

Entwurf für ein...

Aktionsprogramm  
„Gesundheitsförderung im Alter“

Rhein-Kreis Neuss - Der Landrat  
Gesundheitsamt  
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz  
Carsten Rumpeltin & Katharina Czudaj  
Auf der Schanze 1  
41515 Grevenbroich  
Tel.: 02181 601-5387  
E-Mail: [carsten.rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de](mailto:carsten.rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de)

## Inhalt:

Vorbemerkung	3
1. Handlungsbedarf für ein Aktionsprogramm „Gesundheitsförderung im Alter“	4
1.1 Demographische Entwicklung im Rhein-Kreis Neuss	4
Mehr Alte - mehr Krankheiten?	5
Auch die Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen	7
Altersarmut - eine weitere Problematik	7
2. Gesundheit im Alter fördern - eine interdisziplinäre Zukunftsaufgabe	8
Compression of Morbidity	9
3. Zeitgemäße Interventionskonzepte und Empfehlungen für den Rhein-Kreis Neuss	10
3.1 Evidenzbasierte Leitlinien zur Gesundheitsförderung älterer Menschen	10
3.2 Umsetzungsmaßnahmen	11
3.2.1 Sturzprävention	11
3.2.2 Zahngesundheit / Mundhygiene	12
3.2.3 Präventive Hausbesuche	13
3.2.4 Präventive Hausbesuche in Verbindung mit gesundheits- und stadtteilorientierter Netzwerkarbeit	14
3.2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung - Netzwerk 50+	14
3.2.6 Jung und Alt gemeinsam - z.B. Projekte „Andersland“ und „17/70 - junge Paten für Senioren“	15
3.3 Weitere Maßnahmen	16
3.3.1 Umfassendes Seniorenkonzept der Stadt Rödenthal	16
3.3.2 Aktive Gesundheitsförderung im Alter	17
3.3.3 Patras (Paderborner Trainingsstudie)	17
4. Literatur	19

## Vorbemerkung

Das vorliegende Aktionsprogramm „Gesundheitsförderung im Alter“ beleuchtet nur einen geringen - wenn auch bedeutenden - Ausschnitt des vielfältigen Spektrums der Herausforderungen im Zusammenhang mit einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft. Vorab sei daher der Hinweis erlaubt, dass eine isolierte Umsetzung von Präventionsprogrammen keineswegs nachhaltige Effekte für einen gesunden und mit hoher Lebensqualität ausgestatteten Alterungsprozess der Bürgerinnen und Bürger im Rhein-Kreis Neuss erzielen kann. Es bedarf - wie auch in anderen Feldern der Gesundheitsförderung und Prävention - einer interdisziplinären Herangehensweise. Notwendig sind die Sicherstellung der Existenzgrundlagen älterer Menschen genauso wie eine systematische, auf Selbständigkeit und sozialer Teilhabe ausgelegte Städteplanung oder eine zielgruppenspezifische Kulturförderung, um nur einige Handlungsfelder herauszugreifen. Schließlich sind die Potenziale älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger für die Gesellschaft viel stärker zu nutzen. Bei der bereits heute erreichten Lebenserwartung sind sehr viele ältere Menschen in der Lage und willens, ihre Kompetenzen zum Wohle der Gesellschaft einzubringen. Dies fördert ein sinnerfülltes Leben im Ruhestand und ist darüber hinaus ökonomisch sinnvoll.

Dies alles und noch viel mehr ist im Buch „Zukunft Altern“ des Gerontologen Andreas Kruse und des Psychologen Hans-Werner Wahl umfassend beschrieben (Kruse & Wahl 2010). In ihren Schlussbetrachtungen nennen sie „10 Gebote“, die für einen erfolgreichen Alterungsprozess in Angriff genommen bzw. verstärkt werden sollten:

- 1.) Wissen über Altern besser vermitteln (u.a. kritisieren sie die aktuellen Schulcurricula, die das Thema Alter nicht berücksichtigen)
- 2.) kreative Formen der Einbindung und Förderung von alternden Menschen anstoßen und umsetzen.
- 3.) die Möglichkeiten des Engagements und des Einbringens der weitreichenden Expertiseformen des Alters noch stärker „entfesseln“
- 4.) das Miteinander der Generationen als eine Fundamentalanforderung alternder Gesellschaften und ihrer Kultur begreifen
- 5.) auf menschenfreundliche Umwelten höchsten Wert legen (z.B. durch adäquate Städteplanung)
- 6.) den Seniorenmarkt als bedeutsamen Faktor des Wirtschaftsstandortes Deutschland weiter ausbauen
- 7.) **„die erheblich unternutzten Präventionsmöglichkeiten in Bezug auf gutes Altern besser in die Alltagswelten des Alterns zu transportieren“ → Gegenstand dieses Aktionsprogramms**
- 8.) den qualitätsvollen Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit als „vornehme“ wenn nicht „vornehmste“ Aufgabe einer alternden Gesellschaft verstehen
- 9.) das Thema des Sterbens und der Endlichkeit der menschlichen Existenz in stärkerem Maße als individuelle und gesellschaftliche Aufgabe verstehen
- 10.) neue Anforderungen an die Altersforschung selbst richten.

Das vorliegende Aktionsprogramm macht sich das „siebte Gebot“ zu Eigen. Es unterbreitet daher Vorschläge, wie ein erfolgreicher Alterungsprozess durch Erschließung präventiver Potenziale erfolgreich unterstützt werden kann. Nicht mehr aber auch nicht weniger.

Daher finden diese Handlungsfelder keine Berücksichtigung:

- Medizinische Versorgung incl. gerontopsychiatrischer Versorgung
- Rehabilitation
- pflegerische Versorgung

Die Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss hat im Jahr 2006 das Thema Gesundheitsförderung im Alter erstmals aufgegriffen. Im Rahmen der 18. Gesundheitskonferenz im November 2006 referierte Prof. Dr. Ursula Lehr, Gerontologin und ehemalige Bundesfamilienministerin, über die Herausforderungen, die aufgrund der anstehenden demographischen Entwicklung im Rhein-Kreis Neuss zu erwarten sind.

Im Anschluss daran wurden folgende Schritte realisiert:

2007: Einberufung des Arbeitskreises „Gesundheitsförderung im Alter“, u.a. Beschluss zur Bearbeitung der Handlungsschwerpunkte „Zahngesundheit/Mundhygiene“ und „Sturzprävention“

2008: Start des Projektes „Bis(s) ins hohe Alter“ (Laufzeit bis 03-2011)

2009: Start der Projekte zur Sturzprävention „Aktiv und Gesund im Alter“ (in Seniorenbegegnungsstätten) sowie „Sicher und Mobil im Alter“ (in Pflegeheimen)

2010: Fortsetzung der Projekte zur Sturzprävention ausschließlich in ambulanten Kontexten.

***anstehend:***

11/2010: Diskussion und Verabschiedung des Aktionsprogramms „Gesundheitsförderung im Alter“ in der Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss, anschließend Erörterung und Verabschiedung in den relevanten politischen Gremien

ab 2011: Umsetzung des Aktionsprogramms

## 1. Handlungsbedarf für ein Aktionsprogramm „Gesundheitsförderung im Alter“

### 1.1 Demographische Entwicklung im Rhein-Kreis Neuss

Die Entwicklung hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft hat in Deutschland längst begonnen und sie macht auch vor dem Rhein-Kreis Neuss nicht halt. Die folgende Tabelle zeigt die Situation zum Stichtag 01.01.2008 und die erwarteten Veränderungen bis 2020 und 2030. Während die Gesamtbevölkerung im Kreisgebiet leicht schrumpfen wird, sind starke Anstiege bei den älteren Bevölkerungsgruppen zu erwarten. Die Gruppe der über 65-Jährigen wird bis 2030 voraussichtlich um 35% gegenüber 2008 zunehmen, die höchsten Steigerungsraten sind in der Teilpopulation der über 90-Jährigen zu erwarten. Die Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung (18-64) wird hingegen bis 2030 um knapp 11% zurückgehen. Diese Entwicklung wird im gleichen Zeitraum voraussichtlich einhergehen mit einem Rückgang der unter 18-Jährigen um etwa 16,5%.

Bevölkerung im Rhein-Kreis Neuss	01.01.2008	01.01.2020 (Prognose)	Veränderung (2008)	01.01.2030 (Prognose)	Veränderung (2008)
Gesamtbevölkerung	444.515	438.194	-1,42%	432.498	-2,70%
unter 18	80.187	68.185	-14,97%	66.902	-16,57%
18 bis 64	275.183	268.671	-2,37%	245.620	-10,74%
65 und älter	89.145	101.338	+13,68%	119.976	+34,59%
davon 65 bis 79	70.573	68.807	-2,50%	83.150	+17,82%
davon 80 bis 89	16.372	27.804	+75,16%	28.376	+98,29%
davon über 90	2.200	4.727	+114,86%	8.450	+284,09%

Tabelle 1: Bevölkerungsstand zum 01.01.2008 im Rhein-Kreis Neuss und Prognose bis 2020 und 2030. Quelle: Landesdatenbank NRW 02-08-2010 / Veränderungswerte: eigene Berechnungen

### Mehr Alte - mehr Krankheiten?

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur wird vor dem Hintergrund der auch zukünftig zu erwartenden Multimorbidität im hohen Alter zu einer deutlich gestiegenen Krankheitshäufigkeit im Alter führen, woraus sich schon heute besondere Herausforderungen für die kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik ableiten lassen.

Das Kieler Fritz-Beske-Institut hat im Jahr 2009 eine Studie veröffentlicht, in der aktuelle Prävalenz<sup>1</sup>- und Inzidenzraten<sup>2</sup> mit prognostizierten Bevölkerungszahlen verknüpft wurden. Die demnach zu erwartende Morbiditätsentwicklung ist den folgenden Abbildungen zu entnehmen:

### Prognose für Deutschland

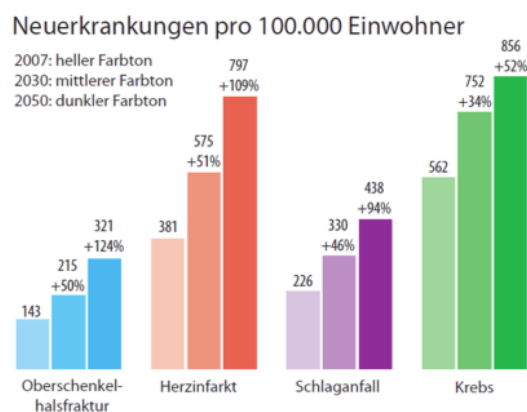
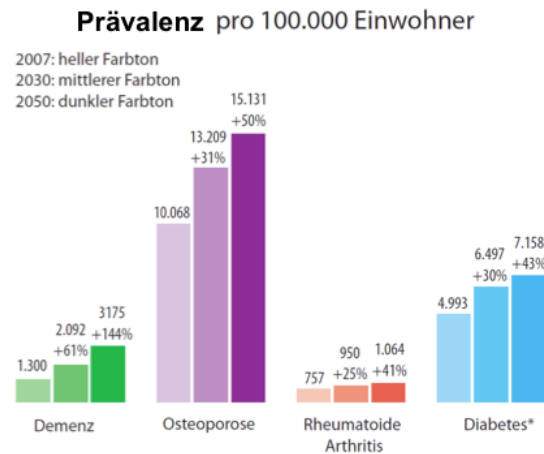


Abbildung 1: Erwartete Morbiditätsentwicklung bis 2050: Neuerkrankungsrate ausgewählter Krankheiten (Beske et al 2009).

<sup>1</sup> Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.

<sup>2</sup> Die Inzidenz steht für die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines Zeitraumes, in der Regel innerhalb eines Jahres.

Die zu erwartenden Steigerungsraten für sehr verbreitete Krankheiten lassen erahnen, dass ein erheblicher Ausbau der Versorgungsstrukturen und der Personalressourcen (u.a. ärztliches Personal, Pflegekräfte, Therapeuten...) erforderlich sein wird. Der Fachkräftemangel ist aber bereits heute feststellbar. Vor diesem Hintergrund sollten möglichst bald Überlegungen angestellt werden, wie die offenkundig klaffende Lücke geschlossen werden kann. Gleichzeitig weist dieses Szenario auch auf die Notwendigkeit der Erschließung von Präventionspotenzialen hin.



**Abbildung 2: Erwartete Morbiditätsentwicklung bis 2050: Prävalenzrate ausgewählter Krankheiten (Beske et al 2009).**

Die geschilderte Problematik gilt in gleicher Weise für Demenzerkrankungen. Bereits heute können viele an Demenz erkrankte Menschen nicht mehr zu Hause versorgt werden. In vielen Fällen sind Angehörige damit überfordert, können es aus beruflichen Gründen nicht leisten oder - was durch die immer mobilere Gesellschaft gefördert wird - leben sie nicht am Ort der Eltern. So existieren in den Facheinrichtungen bereits lange Wartelisten, und die Träger kommen mit dem Bau von - speziell auf die Bedürfnisse von Demenzerkrankten ausgerichteten - stationären Wohnformen kaum nach. Ein weiteres Handlungsfeld ergibt sich in somatischen<sup>3</sup> Krankenhäusern. Immer mehr Menschen mit Demenzerkrankungen müssen gelegentlich mit somatischen Beschwerden behandelt werden. Sie haben große Schwierigkeiten damit, sich in der fremden Umgebung eines Krankenhauses zurechtzufinden, geschweige denn mit mehrmals täglich wechselnden Betreuungspersonen.

Der heute schon existente und sich künftig voraussichtlich verschärfende Fachkräftemangel wird durch Abbildung 3 verdeutlicht. Während 2007 noch drei Menschen im erwerbsfähigen Alter auf einen über 65-Jährigen kamen, werden es 2030 nur noch knapp zwei Personen sein und 2050 nur noch 1,5. Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklung auch auf dem Fachkräftemarkt niederschlagen wird. Neben Versorgungs-/Betreuungsproblemen sind aus dieser Konstellation heraus auch erhebliche Belastungen hinsichtlich der Finanzierung des Versorgungssystems zu erwarten.

<sup>3</sup> Somatisch bedeutet: „das, was sich auf den Körper bezieht; körperlich“. Es werden somatische und psychiatrische Krankenhäuser unterschieden.

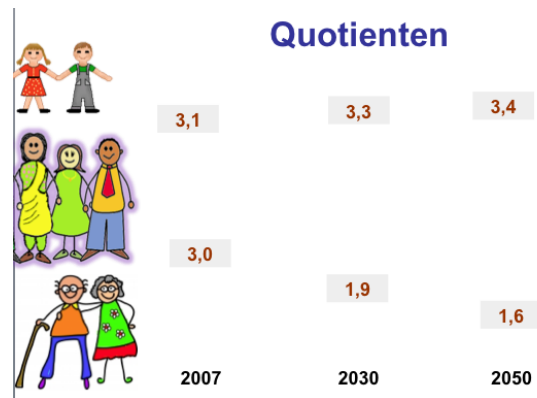


Abbildung 3: Auf 10 über 65-Jährige kommen 2050 nur noch 16 Menschen im erwerbsfähigen Alter (18-64) (Eigene Berechnungen auf Basis von Beske et al. 2009)

### Auch die Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen

Im Zuge des zu erwartenden Anstieges von Morbiditätsraten wird auch die Anzahl pflegebedürftiger Menschen steigen (siehe Abbildung 4). Darauf ist unsere Gesellschaft noch nicht vorbereitet. Im Gegenteil: Bereits heute gibt es auch hier Schwierigkeiten, die Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften zu decken.

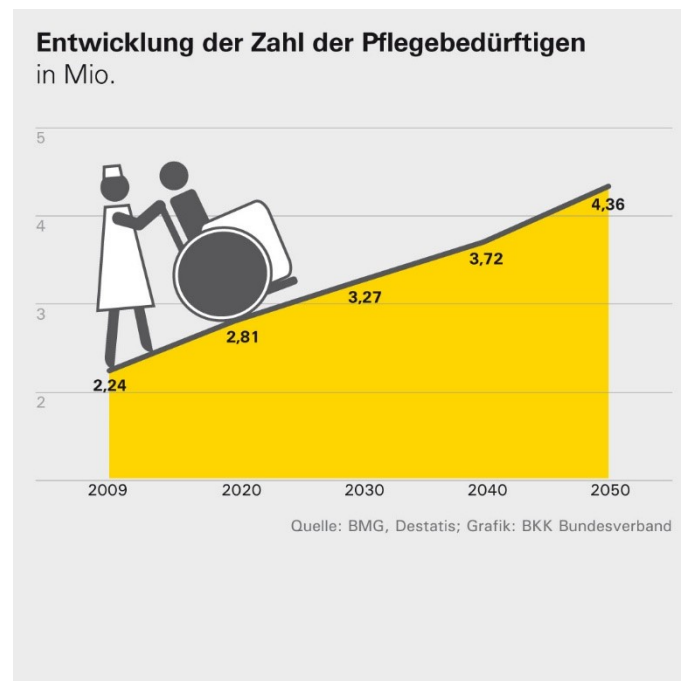


Abbildung 4: prognostizierte Zahl von Pflegebedürftigen in Deutschland (BKK Faktenspiegel - Juli 2010)

### Altersarmut - eine weitere Problematik

Ein weiterer Blick ist auf die ökonomische Situation älterer Menschen zu werfen. Es ist in den Gesundheitswissenschaften hinlänglich bekannt, dass es einen starken Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand gibt, obgleich dieser Effekt mit Hinblick auf das Alter kontrovers diskutiert wird.<sup>4</sup> Zwar ist die finanzielle Situation nur ein Aspekt, aber im Alter kein unwichtiger. So sind gerade ältere Menschen in stärkerem Maße davon abhängig, soziale Teilhabe über finanzielle Ressourcen zu

<sup>4</sup> So wird die These erörtert, dass sich die in jüngerem Alter vorhandenen - sozial bedingten - Unterschiede ausgleichen, weil sich die Krankheitshäufigkeit im höheren Alter (altersbedingt) angleichen wird.

erschließen. Sind sie beispielsweise nicht in der Lage, eine zentral gelegene barrierefreie Wohnung zu finanzieren und ein gewisses Budget für Freizeitaktivitäten zur Verfügung zu haben, können sie möglicherweise nicht selbstbestimmt und aktiv am täglichen Leben teilnehmen. In diesem Zusammenhang ist eine weitere problematische Entwicklung zu beobachten und zwar die fortschreitende Absenkung des Rentenniveaus (siehe Abb. 5).

Es ist eine geradezu zwangsläufige Entwicklung, dass bei einer sinkenden Zahl von Beitragszahlern und einer steigenden Zahl von Rentenempfängern das Rentenniveau sinken muss, wenn diese Lücke nicht staatlich oder über andere Quellen kompensiert wird. Schon heute zahlt der Staat dafür jährlich 80 Mrd. Euro und es ist bei den angespannten Staatsfinanzen derzeit nicht davon auszugehen, dass diese Summe maßgeblich aufgestockt werden kann. Immerhin wird seit einiger Zeit mehr Wert auf private Vorsorge gelegt, dennoch steht die Gefahr einer zunehmenden Altersarmut im Raum.



Abbildung 5: Erwartete Entwicklung des Rentenniveaus in Deutschland (BKK Faktenspiegel - September 2009)

## 2. Gesundheit im Alter fördern - eine interdisziplinäre Zukunftsaufgabe

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter ist ein Handlungsfeld, das nur von vielen Akteuren gemeinsam erfolgreich umgesetzt werden kann. Eine wesentliche Verantwortung gerade für städtebauliche und wohnumfeldbezogene Maßnahmen liegt bei den Städten und Gemeinden. Sie haben die Gestaltungskompetenz vor Ort und sie können in erster Linie einen direkten Dialog mit Bewohnern über Bedarfe und Unterstützungsangebote initiieren.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass das von der Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss initiierte und hier vorliegende Aktionsprogramm diese Gestaltungshoheit keineswegs infrage stellt, sondern dass es im Gegenteil die Städte und Gemeinden darin bestärkt, diese Gestaltungsaufgabe aktiv wahrzunehmen. Die in diesem Konzept an späterer Stelle aufgeführten Handlungsvorschläge für Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen diese städtebaulichen und wohnumfeldbezogenen Maßnahmen (lediglich) sinnvoll ergänzen.



Die damit verbundenen Aufgaben müssen daher maßgeschneidert auf die jeweiligen Bedürfnisse ausgerichtet sein und sollten in hohem Maße partizipativ entwickelt werden.

### Compression of Morbidity

Gesünder und aktiver zu altern, das muss die künftige Devise unserer Gesellschaft sein. Es gilt, das „Vierte Alter“ (Fachbegriff für die Lebensphase etwa ab 80) mit möglichst hoher Lebensqualität zu versehen und die Fähigkeit zur selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung aufrechtzuerhalten. Für diesen Gedanken hat die Wissenschaft den Begriff der „Compression of Morbidity“ geschaffen und dieser hat sich auch im deutschen Sprachgebrauch etabliert: Bei angenommener feststehender Lebensdauer sollte der Mensch danach streben, alle Krankheiten und Beschwerden in ihrem Auftreten und in ihrer Ausprägung so zu verzögern, dass sie ein Höchstmaß von Lebensqualität ermöglichen und die Phase von Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Alltagskompetenz auf ein Minimum reduzieren.

Dies ist nach aktueller Sichtweise nur durch eine Erschließung präventiver Potenziale zu erreichen. Auch wenn diesbezüglich noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht, weiß man schon heute, dass beispielsweise selbst ein erst im hohen Alter begonnenes Bewegungstraining Stürzen wirkungsvoll entgegenwirkt und es somit einen Beitrag zur Reduzierung von Pflegebedürftigkeit leistet. Dieses Beispiel soll verdeutlichen, dass es nicht immer komplizierter und aufwändiger Programme bedarf, um in dieser Richtung Erfolge zu erzielen.

Das hier vorliegende Aktionsprogramm „Gesundheitsförderung im Alter“ macht Vorschläge, wie das Konzept der „Compression of Morbidity“ im Rhein-Kreis Neuss in den kommenden zehn Jahren zielgerichtet umgesetzt werden kann.

Es sei an dieser Stelle aber nicht verschwiegen, dass es auch Stimmen gibt, die diese These kritisch oder auch pessimistischer betrachten. So weist der Psychologe Prof. Dr. Paul Baltes vom Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung auf Erkenntnisse hin, die zeigen, dass das Älterwerden der Ältesten der Alten auch künftig nicht nur mit Würden, sondern mit erheblichen Bürden einhergehen könnte.

Den Januskopf des Älterwerdens - so Baltes - offenbart ein Vergleich zwischen dem „Dritten“ und dem „Vierten Alter“. Das Dritte Alter beginnt mit dem 60. Lebensjahr, das Vierte mit dem chronologischen Alter, zu dem die Hälfte der ursprünglichen „Geburts-Kohorte“ nicht mehr lebt – in den Industrieländern heute mit etwa 80 Jahren. Die guten Nachrichten der Wissenschaft gelten vor allem für das „Dritte Alter“ und dessen Potenzial oder Plastizität. Im Vierten Alter hingegen offenbart sich unbarmherzig die biologische Unfertigkeit des Menschen – und derzeit spricht wenig dafür, dass ein solch hohes Alter gemeinhin zu einem „Goldenen Alter“ des Lebens werden könnte. So wie sie sich heute darstellt, wird die Zukunft des „Vierten Alters“ unsere Gesellschaft vor schier unüberwindliche Probleme stellen – und das bedeutet eine Herausforderung für die Forschung (Baltes 2004).

Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten, dass die enormen Herausforderungen, die mit der demographischen Entwicklung einhergehen werden, ohnehin umfangreicher und zielgerichteter

Interventionsprogramme bedürfen, unabhängig davon, inwieweit das Konzept der „compression of morbidity“ im so genannten „Vierten Alter“ Wirkung entfalten kann.

### 3. Zeitgemäße Interventionskonzepte und Empfehlungen für den Rhein-Kreis Neuss

*In diesem Kapitel werden Interventionskonzepte vorgestellt, die geeignet sind (oder sein könnten), um die zuvor geforderte Erschließung präventiver Potenziale zu ermöglichen. Darin sind auch die Ergebnisse des Workshops enthalten, den die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz mit verschiedenen Fachleuten im März 2010 durchgeführt hatte. Der Entwurf wurde einem Expertenkreis am 29.09. im Kreishaus Neuss vorgestellt und diskutiert. Aus dieser Sitzung wurden wiederum Ergänzungen, Änderungen und Konkretisierungen aufgegriffen und integriert.*

*Nach umfangreicher Erörterung und Verabschiedung durch die Gesundheitskonferenz ist es vorgesehen, das Papier anschließend von den politischen Gremien des Rhein-Kreis Neuss (Sozial- und Gesundheitsausschuss und Kreistag) verabschieden zu lassen.*

Das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung im Alter ist in Deutschland noch recht neu und daher ist die Projekt- und Programmlandschaft überschaubar. Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, einzelne Projekte umfassend vorzustellen. Stattdessen werden Teilgebiete benannt und ihr Bezug zu einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung im Alter dargestellt.

#### 3.1 Evidenzbasierte Leitlinien zur Gesundheitsförderung älterer Menschen

Im Rahmen der europaweit durchgeführten Studie „Health pro Elderly“ wurden evidenzbasierte Leitlinien zur Gesundheitsförderung älterer Menschen erarbeitet (Resch et al. 2010). Sie enthalten im Wesentlichen die Standards einer zeitgemäßen Gesundheitsförderung. Wenn auch vieles davon selbstverständlich anmutet, zeigt die Praxis, dass diese Punkte keineswegs immer berücksichtigt werden. Dies ist umso bedauerlicher, als die Berücksichtigung dieser Punkte oftmals Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf von Interventionsmaßnahmen ist. Daher werden diese nachfolgend benannt:<sup>6</sup>

- 1.) **Zielgruppe:** Auf die spezifischen Bedürfnisse und individuellen Ressourcen der relevanten Zielgruppen zugeschnittene gesundheitsfördernde Interventionen.
- 2.) **Diversität der Zielgruppe:** Anerkennung und Berücksichtigung von Diversität innerhalb der Zielgruppe, insbesondere hinsichtlich Rücksichtnahme auf das Geschlecht, die Chancengleichheit und auf benachteiligte ältere Menschen.
- 3.) **Einbeziehung der Zielgruppe:** Aktives Einbinden der Zielgruppe(n) so weit wie möglich und Ermöglichung der Mitsprache älterer Menschen Begründung:
- 4.) **Empowerment:** Empowerment von Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Steigerung ihrer Motivation, Schritte zu ergreifen, um ihre eigene Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern
- 5.) **Evidenzbasierte Maßnahmen:** Die gesundheitsfördernde Intervention auf bestehende Evidenz und bewährte Verfahren aufbauen

---

<sup>6</sup> Eine ausführlichere Darstellung mit Begründung der Leitlinien ist im Anhang zu finden. Die vollständige Publikation kann unter der folgenden Website heruntergeladen werden:  
[www.proelderly.com/pdf/HPE\\_Broschuere\\_Leitlinien.pdf](http://www.proelderly.com/pdf/HPE_Broschuere_Leitlinien.pdf)

- 6.) Ganzheitlicher Ansatz:** Entwicklung von facettenreichen und ganzheitlichen Interventionen, die die körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsbedürfnisse von älteren Menschen sowie die Verknüpfung dieser Bedürfnisse berücksichtigen
- 7.) Gesundheitsstrategien und -methoden:** Anwenden von Strategien und Methoden, die angemessen und zuverlässig die Zielgruppe(n) erreichen und die vorher definierten Ergebnisse liefern
- 8.) Setting und Zugänglichkeit:** Planen des baulichen und geografischen Settings, in dem die gesundheitsfördernde Intervention stattfindet, und Sicherstellung des Zugangs für die Teilnehmer/innen
- 9.) Einbindung unterschiedlicher Beteiligter:** Einbindung und Beteiligung aller wichtigen Interessengruppen in der Planungs- und Umsetzungsphase
- 10.) Interdisziplinarität:** Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team, das eine Bandbreite an Expertise und Erfahrung mitbringt sowie über unterschiedliche Zugänge im Umgang mit älteren Menschen verfügt
- 11.) Freiwillige Mitarbeiter/innen:** Beteiligung von Freiwilligen bei der Planung, Durchführung und Organisation von Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen
- 12.) Organisation und Finanzierung:** Effektives Management, das finanzielle Effizienz, Qualitätssicherung und organisatorische Strukturen berücksichtigt
- 13.) Evaluation:** Anwenden und Lernen von fortlaufenden und umfassenden Evaluationen, die gemischte Evaluationsmethoden einsetzen
- 14.) Nachhaltigkeit:** Sicherstellen, dass das Projekt während seiner Laufzeit Kompetenzen in Finanzierung, Partizipation und Personalressourcen aufbaut, sodass Aktivitäten nach Projektabschluss weitergeführt werden können
- 15.) Übertragbarkeit:** Gewährleistung von Transparenz einzelner Projektbestandteile, um die Übertragbarkeit von Interventionen zu fördern
- 16.) Werbung und Öffentlichkeitsarbeit:** Bekanntmachen der Aktivitäten und Verbreitung der Ergebnisse des Projekts

## 3.2 Umsetzungsmaßnahmen

### 3.2.1 Sturzprävention

Die bereits im Jahr 2009 unter dem Dach der Gesundheitskonferenz begonnenen Maßnahmen zur Sturzprävention in 10 Pflegeheimen und sechs Seniorenbegegnungsstätten werden ausgebaut. Ziel ist es, flächendeckend im gesamten Rhein-Kreis Neuss sowohl stationäre als auch ambulante Angebote zur Sturzprävention zu etablieren. Diese Angebote haben im Wesentlichen ein evidenzbasiertes Kraft- und Balancetraining zum Gegenstand, das einmal (besser zweimal) pro Woche durchgeführt werden sollte. Als prädestinierte Settings haben sich Pflegeheime und Seniorenbegegnungsstätten erwiesen, andere Einrichtungen kommen aber ebenfalls infrage.

Durch das Engagement der BKK Deutsche Bank kann das Projekt mit dem Namen „Aktiv und Mobil im Alter“ mit weiteren ambulanten Einrichtungen fortgesetzt werden. Bis Mitte 2012 sollen ca. acht weitere ambulante Einrichtungen zu den bereits bestehenden sechs dazukommen und auf diese Weise ein flächendeckendes Angebot im Rhein-Kreis Neuss sicherstellen.

Daneben gibt es weitere Initiativen, die das Thema Sturzprävention aufgegriffen haben. So führt die AOK seit 2009 ein Projekt zur Sturzprävention in Pflegeheimen durch.

Darüber hinaus bietet der Sportbund Rhein-Kreis Neuss Qualifizierungsmaßnahmen an, um Übungsleiterinnen und Übungsleiter in Vereinen für diese Thematik zu schulen.

In Grevenbroich wird aktuell an der Einrichtung und Beschilderung eines ca. 3 km langen Bewegungspfades für ältere Menschen gearbeitet.

Auf Landesebene wird das Siegel „Sturzpräventive Einrichtung“ vergeben. Es wird an stationäre Einrichtungen verliehen, die mindestens 80% der Anforderungen des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“ erfüllen. Zahlreiche Einrichtungen im Rhein-Kreis Neuss haben dieses Siegel bereits erhalten.

#### **Empfehlung (Entwurf):**

**Das Projekt „Aktiv und Mobil im Alter“ wird in Federführung des Gesundheitsamtes fortgesetzt. Weitere Initiativen (u.a. AOK / KSB) kümmern sich ebenfalls aktiv um diese Thematik. Es wäre wünschenswert, wenn sämtliche stationäre Einrichtungen im Kreisgebiet ein Kraft- und Balancetraining etablieren würden.**

**Perspektive 2015:** Im gesamten Kreisgebiet gibt es ambulante Trainingsgruppen z.B. in Seniorenbegegnungsstätten. Sämtliche Pflegeheime haben ebenfalls Trainingsgruppen etabliert.

**Perspektive 2020:** Kraft- und Balance-Training wird flächendeckend im gesamten Kreisgebiet angeboten. Des Weiteren wird Sturzprävention auch im ambulanten Pflegebereich umgesetzt.

### **3.2.2 Zahngesundheit / Mundhygiene**

Unter dem Namen „Bis(s) ins hohe Alter“ startete 2008 das erste Projekt der Gesundheitskonferenz zur Gesundheitsförderung im Alter. Vorbild stand das Münchener Projekt der Teamwerk GbR, das 2005 mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet worden ist. Mittlerweile wurde auch „Bis(s) ins hohe Alter“ im Jahr 2009 mit dem Gewinn des Wettbewerbes „Gesundes Land NRW“ prämiert.

Das Projekt läuft noch bis März 2011 und zwar in insgesamt fünf Pflegeheimen in und um Grevenbroich. Anfangsschwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten, Heimleitungen und Pflegekräften konnten mittlerweile weitgehend überwunden werden. Das Projekt erweist sich zunehmend als sinnvoll und wirksam, auch wenn die Umsetzung von zahnmedizinischen Arbeiten am Pflegebett nicht unproblematisch ist.

Die Notwendigkeit, dieses Handlungsfeld auszubauen, haben jetzt auch die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin erkannt. Zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband deutscher Oralchirurgen haben sie im Juni 2010 ein Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen mit dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ vorgelegt, das zahlreiche Verbesserungen u.a. in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vorsieht. Unter anderem wird vorgeschlagen, risikospezifische Zahnreinigung sowie Prothesenreinigung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufzunehmen (KZBV et al. 2010). Falls die Empfehlungen umgesetzt werden, könnte auch das Projekt „Bis(s) ins hohe Alter“ im Kreisgebiet eine stärkere Verbreitung finden.

**Empfehlung (Entwurf):**

Die in Grevenbroich begonnene Initiative „Bis(s) ins hohe Alter“ sollte fortgesetzt werden. Eine weitere Umsetzung ist davon abhängig, ob Leistungen der präventiven Zahnheilkunde in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden (s.o.).

**Perspektive 2015:** Umsetzung in Grevenbroich und Umgebung ist fest etabliert. Die Erprobung in anderen Städten und Gemeinden des Kreisgebietes findet statt.

**Perspektive 2020:** Flächendeckende Umsetzung in sämtlichen Pflegeheimen im Rhein-Kreis Neuss, Ausweitung auf den Bereich der ambulanten Pflege.

### 3.2.3 Präventive Hausbesuche

Präventive Hausbesuche werden als viel versprechende Gesundheitsförderungsmaßnahme im Alter angesehen. Vor diesem Hintergrund hat sich auch die Arbeitsgruppe „Gesund Altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung intensiv mit diesem Konzept befasst. Sie ist zu dem Schluss gekommen, dass der präventive Hausbesuch für noch nicht pflegebedürftige Personen ab 75 im Grundsatz als eindeutig positiv zu bewerten sei. Es gibt aber noch Klärungsbedarf hinsichtlich verschiedener Parameter wie

- Definition einer konkreten Zielgruppe,
- einzusetzende Methoden und Instrumente,
- die Bestimmung des Umfangs der hausärztlichen Verordnung,
- definierte Leistungsinhalte der Besuchsprogramme bzw. des geriatrischen Assessments,
- Umfang des Einsatzes und Art der beteiligten nichtärztlichen Fachkräfte sowie
- Qualifikation der beteiligten nichtärztlichen Fachkräfte.

Diese Einflussgrößen sind anhand der aktuellen Studienlage noch nicht abschließend beurteilbar, so dass ein größeres Modellvorhaben empfohlen wurde (Bundesvereinigung Prävention 2005). Bedauerlicherweise konnte dieses bis heute nicht realisiert werden.

Unabhängig davon kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der präventive Hausbesuch ein wichtiges und wirksames Instrument ist. Aufgrund der damit verbundenen „Komm-Struktur“ ist zu erwarten, dass auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreicht werden können. Insofern sollte dieses Konzept auch im Rhein-Kreis Neuss weiterverfolgt werden.

Die Diskussion der Expertengruppe im Rhein-Kreis Neuss ergab zwar, dass präventive Hausbesuche in medizinischer Hinsicht als weniger erfolgversprechend angesehen werden müssen, sie sind jedoch hervorragend geeignet, um soziale Teilhabe zu fördern. In diesem Zusammenhang sollte auch ein noch stärkerer Fokus auf die Ehrenamtler/-innen gerichtet werden.

Es wurde außerdem darauf hingewiesen, dass präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren immer freiwillig sein sollten. Detaillierte Informationen über das Vorhaben der präventiven Hausbesuche in Form eines Flyers sowie das Überreichen eines Begrüßungspaketes an die teilnehmenden Seniorinnen und Senioren könne sich für das Erreichen der genannten Zielgruppe als sehr hilfreich erweisen.

**Empfehlung (Entwurf):**

Für die Durchführung präventiver Hausbesuche sollte eine tragfähige Finanzierungsbasis geschaffen werden. Ferner ist es ratsam, bei der Umsetzung erprobte Konzepte zugrunde zu legen. Hierzu wird eine Bestandsaufnahme der bereits vorhandenen regionalen und nationalen Projekte erstellt.

**Perspektive 2015:** Präventive Hausbesuche werden im Rhein-Kreis Neuss in Stadtteilen mit Merkmalen sozialer Benachteiligung erprobt.

**Perspektive 2020:** Flächendeckende Umsetzung im Rhein-Kreis Neuss in Stadtteilen mit Merkmalen sozialer Benachteiligung, Start der Umsetzung eines flächendeckenden Konzeptes auch in anderen Stadtteilen.

### 3.2.4 Präventive Hausbesuche in Verbindung mit gesundheits- und stadtteilorientierter Netzwerkarbeit

Im Workshop wurde die Idee formuliert, auf Stadtebene Netzwerke zu etablieren, die sich für eine gesundheitsorientierte Lebensstilmodifikation mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung und soziale Teilhabe einsetzen. Diese Netzwerke sollen in Verbindung mit dem Instrument „Präventiver Hausbesuch“ bei Seniorinnen und Senioren Verhaltensmodifikationen bewirken. Vorgeschlagen wurde allerdings die Zielgruppe 60+, was sich mit den aktuellen konzeptionellen Vorstellungen zur Umsetzung von präventiven Hausbesuchen nicht deckt. Dort nimmt man die Zielgruppe der über 75-jährigen in den Fokus.

Grundidee des hier vorgeschlagenen Netzwerkes ist es, für jüngere und ältere Seniorinnen und Senioren passgenaue Angebote zur Bewegungsförderung sowie zur gesunden Ernährung zu etablieren, aber auch soziale Teilhabe zu ermöglichen und kulturelle Angebote zu unterbreiten.

**Perspektive 2015:** Erprobung von Netzwerken in Stadtteilen mit Merkmalen sozialer Benachteiligung.

**Perspektive 2020:** Etablierung der o.g. Initiativen und Ausweitung auf andere Stadtteile

### 3.2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung - Netzwerk 50+

Im Workshop wurde der Vorschlag unterbreitet, die Initiativen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Rhein-Kreis Neuss stärker zu bündeln und ein „Netzwerk 50+“ zu gründen. Dieses Netzwerk sollte bestehende Ansätze optimieren und das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer früh einsetzenden Gesundheitsförderung sowohl bei Unternehmen als auch bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern fördern.

An einem derartigen Netzwerk sollten die folgenden Institutionen mitwirken:

- Ärzte/ Krankenkassen/ „Problemlöser“
- Firmen
- Mitarbeiter
- Therapeuten
- Sanitätshäuser
- Verwaltung: / Stadt und Kreis

Ziel des Netzwerkes ist es, die Attraktivität von Angeboten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu steigern, und zwar insbesondere für klein- und mittelständische Unternehmen. Ferner gilt es, Transparenz über bestehende Angebote herzustellen. Die Koordinierung dieses Netzwerkes kann nicht vom Rhein-Kreis Neuss gewährleistet werden.

Wünschenswert wäre es, wenn andere Institutionen dieses Thema aufgreifen und die Steuerung übernehmen würden. Die Beteiligung aller relevanten Akteure des Gesundheitswesens sei insbesondere für die Kosten dieses Programms von großer Bedeutung. Günther Böttner (Böttner-Consulting) hat sich im Rahmen des Abstimmungstreffens am 29.09. bereit erklärt, die Koordination dieses Handlungsfeldes zu übernehmen.

**Perspektive 2015:** ein Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung 50+ ist eingerichtet. Es ist im Kreisgebiet bekannt und vermittelt klein- und mittelständischen Unternehmen geeignete Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung.

**Perspektive 2020:** wie 2015

### 3.2.6 Jung und Alt gemeinsam - z.B. Projekte „Andersland“ und „17/70 - junge Paten für Senioren“

Jung hilft Alt - und Alt hilft Jung. Dieses Motto propagiert der Stuttgarter Verein Andersland e.V. Er bringt Grundschüler mit Demenzkranken zusammen, wodurch Synergieeffekte entstehen (<http://www.besuchimanderland.de>).

Eine weitere Initiative ist das Projekt „17/70 - junge Paten für Senioren“, das von der Essener Ehrenamtsagentur entwickelt wurde. Aufgrund der zunehmenden Mobilität in unserer Gesellschaft wohnen immer weniger Familien an einem Ort und es bedarf daher außerfamiliärer Ressourcen, um alleinstehende und hilfsbedürftige Seniorinnen und Senioren zu unterstützen. Mit dem Projekt sollen Jugendliche an das Ehrenamt herangeführt werden und den Dialog mit einer ihnen sonst fremden und weit entfernten Generation aufnehmen. Auf diese Weise profitieren hier ebenfalls beide Seiten (<http://neu.ehrenamtessen.de/projekte-der-eae/inhalte/1770.html>).

Neben diesen zwei Beispielen gibt es zahlreiche weitere generationsübergreifende Initiativen, die ältere und jüngere Menschen zusammenbringen. Es ist im Rahmen des Aktionsprogramms zu erörtern, ob diese Idee für den Rhein-Kreis Neuss stärker als bisher aufgegriffen und umgesetzt werden kann. Eine Übersicht von Initiativen in NRW hat das frühere Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen zusammengestellt. (Generationsübergreifende Projekte. Beispiele aus der Praxis für die Praxis. ⇨ <http://www.demografie.nrw.de/publikationen/index.php>).

Eine Bestandsaufnahme sowie die Erfolge weiterer nationaler Projekte zu generationsübergreifenden Maßnahmen, wären für die Umsetzung im Kreisgebiet sehr hilfreich.

Des Weiteren wurden in der Diskussionsrunde des Abstimmungstreffens folgende Vorschläge bzw. Hinweise zur Finanzierung solcher Initiativen genannt:

- Förderung von Volksbanken & durch Stiftungen (Projekt sozial genial)
- Public Private Sponsor Chip (z.B. JEKI- für Jedes Kind ein Instrument)

**Perspektive 2015:** Erprobung von Modellen zur ehrenamtlichen Zusammenarbeit zwischen jung und alt.

**Perspektive 2020:** Etablierung derartiger Maßnahmen

### 3.3 Weitere Maßnahmen

Auch wenn - wie oben bereits beschrieben - die deutsche Projektlandschaft noch als fragmentarisch zu bezeichnen ist, kann bereits auf einige Erfahrungen aus dem In- und Ausland zurückgegriffen werden. In diesem Kapitel werden einige Handlungskonzepte vorgestellt, die beim Workshop am 01.03. nicht oder nur am Rande thematisiert worden sind.

#### 3.3.1 Umfassendes Seniorenkonzept der Stadt Rödenthal

Die Stadt Rödenthal (14.000 Einwohner) hat ein umfassendes Konzept unter Beteiligung der in der Stadt lebenden Seniorinnen und Senioren erarbeitet, das die folgenden Handlungsfelder zum Gegenstand hat:

- Stolperfallen im Zentrum beseitigen oder kenntlich machen,
- sichere Übergänge für Benutzer von Rollatoren schaffen,
- für eine Seniorenkompetenz in den Geschäften sorgen (Ausweisung von Toiletten und Ruheplätzen),
- selbst öffnende Türen in den Geschäften im Stadtzentrum installieren,
- öffentliche Toiletten ausbauen,
- an strategisch wichtigen Punkten der Stadt Bänke anbringen, um die Mobilität der Senioren zu erweitern,
- für einen leichteren Ein- und Ausstieg in den Stadtbus sowie eine größere Schrift beim Fahrplan sorgen,
- eine finanzierbare häusliche Versorgung gewährleisten.

Die Umsetzung dieses Konzeptes ist weit vorangeschritten und die Stadt hat mittlerweile mehrere Preise dafür erhalten.

Es wurde bereits erwähnt, dass die Zuständigkeit für derartige Maßnahmen bei den Städten und Gemeinden im Rhein-Kreis Neuss liegt (xxx Querverweis einfügen), dennoch soll dieses Beispiel im Handlungsprogramm nicht unerwähnt bleiben, zeigt es doch, dass mit gutem Willen und großem Engagement vieles möglich ist.

([http://www.roedental.de/db/roedental/kopieindex.nsf/\(UnterNavigationAusgabe\)/9E098191DD702988C125763A00284D05?openDocument](http://www.roedental.de/db/roedental/kopieindex.nsf/(UnterNavigationAusgabe)/9E098191DD702988C125763A00284D05?openDocument))

Die Umsetzung derartiger Seniorenkonzepte wäre Aufgabe der Städte und Gemeinden im Rhein-Kreis Neuss. Es wird vorgeschlagen, Vertreter erfolgreicher Konzepte - wie z.B. aus Rödenthal - einzuladen und von deren Erfahrungen zu profitieren. Es bedarf außerdem eines hohen Maßes an ehrenamtlichem Engagement. Die stärkere Erschließung ehrenamtlichen Engagements ist sicherlich als wesentlicher Erfolgsfaktor für eine gelingende Gesundheitsförderung im Alter zu sehen. Längst nicht alle sinnvollen Maßnahmen werden sich dauerhaft und mit Flächenwirkung finanzieren lassen, wenn sie vollständig auf den Einsatz hauptamtlichen Personalressourcen setzen. In Kapitel 3.2.6 wurden bereits Vorschläge unterbreitet, wie das Engagement junger Menschen stärker gefördert werden kann. Darüber hinaus sollten aber auch andere Zielgruppen aktiviert werden, wie beispielsweise in Rödenthal. Dort wird auch der Ansatz erfolgreich umgesetzt, dass jüngere Alte ältere Seniorinnen und Senioren unterstützen und zwar beispielsweise auch in der Anleitung von Kraft- und Balancetraining zur Prävention von Stürzen.

**Perspektive 2015:** Diese ist von den Städten und Gemeinden im Rhein-Kreis Neuss zu definieren

**Perspektive 2020:** Diese ist von den Städten und Gemeinden im Rhein-Kreis Neuss zu definieren



### 3.3.2 Aktive Gesundheitsförderung im Alter

Wie eingangs bereits erwähnt, sollten Präventionsmaßnahmen nicht isoliert umgesetzt werden, da damit keine nachhaltigen Effekte erzielt werden können. Beim Hamburger Projekt „BEST - Aktive Gesundheitsförderung“ handelt es sich um eine Kombination mehrerer Aspekte. Neben der Ernährung und Bewegung wird auch das soziale Umfeld der Seniorinnen und Senioren berücksichtigt. Damit sind sowohl die zwischenmenschlichen Beziehungen als auch die soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gemeint.

Ein interdisziplinäres Team, bestehend aus einem Arzt, einem Ökotrophologen, einem Bewegungsspezialisten und einem Sozialpädagogen führen zunächst eine halbtägige Informationsveranstaltung und Beratung in Kleingruppen durch. Basierend auf den Beratungsergebnissen erstellt das Team für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen individuellen Ernährungs- und Aktivitätenbrief. Dieser Empfehlungsbrief enthält neben Hinweisen, die zu Hause umgesetzt werden können, nur solche Angebote, die im näheren Wohnumfeld liegen und somit gut erreichbar sind.

Die Zielgruppe dieses Konzeptes sind über sechzigjährige Seniorinnen und Senioren, die ohne kognitive Einschränkungen zu Hause leben und noch nicht pflegebedürftig sind.

Dieses Modell wird sehr erfolgreich umgesetzt: Sowohl ein verbessertes Ernährungs- und Trinkverhalten der teilnehmenden Seniorinnen und Senioren, als auch eine gesteigerte Motivation, sich sportlich mehr zu betätigen, konnte erzielt werden.

Finanziert wird das Projekt durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und die Max Ingeburg Stiftung. Zurzeit werden die Personalkosten für das Gesundheitsberaterteam durch die Eigenanteile der Teilnehmer finanziert. Außerdem wird das Projekt von den meisten Krankenkassen mit bis zu 80% bezuschusst.

(<http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/en/media/albertinen.pdf>)

**Perspektive 2015:** Bevor eine Perspektive skizziert werden kann, bedarf es weiterer Informationen hinsichtlich der Wirksamkeit und Finanzierung derartiger Konzepte.

**Perspektive 2020:** s.o.

### 3.3.3 Patras (Paderborner Trainingsstudie)

Ein weiteres Beispiel für die Themenschwerpunkte Ernährung und Bewegung ist die Paderborner Trainingsstudie. Ähnlich wie bei dem zuvor beschriebenen Projekt „Aktive Gesundheitsförderung“ basiert auch dieses auf der Zielsetzung, die Ernährung und Bewegung der in Altenheimen wohnenden hochbetagten Seniorinnen und Senioren zu fördern bzw. zu verbessern. Bei der Zielgruppe handelt es sich vor allem um hochbetagte Frauen. Professor Dr. Hesecker, Begründer und Leiter des Projekts, konnte die Wirksamkeit seiner in je einem Handbuch festgehaltenen Empfehlungen zur optimalen Ernährung und Bewegung in 44 Einrichtungen des Caritasverbandes in Paderborn erproben. Die Handbücher basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, so thematisieren sie z.B. die 32 wichtigsten Ernährungsrisiken (Schluckstörungen, Mundtrockenheit, Kauprobleme etc.) Neben einer zweitägigen Schulung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen sieht das Konzept vor, z.B. den Ernährungszustand und die vorhandenen Ernährungsrisiken der Altenheimbewohner zu dokumentieren. Durch regelmäßige Gewichtskontrolle und Essens- sowie

Trinkprotokolle lassen sich Verbesserungen oder auch Verschlechterungen der betreffenden Personen schnell feststellen.

Die andere Komponente des Projekts hat die Verbesserung der körperlichen Mobilität der Seniorinnen und Senioren zum Ziel. 2-3x wöchentlich findet, unter der Leitung von gelernten Gymnastik- und Sportlehrer/-innen oder aber auch Ehrenamtlern, ein Muskelkräftigungsprogramm statt.

Die Evaluation ergab, dass gerade das Bewegungsprogramm zu einer verbesserten Mobilität der Teilnehmer beitrug und in Einzelfällen sogar die Gehhilfen weggelassen werden konnten.

Eine Anschubfinanzierung dieses Modells übernahm die Universität Paderborn und der Caritas- Verband zu gleichen Teilen. Im weiteren Verlauf wurde das Programm, nachdem es als Regelprogramm aufgenommen wurde, von der Caritas unter Beteiligung des Meinwerk-Instituts finanziell unterstützt.

(<http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/en/media/patras.pdf>)

**Perspektive 2015:** Bevor eine Perspektive skizziert werden kann, bedarf es weiterer Informationen hinsichtlich der Wirksamkeit und Finanzierung derartiger Konzepte.

**Perspektive 2020:** s.o.

## 4. Literatur

- BALTES, P. (2004):** Das hohe Alter - Mehr Bürde oder Würde. Quelle:  
<http://www.elfenbeinturm.net/archiv/2004/01.html#Anchor-47857>
- BESKE F. et al (2009):** Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Kiel: Schmidt und Klaunig.
- BKK Faktenspiegel (09-2009):** Schwerpunktthema ältere Menschen, Quelle:  
<http://www.bkk.de/faktenspiegel>
- GERHARDUS, A. et al. (Hrsg.) (2010):** Evidence-based Public Health. Bern: Huber.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010):** Gesundheit im Alter fördern - eine Zukunftsaufgabe der Kommunen. Dokumentation einer Fachkonferenz in Berlin vom 15. Okt. 2009.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung & Bundeszahnärztekammer (Hrsg.) (2010):** Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Manuskript. Berlin.
- KRUSE, A.; WAHL, H.-W. (2010):** Zukunft Altern - Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Spektrum: Heidelberg.
- REICHERT M. et al. (2007):** health pro elderly - Overview on health promotion for older people in Germany. Manuskript.
- RESCH et al. (2010):** Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Publikation im Rahmen der Studie „Health pro Elderly“. Manuskript. Quelle:  
[http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE\\_Broschuere\\_Leitlinien.pdf](http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE_Broschuere_Leitlinien.pdf)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009):** Gutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.
- SIEGRIST, J.; MARMOT, M. (Hrsg.) (2008):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen.