,
- Frau Berkels von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Berlin),
- Frau Blessing-Kapelke vom Deutschen Sportbund in Frankfurt,
- Herrn Professor Dr. Meier-Baumgartner, Direktor des Albertinen-Hauses in Hamburg, einem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie,
- Herrn Altekruze von der Firma Zeitfilm Media (Hamburg),
- und Herrn Grieger, als Berater im Gesundheits- und Sozialwesen mit dem Schwerpunkt „Altenhilfe“ (Bonn).

Als Vertreterin des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend begrüße ich

- Frau Weritz-Hanf

Und von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung heiße ich

- Frau Apitz,
- und Herrn Dr. Peretzki herzlich willkommen.

In der gleich noch folgenden Vorstellungsrunde haben Sie alle die Gelegenheit, sich mit Ihrem besonderen Bezug zum Thema „Gesundes Alter“ näher vorzustellen.

Ich möchte damit schließen und das Wort an Herrn Dr. Lehmann weitergeben, der uns als Moderator durch den heutigen Workshop leiten wird.

4 Gesundes Alter – demographische und epidemiologische Grundlagen / Präventionspotentiale

Referat Prof. Dr. Ulla Walter,
Medizinische Hochschule Hannover

4 Gesundes Alter – Demographische und epidemiologische Grundlagen / Präventionspotentiale

Referat Prof. Dr. Ulla Walter,
Medizinische Hochschule Hannover

Zusammenfassung:

Frau Prof. Walter stellte in ihrem Vortrag zusammenfassend die derzeitige und zukünftig sich abzeichnende demographische Situation dar und erläuterte die in der zweiten Lebenshälfte dominierenden körperlichen und psychischen Erkrankungen und deren Risikofaktoren. Ausgehend vom Ziel „Kompression der Morbidität“ skizzierte Frau Prof. Walter vorhandene und größtenteils noch unausgeschöpfte Präventionspotentiale für ein „Gesundes Alter“ sowie hierfür grundlegende theoretische Konzepte zum aktiven Alter/n.

- „Demographische Transition“: Der Anteil der Älteren in der Bevölkerung steigt. Während im Jahr 2001 die Altersgruppe der über 60-jährigen 24,1% der Bevölkerung ausmachten, ist für das Jahr 2050 mit einem Anteil von 36,7 % rechnen. Der Altenquotient, der die Anzahl der über 60-Jährigen zu je 100 Erwerbstätigen (20- bis 59-Jährigen) angibt, wird steigen. Derzeit liegt er bei etwa 43,9 (d.h. 43,9 Personen, die 60 Jahre und älter sind, stehen 100 Personen im Alter von 20 bis 59 gegenüber), für das Jahr 2050 wird eine Steigerung des Altenquotienten auf 77,8 erwartet.

Steigende Lebenserwartung Die Lebenserwartung bei Geburt liegt in Deutschland bei 75,6 Jahren für Männer und bei 81,3 Jahren für Frauen (Statistisches Bundesamt 2003).

- Anstieg bedeutsamer Krankheiten im Alter: ab dem Alter von 50 Jahren zeigt sich ein deutlicher Anstieg für die Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ II), Asthma/COPD, Brustkrebs.
- Kompression oder Extension der Morbidität? Die Frage, ob die steigende Lebenserwartung eher mit einer Extension (Gruenberg, 1977) oder mit einer Kompression der Morbidität (Fries, 1980) verbunden ist, scheint für Deutschland eher im Sinne der Kompressions- these beantwortbar zu sein. Die Kompression der Morbidität ist ein für Deutschland gut belegbarer Trend, die Ursachen hierfür sind allerdings unklar bzw. noch nicht erforscht. Mögliche Ursachen sind neben der medizinischen Fortschrittsentwicklung insbesondere in der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Bildung, Verminderung der Umweltbelastungen und dem verbesserten Gesundheitsverhalten zu sehen.
- Beachtliche präventive Potentiale bestehen. Das Hinausschieben der Kompression der Morbidität ist nach Fries (2000) um ca. 10 Jahre möglich.
- Wichtige Problembereiche mit präventiven Potenzialen sind: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmte Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose, Atemwegserkrankungen, bestimmte psychische Erkrankungen, Unfälle, Mundprophylaxe, Vermeidung von Infektionskrankheiten, Vorbeugung von Pflegefehlern. Diese Erkrankungen bestimmen den größten Anteil des zu erwartenden wachsenden Pflegebedarfs.
- Neben den medizinischen Maßnahmen müssen bei zukünftigen Ansätzen der präventiven Arbeit die Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten verstärkt ins Blickfeld rücken, die fünf großen Bereichen zugeordnet werden können:

- Alter, Geschlecht und genetische Faktoren,
 - individuelle Verhaltens- und Lebensstilfaktoren,
 - soziale und gesellschaftliche Einflüsse,
 - Lebens- und Arbeitsbedingungen,
 - generelle sozioökonomische, kulturelle Bedingungen und Umweltbedingungen.
- Gesundheitspotenziale liegen insbesondere in Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Stärkung von Ressourcen:
 - Förderung von Selbstsicherheit,
 - Kognitions- und Mobilitätstraining,
 - Bewältigung von Lebenskrisen,
 - Umgang mit Einbußen und Förderung der Fähigkeit zur Kompensation,
 - Soziale Unterstützung,
 - Lebensmut,
 - Austausch mit Gleichgesinnten.
- Wesentliche Konzepte zum aktiven Alterns sind:
 - (1.) **Successful ageing I** nach Rowe & Kahn (1998)
 Die zentrale Frage in Anlehnung an die Salutogenese lautet: Was erhält gesund und führt zu geringem Risiko für Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen?
 Als wichtige Voraussetzung für erfolgreiches Altern wird das soziale Engagement im höheren Alter betrachtet. Beispielsweise ehrenamtliche Tätigkeiten wahrnehmen oder auch im zwischenmenschlichen Bereich Beziehungen pflegen, um im gesellschaftlichen Kontakt zu bleiben. Als ebenso wichtig gilt die Erhaltung funktionaler Fähigkeiten im mentalen und körperlichen Bereich.
 - (2.) **Successful ageing II** / Produktives Altern nach Baltes & Baltes (1990, 1999)
 Produktives Altern zeichnet sich durch eine erfolgreiche Adaption an altersspezifische Verluste und Herausforderung aus. Eingeschlossen ist hierbei sowohl der kognitive, körperliche als auch der soziale Bereich.
 - (3.) **Active Ageing** (WHO, seit Ende der 90er Jahre)
 Unter „Active Ageing“ versteht die WHO den lebenslangen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Active Ageing verfolgt neben dem Ziel, die individuelle Lebensqualität, insbesondere durch den Erhalt der Autonomie, zu steigern und zu verbessern, auch das Ziel, die finanziellen Belastungen für den Gesundheits- und Sozialbereich zu reduzieren.
- Für die Planung und Umsetzung präventiver Interventionen sind notwendig:
 - eine genaue Definition und Identifikation der Zielgruppe,
 - eine adäquate Wahl der Zugangswege (z. B. aufsuchende Verfahren),
 - eine adressatengerechte individuelle Information und Unterstützung,
 - nachhaltige Betreuung (anhaltende Kontaktaufnahme),
 - ggf. Veränderung der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen.

Gesundes Alter

Demographische und epidemiologische Grundlagen / Präventionspotenziale

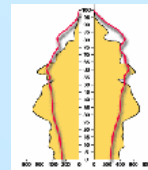
Prof. Dr. Ulla Walter

Medizinische Hochschule Hannover
Prävention und Rehabilitation
in der System- und Versorgungsforschung

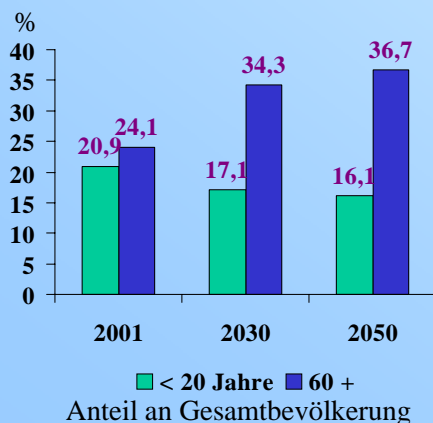
ExpertInnen-Workshop BZgA - Gesundes Alter - Köln 9. März 2005

Demographische Transition I

(10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung 2003)



Zunahme der älteren Bevölkerung:



Altenquotient:

Relation der Bevölkerung im „Rentenalter“ zur Bevölkerung im Erwerbsalter (20-59 Jahre)

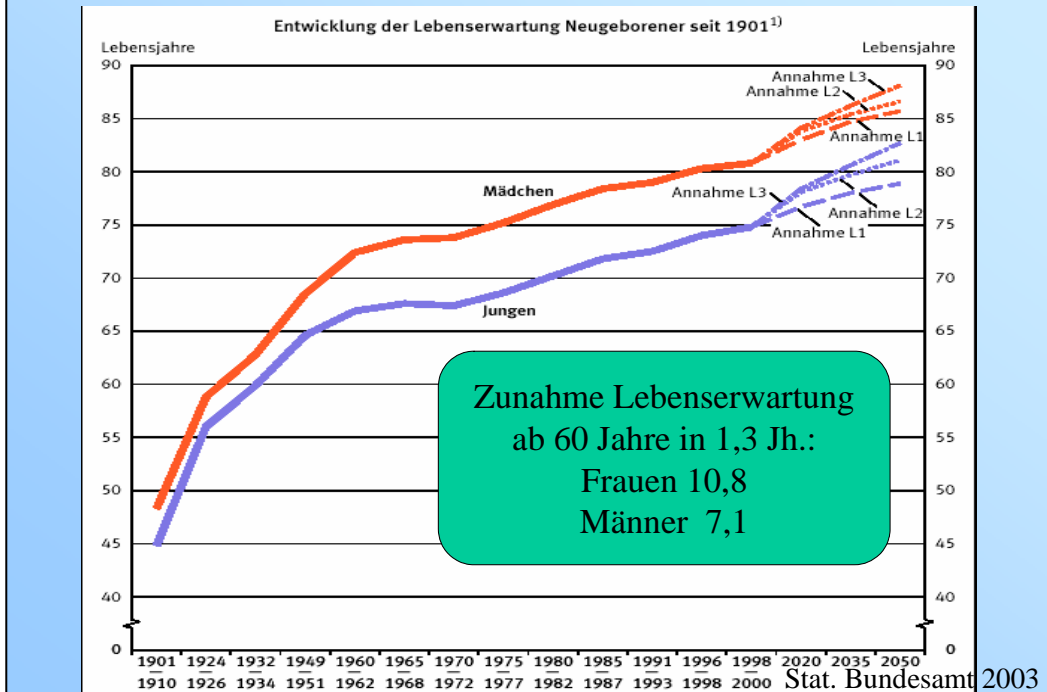
2001: 60 Jahre 43,9

100 Erwerbstätigen standen 44 Rentner gegenüber

2050: 60 Jahre 77,8

67 Jahre 47,4

Demographische Transition II



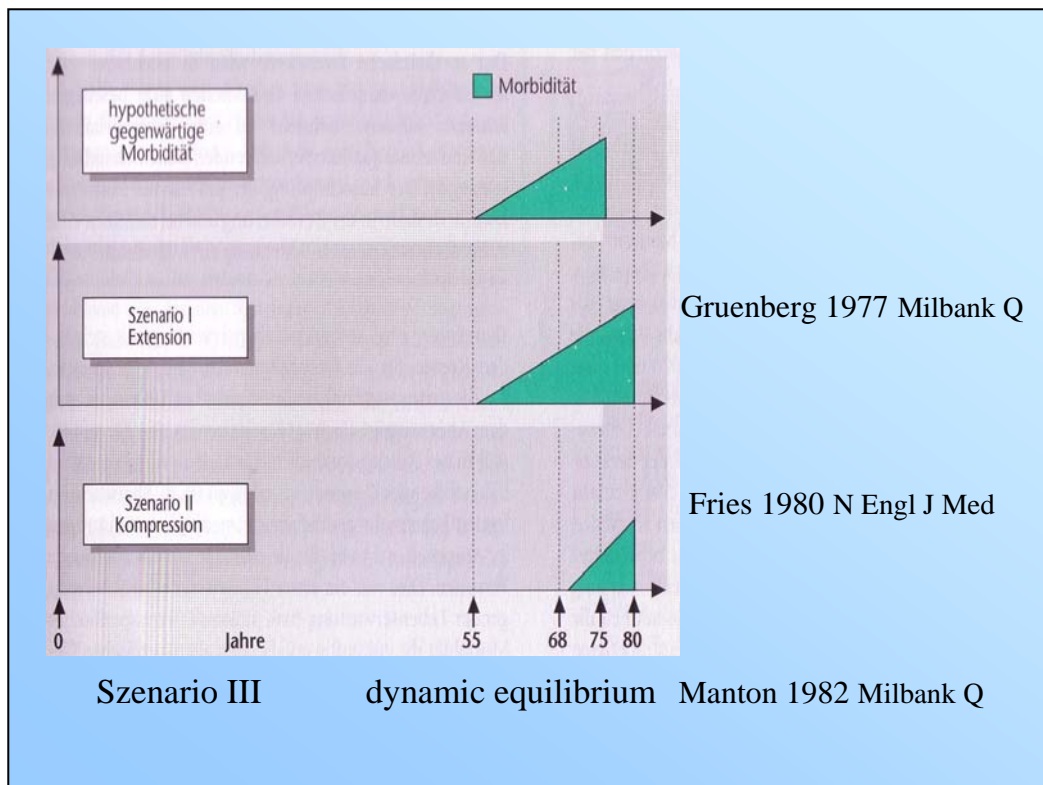
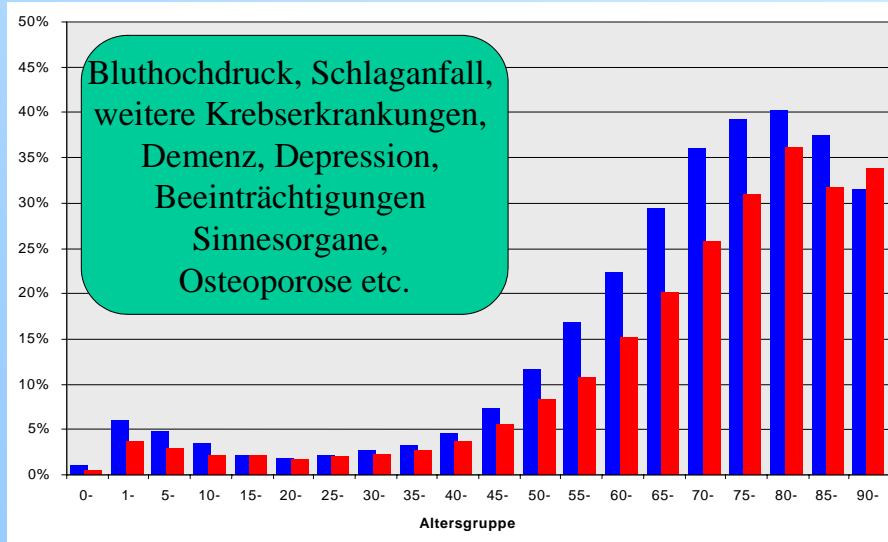
Lebenserwartung

2001/2003	2035	Männer	Frauen
bei Geburt		75,6	81,3
im Alter von 60 Jahren		19,8	23,9
im Alter von 65 Jahren		16,1	19,6
im Alter von 80 Jahren		7,1	8,6
		22,7	27,1

Stat. Bundesamt 2005

10. Bevölkerungsvorausberechnung, Stat. Bundesamt 2003

Versicherte mit mindestens einer der Krankheiten Koronare Herzkrankheit, Diabetes Typ II, Asthma/COPD oder Brustkrebs (GEK 2003)



Kompression oder Extension?

USA (Freedman et al. JAMA 2002, Review 8 Surveys):

Beeinträchtigungen bei 65-70+

hohes Lebensalter: IADL

ADL: National Long-Term Care Survey

New Zealand (Graham et al. J Epidemiol Com Health 2004):

kaum Veränderungen Mobilitätseinschränkungen

aber moderate funktionale Beeinträchtigungen

Deutschland (Dinkel 1999, Klein & Unger 2002):

Mikrozensus: Zunahme aktive LE

SOEP: Rückgang Jahre in Inaktivität

Baltes (1999): 70-jährige um 5 Jahre gesünder als vor 3 Jahrzehnten

Mögliche Ursachen



- Bildung
- Verbesserung ökonomischer Faktoren
- Verbessertes Gesundheitsverhalten

Beachtliche präventive Potenziale

- *Kompression der Morbidität:*
Ein Hinausschieben der Morbidität
um ca. 10 Jahre ist möglich (Fries 2000)
- *Voraussetzung:*
Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung,
insbesondere in der zweiten Lebenshälfte

Präventionspotenziale nach wichtigen Problembereichen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen
best. Krebserkrankungen
Diabetes mellitus Typ II
Osteoporose
Atemwegserkrankungen
best. psychische Erkrankungen
Unfälle
Mundprophylaxe
Vermeidung von Infektionskrankheiten
Vorbeugung von Pflegefehlern
...

Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten

Bewegung
Ernährung
Rauchen

Medikation

Wohnumfeld
Möglichkeiten der
Kompensation

soziale Unterstützung
soziale Isolation
negative Emotionen

Bildung
Einkommen
Arbeitslosigkeit



Ressourcen zur Stärkung der Gesundheitspotenziale im Alter

Förderung Selbstsicherheit
Training der Kognition und Mobilität
Bewältigung von Lebenskrisen
Umgang mit Einbußen und Förderung der
Fähigkeit zur Kompensation
soziale Unterstützung
Lebensmut
Austausch mit Gleichgesinnten
...

Sucessful ageing I

Rowe & Kahn (1998):
„growing old with health and vitality“

Charakteristika:

- Geringes Risiko für Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen
- Hohe mentale und körperliche Funktionsfähigkeit
- Aktives Engagement im höheren Alter (Austausch/soziale Netze, Produktivität)

Sucessful ageing II / Produktives Altern

Baltes & Baltes (1990, 1999): erfolgreiche Adaptation an altersspezifische Verluste und Herausforderungen

- *Plastizität:*
ungenutzte und latente Potenziale
= *Präventionspotenziale*
- *Potenziale in:*
 - Kognitiver Bereich
 - Körperliche/funktionaler Bereich
 - Sozialer Bereich
- *Strategien:*
 - Selektion
 - Optimierung
 - Kompensation

Selektive Optimierung mit Kompensation (Baltes & Baltes 1996)

„Der achtzigjährige Pianist A. Rubinstein wurde ...
Gefragt, wie es ihm gelinge, über all die Jahre so ein
erfolgreicher Pianist zu bleiben. Rubinstein antwortete,
dass er sich bemühe, das Nachlassen seiner
Fähigkeiten aufgrund seines Alterns dadurch zu
meistern, dass er zum einen sein Repertoire verringert
habe ... (*Selektion*), dass er diese Stücke häufiger übe
(*Optimierung*) und dass er drittens einige Kunstgriffe
anwende, z.B. das Tempo vor besonders schnellen
Sätzen ein wenig verlangsamt, wodurch der bloße
Eindruck eines anschließend schnellen Spiels erzielt
würde (*Kompensation*).“

Active Ageing (WHO)



Active:

weitergeführte Partizipation im sozialen, ökonomischen,
kulturellen, spirituellen Bereich

Health:

körperliches, seelisches, soziales Wohlbefinden

Ziel:

Erhalt der Autonomie und Unabhängigkeit

Ansatz:

(1) Red. Risikofaktoren, Verbesserung Gesundheit und
Versorgung, (2) Partizipation, (3) soziale Sicherung, Würde

Prävention im Alter – eine „Kleinigkeit“?!

„Und im Alter geht es darum, den Leuten klarzumachen, dass sie das, was sie können, weiter ausüben müssen, dass sie sonst ihre Fähigkeiten verlieren, je gemütlicher sie werden. Und die Leute dazu zu bringen, ganz einfache schlichte Dinge, die auch nichts kosten, für sich zu tun, jeden Tag einen Spaziergang zu machen.“ (HA)

[Walter, Flick, Schwartz 2003]

Präventive Interventionen

- Zielgruppenorientierung
- Zugangswege (z.B. aufsuchende Verfahren)
- Adressatengerechte individuelle Information und Unterstützung
- Nachhaltige Betreuung
- Ggf. Veränderung der Organisationsstrukturen, Rahmenbedingungen

Unterstützung der Professionellen

„Prävention natürlich immer weniger im Alter, weil da gibt's ja nicht mehr viel Prävention, die letzten Jahre, ... das heißt, ich werde Tabletten eher reduzieren, da eher absetzen, was das Alter betrifft, was im Alter-also was- Cholesterinprophylaxe konkret, kriegen die natürlich weniger Medikamente. Und ich bin großzügiger, was den Blutdruck betrifft, ich bin großzügiger, was den Zucker betrifft. Also da spielen andere Kriterien einfach eine Rolle, als die, in Führungszeichen, Leitlinien oder Standards.“ (HA)

Unterstützung durch Professionelle, Angehörige

- Wirksamkeit von Prävention im Alter
- Konzepte und Strategien
- Handlungsorientierungen
- Verständnis von Alter

Fazit

- Unausgeschöpfte präventive Potenziale
- Interventionen zeigen Ansätze auf, Ergebnisse liegen jedoch nicht systematisch vor (Evidenz)
- Zielgruppe der Älteren und Hochbetagten bislang nicht im Fokus
- Wissens- und Handlungsdefizite
- Nicht nur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, sondern auch Kompensation altersbedingter Beeinträchtigungen
- Individuelle und gesellschaftliche Akzeptanz von Altern, Kompensationsmöglichkeiten, Identifikation und Überwindung von Barrieren zum Erhalt der Selbständigkeit



5 Gesundes Alter – psychosoziale Determinanten

Referat Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer,
Deutsches Zentrum für Altersfragen

5 Gesundes Alter – psychosoziale Determinanten

Referat Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer,
Deutsches Zentrum für Altersfragen

Zusammenfassung:

Der Schwerpunkt des Referates lag auf der Darstellung der psychosozialen Determinanten für ein gesundes Alter sowie der daraus ableitbaren und wissenschaftlich belegten Handlungsansätze/Präventionspotentiale. Herr Prof. Tesch-Römer beschrieb den Wandel vom Defizitmodell des Alters zum Potentialmodell (vgl. auch 5. Altenbericht) und als bedeutsame Aspekte des „Gesunden Alters“ u.a. die Variabilität der Entwicklung im Alter (relativ geringe Bedeutung des chronologischen Alters für die Lebenszufriedenheit), den Zusammenhang von Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden sowie die Bedeutung von Resilienz- bzw. kompensatorische Faktoren.

- Aus gerontologischer Sicht ist Alter(n) Teil des Lebenslaufes und somit nicht mit Krankheit gleichzusetzen. Das Konzept der „Entwicklungsaufgaben“ ist eher als ein sinnvolles Konzept für „Gesundheit im Alter“ anzusehen, während das Konzept der „kritischen Lebensereignisse“ demgegenüber eher ein sinnvolles Konzept für den Bereich „Krankheit im Alter“ darstellt. Das „dritte Lebensalter“ ist eine von Chancen geprägte Zeit, das „vierte Lebensalter“ ist die Zeit des gehäuften Auftretens bzw. höheren Risikos chronischer Krankheiten sowie Pflegebedürftigkeit. Die Einteilung in drittes und viertes Lebensalter ist nicht unproblematisch und wird in der Fachwelt diskutiert.
Der Begriff „gesundes Alter“ ist aus Sicht von Herrn Prof. Tesch-Römer dem Begriff des „erfolgreichen Alterns“ vorzuziehen, da letzterer zu sehr an Zufriedenheit und Anpassung orientiert ist.
- Die subjektive Gesundheit im Alter wird in der Regel positiv eingeschätzt, Gesundheit wird eher als Abwesenheit von quälenden Beschwerden empfunden. Zu beobachten ist das Zufriedenheitsparadox, wonach die Zufriedenheit im Alter trotz zunehmender Verlustwahrscheinlichkeit kaum abnimmt.
- Wichtige Risiko- und Schutzfaktoren im Alter sind u.a.:
 - Soziale Ungleichheit: Menschen mit niedrigem sozialen Status verzeichnen eine höhere Morbidität und eine kürzere Lebensdauer als Angehörige der oberen Schichten. Gründe dafür können Unterschiede in Ressourcen, Belastungen und Lebensstil sein. Zur Frage, ob soziale Unterschiede im Alter bedeutsamer oder schwächer werden, ist die empirische Befundlage nicht eindeutig.
 - Soziale Beziehungen und Unterstützung wirken sich grundsätzlich positiv auf den Gesundheitszustand aus und können in Krisen eine Puffer-Wirkung haben. Soziale Beziehungen können aber auch belastend wirken.
 - Lebensstil und Gesundheitsverhalten: Im Zusammenhang mit den nachgewiesenen positiven präventive Wirkungen von Lebensstil und Gesundheitsverhalten (Rauchen, Ernährungsverhalten, Bewegung) ist es wichtig, einem therapeutischen Nihilismus („es ist zu spät“) entgegenzuwirken und Motivationsprobleme älterer Menschen zu beachten.
 - Subjektives Wohlbefinden ist ein weiterer potentieller Schutz- bzw. Risikofaktor. Personen mit stärkeren und häufigeren negativen Emotionen und einsame Personen haben z.B. ein erhöhtes Risiko für Gesundheitseinbußen.

- Kontrollüberzeugungen und Altersbild: Personen, die über eine hohe Kontrollüberzeugung und eine optimistische Lebenseinstellung verfügen, haben ein geringeres Risiko für Gesundheitseinbußen. Auch eine entspannte Einstellung zum Alternsprozess wirkt sich positiv auf das eigene Befinden aus.

- Zwei zentrale Bewältigungsstrategien gilt es zu unterscheiden: Assimilation (starre Zielverfolgung) vs. Akkommodation (flexible Zielverfolgung). Im Alter gibt es eine zunehmende Tendenz zur flexiblen Zielverfolgung, wobei das Extrem der zu großen Anpassung (zu frühes Aufgeben) als gesundheitsschädlich eingestuft wird.
- In Bezug auf die Ergebnisse der Expertise „Gesund Altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheitsförderung“ sind folgende weitere Arbeitsschritte notwendig:
 - Priorisierung von Zielgruppen,
 - Priorisierung von Zielbereichen,
 - Entwicklung und Überprüfung konkreter Maßnahmen,
 - Strategieentwicklung eines nationalen Gesundheitsziels „Gesundes Altern“.
- Als wichtige Ansatzpunkte und Zielbereiche für die Gestaltung gesundheitserhaltender und -förderlicher Maßnahmen sind zu nennen:
 - Früh beginnen - Alter als Endphase der Biographie sehen,
 - Alter als Entwicklungschance darstellen,
 - Ansprüche hoch halten („therapeutischem Nihilismus“ entgegenwirken),
 - Motivation stärken: Nutzen verdeutlichen,
 - Soziale Ungleichheiten berücksichtigen.

Gesundes Altern – Psychosoziale Determinanten

Clemens Tesch-Römer

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Impulsreferat, gehalten auf dem Workshop „Gesundes Altern“,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 9. März 2005

- (a) Einleitung
- (b) Gesundheit und Krankheit im Alter
- (c) Risiko- und Schutzfaktoren
- (d) Empfehlungen
- (e) Anhang

Einleitung

(a) Einleitung

- I. Annahmen über den Zusammenhang zwischen Altern und Krankheit
- II. Konzept der Entwicklungsaufgaben
- III. Defizite und Potenziale des Alter(n)s
- IV. Variabilität des Alters

- (b) Gesundheit und Krankheit im Alter
- (c) Risiko- und Schutzfaktoren
- (d) Empfehlungen
- (e) Anhang

Einleitung I: Annahmen über Zusammenhang zwischen Alter(n) und Krankheit

Annahme 1: Alter(n) ≠ Krankheit?

Gesundheitsstatus im Alter von spezifischen pathologischen Prozessen beeinflusst, die auf kumulierten Risikofaktoren oder -verhalten beruhen.
Beispiele: Herzinfarkt, Lungenemphysem.

→ gesundheitsbezogene Interventionen etwa als Gesundheitsförderung, Prävention oder Rehabilitation.

Annahme 2: Alter(n) = Krankheit?

Krankheiten im Alter integraler Bestandteil von Alternsprozessen.
Mögliches Beispiel: Demenz (?).

→ gesundheitsbezogene Interventionen als Unterstützung der Bewältigung von Einbußen.

Seite 3

Einleitung II: Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse

– **Entwicklungsaufgabe (EA)**

EA: Sequenz von altersnormierten Herausforderungen (in einem bestimmten Lebensabschnitt erwartbar und mit bewertbaren Lösungen verknüpft), die auf biologischen Veränderungen, sozialen Erwartungen und individuellen Zielen beruhen.

→ *Gesundheit im Alter als Entwicklungsaufgabe*

– **Kritisches Lebensereignis (KLE)**

KLE: Nicht-normativer Einschnitt in den Lebenslauf, der mit Problemen, Verlusten oder Gewinnen verknüpft ist. KLE kann ein Risiko für Fehlanpassungen darstellen, aber auch als Herausforderung für positive Entwicklung gesehen werden.

→ *Krankheit im Alter als kritisches Lebensereignis*

– **Wichtig: Altern als Teil des Lebenslaufs!**

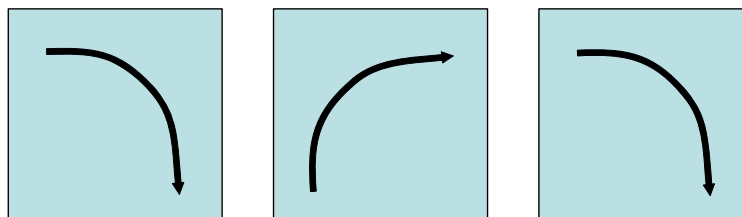
Seite 4

Einleitung III: Defizite und Potenziale des Alter(n)s

- **Drittes Lebensalter**
60 bis 80/85 Jahre (aber zeitliche Begrenzung sinnvoll?)
Marker: Übergang in den Ruhestand
Charakteristik: in der Regel gute Gesundheit, Potenzial für bürgerschaftliches Engagement
Offene Fragen: Potentiale des Alters nutzen, längere Erwerbsphase?
- **Viertes Lebensalter**
über 80/85 Jahre (aber zeitliche Begrenzung sinnvoll?)
Marker: kein eindeutiger Marker
Charakteristik: Multimorbidität, hohes Risiko für Pflegebedürftigkeit und Demenz
Offene Fragen: keine feste Altersgrenzen, historischer Wandel, negatives Altersstereotyp?

Seite 5

Einleitung III: „Unvollendete Architektur des vierten Lebensalters“



Adaptivität des Organismus:
Abnahme
mit dem Alter

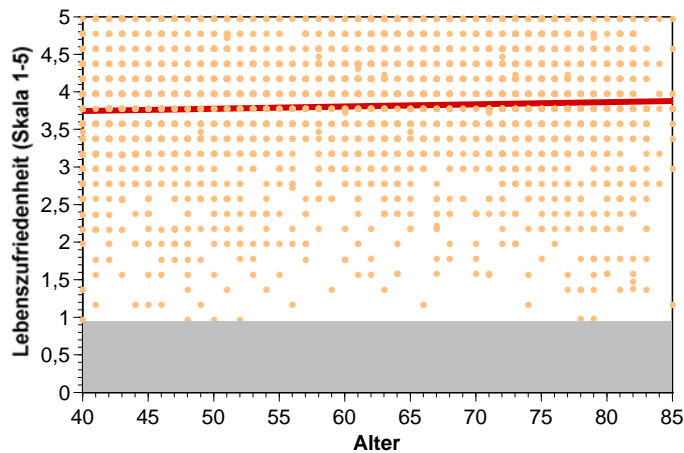
Bedarf an Kultur:
Zunahme
mit dem Alter

Effektivität der Kultur:
Abnahme
mit dem Alter

Paul Baltes (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der menschlichen Humanontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. Psychologische Rundschau, 48, 191-210.

Seite 6

Einleitung IV: Heterogenität des Alter(n)s



Datengrundlage: Alterssurvey 2002, Replikationsstichprobe (n=3.084), gewichtet.

Seite 7

Gesundheit und Krankheit im Alter

- (a) Einleitung
- (b) Gesundheit und Krankheit im Alter**
 - I. Altersphysiologische Veränderungen
 - II. Körperliche und psychische Gesundheit
 - III. Funktionale Gesundheit
 - IV. Subjektive Gesundheit
- (c) Risiko- und Schutzfaktoren
- (d) Empfehlungen
- (e) Anhang

Seite 8

Gesundheit und Krankheit im Alter I: Altersphysiologische Veränderungen

- **Risikofaktoren für Entstehung von Krankheiten**
Veränderungen der physiologischen Funktionen, die selbst nicht krankheitswertig, aber Risikofaktoren für Krankheiten sind.
Beispiel: Herz verliert an Muskelmasse und Kraft → bei jeder Herzkontraktion wird weniger Blut in die Aorta ausgestoßen → in der Folge entstehen Gefäßerkrankungen.
- **Funktionale Einschränkungen**

	70-84 Jahre	85 Jahre und älter
Sehbehinderung:	20%	61%
Hörbehinderung:	15%	44%

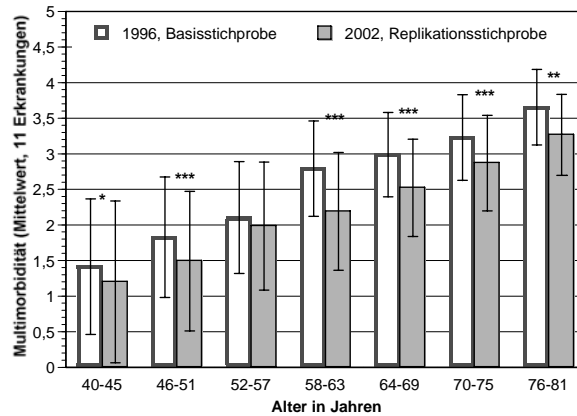
Seite 9

Gesundheit und Krankheit im Alter II: Körperliche und psychische Gesundheit

- **Typologie gesundheitlicher Einbußen**
 - Lebensbedrohliche Erkrankungen mit Präventionspotential
(z.B. Herz- und Gefäßerkrankungen, Hirngefäßkrankheiten)
 - Nicht-lebensbedrohliche Erkrankungen mit Präventionspotential
(z.B. Krankheiten des Bewegungsapparats, Diabetes mellitus)
 - Nicht-lebensbedrohliche Erkrankungen, ohne Präventionspotential
(z.B. Seh- und Höreinbußen, Harninkontinenz)
 - wichtig: Multimorbidität/Polypathie
- **Individuelle Veränderungsprozesse und historischer Wandel**
Zunahme der durchschnittlichen Gesundheitseinbußen mit dem Alter
Allerdings: Historischer Wandel im Gesundheitszustand

Seite 10

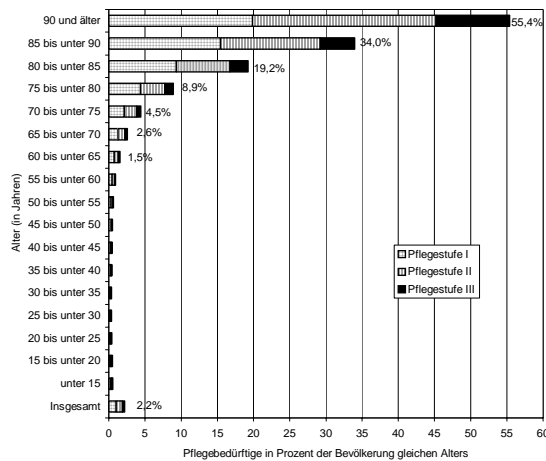
Gesundheit und Krankheit im Alter II: Multimorbidität im Kohortenvergleich



Datengrundlage: Basisstichprobe 1996 (n=4.003) und Replikationsstichprobe 2002 (n=2.775) des Alterssurveys, gewichtet. *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Seite 11

Gesundheit und Krankheit im Alter III: Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit



Quelle: Dritter Altenbericht, 2001 (S. 67)

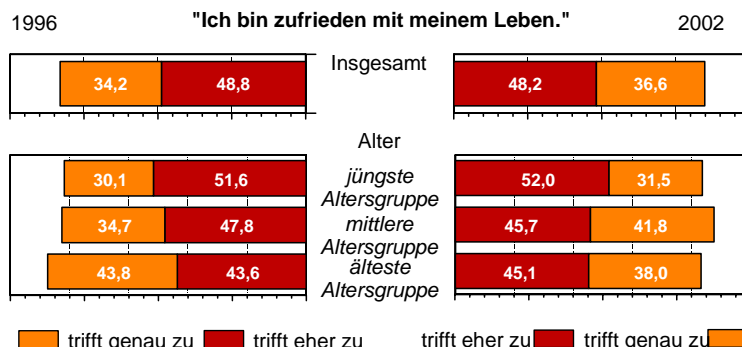
Seite 12

Gesundheit und Krankheit im Alter IV: Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden

- **Objektive und subjektive Gesundheit**
Objektiver medizinischer Befund und subjektive Gesundheit stimmen gerade im Alter nur selten überein, in der Regel eher optimistische Gesundheitswahrnehmung. Subjektive Gesundheit ist ein besserer Prädiktor für Mortalität als objektiver medizinischer Status.
- **Veränderung des Gesundheitskonzepts**
Gesundheit im höheren Erwachsenenalter weniger „Abwesenheit von Krankheit“ als vielmehr „Abwesenheit von quälenden Beschwerden und funktionellen Einschränkungen“.
- **„Zufriedenheitsparadox“**
Zufriedenheit im Alter nimmt trotz zunehmender Verlustwahrscheinlichkeit kaum ab: Intra-psychische Bewältigungsmechanismen (selektive Optimierung mit Kompensation, Akkommodation und Assimilation, sekundäre Kontrolle).

Seite 13

Exkurs: „Zufriedenheitsparadox“ Empirische Ergebnisse



Quelle: Alterssurvey Basisstichprobe 1996 (N=3.998, gewichtet),
Replikationsstichprobe 2002 (N=2.767, gewichtet)

Seite 14

Exkurs: „Zufriedenheitsparadox“ Theoretische Modelle

- **Psychologische Ansätze**
Selektive Optimierung mit Kompensation
Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation
Theorie der primären und sekundären Kontrolle
- **Zielgrößen**
(eingeschränkte) Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit
Lebenszufriedenheit
- **Intrapsychische Anpassungsmechanismen**
Selektion: Auswahl aus Zielen.
Akkommodation: Zielsubstitution, Veränderung des Anspruchsniveaus
Sekundäre Kontrolle: (Intentionale) Regulation von Entwicklungszielen.
→ *förderlich für zufriedenes Altern, aber auch für gesundes Altern?*

Seite 15

Risiko- und Schutzfaktoren im Alter

- (a) Einleitung
- (b) Gesundheit und Krankheit im Alter
- (c) Risiko- und Schutzfaktoren im Alter**
 - I. Soziale Ungleichheit
 - II. Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung
 - III. Lebensstil und Gesundheitsverhalten
 - IV. Subjektives Wohlbefinden
 - V. Kontrollüberzeugungen und Altersbild
- (d) Empfehlungen
- (e) Anhang

Seite 16

Risiko- und Schutzfaktoren I: Soziale Ungleichheit

- **Soziale Ungleichheit**
Bildungsstand, Berufsstatus, Einkommen und Vermögen
→ Angehörige der Unterschicht haben eine höhere Morbidität und eine kürzere Lebensdauer als Angehörige der oberen Schicht (Unterschied in Deutschland zwischen „ganz oben“ und „ganz unten“ etwa drei Jahre“).
- **Vermittlungsmechanismen**
Unterschiede in Ressourcen, Unterschiede in Belastungen, Unterschiede im Lebensstil (→ siehe III.)
- **Alter und soziale Ungleichheit**
„Age as double jeopardy“: soziale Unterschiede im Alter bedeutsamer, da Altern mit vielen Belastungen verbunden, für deren Bewältigung Ressourcen notwendig sind.
„Age as leveler“: soziale Unterschiede im Alter schwächer, da biologische Prozesse für Angehörige aller sozialer Schichten mit fortschreitendem Alter an Bedeutung zunehmen.

Seite 17

Risiko- und Schutzfaktoren II: Soziale Beziehungen und Unterstützung

- **Wirkungen sozialer Unterstützung**
In der Regel werden positive Wirkungen sozialer Integration und sozialer Unterstützung angenommen und nachgewiesen. Es gibt aber auch Belastungen in sozialen Beziehungen (z.B. „geteiltes Leid“ in Freundschaftsbeziehungen; ambivalente oder sogar durchweg negative Beziehungen)!
- **Mechanismen**
Haupteffekte: Soziale Beziehungen, soziale Integration und soziale Unterstützung sind grundsätzlich und immer positiv. Direkte Wirkung (SU erhält gesund) versus indirekte Wirkung (SU sorgt für gutes Gesundheitsverhalten).
Puffer-Wirkung: Soziale Beziehungen, soziale Integration und soziale Unterstützung wirken in Krisen.

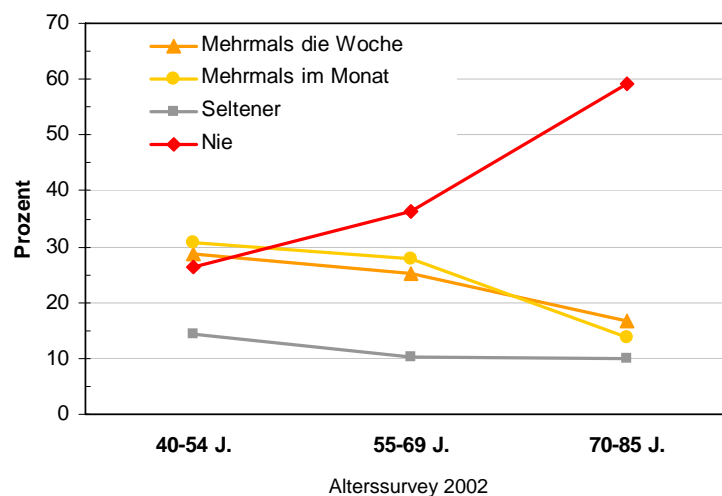
Seite 18

Risiko- und Schutzfaktoren III: Lebensstil und Gesundheitsverhalten

- **Lebensstil und Gesundheitsverhalten**
Rauchen
Bewegung
Ernährungsverhalten
→ positive präventive Wirkungen bekannt.
- **Wirkungen präventiver Maßnahmen**
„Es ist zu spät – das nutzt doch jetzt eh' nichts mehr“
→ falsch! Auch im Alter haben präventive Maßnahmen positive Wirkungen.
- **Motivation für Verhaltensänderungen**
„Ich habe keine Lust...“
→ Aufgabe der Gesundheitsförderung

Seite 19

Risiko- und Schutzfaktoren III: Lebensstil und Gesundheitsverhalten



10

Risiko- und Schutzfaktoren IV: Subjektives Wohlbefinden

- **Wohlbefinden und Gesundheit**
Personen mit stärkeren und häufigeren negativen Emotionen (Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit, Feindseligkeit) haben ein erhöhtes Risiko für Gesundheitseinbußen, etwa für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- **Einsamkeit und Gesundheit**
Einsame Personen haben ein höheres Risiko für Gesundheitseinbußen, Umzug in ein Pflegeheim und Mortalität.

Seite 21

Risiko- und Schutzfaktoren V: Kontrollüberzeugungen und Altersbild

- **Kontrollüberzeugungen und Gesundheit**
Direkte Wirkung: Kontrollüberzeugung/Optimismus ist an sich gut für Gesundheit.
Indirekte Wirkung: Kontrollüberzeugung/Optimismus führt zu besserem Gesundheitsverhalten.
- **Altersbild und subjektives Alterserleben**
Überzeugungen und Erwartungen hinsichtlich des Alternsprozesses („Diese Symptome gehören eben zum Altern“). Veränderung der „Alterskognitionen“ mit dem Altern: Zunächst gelerntes Stereotyp, dann Erfahrungen und Erleben des eigenen Älterwerdens.
Korrelation von wachstums- vs. verlustbezogenen Kognitionen und Gesundheit („self-fulfilling prophecy“?).

Seite 22

Empfehlungen

- (a) Einleitung
- (b) Gesundheit und Krankheit im Alter
- (c) Risiko- und Schutzfaktoren im Alter
- (d) Empfehlungen**
 - I. Ergebnisse des Diskussionspapiers
 - II. Einige Anmerkungen
- (e) Anhang

Empfehlungen I: Ergebnisse des Diskussionspapier

- **Ergebnisse**
 - Bislang vor allem individuelle Verhaltensänderung.
 - Bislang vor allem körperliche Gesundheit (präventive Maßnahmen bei Demenz?)
 - Bislang kaum Zielgruppendifferenzierung.
 - Bislang eher Prävention, kaum Gesundheitsförderung.
 - Empfehlungen bislang eher generell, kaum konkrete Maßnahmen.
- **Weitere Arbeitsschritte**
 - Priorisierung von Zielbereichen.
 - Priorisierung von Zielgruppen.
 - Ausarbeitung und Überprüfung konkreter Maßnahmen.
 - Strategieentwicklung nationales Gesundheitsziel „Gesundes Altern“.

Empfehlungen II: Einige Anmerkungen

– Grundlegende Konzepte

Bezeichnung: Eher „gesundes Altern“ als „erfolgreiches Altern“ (sehr stark an Zufriedenheit und Anpassung orientiert).

Konzept: Je nach Kontext „Entwicklungsaufgabe“ (Gesundheitsförderung) bzw. „kritisches Lebensereignis“ (Bewältigung von Verlusten).

Altersphasen: Vorsicht bei Unterscheidung zwischen 3. und 4. Lebensalter. Prävention nicht nur im 3. Lebensalter. Vorbereitung auf Pflegebedürftigkeit?

– Ansatzpunkte und Zielbereiche

Früh beginnen: Alter als Endphase der Biographie.

Optimismus erhöhen: Alter als Entwicklungschance darstellen.

Ansprüche hoch halten: Nicht zu früh aufgeben, sondern Bedeutung der Gesundheit im Alter betonen („therapeutischer Nihilismus“ der Betroffenen).

Motivation stärken: Die Wirksamkeit von Prävention und Rehabilitation auch im Alter darstellen („Tu was! Es wirkt“).

Unterschiedlichkeit berücksichtigen: Soziale Ungleichheiten berücksichtigen (Schicht-, Gender-, Migrationsspezifische Interventionen).

Seite 25

Anhang

(a) Einleitung

(b) Gesundheit und Krankheit im Alter

(c) Risiko- und Schutzfaktoren im Alter

(d) Empfehlungen

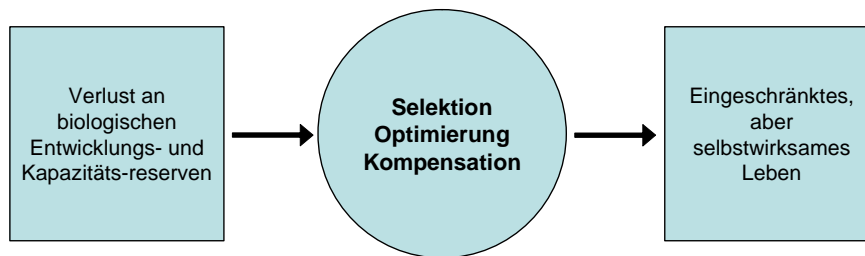
(e) Anhang

I. Selektive Optimierung mit Kompensation

II. Assimilation und Akkommodation

Seite 26

Selektive Optimierung mit Kompensation I: Das Modell



Beispiel: Pianist Arthur Rubinstein

Selektion: Repertoire einschränken

Optimierung: intensiver Üben

Kompensation: mit „Tricks“ arbeiten

Autoren: Paul Baltes, Margret Baltes, Ursula Staudinger, Alexandra Freund

Seite 27

Selektive Optimierung mit Kompensation II: Die Prozesse

Selektion (Ziele, Präferenzen)	Optimierung (Zielbezogene Mittel)	Kompensation (Entgegenwirkung bei Verlust von Mitteln)
<i>Elektive Selektion</i> <ul style="list-style-type: none"> • Bildung von Zielen • Auswahl von Zielen • Kontextualisierung • Verpflichtung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwerb neuer Fertigkeiten • Übung • Anstrengung • Zeitinvestition • Aufmerksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Substitutive Fertigkeiten • Mobilisierung latenter Ressourcen • vermehrte Übung • vermehrte Anstrengung
<i>Verlustb. Selektion</i> <ul style="list-style-type: none"> • Rekonstruktion • Bildung neuer Ziele • Standardanpassung • Fokussierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelllernen • Externe Hilfe • Selbst-Motivierung • Orchestrierung 	<ul style="list-style-type: none"> • vermehrte Zeitinvestion • vermehrte Aufmerksamkeit

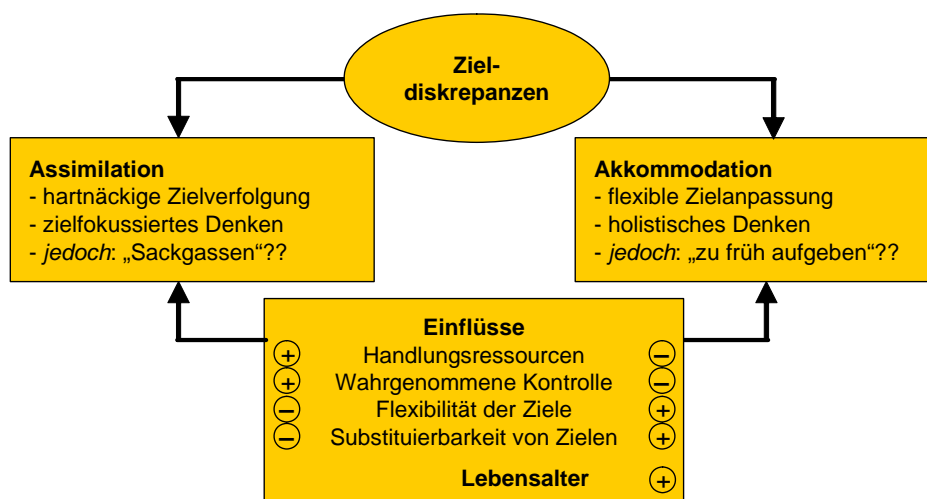
Seite 28

Assimilation und Akkommodation I: Ausgangspunkt

- **Ziele**
Motivieren, geben dem Alltag eine Struktur und Richtung, sind eine Basis für Lebenssinn → Menschenbild: Person als Handelnde, die ihre eigene Entwicklung (mit-)bestimmt.
- **Problem**
Ziele können blockiert sein: "the dynamic interplay between the pursuit of goals and the adjustment of personal goals to contextual constraints or losses in action resources"
- **Regulation**
Soll = Lebensziele, Ist = Lebenssituation
Was tun bei Soll-Ist-Diskrepanzen: "Ist" verändern oder "Soll" verändern?

Seite 29

Assimilation und Akkommodation II: Das Modell



Seite 30

Assimilation und Akkommodation III: Empirie

- **Verlauf von “hartnäckiger Zielverfolgung” und “flexibler Ziellanpassung”**
TEN (tenacious goal pursuit = hartnäckige Zielverfolgung = Assimilation) nimmt mit Alter ab, FLEX (flexible goal adjustment = flexible Ziellanpassung = Akkommodation) nimmt mit Alter zu.
- **Lebenszufriedenheit**
Akkommodation angesichts blockierter Ziele ist protektiv für Lebenszufriedenheit.

6 Gesundheit im Alter aus Sicht des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung

Dr. Beate Robertz-Grossmann,
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

6 Gesundheit im Alter aus Sicht des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung

Referat Dr. Beate Robertz-Grossmann,
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Zusammenfassung:

Frau Dr. Robertz-Grossmann gab in ihrem Beitrag schwerpunktmäßig einen Überblick über die bisherigen Aktivitäten der Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG), die von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe) federführend geleitet wird. Die AG hat ihre Arbeit im Januar 2003 mit folgenden Schwerpunkten aufgenommen: einen Beitrag zu leisten 1) zur Entwicklung eines positiven Altersbildes sowie 2) zur Integration von Medizin und Pflege.

Zu 1) Entwicklung eines positiven Altersbildes

Hier war es Aufgabe der AG 3, Inhalte zu erarbeiten, die als Grundlage für kooperativ angelegte Kampagnen zum gesunden Alter(n) dienen können. Diese unter dem Titel „Botschaften für gesundes Älterwerden“ veröffentlichten Inhalte dokumentieren das von allen AG3-Mitgliedern geteilte positive Alter(n)sbild. Die „Botschaften“ umfassen 2 Kapitel: Kapitel I „Altern als Chance begreifen“ bietet einen kompakten Einstieg ins Thema, Kapitel II umfasst mit den „15 Regeln“ für gesundes Älterwerden insbesondere den Aspekt der gesundheitsförderlichen Lebensweise des Einzelnen. Es war geplant, noch ein weiteres Kapitel III mit dem Titel „Risiken minimieren“ zu erarbeiten, das ohne „Panikmache“ die eher auf Krankheit bezogenen Aspekte des Alter(n)s aufzeigen und dabei darstellen sollte, wie die Bürgerinnen und Bürger selbst primär-, sekundär- oder tertiärpräventiv aktiv werden können (z.B. im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Rahmen entsprechender Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen). Es zeigte sich jedoch, dass sich dieses Vorhaben mit den vorhandenen „Bordmitteln“, also ohne Zuarbeit von AG 3-externen Expertinnen und Experten (und den dafür aufzubringenden zusätzlichen finanziellen Mitteln), nicht realisieren ließ.

Zu 2) Integration von Medizin und Pflege

Im Rahmen des Themas „Integration von Medizin und Pflege“ erfolgte eine intensive Diskussion zum „Präventiven Hausbesuch“. Ergebnis dieser Diskussion ist eine Beschlussempfehlung zum Präventiven Hausbesuch. Ferner ist im Rahmen der AG 3 „Gesund altern“ des DFPG ein Expertinnen- und Experten-Hearing zum „Präventiven Hausbesuch“ geplant. Ziel dieses Hearings ist es, die bisher in Studien nicht systematisch variierten und damit nicht hinreichend kontrollierten Einflussgrößen der Maßnahme „Präventiver Hausbesuch“ von ausgewiesenen Wissenschaftlern strukturiert beantworten zu lassen.

Ein weiteres Projekt, das derzeit von der BfGe unter Einbindung der AG 3-Mitglieder durchgeführt wird, zielt auf die Erfassung und Analyse von Lebenswelten (Settings) zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.

Die aus Sicht der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. notwendigen nächsten Schritte bestehen darin, die Diskussion um die Präventionsziele im Rahmen der AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung zu strukturieren, in einem zweiten Schritt die prioritären Handlungsfelder für Maßnahmen festzulegen und erst danach Maßnahmen (wie z.B. Kampagnen) auszuwählen und festzulegen.

Gesundheit im Alter aus Sicht des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) (Folie 1)

Leitfragen: (Folie 2)

- I Was wissen wir?
- II Worauf basiert unser Wissen?
- III Welche Strategien zur Umsetzung gibt es?
- IV. Welche Aktivitäten der AG 3 des DFPG wurden durchgeführt/sind geplant?
- V. Welche nächsten Schritte sind aus der Sicht der BfGe zu empfehlen?

Zu I. Was wissen wir? (Folie 3)

1. Definition von Gesundheit im Alter

Gesundheit im Alter ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das sich aus folgenden Dimensionen zusammensetzt

- Fehlen von Krankheiten und Krankheitssymptomen
- Optimaler funktionaler Status
- Aktive, selbstverantwortliche, persönlich zufrieden stellende Lebensgestaltung
- Gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen
- Individuell angemessenes System medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung

2. Voraussetzung für gesundes und aktives Altern

- Stimmige Rahmenbedingungen/Verhältnisse:
 - Gewährleistung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung
 - Barrierefreie/-arme und sichere Wohnungen und Stadtviertel
 - Kommunikations- und Unterhaltungsangebote
 - Angebot an haushaltsnahen Dienstleistungen
 - ⇒ Hohe Bedeutung der Kommune als dem Ort der Daseinsvorsorge!
- Gemeinsam statt einsam – soziale Kontakte sind entscheidend
- Neue soziale Rollen
- Bewegung – körperlich und geistig
- Lebenslanges Lernen – Bildung als zentrale Aufgabe und als Recht und Pflicht!

Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention bilden damit also persönliche Faktoren (wie z.B. Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, subjektive Deutung und Bewältigung von Belastungen, Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen) sowie Umweltfaktoren (Gestaltung der Wohnung; Barrierefreiheit, Ausstattung mit Hilfsmitteln; Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen/Infrastruktur).

3. Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

... können z.B. sein

- Erhaltung einer aktiven, selbstständigen Lebensführung
- Erhaltung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit
- Vermeidung von körperlichen und psychischen Erkrankungen
- Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung

... immer unter Berücksichtigung der Gender-Perspektive, der sozialen Benachteiligung, der Qualitätssicherung ...

4. Bedeutsame Präventionsmaßnahmen

- Körperliche und kognitive Aktivität
- Angemessenes Ernährungsverhalten
- Unfallschutz/Sturzprophylaxe

5. Bedeutsame Zielgruppen/Zielgruppendifferenzierung

Hohe Heterogenität des Alters – und zwar sowohl im Hinblick auf personale Fähigkeiten, Eigenschaften und Motivlagen wie auch im Hinblick auf gegebene Lebenslagen. Auf diese Heterogenität zu antworten, ist eine bedeutende Aufgabe der Prävention.

Zu II. Worauf basiert unser Wissen? (Folie 4)

1. Bedeutsame wissenschaftliche Konzepte

- **Active Ageing** (Walker/Sheffield)
Genauer: Walker hebt zunächst die Vielfalt der Teilhabemotive und Teilhabeformen älterer Menschen hervor; in dieser Vielfalt kommt die Heterogenität des Alters zum Ausdruck. Sodann zeigt er auf, dass Teilhabe grundsätzlich an zwei allgemeine Voraussetzungen gebunden ist: Die Gesellschaft muss in ausreichendem Maße einen Zugang zu Institutionen und Angeboten (zum Beispiel im sozialkulturellen Bereich) schaffen, damit ein aktives Leben im Alter möglich wird; zum anderen ist eine individuelle Motivationsstruktur notwendig, die diese Angebote in produktiver Weise für sich nutzt. Ein Beispiel ist die Bildung: Es müssen Angebote unterbreitet werden, die sich auch an ältere Menschen richten, zugleich muss auch das Interesse des Einzelnen gegeben sein, diese Angebote zu nutzen, also das Interesse an einer lebenslangen Bildung. Walker führt hier das Begriffspaar „Rechte“ und „Pflichten“ ein.

- **Aktives und kompetentes Alter** (Kruse/Lehr)
Kruse und Lehr heben zunächst hervor, dass sich die Aktivität in sehr unterschiedlichen Bereichen zeigen kann – ein „aktives“ Leben ist so zum Beispiel auch dann gegeben, wenn Menschen an stark ausgeprägten funktionellen Einschränkungen leiden und sich psychisch um die Erhaltung einer tragfähigen Lebensperspektive und die Bewältigung der Situation bemühen. Entscheidend ist hier die Tatsache, dass sich Menschen bewusst mit ihrer Lebenssituation auseinandersetzen und diese selbstverantwortlich zu gestalten versuchen. Aktives Leben im Alter verstehen diese Autoren sodann aus der Perspektive der sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt: Inwieweit ermöglicht und fördert diese die selbstverantwortliche Lebensgestaltung – sei es im Falle bestehender Gesundheit, sei es im Falle bestehender Krankheit? Kompetenz versteht Kruse als die Fähigkeit des Menschen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens in einer gegebenen sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt. Zentrale Merkmale der Umwelt sind seinem Verständnis zufolge „Unterstützung“, „Anregung“, und „Motivation zur selbstverantwortlichen Auseinandersetzung mit Anforderungen“. Mit diesem Verständnis von Umwelt trifft sich Kruse mit Margret Baltes, die in ihren Arbeiten ebenfalls die Förderung von Selbstständigkeit (und Vermeidung von Abhängigkeit) als eine zentrale Komponente der sozialen wie infrastrukturellen Umwelt begreift.)
- **Eigenproduktivität** (Rosenmayr)
Hier wird hervorgehoben, dass die Lebensmöglichkeiten sowie die Fähigkeiten im Alter auch unter dem Gesichtspunkt der Weiterentwicklung des einzelnen Menschen betrachtet werden müssen – er sieht das Alter als eine Lebensphase an, in der sich Kreativitätspotenziale des Menschen verwirklichen können, die das Leben des Einzelnen zur Erfüllung bringen.
- **Lebenslaufforschung/Lebenslage** (Nägele)
Das Konzept verbindet Verhaltens- und Verhältnisprävention
- **Productive Ageing** (Kruse, Nägele, Rosenmayer, Staudinger).
In diesem Ansatz wird hervorgehoben, dass ältere Menschen sehr verschiedenartige Formen der Produktivität zeigen können (materielle wie ideelle, motivationale wie emotionale, instrumentelle). Es wird betont, dass unsere Gesellschaft von den Fähigkeiten, dem Wissen, den Erfahrungen des Alters sehr viel mehr profitiert, als sie dies heute wahrnimmt – aufgrund eines eingeschränkten Produktivitätsbegriffs werden die Aspekte der ideellen, der motivationalen, der emotionalen und der instrumentellen Produktivität (letztere meint die konkreten Hilfeleistungen in Familie und Nachbarschaft oder im Ehrenamt) vielfach nicht wirklich wahrgenommen. – Das produktive Altern wird aber auch unter dem Gesichtspunkt der Eigenproduktivität betrachtet.
- **Produktionspotenziale des Alters** (Meier-Baumgartner, Stuck)
- **Kompensation/Rehabilitation** (Baltes, Steinhagen-Thiessen, Meier-Baumgartner)
Die Präventionspotenziale ergeben sich nicht nur im Hinblick auf die Vermeidung von Krankheiten, sondern auch im Hinblick auf die Vermeidung von funktionalen Einbußen. Dabei sind auch Präventionsmaßnahmen *im* Alter sehr sinnvoll und wichtig. Die

Rehabilitationspotenziale beschreiben die Möglichkeit der *Wiedergewinnung von Gesundheit*.

- **Resilienz** (Staudinger, Marsiske, Baltes)
Resilienz: psychische Widerstandsfähigkeit des Menschen; Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des früheren psychischen Anpassungs- und Funktionsniveaus nach einem eingetretenen Trauma oder bei bestehenden Einschränkungen und Verlusten; Resilienz ist danach eine spezielle Form von Plastizität. Sie bezieht sich auf die Widerstandsfähigkeit des Menschen in Belastungssituationen.

2. Bedeutsame nationale Dokumente

- **Altenberichte** des BMFSFJ. Der Dritte Altenbericht thematisierte die „Ressourcen“ älterer Menschen und ist der Frage nachgegangen, inwieweit durch anregende, unterstützende Ressourcen nutzende Umweltbedingungen ein Beitrag zur Erhaltung und Förderung von Ressourcen im Alter erzielt werden kann – hier sind Aspekte der Arbeitswelt, der Bildung, der materiellen Sicherung sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung diskutiert worden. Im Zentrum steht der Gedanke der Prävention. Der Vierte Altenbericht thematisierte die physischen, psychischen und sozialen Prozesse im sehr hohen Alter und konzentrierte sich vor allem auf die Versorgung von demenzkranken Menschen. Es werden vor allem die Anforderungen an das medizinisch-pflegerische Versorgungssystem aufgezeigt; dabei wird dargelegt, dass die Versorgung demenzkranker Menschen eine der zentralen Versorgungsaufgaben der Zukunft darstellen wird.
- **Gutachten des SVR** aus dem Jahr 2000/2001
- **Enquete-Kommission** „Demographischer Wandel“ aus dem Jahr 2002
- **Gutachten der BfGe** „Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien“

Zu III. Welche Strategien zur Umsetzung gibt es? (Folie 5)

1. Weltaltenplan

Herzstück des „Weltaltenplans“ (2002) ist eine regionale Implementierungsstrategie, die folgende „Verpflichtungen“ für die Mitgliedsstaaten vorsieht:

- Einbeziehung der Dimension des Alterns in alle politischen Bereiche, um Gesellschaften und Volkswirtschaften mit dem demografischen Wandel in Einklang zu bringen und eine Gesellschaft für alle Lebensalter zu verwirklichen.
- Gewährleistung der vollen gesellschaftlichen Integration und Teilhabe der älteren Menschen.
- Förderung eines gerechten und nachhaltigen Wirtschaftswachstums als Antwort auf das Altern der Bevölkerung.
- Angleichung der sozialen Sicherungssysteme als Antwort auf den demografischen Wandel und seine sozialen und wirtschaftlichen Folgen.
- Unterstützung der Arbeitsmärkte bei der Anpassung an die wirtschaftlichen und sozialen Konsequenzen der Bevölkerungsalterung.

- Förderung von lebenslangem Lernen und Angleichung des Bildungssystems, um den sich ändernden wirtschaftlichen, sozialen und demografischen Verhältnissen gerecht zu werden.
- Versuch der Sicherstellung von Lebensqualität in jedem Lebensalter und der Beibehaltung eines unabhängigen Lebens, einschließlich Gesundheit und Wohlbefinden

2. Active Ageing-WHO (s. Anhang: WHO-Aufstellung „Action towards active ageing“)

Mit „Active Ageing“ bezeichnet die WHO seit Ende der 90er Jahre den lebenslangen Prozess der Optimierung der Möglichkeiten für physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden mit dem Ziel, die gesunde Lebenserwartung auszudehnen und Produktivität und Lebensqualität im Alter zu erweitern. Die Programmperspektive der WHO richtet sich gleichermaßen auf Verhältnis- wie auf Verhaltensprävention.

Als verhaltensbezogene Maßnahmen schlägt die WHO vor:

Life style choices for Active Ageing should start early in life and include

- participating in family and community life
- eating a balanced, healthy diet
- maintaining adequate physical activity
- avoiding smoking
- Avoiding excessive alcohol consumption

Für politische Aktionen auf nationaler Ebene empfiehlt die WHO:

Health policy measures for maintaining maximum health and activity in later life include

- promoting the benefits of healthy life styles
- Legislation on sales and advertising of alcohol and tobacco
- ensuring access to health care and rehabilitation services for older people
- adapting physical environments to existing disabilities

Zu IV. Welche Aktivitäten der AG 3 des DFPG wurden durchgeführt/sind geplant? (Folie 6)

- „Botschaften“ zum gesunden Älterwerden (www.forumpraevention.de)
- Beschlussempfehlung zum Präventiven Hausbesuch
- Strukturierung der Diskussion um die Präventionsziele „Gesundes Alter“
- Mitwirkung 1. Kongress Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung
- Einbindung in das Projekt „Erfassung und Analyse von Lebenswelten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter“ (Settings-Projekt) – **Folien 7 bis 9**

Zu V. Welche nächsten Schritte sind aus der Sicht der BfGe zu empfehlen? (Folie 10)

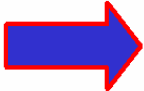
Politische und gesellschaftliche Antworten auf den demographischen Wandel müssen mehrdimensional angelegt sein, d.h. eine Vielfalt von Strategien umfassen und bereichsübergreifend sein. Die Politik muss einen Rahmen vorgeben, innerhalb dessen das Zusammenspiel verschiedener Elemente und Akteure – orientiert an Zielen – erprobt werden kann. Wie man einen solchen Prozess organisieren kann – dafür gibt gesundheitsziele.de erste Hinweise.


Die BfGe empfiehlt deshalb:

- Erste Strukturierung der Diskussion um die Präventionsziele im Rahmen der AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. Hierhin gehört dann auch die Diskussion darüber, auf welche Zielgruppe(n) hin eine systematische Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet werden soll. Geht es eher um die Stärkung der Gesundheit vor dem Alter, z.B. durch vermehrte Prävention zu Beginn der 2. Lebenshälfte, oder kommt es vielmehr auf die Stärkung der Gesundheit der Älteren und Hochbetagten an mit dem Ziel der Senkung von vorzeitiger Mortalität, Minderung der Belastung durch gesundheitliche Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit?
- Festlegung prioritärer Handlungsfelder für Maßnahmen
- Erst danach: Auswahl und Durchführung der Maßnahmen (wie z.B. Kampagnen).

1

Das Thema des Vortrags

 **Gesundheit im Alter**
**aus Sicht des Deutschen
Forums Prävention und
Gesundheitsförderung**




2

**Gliederung nach folgenden
Leitfragen:**

- I. Was wissen wir?**
- II. Worauf basiert unser Wissen?**
- III. Welche Strategien zur Umsetzung gibt es?**
- IV. Welche Aktivitäten der AG 3 des DFPG wurden durchgeführt/sind geplant?**
- V. Welche nächsten Schritte sind aus der Sicht der BfGe zu empfehlen?**

RG, BfGe, 02.03.05




3

Zu I. Was wissen wir?

- 1. Definition von Gesundheit im Alter**
- 2. Voraussetzung für gesundes und aktives Altern**
- 3. Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter**
- 4. Bedeutsame zu prävenierende Krankheiten**
- 5. Bedeutsame Präventionsmaßnahmen**
- 6. Zielgruppendifferenzierung**

RG, BfGe, 02.03.05




4

Zu II. Worauf basiert unser Wissen?

➔ **Bedeutsame wissenschaftliche Konzepte**

➔ **Bedeutsame nationale Dokumente**


RG, BfGe, 02.03.05



5

Zu III. Welche Strategien zur Umsetzung gibt es?


- ➔ **Weltaltenplan**
- ➔ **WHO „Active Ageing“**

RG, BfGe, 02.03.05 


6

Zu IV. Welche Aktivitäten der AG 3 ?

- ➔ **„Botschaften“ zum gesunden Älterwerden**
- ➔ **Beschlussempfehlung zum Präventiven Hausbesuch**
- ➔ **Strukturierung der Diskussion um die Präventionsziele „Gesundes Alter“**
- ➔ **Mitwirkung 1. Kongress des DFPG**
- ➔ **Einbindung in das „Settings“-Projekt**


RG, BfGe, 02.03.05 

**Aktivitäten der AG 3:
Settingsprojekt ...**


 **Ausgangslage:**

Settings-Ansatz unter der Perspektive der Bedürfnis- und Bedarfslagen der älteren Generation betrachten, auswerten und ggfs. modifizieren.


Spezifische Settings für das 3. und 4. Lebensalter: z.B. Bildungseinrichtungen und Vereine sowie Einrichtungen der stationären Altenhilfe und Senioren-Tagesstätten

RG, BfGe, 02.03.05 


**Aktivitäten der AG 3:
Settingsprojekt ...**

 **Projektdesign:**


Befragung der jeweiligen Entscheider/Meinungsbildner, weil sie einen entscheidenden Einfluss auf die für den Settings-Ansatz bedeutsame systemische Ebene ausüben bzw. die fördernden oder hemmenden Strukturen für Gesundheitsförderung kennen und benennen können.

RG, BfGe, 02.03.05 

**Aktivitäten der AG 3:
Settingsprojekt...**

 **Schritte der Umsetzung:**


- Auswahl/Festlegung der zu berücksichtigenden Settings**
- Identifizierung der zu befragenden Entscheidungsträger/Meinungsbildner**
- Entwicklung eines strukturierten Gesprächsleitfadens**
- Durchführung der Befragung**
- Auswertung und Diskussion der Ergebnisse**
- Formulierung von Empfehlungen zum weiteren Vorgehen**

RG, BfGe, 02.03.05


Zu V. Welche nächsten Schritte?

- 1. Strukturierung der Diskussion um die Präventionsziele im Rahmen der AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung**
- 2. Festlegung prioritärer Handlungsfelder für Maßnahmen**

• **Erst danach: Auswahl und Durchführung der Maßnahmen (wie z.B. Kampagnen)**

RG, BfGe, 02.03.05


Anhang Vortrag von Dr. B. Robertz-Grossmann

Aufstellung der WHO zum Weltgesundheitstages 1999 „Active Ageing makes the difference“

<i>Factors</i>	<i>Individual action</i>	<i>Policy action</i>
Foetal environment	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ensure balanced nutrition in young girls and pregnant or lactating women ▶ Avoid smoking during pregnancy 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Focus health promotion activities on girls and women ▶ Increase awareness about importance of balanced nutrition for girls and women
Childhood environment	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Breastfeed babies for at least 4 months ▶ Ensure balanced nutrition & adequate physical exercise for your children ▶ Have your child immunised and observe good hand & food hygiene to prevent infection 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promote breastfeeding, legislate against advertising for milk powder, and fortify foods/water in areas of malnutrition ▶ Ensure access to immunisation programmes ▶ Improve sanitation & housing and reduce domestic overcrowding
Smoking	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stop smoking – cessation is beneficial at any age ▶ Educate your children about the ill effects of smoking 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ban tobacco advertising ▶ Ban sale of tobacco to children ▶ Provide health education in schools and workplace
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintain moderate drinking limits ▶ Seek professional help if you think you may drink excessively 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ban sale of alcohol to children
Physical activity	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Exercise regularly from the earliest years through to older ages; walking, climbing stairs, and housework are effective forms of exercise! 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incorporate exercise into school curricula ▶ Create workplaces which provide exercise facilities ▶ Encourage sports for seniors
Diet	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consume a diet high in fibre and low in animal fat and salt ▶ Reduce your weight if you are overweight and maintain normal body weight 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Increase consumer awareness about direct links between good nutrition and health
Adult Diseases	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Make above-listed life style adjustments ▶ Make use of available prevention programmes (screening and vaccination) ▶ See your doctor at regular intervals 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Implement evaluated prevention programmes ▶ Ensure access to safe maternity services ▶ Provide accessible and affordable health care for all and reduce environmental threats
Social integration	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stay involved in your family, your community, a club, or a religious organisation ▶ Be aware of and speak out against ageism ▶ Continue to educate yourself and all your children 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Support activities that foster social cohesion ▶ Provide access to life-long learning ▶ Promote solidarity among the generations
Gender	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Be aware of and speak out against gender discrimination and prejudice ▶ Educate boys and girls to avoid gender stereotyping 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Implement legislation against gender discrimination in education, jobs, health care, property rights, marriage and inheritance laws ▶ Promote health education on the dangers of high risk life styles by targeting population groups that are particularly at risk ▶ Integrate gender analysis in health research and health care programmes
Income security	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Be informed about public and private measures intended to protect income security over the life course 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Provide income security and access to appropriate health care for older persons ▶ Fight age discrimination in the workplace

7 Das Thema Gesundes Alter beim Fonds Gesundes Österreich: Vorgehen bei der Prioritätensetzung / aktuelle Schwerpunkte / Strategien

Referat Petra Plunger,
Fonds Gesundes Österreich

7 Das Thema Gesundes Alter beim Fonds Gesundes Österreich: Vorgehen bei der Prioritätensetzung/aktuelle Schwerpunkte/Strategien

Referat Petra Plunger,
Fonds Gesundes Österreich

Zusammenfassung:

Frau Plunger gab in ihrem Beitrag einen Einblick in die Arbeit und Zuständigkeiten des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und erläuterte die Strategien und Maßnahmen im Zielgruppenschwerpunkt „Ältere Menschen im städtischen und ländlichen Raum“.

- Die Rahmenbedingungen des FGÖ werden durch die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO), das Österreichische Gesundheitsförderungsgesetz, die Organe und Arbeitsunterlagen des Fonds Gesundes Österreich bestimmt.
- Der FGÖ übernimmt grundsätzlich nur Teilfinanzierungen der Gesamtprojektkosten von Projekten und Aktivitäten. Der Fonds fördert ausschließlich Projekte und Aktivitäten in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Primärprävention mit umfassendem Gesundheitsbegriff (bio-psycho-soziales Wohlbefinden). Nicht in das Aufgaben- und Förderungsfeld des Fonds Gesundes Österreich fallen somit die bio-medizinische Primärprävention, die Sekundärprävention (Behandlung, Therapie, etc.) und die Tertiärprävention.
- Zur Umsetzung der Zielsetzungen konzentriert sich der Fonds auf folgende Hauptstrategien:
 - Praxisorientierte Projekte
 - Forschungsprojekte
 - Strukturaufbau im Bereich der GF
 - Fort- und Weiterbildung
 - Vernetzung / Netzwerke
 - Information und Aufklärung:
Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang auch das Ziel der Nachhaltigkeit.
- Neben den **drei thematischen Schwerpunkten** des FGÖ für den Zeitraum 2003-2005
 - Bewegung,
 - Ernährung,
 - Seelische Gesundheit,

gibt es **drei Zielgruppenschwerpunkte**:

 - Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich,
 - Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben,
 - **Ältere Menschen im städtischen und ländlichen Bereich.**
- Für die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen im Zielgruppenschwerpunkte „Ältere Menschen“ wurde ein Konzeptpapier „Ältere Menschen zwischen 60 und 75 im regionalen Setting – Ansätze, Handlungsfelder, Strukturen und Projekte zur GF“ in Auftrag gegeben und zwei Modellprojekte ausgeschrieben. Eines der Modellprojekte ist im ländlichen Raum angesiedelt: „Lebenswerte Lebenswelten“, durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Karl Franzens-Universität Graz, Prof. Noack. Das zweite Modellprojekt ist ein Projekt im städtischen Lebensraum: „Plan60“, durchgeführt vom Forschungsinstitut des Roten Kreuzes in Wien.

- Zu den Strategien und Maßnahmen des FGÖ gehört auch die Initiierung von Arbeitsgruppen bzw. -kreisen mit dem Ziel, eine Netzwerkbildung unter den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderungs-Praxis zu erreichen. In Kooperation mit relevanten Akteurinnen und Akteuren will der FGÖ praxisorientierte Ansätze zum „Gesundes Alter“ erarbeiten und der Praxis zur Verfügung stellen.
- Zu den bereichsübergreifenden Strategien und Maßnahmen zählt der FGÖ insbesondere: (1.) Förderung, Beratung und Begleitung von Projekten; (2.) Berücksichtigung der Thematik „Altern“ bei FGÖ-Kampagnen; (3.) Forcierung von Wissenstransfer
- Wichtige Erfahrungen und offene Fragen bzgl. des Themas „Gesundes Alter“ beim FGÖ betreffen die Komplexität des Arbeitsfeldes (Alter ist ein Querschnittsthema mit einer großen Vielfalt an Akteuren und Themen) und die Bedeutung von Gesundheitsförderung im Setting als soziale Innovation:
 - die Anschlussfähigkeit und Problembearbeitung,
 - die gesellschaftlichen Bilder vom Altern,
 - den Aspekt „Aktionismus versus Strukturentwicklung“
 - die Nachhaltigkeit → Wie kann größtmögliche Nachhaltigkeit erzielt werden?,
 - den Aspekt „Empowerment und Partizipation“ → Inwiefern in einer Gesellschaft möglich, die eine solche Sichtweise nicht fördert?
 - die Grenzen der Gesundheitsförderung → Wo liegen die Grenzen?
 - den effizienten Mitteleinsatz bei knappen bzw. nicht ausreichend vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen, um das Thema „Alter“ beim FGÖ ausreichend bearbeiten zu können.
- Weitere Informationen zu den Angeboten und Aktivitäten des FGÖ sind auf die Webseiten: www.fgoe.org und www.gesundesleben.at zu finden.

Fonds Gesundes Österreich



Gesundheitsförderungsgesetz 1998

- 1996 Regierungsübereinkommen - „Initiative Gesundheitsförderung“
- Gesetzliche Grundlage des Fonds Gesundes Österreich : **Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information**

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



2

Gesundheitsförderungsgesetz 1998

Gegenstand dieses Bundesgesetzes sind Maßnahmen und Initiativen, die zur Erreichung folgender Zielsetzungen beitragen:

- 1. Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens.
- 2. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



3

Gesundheitsförderungsgesetz



Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



4

Struktur des Fonds Gesundes Österreich

- PräsidentIn
 - Kuratorium
 - Wissenschaftlicher Fachbeirat
 - Geschäftsstelle
-
- Der Fonds agiert flexibler und kontinuierlicher als die Verwaltung
 - Die für die Umsetzung wesentlichen Entscheidungsträger sind eingebunden

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



5

Geschäftsstelle

- Geschäftsführung
 - GesundheitsreferentInnen (6)
 - Kaufm. Abteilung
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Sekretariat
-
- Dzt. 17 MitarbeiterInnen

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



6

Zuständigkeit des FGÖ

1. Gesundheitsförderung
 - a) Ressourcensteigernd
 - b) Verhältnis- und/oder verhaltensorientierter Ansatz
 - c) Umfassender (bio-psycho-sozialer) Gesundheitsbegriff

2. Primärprävention
 - a) Risikofaktorenbezogen
 - b) Verhaltens- und/oder verhältnisorientierter Ansatz
 - c) Umfassender (bio-psycho-sozialer) Gesundheitsbegriff

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



7

Nicht in den Aufgabenbereich fällt:

- Primärprävention mit einem bio-medizinischen Gesundheitsbegriff
- Sekundärprävention
- Tertiärprävention

z.B: Screening, Diagnostik, Impfprogramme, Therapie, Rehabilitation, Recall-Projekte, Grundlagenforschung (Genetik, Pharmakologie), Medizinische Outcome Messungen

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



8

Umsetzungsstrategien

gemäß Dreijahresprogramm 03-05

- **Praxisorientierte Projekte**
- Forschungsprojekte
- Strukturaufbau im Bereich der GF
- Fort- und Weiterbildung
- Vernetzung / Netzwerke
- Information und Aufklärung

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



9

Kriterien der Projektvergabe

- Fondszweck / Gesundheitsbegriff
- Wissensbasiertes bzw. theoriegeleitetes Konzept
- Partizipation, Empowerment
- Settingorientierung
- Projektmanagement
- Innovationscharakter
- Geschlechtsspezifische Aspekte
- Vernetzend angelegt
- Regionale Ausrichtung
- Nachhaltigkeit
- Übertragbarkeit
- Dokumentation / Evaluation

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



10

Angebote des FGÖ I

- Fördervergabe in 6 Kategorien
- Projektberatung + Begleitung: intern / extern (Consulting – Netzwerk)
- Know-how-pool und Kompetenzzentrum
- Bildungsangebote: Bildungsnetzwerk, Lehrgänge „Qualitätsmanagement“, „BGF“
- Information und Aufklärung: Kampagnen, Ernährungshotline, Broschüren (Bewegung, Ernährung, Seelische Gesundheit)

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



11

Angebote des FGÖ II

- Magazin „Gesundes Österreich“
- Gesundheitsförderungskonferenz
- Präventionstagung
- SIGIS (Datenbank, Servicetelefon, Publikationen)
- www.fgoe.org
- www.gesundesleben.at

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



12

Schwerpunkte des FGÖ 2003-2005

- Thematische Schwerpunkte:
 - ◆ Bewegung
 - ◆ Ernährung
 - ◆ Seelische Gesundheit
- Zielgruppenschwerpunkte
 - ◆ Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich
 - ◆ Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben
 - ◆ Ältere Menschen im städtischen und ländlichen Bereich

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



13

Ältere Menschen im städtischen und ländlichen Bereich

Ziele - Kernfragen

- Welche sozialen und personalen Determinanten, Ressourcen und Werte erklären gesundes Altern?
- Welche Interventionen und Investitionen lassen eine Verbesserung bzw. Erhaltung der Lebens- und Gesundheitspotenziale und der gesundheitlichen Lage alter Menschen erwarten?

(Quelle: Dreijahresprogramm 03-05)

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



15

Strategien und Maßnahmen I

- Beauftragung eines Konzeptpapiers „Ältere Menschen zwischen 60 und 75 im regionalen Setting – Ansätze, Handlungsfelder, Strukturen und Projekte zur GF“
- Ausschreibung von zwei Modellprojekten
 - ◆ Kriterien: u.a. Ottawa-Bezug, wiss. Begleitung, Settingansatz, Partizipation und Empowerment, Vernetzung und nachhaltige Strukturentwicklung, psychosoz. Determinanten, soz. benacht. Gruppen, prof. Projekt- und Qualitätsmanagement,
 - ◆ Referenzprojekte – Wissenstransfer kontinuierlich
 - ◆ Ländlicher Raum: Lebenswerte Lebenswelten, Med-Uni Graz / Prof. Noack
 - ◆ Städtischer Raum: Plan60, Forschungsinstitut Rotes Kreuz

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



16

Strategien und Maßnahmen II

- Initiierung eines Arbeitskreises
 - ◆ Ziele: Strukturaus- und -aufbau, Wissenstransfer, Vernetzung, Policy-Entwicklung
 - ◆ 1. Schritt Einbindung regionaler Akteure der GF
 - ◆ Auf- und Ausbau: Einbezug weiterer relevanter Akteure (GF-Praxis – Wissenschaft – Politik)

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



17

Bereichsübergreifende Strategien und Maßnahmen

- Förderung, Beratung und Begleitung von Projekten in 6 Kategorien zum Thema „Altern“
- Berücksichtigung der Thematik bei FGÖ-Kampagnen, in Broschüren
- Wissenstransfer
 - ◆ National: Tagungen des FGÖ, Bildungs- und Beratungsangebote, Lehrgänge, Magazin „Gesundes Österreich“
 - ◆ International: Netzwerkarbeit, FGÖ als Projektpartner (EU), Tagungsteilnahme

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



18

Erfahrungen und offene Fragen I

- Komplexität des Arbeitsfelds
 - ◆ Altern als Querschnittsmaterie
 - ★ Akteursvielfalt
 - ★ Themenvielfalt
 - ◆ Gesundheitsförderung im Setting als soziale Innovation
 - ★ Anschlußfähigkeit und Problembearbeitung
 - ★ Gesellschaftliche Bilder vom Altern
 - ★ „Aktionismus vs. Strukturentwicklung“
 - ★ Nachhaltigkeit
 - ★ Empowerment und Partizipation
 - ★ Grenzen der Gesundheitsförderung?

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



19

Erfahrungen und offene Fragen II

- Strategieentwicklung innerhalb des Schwerpunktbereichs
 - ◆ Nationale Positionierung als Akteur im Feld der GF
 - ★ Hauptinstrument Projektförderung (Kofinanzierung)
 - ★ Option Programm- und Strukturentwicklung - Regionalsierung
 - ★ Kompetenzzentrum / Wissenstransfer v.a. für PraktikerInnen der GF
 - Aufbereitung der Projektergebnisse
 - Evaluation von Projekten
 - Gesundheitswissenschaftliche Basis - Forschungslücken
 - Evidenz und Best Practice
 - ★ Kompetenter Partner bei Erarbeitung von Gesundheitszielen, Programmen

Petra Plunger
Gesundheitsreferentin, FGÖ



20

Erfahrungen und offene Fragen III

- ◆ Effizienter Mitteleinsatz bei knappen Ressourcen
 - ★ Betreuungsaufwand bei Miniprojekten
 - ★ „Sichtbarkeit“ der Maßnahmen
- ◆ Internationale Positionierung, Vernetzung und Kooperationen
 - ★ Organisationsebene: Diskussion von Strategien
 - ★ Link zu nationalen Akteuren – Anschluss an internationale Entwicklungen sicherstellen
- Auf- und Ausbau des Schwerpunktbereichs erfordert parallel laufende Entwicklungen

8 Das Thema Gesundes Alter bei der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“: Vorgehen bei der Prioritätensetzung/aktuelle Schwerpunkte/Strategien

Referat Nadia von Holzen,
Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“

8 Das Thema Gesundes Alter bei der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz: Vorgehen bei der Prioritäten- setzung / aktuelle Schwerpunkte / Strategien

Referat Nadia von Holzen,
Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“

Zusammenfassung:

Frau von Holzen gab in ihrem Beitrag einen Einblick in die Aufgaben, Ziele und Herausforderungen der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“.

- Im Auftrag des Artikels 19 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sieht die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ ihren Auftrag darin:
 - Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten anzuregen;
 - die Umsetzung entsprechender Projekte von nationaler und regionaler Bedeutung durch finanzielle Beiträge, technische Hilfe und Beratung zu koordinieren und zu fördern;
 - die Wirkung der Maßnahmen zu evaluieren und zu beurteilen.
- Die Aktivitäten der Stiftung werden seit 1998 gemäß Art. 20 KVG durch jährliche Beiträge aller in der Schweiz lebender Personen finanziert.
- Die aktuelle Projektförderungspraxis geht aus (1) von Zielgruppen/Settings und (2) von Themenschwerpunkten und Strategien. Die Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz besteht zum einen in der Gewährung von Anschubfinanzierungen für Projekte, zum anderen in der Verankerung, Vernetzung und Kooperation von Maßnahmen und Akteuren.
- Zwei strategisch wichtige Projekte sind das Projekt „50 + santé“ und das Projekt „Gesundheitsprofil-Verfahren/Sanaprofil“.
- Das interkantonale Projekt „50 + santé“ will durch gezielte Maßnahmen die gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung und somit die Gesundheit von 50-jährigen und älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erhalten und verbessern (siehe auch: www.healthproject.ch).
- Das Projekt „Sanaprofil“ (Gesundheitsprofil-Verfahren) richtet sich an über 65-Jährige, die nicht pflegebedürftig oder schwer erkrankt sind. Ziel der Maßnahmen ist die Erhaltung einer selbständigen Lebensführung und Förderung der Lebensqualität. Der Gesundheitszustand der älteren Personen wird mittels einer ausführlichen Gesundheitsbefragung computer-unterstützt umfassend und ganzheitlich erfasst und bewertet. Die älteren Personen, ihre entsprechenden Hausärztinnen und Hausärzte sowie eine Gesundheitsfachperson erhalten einen Gesundheitsbericht. Dieser bildet den Ausgangspunkt für die Durchführung von gesundheitsförderlichen und präventiven Beratungen:
 - durch Hausärzte und Hausärztinnen im Rahmen von Konsultationen in der hausärztlichen Praxis;
 - durch Fachpersonen der Gesundheitsberatung im Rahmen von präventiven Hausbesuchen;
 - in Gruppenkursen für ältere Personen zwischen 65 und 75 zur gesundheitsförderlichen und präventiven Beratung.

Eine weitere wichtige Projektmaßnahme ist die Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Fachpersonen.

Sanaprofil wurde von der Geriatriischen Universitätsklinik Bern (Forschungsstelle Alter) im Rahmen der Projekte EIGER (Erforschung von innovativen geriatrischen Hausbesuchen) und SO!PRA (Solothurner Prävention im Alter) sowie weiteren Teilprojekten entwickelt. In Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe aus Bern, Zürich, Lausanne und Mendrisio wurde das Gesundheitsprofil-Verfahren auf Italienisch und Französisch übersetzt und evaluiert. Der praktische Einsatz in Hausarztpraxen und bei Hausbesuchen bei über 5000 älteren Personen zeigte eine gute Akzeptanz und Wirksamkeit dieser innovativen Form der Gesundheitsförderung und Prävention.

- Als bisherige Erfolge im Kontext des Gesundheitsprofil-Verfahrens verbucht die Gesundheitsförderung Schweiz:
 - die Übernahme der Trägerschaft des Projekts „Sanaprofil - Praxisumsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter“ durch Pro Senectute Schweiz, der nationalen Fachorganisation für das Alter. Mit der Übertragung der Projektverantwortung von der universitären Forschungsstelle an Pro Senectute Schweiz sind die Voraussetzungen für die nationale Verbreitung des Gesundheitsprofil-Verfahrens geschaffen.
 - den Nachweis von Resultaten;
 - einen breiten Zugang zur Zielgruppe;
 - die Option zur Vernetzung.

Darüber hinaus:

- die Installation einer Arbeitsgruppe Altern und Gesundheit beim Bundesamt für Gesundheit,
 - die verstärkte Einforderung von Gesundheitsförderung der älteren Bevölkerung,
 - allgemeine Akzeptanz und Nachfrage,
 - das Engagement des Schweizerischen Seniorenrats (SSR) und Pro Senectute Schweiz in Partnerschaft mit dem Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Impulstagung „Kompetent und selbständig bis ins hohe Alter. Visionen für das Gesundheitswesen“. Seniorenvertreterinnen und -vertreter diskutieren gemeinsam mit Fachleuten über zukunftsorientierte Wege zur partizipativen Gesundheitsförderung im Alter.
- Schwierigkeiten sieht die Stiftung insbesondere darin, dass es keine nationale Strategie zu Gesundheitsförderung im Alter gibt und in der zu geringen Vernetzung und Koordination der vielen Initiativen und ihrer Akteure. Als weiteres Hindernis sind fehlende Ressourcen und Budgetkürzungen zu nennen. So zeigt der Bund zwar ein Engagement durch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe ‚Altern und Gesundheit‘, stellt aber keine Ressourcen für die tatsächliche Umsetzung zur Verfügung.

Blick über den Gartenzaun II Schweiz

Vorgehen, Prioritätensetzung, aktuelle Schwerpunkte, Strategien

.....

ExpertInnen-Workshop der BZgA zum Thema
Gesundes Alter
Köln, 9. März 2005

von Holzen Nadia
Gesundheitsförderung Schweiz

1

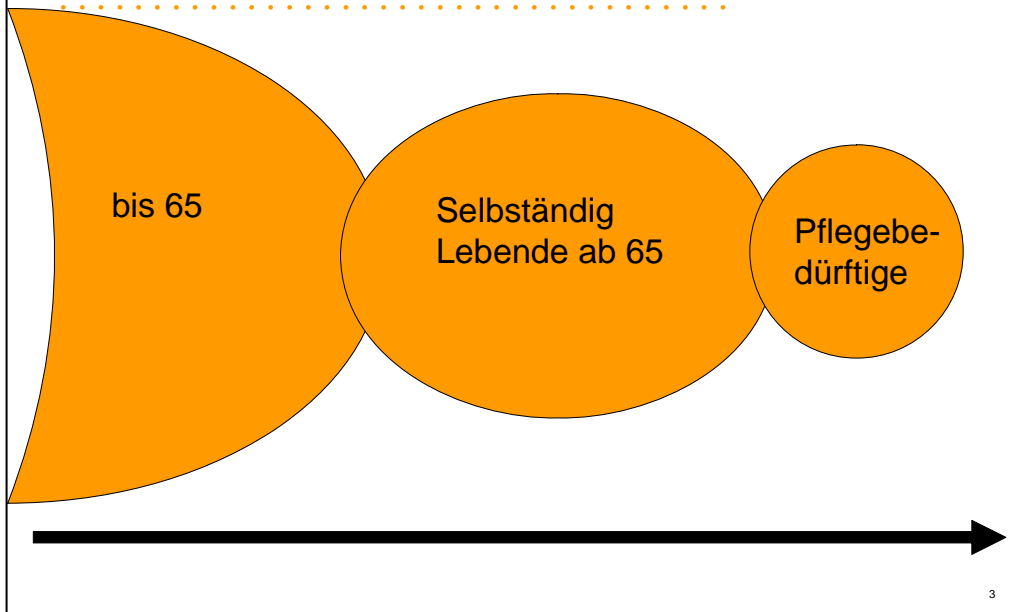
Gliederung

.....

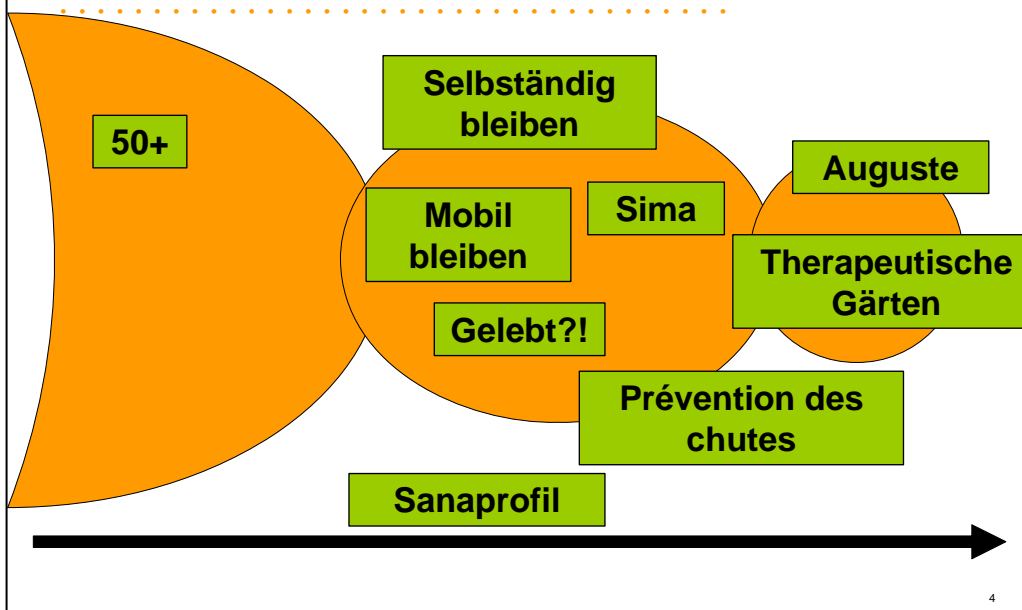
- Aktuelle Projektförderungspraxis
- Zwei strategisch wichtige Projekte
- Engagement der Stiftung ausserhalb der Projektfinanzierung
- Die aktuelle «Strategie»
- Bilanz:
 - Erfolge
 - Schwierigkeiten und Hindernisse
- Herausforderungen

2

Aktuelle Projektförderungspraxis 1: Zielgruppen/ Setting



Aktuelle Projektförderungspraxis 2: Themenschwerpunkte und Strategien



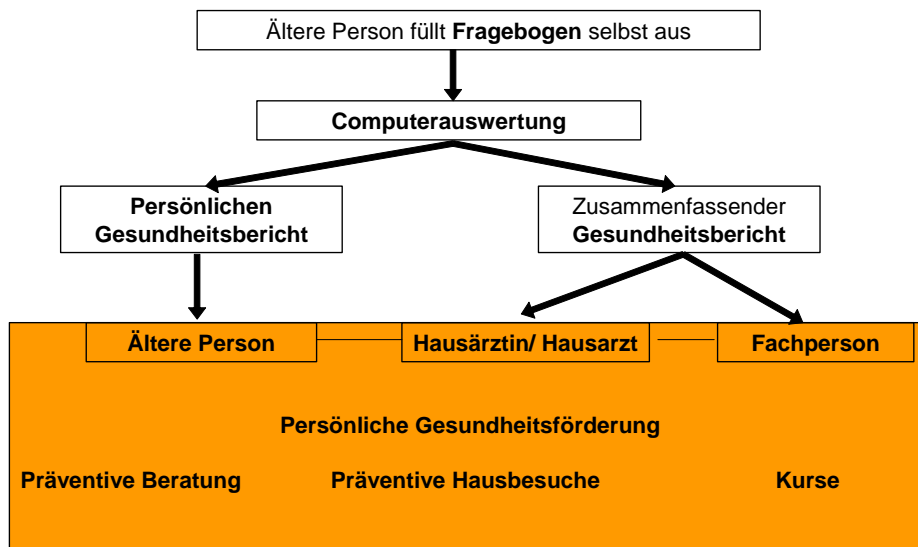
Projektförderungspraxis 3



Projekt	Wichtigste Inhalte			Zugang			Wichtige Strategien			
	psych. G.	körperl. G.	soziale G.	Individuum Kleingruppe	Publikum	Struktur	GF- Angebote	GF-Strategien in Politik und Organisation	GF-soziales Potenzial u. Engagement	Individuelle Gesundheits- kompetenzen
Prévention des chutes et de la malnutrition		X		X		X	X			X
Sima	X		X	X						X
Gelebt?			X		X					X
Mobil bleiben		X		X						X
Therapeut. Gärten	X		X	X					X	
Auguste	X		X	X		X	X		X	X
Selbständig bleiben	X	X	X	X			X			
GF im Alter	X	X	X	X		X	X	X		X
Sanaprofil	X	X	X	X		X	X	X		X
50 + santé	X	X	X	X		X	X	X		X

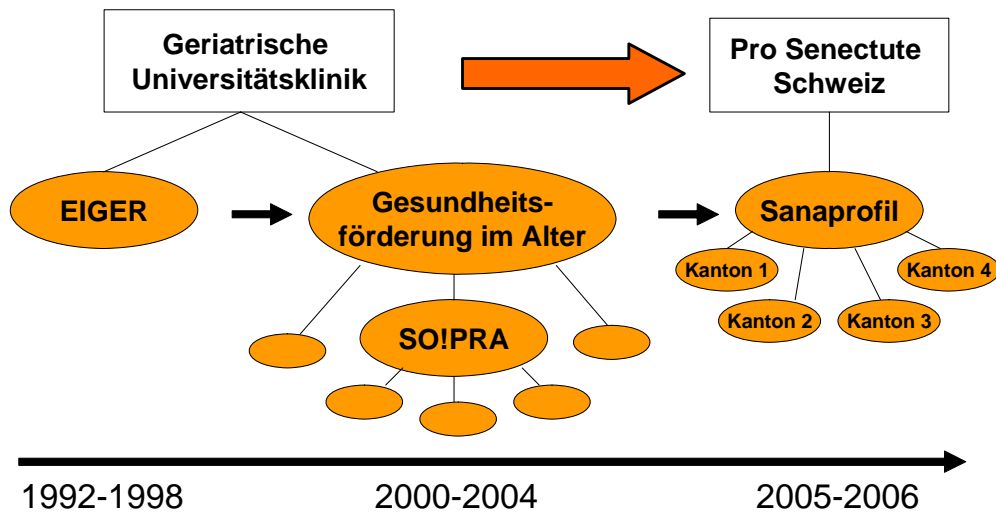
5

Gesundheitsprofil-Verfahren/ Sanaprofil



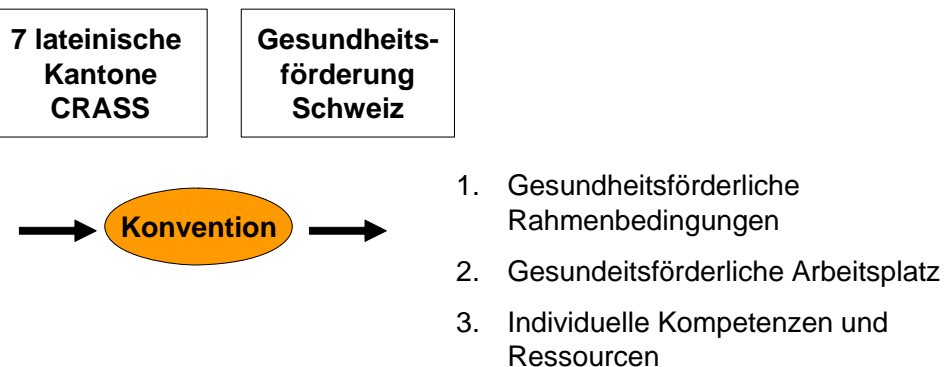
6

Gesundheitsprofil-Verfahren/ Sanaprofil



7

50 + santé



8

Engagement von Gesundheitsförderung Schweiz



Workshop: Prognosen zu Alter und Gesundheit im Jahr 2015

Treffen mit Direktor des Bundesamts für Gesundheit



Kooperation und Koordination mit Pro Senectute Schweiz

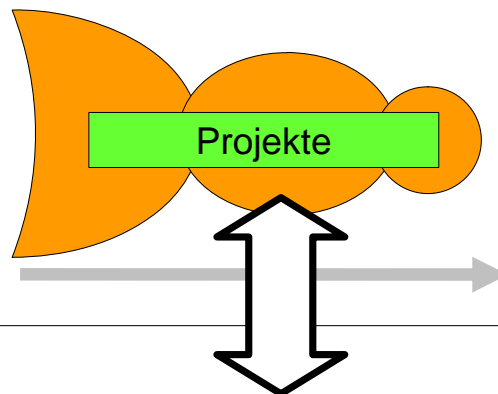
9

Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz



Anschubfinanzierung

Verankerung
Vernetzung
Kooperation



- **initiiieren**
- **koordinieren**
- **evaluieren**

Auftrag gemäss Artikel 19 KVG

10

Erfolge

Gesundheitsprofil-Verfahren:

- Übernahme Projektträgerschaft durch Pro Senectute
- Nachweis von Resultaten!
- Breiter Zugang zu Zielgruppe
- Ausbaufähig, bietet sich zur Vernetzung an

Allgemein:

- Installation einer Arbeitsgruppe Altern und Gesundheit beim Bundesamt für Gesundheit
- Gesundheitsförderung wird von älterer Bevölkerung verstärkt eingefordert
- Allg. Akzeptanz und Nachfrage

11

Schwierigkeiten, Hindernisse

- Finanzierung von strategisch wichtigen Projekten, aber keine Strategie zu Gesundheitsförderung im Alter
- Vielzahl an (lokalen) Initiativen, wenig vernetzt
- Mangelnde Koordination zwischen den diversen Akteuren: kommunal – kantonal – national
- Engagement des Bundes: Absichtserklärung (Arbeitsgruppe Altern und Gesundheit), allerdings keine Ressourcen zur tatsächlichen Umsetzung
- Gesundheitsförderung im Alter ist kein prioritäres Thema
- Budgetkürzungen
- Kein Leadership

12

Aktuelle Herausforderungen

- Rollenklärung zwischen Bund (BAG, BSV), Pro Senectute und Gesundheitsförderung Schweiz
- Koordination zwischen weiteren relevanten nationalen Akteuren
- Vernetzung und Integration von Bestehendem
- langfristige Finanzierungsmöglichkeiten
- Beteiligung der Betroffenen in der Diskussion und Projektrealisation
- Stärkung der Chancengleichheit innerhalb der Zielgruppe der älteren Menschen

13

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Für weitere Informationen:
nadia.von.hozen@promotionsante.ch

Promotion Santé Suisse
Av. de la Gare 52, Case postale 670, CH-1001 Lausanne
Tél +41 (21) 345 15 15 - Fax +41 (21) 345 15 45
www.promotionsante.ch

14

9 Ergebnisse der Expertise „Gesund altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheitsförderung“ von Prof. Dr. Petra Kolip, Julia Lademann und Maike Weerts, Universität Bremen

Referat von Julia Lademann,
Universität Bremen

9 Ergebnisse der Expertise „Gesund altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheitsförderung“ von Prof. Dr. Petra Kolip, Julia Lademann und Maike Weerts, Universität Bremen

Referat von Julia Lademann,
Universität Bremen

Zusammenfassung:

Frau Lademann stellte das methodische Vorgehen bei der Erstellung der Expertise „Gesund altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie deren Ergebnisse vor.

- Ziel der Expertise war es, die in den letzten vier Jahren im Kontext der deutschen Diskussion entstandenen zentralen Fachtexte systematisch darauf hin zu analysieren, welche Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für die zweite Lebenshälfte empfohlen werden, an welche Altersgruppen sie sich richten und ob sie geschlechts- oder zielgruppenspezifisch differenziert werden. Die Texte wurden weiterhin danach systematisiert, ob es sich bei der Empfehlung um eine allgemeine Empfehlung („Förderung der Bewegung“) oder um eine spezifische Maßnahme handelt, die einen Wirksamkeitsnachweis erbracht hat.
- Grundlage der Expertise waren die folgenden Fachtexte:
 - die Expertise "Gesund altern - Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien von Prof. Dr. Andreas Kruse (Bd. 146 Schriftenreihe des BMGS; Nomos Verlagsgesell.),
 - das Gutachten von Prof. Kruse für die Bundesvereinigung für Gesundheit: "Erhaltung von Gesundheit im Alter: Praktische Aufgabengebiete der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Möglichkeiten der Umsetzung"
 - der Fachtext „Gesund altern – Risiken für Gesundheit minimieren“, der von D. Hutzler und Klaus Leistner vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen im Kontext der AG 3 des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung erstellt wurde, sowie die „Botschaften für Gesundes Älter werden“, die von der AG 3 des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und am 14.09.04 verabschiedet worden sind,
 - das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation,
 - der 3. Altenbericht der Bundesregierung.
- Berücksichtigt wurden
 - generelle Empfehlungen mit konkreten Ansatzpunkten,
 - konkrete Empfehlungen mit erprobten Maßnahmen und Programmen,
 - Empfehlungen zu primärpräventiven Maßnahmen,
 - Empfehlungen zur Gesundheitsförderung.
- Keine Berücksichtigung fanden:
 - generelle Empfehlungen ohne weitere Konkretisierung,
 - Empfehlungen zu sekundärpräventiven Maßnahmen,
 - Empfehlungen zu medizinischen Maßnahmen der Primärprävention.

- Als relevante Interventionsbereiche für Primärprävention und Gesundheitsförderung wurden identifiziert:
 - Ernährung,
 - Bewegung,
 - Sucht,
 - Sturzprophylaxe,
 - Kognitive Aktivitäten,
 - Soziale Aktivitäten,
 - Assessmentverfahren,
 - Beeinflussung Altersbild,
 - Gesundheit in der Arbeitswelt,
 - Sonstiges.
- Zentrale Ergebnisse der Expertise:
 - Der Schwerpunkt in den analysierten Texten liegt auf Maßnahmen und Ansätze, die auf individuelle Verhaltensänderungen mit Fokus auf die körperliche Gesundheit abzielen.
 - Wenig oder keine Berücksichtigung finden Ansätze zur Gesundheitsförderung.
 - Es werden kaum Zielgruppendifferenzierungen vorgenommen.
 - Es werden wenig konkrete Maßnahmen benannt.
- Auf der Grundlage der Ergebnisse der Expertise werden folgende weitere Arbeitsschritte empfohlen:
 - Priorisierung der Zielbereiche,
 - Festlegung der Zielgruppen,
 - Erstellung wissenschaftlicher Expertisen zu den ausgewählten Themenbereichen und Zielgruppen,
 - Strategieentwicklung und Netzwerkbildung mit zentralen Akteuren.



Gesund altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheitsförderung

Diskussionsvorlage
für die BZgA

Prof. Dr. Petra Kolip

Julia Lademann

Maike Weerts



Vorstellung der Diskussionsvorlage

- Analysierte Texte
- Vorgehen
- Erläuterung der Übersicht
- Zentrale Ergebnisse
- Weitere Arbeitsschritte und Diskussion





Analysierte Texte

- Kruse: Gesund altern
- Bundesvereinigung für Gesundheit: Erhaltung von Gesundheit im Alter
- Deutsches Forum Prävention und GF: Fachtext gesund altern, Botschaften
- Sachverständigenrat: Gutachten 2000/01
- Bundesregierung: Altenbericht



Vorgehen (I)

- Berücksichtigung von
 - **generellen Empfehlungen mit konkreten Ansatzpunkten,**
z.B. Veränderung des Altersbildes in der Bevölkerung in Zusammenarbeit mit den Medien
 - **konkreten Empfehlungen mit erprobten Maßnahmen und Programmen,**
z.B. Staying healthy at 50+
- **Keine Berücksichtigung von**
 - **Generellen Empfehlungen ohne weitere Konkretisierung,**
z.B. „Förderung des Bewegungsverhaltens im Alter“



Vorgehen (II)

- Berücksichtigung von Empfehlungen zu
 - **primärpräventiven Maßnahmen**,
z.B. Ernährung, Bewegung, Sucht usw.
 - **Gesundheitsförderung**,
z.B. Förderung sozialer Netzwerke
- **Keine** Berücksichtigung von
 - **Sekundärprävention**,
z.B. Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
 - **medizinische Maßnahmen** der Primärprävention,
z.B. Grippeimpfung



Vorgehen (III)

Relevante Interventionsbereiche für Primärprävention und Gesundheitsförderung:

- Ernährung
- Bewegung
- Sucht
- Sturzprophylaxe
- Kognitive Aktivitäten
- Soziale Aktivitäten
- Assessmentverfahren
- Beeinflussung Altersbild
- Gesundheit in der Arbeitswelt
- Sonstiges



Erläuterung der Übersicht

Ziel und Art der Maßnahme	Konkrete Maßnahme	Altersgruppe	Weitere Differenzierung	Belege für die Wirksamkeit	wo erwähnt	Bemerkungen
Ernährung						
Ernährungsberatung.....	nein				FT, S. 14	
Bewegung						
8-wöchiges Krafttraining.....	ja	71-101	nein	ja	BMG, S. 59	



Zentrale Ergebnisse

- Schwerpunkt der Empfehlungen: Individuelle Verhaltensänderung
- Fokus körperliche Gesundheit
- Kaum Zielgruppendifferenzierung
- Wenig Ansätze zur Gesundheitsförderung
- Wenig konkrete Maßnahmen





Weitere Arbeitsschritte

- Priorisierung der Zielbereiche
- Festlegung der Zielgruppen
- Erstellung wissenschaftlicher Expertisen zu den ausgewählten Themenbereichen und Zielgruppen
- Strategieentwicklung und Netzwerkbildung mit zentralen Akteuren