



Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheitsförderung e.V.

Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte

Empfehlungen der Bundesvereinigung
Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Inhaltsverzeichnis

1. Damit gesundes Altern gelingt: Präventionsziele als Handlungsrahmen und Selbstverpflichtung der Akteurinnen und Akteure	3
2. Einschränkungen minimieren, Potenziale ausschöpfen: Eine kurze Situationsanalyse zur Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte	4
3. Präventionsziele in der zweiten Lebenshälfte: die Zielbereiche	10
3.1 Zielbereich 1: Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern	12
3.2 Zielbereich 2: Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen	17
3.3 Zielbereich 3: Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern – Fehlernährung vermeiden	22
3.4 Zielbereich 4: Psychische Gesundheit fördern und erhalten	29
3.5 Zielbereich 5: Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern	36
3.6 Zielbereich 6: Ressourcenorientierte Früherkennung von Funktions-Einbußen	41
4. Die nächsten Schritte	42
5. Die Autorinnen und Autoren	44
6. Anhang:	
6.1 Zielmatrix	46
6.2 Die Mitglieder der AG 3 „Gesund altern“	56

Über dieses Papier:

Mit den „Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte“ in der vorliegenden Fassung veröffentlicht die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) ein auf Diskurs und Umsetzung gerichtetes Papier. Zugunsten von Lesbarkeit und Anwendungsbezug wird bewusst auf Belege, Abbildungen und ausführliche Literaturangaben verzichtet. Eine ergänzende ausführliche Materialsammlung mit umfangreichen Literatur- und Quellenangaben ist in Vorbereitung.

1. Damit gesundes Altern gelingt: Präventionsziele als Handlungsrahmen und Selbstverpflichtung der Akteurinnen und Akteure

Gesundes und aktives Alter(n) setzt ausreichende Mobilität, physische Leistungsfähigkeit, kognitive und psychische Leistungsfähigkeit, alltagspraktische Kompetenz, soziale und materielle Absicherung sowie soziale Integration und Partizipation voraus. Das zeigen uns gerontologische, gesundheitswissenschaftliche und nicht zuletzt auch geriatrische Forschungsergebnisse.

Es geht somit darum, möglichst vielen älteren Menschen zu ermöglichen, bei möglichst hoher Lebensqualität lange selbständig zu bleiben, d.h. die Phase von Krankheit, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit zu verkürzen. Dabei sollen die Potenziale älterer Menschen in den Blick rücken, und der Zugang zum öffentlichen, gesellschaftlichen Raum, in den sie diese Ressourcen und Potenziale einbringen können, soll ermöglicht werden.

Um dies zu verwirklichen, bedarf es gezielter Prävention und Gesundheitsförderung – und zwar in all ihren Facetten als

- Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne,
- primäre Präventionsmaßnahmen, die auf bestimmte Krankheiten und Risikofaktoren zielen,
- sekundäre Prävention zur Früherkennung von Krankheiten und
- tertiäre Prävention, um mit chronischen Krankheiten umgehen zu können, deren Krankheitsfolgen zu minimieren und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zusammengeschlossenen Organisationen haben es sich zur Aufgabe gemacht, vorhandene Präventionspotenziale durch Kooperation, Koordination und Vernetzung möglichst optimal auszuschöpfen und für die in diesem Bereich bereits bestehenden Einzelinitiativen Synergien zu schaffen. Damit Prävention in der zweiten Lebenshälfte jedoch in dem oben beschriebenen umfassenden Sinn gelingen kann, muss sich die Arbeit aller beteiligten Akteurinnen und Akteure an gemeinsamen Präventionszielen ausrichten.

Die Mitglieder der BVPG verstehen deshalb die hier vorgelegten „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ nicht als abschließendes Dokument, sondern als Einstieg in eine systematische Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung für die stark anwachsende Gruppe der älteren Menschen in Deutschland. Das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG), insbesondere die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des DFPG, hatte diesen Prozess in Gang gesetzt. Nachdem das Deutsche Forum und die BVPG sich im Jahr 2007 zusammengeschlossen haben, wird die BVPG diese Aufgabe in Zukunft kontinuierlich fortführen.

2. Einschränkungen minimieren, Potenziale ausschöpfen: Eine kurze Situationsanalyse zur Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte

Mit der Veränderung der Altersstruktur unserer Gesellschaft und der gestiegenen Lebenserwartung haben sich sowohl „das Alter“ selbst als auch der Blick der Gesellschaft auf Seniorinnen und Senioren verändert.

Stärken und Potenziale des Alters finden mehr und mehr Beachtung. Daneben besteht die Tatsache, dass mit steigendem Alter gesundheitliche Beeinträchtigungen zunehmen. Bei einem zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ergibt sich daraus eine steigende finanzielle Belastung der sozialen Netzwerke. Ältere Menschen sind derzeit die Hauptnutzergruppe des Gesundheitssystems in Deutschland; sie bedürfen einer stärkeren gesundheitlichen Betreuung, und mit zunehmendem Alter steigt auch die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit.

Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Gesundheitsversorgung der über 80-Jährigen dar. Dieser Personenkreis ist die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in der Bundesrepublik und bereits in den letzten fünf Jahrzehnten um das etwa 3-fache gewachsen. Hinzu kommt, dass Multimorbidität und chronisch-degenerative Krankheitsprozesse insbesondere im hohen Lebensalter zu einem spezifischen medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Versorgungsbedarf führen. Wissenschaftlich hat dieser Befund in der sog. „Medikalisierungsthese“ seinen Niederschlag gefunden. Diese geht davon aus, dass die zusätzlichen, gewonnenen Lebensjahre in Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbracht werden.

Ein anderer, erst in jüngerer Zeit stärker wahrnehmbarer Diskurs betont hingegen die erwähnten Stärken und Potenziale des Alters – auch und vor allem die präventiven Potenziale. Hier fließt die Erkenntnis der Gerontologie ein, dass sich die körperliche und geistige Vitalität im Alter bis heute von Kohorte zu Kohorte verbessert. Behinderte und pflegebedürftige Menschen stellen eindeutig eine Minderheit dar. Rechnet man Hilfe- und Pflegebedarf zusammen, so sind bei den unter 80-Jährigen nur 15 % nicht mehr in der Lage, ein selbständiges Leben ohne fremde Hilfe zu führen. Auch bei betagten Menschen ist das Leben im Alters- oder Pflegeheim die Ausnahme. Selbst bei Personen im Alter ab 80 Jahren können über 40 % selbständig und ohne Bedarf an fremder Hilfe wohnen und leben. In den letzten Jahren hat sich somit nicht allein die Lebenserwartung, sondern auch die „behinderungsfreie“ Lebenserwartung ausgedehnt. Diese Erkenntnis findet ihre Entsprechung in der „Kompressionsthese“. Ihr zufolge nimmt die Morbidität im Alter nur geringfügig zu.

Das bedeutet zwar nicht, dass Hochaltrige frei von körperlichen Einbußen oder Krankheiten sind – die Zunahme der gesundheitlichen Risiken und die erhöhte Anfälligkeit für akute und chronische Krankheiten im höheren und hohen Erwachsenenalter sind Realität. Aber Erkrankungen können auch im hohen oder sehr hohen Alter gelindert werden. Und: Nicht jede Krankheit oder körperliche Einbuße führt notwendigerweise zu Beeinträchtigungen in der selbständigen Lebensführung. Zudem können auch Funktionseinbußen wie zum Beispiel eine Störung des Gleichgewichts zumindest teilweise kompensiert werden.

Auch wenn wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt ist, wie sich die „weitere Gesundheitsentwicklung im Zuge der Lebenszeitverlängerung“ darstellen wird, steht die Richtung der gesundheitspolitischen Maßnahmen doch fest: So gilt es in Zukunft zum Beispiel, die vielfach noch unausgeschöpften Potenziale älterer Menschen besser zu fördern und zu nutzen, dies gilt prinzipiell auch für behinderte Menschen. Daher wird das Konzept des gesunden Alterns an Bedeutung gewinnen – und damit auch der Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“.

Die vorliegende Situationsanalyse will einen Beitrag zur rational nachvollziehbaren Definition von Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte leisten und verdeutlichen, von welchem Begriff bzw. Verständnis von Gesundheit ausgegangen wird. Dieses Kapitel gibt deshalb einen Überblick über die Krankheitslast sowie die Gesundheitspotenziale der älteren Bevölkerung in Deutschland. Die Ausführungen basieren auf allgemein zugänglichen Daten. Im Folgenden wird auf ausgewählte, epidemiologisch bedeutsame Aspekte näher eingegangen, ohne das weite Spektrum der Morbidität im Alter vollständig abdecken zu können oder zu wollen. Der besseren Lesbarkeit halber wird auf Tabellen und Abbildungen verzichtet. Leserinnen und Leser, die vertieft in diese Thematik einsteigen möchten, seien deshalb auf die weiterführende Literatur verwiesen¹.

Wie im Folgenden deutlich werden wird, ist auch die Verwendung des Ausdrucks „Präventionsziele“ eine Vereinfachung, die der besseren Lesbarkeit geschuldet ist: Gemeint sind immer Präventions- und Gesundheitsförderungsziele.

Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte – was damit gemeint ist

Das Phänomen der steigenden Aktivität der neuen „alten“ Generationen führte dazu, dass der Begriff des Alterns in letzter Zeit vielfach in Literatur und Öffentlichkeit diskutiert wurde. Zum ersten Mal wurden die positiven Entwicklungschancen des Alterns in den 1980er Jahren von den amerikanischen Wissenschaftlern Rowe und Kahn aus einer soziologisch-wissenschaftlichen Perspektive untersucht. Sie haben den heute weit verbreiteten Begriff „Successful Ageing“ geprägt, der ursprünglich die Fähigkeit meinte, die folgenden drei Aspekte im Alter erhalten zu können:

- Krankheiten vermeiden,
- sämtliche kognitiven Funktionen erhalten und physisch vital sein,
- sich aktiv im Leben engagieren.

Der Begriff „Successful Ageing“ wurde seitdem vielfach um weitere Faktoren ergänzt. So weist die gerontologische Forschung auf die enorme Heterogenität des Alters hin. Es existiert kein kausaler, sondern lediglich ein konditionaler Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit. Auch bei Personen im identischen Alter und mit einem exakt übereinstimmenden Krankheitsbefund lassen sich erhebliche Unterschiede im Hilfebedarf, in der Lebenszufriedenheit und im Wohlbefinden feststellen. Diese Abweichungen untermauern die Bedeutung psychosozialer Faktoren, die sich unter anderem aus der sozialen Umwelt,

¹ Wie auf S. 2 beschrieben, ist eine ergänzende Materialsammlung „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ in Vorbereitung. Sie wird ausführliche Literatur- und Quellenangaben enthalten und über www.bvpraevention.de zu beziehen sein.

dem Selbstkonzept, den Selbsteffizienzannahmen und individuellen Kontrollüberzeugungen speisen.

Zusammengefasst sind diese Erkenntnisse im Konzept des „aktiven Alterns“, welches von der Weltgesundheitsorganisation WHO eingeführt und in dem 2002 erschienenen Policy Framework „Active Ageing“ manifestiert wurde. Dieses definiert aktives Altern als einen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern. Das Konzept des aktiven Alterns stellt damit also nicht nur die Frage nach der gesundheitlichen Versorgung, sondern zusätzlich nach Faktoren, die einen Einfluss auf den Alterungsprozess des Individuums und auf das Altern in einer Gesellschaft ausüben. Dieses Konzept umfasst somit neben der Versorgung der älteren Menschen mit lebens- und entfaltungswichtigen Grundgütern die Vermeidung funktioneller Einschränkungen, das Wohlbefinden, körperliche Fitness, kognitive Leistungsfähigkeit, soziale Aktivität, Mobilität, Selbständigkeit, Selbstverantwortlichkeit sowie soziale Partizipation.

Für das Verständnis von Gesundheit und Alter bedeutet das: Das Fehlen von Erkrankungen und körperlichen Einbußen bildet nur einen Aspekt von Gesundheit. Weitere bedeutende Aspekte sind die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, das subjektive gesundheitliche Befinden, die Art und Weise, wie Menschen mit eingetretenen Erkrankungen umgehen, der Grad an Lebenszufriedenheit sowie das Ausmaß an Selbständigkeit und Selbstbestimmung in der Lebensführung. Mit diesem Verständnis von Gesundheit wird zugleich ausgedrückt, dass Menschen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Gesundheit ausüben können. Der Erhalt der Gesundheit im Alter ist mithin als eine Aufgabe zu verstehen, deren Bewältigung auch im Verantwortungsbereich des Einzelnen liegt. Gleichwohl darf nicht übersehen werden, dass die Entwicklung der Gesundheit nicht allein vom Verhalten des Menschen, sondern auch von erblichen Faktoren und insbesondere auch von den Verhältnissen, unter denen er lebt, abhängt.

Unschwer erkennt man, dass mit diesem Konzept die Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung eng verbunden sind. Ihnen kommt die zunehmend wichtiger werdende Aufgabe zu, die Entwicklung typischer chronischer Erkrankungen zu verhindern oder zumindest zu verzögern sowie Alltagskompetenz, Selbständigkeit und Autonomie der Menschen im dritten und vierten Lebensabschnitt so lange wie möglich zu erhalten.

Prävention zielt auf die Verhinderung von Krankheiten, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und hat daher immer einen spezifischen expliziten oder impliziten Bezug darauf. Zielparameter ist, Inzidenzen für Krankheit, Funktionseinschränkung und/oder Behinderung durch die Reduktion von Risikofaktoren zu senken.

Bei der Gesundheitsförderung geht es um die Förderung gesundheitlicher Ressourcen und gesundheitsförderlicher Strukturen. Zielparameter sind, dem Einzelnen oder Gruppen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit zu ermöglichen und die salutogenen Potenziale der jeweiligen Lebenswelten auszuschöpfen.

Die Frage, wie sich Gesundheitsförderung zu Prävention verhält, ist spätestens mit dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung im Gesundheitswesen 2001/2002 beantwortet. Hier heißt es: Anstatt Gesundheitsförderung und Prävention „als Gegensätze zu begreifen, die einander ausschließen, sollten Belastungsminderung und Ressourcenvermehrung als einander ergänzende Herangehensweisen zur Risiko- und damit Inzidenzabsenkung betrachtet werden. [...] Bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -pro-

grammen und -maßnahmen sollte immer nach beiden Aspekten gefragt werden: Welche Belastungen können im Hinblick auf Krankheitsvermeidung gesenkt werden und welche Ressourcen können gestärkt werden?“

Das heißt: Aktives, gesundes Alter(n) braucht beide Strategien: Gesundheitsförderung und Prävention.

Krankheit und Pflegebedürftigkeit in der zweiten Lebenshälfte

Die gerontologische Forschung unterstreicht sehr deutlich die Vulnerabilität des Alters, die sich nicht nur in einem erhöhten Risiko niederschlägt, im hohen Alter an einer chronischen oder progressiv progredienten Erkrankung zu leiden, sondern auch in einer steigenden Wahrscheinlichkeit, im Alter gleichzeitig mehrere voneinander unabhängige Krankheitsdiagnosen auf sich zu vereinigen. So liegen bei ca. 96 % der über 70-Jährigen mindestens eine und bei 30 % zwei oder mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsdürftige Erkrankungen vor.

Zwei große Krankheitsgruppen stehen im Häufigkeitsspektrum an erster Stelle: Erkrankungen des kardio- und zerebro-vaskulären Systems und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dabei treten auch geschlechtsspezifisch deutliche Unterschiede auf. Frauen leiden im Alter eher an (chronischen) körperlichen Krankheiten, sind eher in ihrer Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt, neigen eher zu depressiven Erkrankungen, haben aber eine erheblich höhere Lebenserwartung als Männer.

Zu Behinderungen und Pflegebedürftigkeit führen besonders häufig Krankheiten des Kreislaufsystems. Allein aufgrund der schwerwiegenden funktionellen Folgen (z. B. Lähmungen) führt der Schlaganfall, der besonders im höheren und hohen Alter auftritt, in 30-50 % der Fälle zu Behinderungen und Pflegebedürftigkeit. Als weitere wichtige Diagnosegruppe folgen die psychischen und Verhaltensstörungen, insbesondere die demenziellen Erkrankungen.

Ein weiteres großes Problem im Alter stellen multimorbiditäts-assoziierte Stürze dar. Stürze führen in 50 % der Fälle zu erheblichen Funktionseinschränkungen, bei 30 % zur Hilfsbedürftigkeit und bei 20 % zur Pflegebedürftigkeit.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen vor diesem Hintergrund also nicht nur auf die Vermeidung von Erkrankungen abzielen, sondern auch auf die Vermeidung funktionseller Einschränkungen nach Eintritt einer Erkrankung oder eines (Sturz-)Unfalls. Wichtig ist ferner die Vermeidung einer Entwicklung von Krankheiten und Behinderungen, die einen Hilfe- und Pflegebedarf zur Folge haben. Prävention im Alter kann also nicht nur primäre Prävention sein, sondern muss immer auch sekundäre und tertiäre Prävention beinhalten.

Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung

Epidemiologische Zahlen zeigen seit Jahren, dass inzwischen 60 % aller weltweiten Todesfälle durch Krankheiten verursacht werden, deren Genese überwiegend durch individuelle Verhaltensweisen (mit)begründet ist. So könnten z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates inklusive Stürze allein durch die Einhaltung eines regelmäßigen körperlichen Trainings wesentlich zurückgedrängt werden.

Ferner zeigen zahlreiche gerontologische Befunde zur Plastizität körperlicher und geistiger Entwicklung, dass der Alter(n)sprozess aktiv beeinflussbar ist und dass jedes Individuum diesen Prozess in Grenzen selbst beeinflussen kann. Physiologische und psychologische Altersveränderungen sind nur zum Teil auf genetische Ursachen bzw. degenerative Prozesse zurückzuführen und können durch einen entsprechenden Lebensstil oder durch Interventionen verzögert, reduziert oder umgekehrt werden. Durch das Ausschöpfen der Potenziale und der Reservekapazität kann positiv auf den Alter(n)sprozess eingewirkt werden, d. h. die Selbständigkeit und Kompetenz älterer Menschen gefördert werden bzw. bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Diese Befunde berechtigen zur Annahme von präventiven Potenzialen auch im Alter.

Betrachtet man die Effekte bekannter Risikofaktoren auf die klinische Manifestation von koronarer Herzkrankheit und der zerebro-vaskulärem Insult (Schlaganfall), wird deutlich, dass eine hohe Übereinstimmung in den Risikofaktoren vorliegt. Des Weiteren zeigt sich, dass mehrere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten wie Rauchen, Östrogenmangel, Diabetes mellitus und Bewegungsarmut zugleich Risikofaktoren für Osteoporose darstellen.² Es ist also festzustellen, dass durch einen gesunden Lebensstil ein Beitrag zur Vermeidung der genannten Erkrankungen und von Funktionseinschränkungen³ geleistet werden könnte.

Potenziale für die Gesundheitsförderung und Prävention liegen insbesondere auch in der stärkeren Berücksichtigung sozial benachteiligter älterer Menschen. Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala haben derzeit eine um 10 Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahre). Für Frauen beträgt der Unterschied 5 Jahre (81 gegenüber 86 Jahren)⁴. Dieser Unterschied, oft aufgrund sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, findet sich nicht nur in Bezug auf die Lebenserwartung, sondern auch bezüglich Erkrankungen und Risikofaktoren. Er ist auch im Alter nachgewiesen⁵. Es ist daher besonders wichtig, die Seniorinnen und Senioren in den Blick zu nehmen, die in sozial schwierigen und belasteten Verhältnissen leben. Diese Menschen nutzen die Angebote besonders wenig, haben gleichzeitig aber einen besonderen Gesundheitsförderungsbedarf. Auch die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten sollte besondere Beachtung finden⁶. Hier ist die Frage geeigneter Zugangswege besonders evident.

² Zu den hier sehr verkürzt dargestellten Risikofaktoren vgl. auch die ausführlicheren Ausführungen in der Materialsammlung.

³ Eine Ausnahme stellt hier der Östrogenmangel dar, der nicht ohne Weiteres durch einen gesunden Lebensstil beeinflusst werden kann.

⁴ Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 65f.

⁵ Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 685ff.

⁶ ebenda, S. 692f.

Fazit:

Um die Gesundheitspotenziale in der zweiten Lebenshälfte zu aktivieren und die Krankheitslast zu vermindern, braucht man gesundheitsfördernde und präventive Strategien. Diese Strategien beziehen sich in erster Linie nicht auf einzelne Krankheiten, sondern generell auf bestimmte Verhaltensweisen und Verhältnisse. Neben dem Verzicht auf Risikofaktoren erweist sich somit vor allem ein ausreichendes Maß an körperlicher und geistiger Aktivität als bedeutsam für die Entwicklung sowie den Erhalt von Leistungsfähigkeit und Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte.

Diesen Erkenntnissen tragen die im folgenden vorgestellten Präventionsziele bzw. ihre Operationalisierung in den einzelnen Zielbereichen Rechnung.

Ausgewählte Literatur:

- Infratest Sozialforschung (Hrsg.) (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG 3). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: Infratest Sozialforschung.
- Kruse, Andreas (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien (verfasst im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.). Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146).
- Rowe, J.W.; Kahn, R.L. (1998): Successful Ageing. New York: Pantheon Books: 37-40
- WHO (Ed.) (2002): Active Ageing – A Policy Framework. Geneva: WHO.

3. Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte: die Zielbereiche

Die Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. verständigen sich für die Prävention und Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte auf folgende **Oberziele**:

- Erhaltung und Förderung physischer, psychischer und kognitiver alter(n)sgerechter Fähigkeiten
- Erhaltung und Förderung einer selbständigen, sozial integrierten und selbstverantwortlichen Lebensführung.

Unter den an dem Zieleprozess Beteiligten ist es Konsens, dass

- die Umsetzung dieser weit reichenden Ziele nur durch eine weitere Ausdifferenzierung in relevante Zielbereiche, die konsensuale Verständigung auf Teilziele, Strategien und konkrete Maßnahmen möglich ist. Bei der Operationalisierung der o.g. zwei Oberziele legen sie die im vorangegangenen Kapitel in Grundzügen dargestellte wissenschaftliche Abschätzung der Gesundheitsprobleme im Alter zugrunde;
- bei der Ausdifferenzierung der Ziele im Hinblick auf die jeweiligen Zielgruppen die hohe Heterogenität des Alters berücksichtigt werden muss;
- es unabdingbar ist, soziale Faktoren wie z. B. den sozialen Status sowie Gender-Aspekte zu berücksichtigen.

Die auf den folgenden Seiten dargestellte Zielformulierung erfolgte in Anlehnung an „gesundheitsziele.de“ auf Bundesebene anhand folgender relevanter Kriterien:

- Das zugrunde liegende Problem verursacht hohe Mortalität und Morbidität.
- Das zugrunde liegende Problem ist weit verbreitet.
- Das zugrunde liegende Problem verursacht hohe direkte und indirekte Kosten.
- Es gibt Instrumente und Verfahren und damit gute Chancen zur Verbesserung des zugrunde liegenden Problems (z.B. im Bereich der Qualitätssicherung/des Qualitätsmanagements).
- Es gibt Akteurinnen und Akteure, mit denen das Ziel umgesetzt werden kann.
- Es bestehen gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit.
- Fortschritte können gemessen werden.
- Bürgerinnen und Bürger können aktiv zur Umsetzung des Gesundheitsziels beitragen.
- Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor.

Insgesamt wurden nach diesen genannten Kriterien sechs **Zielbereiche** identifiziert, in denen einerseits Handlungsbedarf besteht und andererseits eine systematische und integrierte Herangehensweise möglich ist:

Zielbereich 1: Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern

Zielbereich 2: Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen

Zielbereich 3: Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern – Fehlernährung vermeiden

Zielbereich 4: Psychische Gesundheit fördern und erhalten

Zielbereich 5: Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern

Zielbereich 6: Ressourcenorientierte Früherkennung von Funktionseinbußen

Die Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit gilt als Querschnittsziel über alle Zielbereiche hinweg. Sowohl bei der Analyse der epidemiologischen Ausgangslage als auch bei der Planung und Durchführung von Interventionsmaßnahmen und der Quantifizierung der Ziele ist dieses Querschnittsziel zu berücksichtigen. Innerhalb dieser Bereiche werden dann systematisch Relevanz, Zielgruppen für präventive Maßnahmen, Ziele und Teilziele, Strategien und Maßnahmen, Indikatoren, Akteurinnen und Akteure sowie Praxisbeispiele aufgeführt.⁷

Den am Zieleprozess Beteiligten ist bewusst, dass für die Zielerreichung messbare Indikatoren benannt werden müssen. Nur so ist eine Erfolgskontrolle möglich.

In vielen Fällen können jedoch erst die umsetzenden Kooperationspartner die jeweiligen Kriterien und Maßeinheiten konkret festlegen. Auch ist in den meisten Handlungsfeldern noch eine weiter gehende Sichtung und ggf. Ergänzung der Datenlage vorzunehmen.

⁷ Eine Ausnahme bildet Zielbereich 6: Dieser wurde zwar bereits definiert, die Ausarbeitung jedoch gekoppelt an die zukünftige Behandlung des Themas „Präventive Hausbesuche“; vgl. hierzu S. 39

3.1 Zielbereich 1: Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern

Relevanz:

An der Wirksamkeit regelmäßiger Bewegung und körperlicher Aktivität für die körperliche, psychische und soziale Gesundheit sowie für die Lebensqualität und Selbständigkeit älterer und alter Menschen besteht inzwischen kein Zweifel mehr.

Hier einige wenige Beispiele⁸:

- Durch vermehrte körperliche Aktivität kann eine signifikante Blutdrucksenkung bei Hochdruckpatienten erreicht werden.
- Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und vermindertem Krebsrisiko nachgewiesen.
- Stresserleben, Ärger, Angst und Depression werden durch körperliche Aktivität gemildert.
- Gedächtnisabbau und Demenz können durch Bewegung verzögert werden.
- Lebensqualität kann durch körperliche Aktivitäten bis ins hohe Alter gefördert werden.

Um diese Wirkungen zu erzielen, empfehlen internationale Public-Health-Organisationen mindestens 30 Minuten moderate körperliche Aktivität (Radfahren, strammes Spaziergehen usw.) an den meisten, am besten an allen Tagen der Woche. Für einen optimalen gesundheitlichen Nutzen sollten Erwachsene darüber hinaus nach Möglichkeit drei Ausdauertrainingseinheiten (20-60 Minuten je Einheit) und zwei kraft- und beweglichkeitsorientierte Trainingseinheiten pro Woche absolvieren. Welche Art körperlicher Aktivität ausgeübt werden sollte, ist abhängig vom Fitnesszustand des Einzelnen und seinen persönlichen Interessen (Robert Koch-Institut, 2005).

Diese o.g. Empfehlungen werden von den meisten älteren und alten Menschen nicht umgesetzt.⁹ Im Rahmen des – telefonisch erhobenen – *Bundes-Gesundheitssurveys* des Robert Koch-Instituts von 2003 wurde nach sportlicher Aktivität von wöchentlich zwei und mehr Stunden gefragt. Es ergab sich: In der Altersgruppe der über 50-Jährigen sind nicht mehr als 30-40 % der Bevölkerung sportlich aktiv. Zudem wurde deutlich, dass die regelmäßige Sportteilnahme, mit Ausnahme der 60- bis 69-Jährigen, mit zunehmendem Alter kontinuierlich sinkt. Bis auf die Gruppe der über 80-Jährigen sind mehr Männer als Frauen als sportlich aktiv geführt. Allerdings haben die Frauen in den letzten Jahren sehr stark aufgeholt. Für beide Geschlechter gilt, dass die Älteren im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung beim Sporttreiben deutlich unterrepräsentiert sind. Unterschiede in der regelmäßigen Sportteilnahme zeigen sich nicht nur alters-, sondern auch

⁸ Mehr dazu sowie Quellenangaben in der „Materialsammlung“; Informationen hierzu siehe S. 2

⁹ Zur Verbreitung von sportlicher und körperlicher Aktivität in Deutschland liegen differierende Ergebnisse vor, was primär wohl daran liegt, dass bereits in der Fragestellung unterschiedliche Perspektiven eingenommen worden sind. Ratsam wäre es, sich vor der Erhebung der Daten auf begriffliche Standards in Bezug auf „körperliche Aktivität“, „Sport“ etc. zu einigen, um die Ergebnisse miteinander vergleichen zu können.

schichtenspezifisch: Sport ist in der Mittel- und Oberschicht weiter verbreitet als in den unteren sozialen Schichten.

Es kommt also weniger darauf an, die Wirksamkeit von Gesundheitssport und regelmäßiger Bewegung nachzuweisen als vielmehr aufzuzeigen, welche Interventionen sich als besonders wirksam erwiesen haben, die alters-/zielgruppen-angemessene Bewegungshäufigkeit und –intensität zu erhöhen und diese Maßnahmen bekannt zu machen und anzuwenden. Bei der Umsetzung der Maßnahmen sollte dabei auf bereits vorhandene Strukturen und die einschlägigen Erfahrungswerte zurückgegriffen werden und sie sollten – auch im Sinne der Umsetzung des *Nationalen Aktionsplans*¹⁰ zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten – gebündelt und forciert werden.

Zielgruppen:

Es bietet sich zunächst folgende grobe, an den Altersgruppen orientierte Einteilung an:

- Menschen im mittleren Erwachsenenalter bis ca. 65/70 Jahre

Merkmale der Zielgruppe:

Endphase der eigenen Berufstätigkeit und beginnender Ruhestand: häufig noch durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichbar; gezielte Vorbereitung auf den Ruhestand

- Ältere Menschen von ca. 65/70 Jahren bis zu ca. 80/85 Jahren

Merkmale der Zielgruppe:

Aktive Verfolgung eigener Interessen und Unterstützung nachfolgender Generationen

- Hochaltrige ab ca. 80 Jahre

Merkmale der Zielgruppe:

Zunahme funktioneller Einschränkungen und der Pflegebedürftigkeit; Sturzprophylaxe rückt in den Fokus

Eine weitere Differenzierung der Zielgruppen nach Lebenssituation, Lebensgeschichte (z. B. Migration) und Geschlecht ist vorzunehmen, ebenso eine quantitative Bestimmung der Zielgruppen.

Ziel:

Die körperlichen (sportlichen) Aktivitäten in allen Altersgruppen über 50, auch bei den Personengruppen mit geschlechts- und milieuspezifischen Zugangsbarrieren, sind messbar erhöht.

¹⁰ vgl. hierzu auch den Hinweis in Zielbereich 3, S. 21

Teilziele:

- Es existieren Mehr-Ebenen-Kampagnen mit Kontextbezug¹¹ zur Bewegungsförderung, um die o.g. Empfehlungen zu gesundheitsförderlichem Bewegungsverhalten bei allen Bevölkerungsgruppen bekannt zu machen.
- Es existieren qualitätsgesicherte Instrumente und Angebote¹² zur Bewegungsförderung. Solche Bewegungsangebote sind flächendeckend und nachhaltig implementiert (z. B. über Sportvereine, Volkshochschulen, Senioren-Betreuungseinrichtungen usw.). Diese Bewegungsangebote erreichen die relevanten Zielgruppen, die unter besonderer Berücksichtigung von Altersgruppen, Gender, Migration und Lebensstil differenziert sind, und werden von ihnen angenommen.

Strategien und Maßnahmen:

- Förderung interdisziplinärer Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Interesse multifaktorieller Programme und Standards (z. B. Bildung, Sport und Altenpflege) für niedrigschwellige nachhaltige Angebote
- Verbesserungen im Lebensumfeld Kommune zugunsten einer für Seniorinnen und Senioren gesundheitsförderlichen Nahmobilität
- Entwicklung und Implementierung von personalen und medialen Strategien zur Stärkung psychischer und sozialer Gesundheitsressourcen unter Berücksichtigung subjektiver Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung, Körper- und Gesundheitskonzept.
- Entwicklung und Implementierung verbandlicher Qualifizierungsprogramme (Aus- und Fortbildung von Übungsleiterinnen und -leitern, Bewegungsfachkräften, Pädagoginnen bzw. Pädagogen, Altenbetreuungs- und Pflegepersonal sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unter Berücksichtigung von altersmedizinischen und -pädagogischen Aspekten)

Indikatoren der Zielerreichung:

Hinsichtlich folgender Indikatoren müssen Verbesserungen messbar sein:

- im Bundesgesundheitsurvey und folgenden Monitoring-Untersuchungen erhobenes Bewegungsverhalten
- Bindung an gesundheitssportliche Aktivität in den relevanten Zielgruppen (z. B. Bestandserhebung Deutscher Olympischer Sportbund)
- physische Gesundheitsressourcen (Fitness, Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit und Entspannungsfähigkeit) aller Zielgruppen

¹¹ i.S. des Gutachtens 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

¹² Die nationalen Qualitätsniveaus (hier: *Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen*) der BUKO QS (Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V.) zur Erstellung von Programmen sind bei den Angeboten berücksichtigt (www.buko-qs.de).

- psychosoziale Gesundheitsressourcen (Handlungswissen, Selbstwirksamkeit, Selbst- und Körperkonzept, soziale Kompetenz und Integration)
- (verbandliche/organisationsinterne) Qualifizierungssysteme, Qualitätssicherungsprogramme

Akteurinnen und Akteure:

Die genaue Benennung der Akteurinnen und Akteure sowie die Differenzierung nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene wird bei der weiteren Ausarbeitung des Zielbereiches erfolgen. Die Benennung ist abhängig von den geplanten Strategien und Maßnahmen sowie von den zur Verfügung stehenden Ressourcen. In Frage kommen vor allem:

- Sportverbände und -vereine
- Volkshochschulen/Deutscher Volkshochschul-Verband (DVV) und andere professionelle Einrichtungen der Erwachsenen- und Familienbildung
- BZgA (Beratung, Kampagnenaufbau)
- Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“
- Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
- Fitness-Studios bzw. kommerzielle Einrichtungen
- physio- und ergotherapeutische Praxen
- Konföderation der deutschen Rückenschulen
- ambulanten und stationäre Reha-Einrichtungen
- Einrichtungen der offenen und stationären Altenhilfe
- ärztliches und pflegendes Personal
- psychologische Praxen
- Kommunen
- Wissenschaft
- Medien

Praxisbeispiele:

- Projekt *Richtig fit ab 50*, Deutscher Olympischer Sportbund: www.richtigfit-ab50.de
- Qualitätssiegel *Sport pro Gesundheit*, Deutscher Olympischer Sportbund: www.sportprogesundheit.de
- Projekt *„Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige“*, Deutscher Turner-Bund: <http://www.dtb-online.de/cms/content.php?navId=330>
- *vhs – gemeinsam Gesundheit erleben*, Volkshochschulverbände und Ernst Klett Verlag: www.vhs-gesundheit.de
- Kampagne *„Bewegung und Gesundheit“*, Bundesministerium für Gesundheit: www.die-praevention.de
- Dauerkampagne *„Altern, Leistungsfähigkeit, körperliche Aktivität“*, Aktion Gesunder Rücken e.V.: www.agr-ev.de

Ausgewählte Literatur:

- Breuer C. (2004): Zur Dynamik der Sportnachfrage im Lebenslauf. *Sport und Gesellschaft – Sport and Society*, Heft 1, 50-72
- Kruse, Andreas (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien [verfasst im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.]. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146)
- Robert Koch-Institut (2005): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 26 „Körperliche Aktivität“. Berlin

3.2 Zielbereich 2: Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen

Relevanz:

Häufigkeit von Stürzen und Hüftfrakturen

Stürze sind ein häufiges und mit schweren Folgen verbundenes Ereignis im Alter. Schätzungsweise 30 % der über 65-Jährigen stürzen mindestens einmal pro Jahr. Bei Heimbewohnerinnen und –bewohnern sind es über 50 %.

Nach internationalen Studien verursachen etwa 10 % der Stürze behandlungsbedürftige Verletzungen. Schätzungsweise 5 % der Stürze führen zu sturzbedingten Knochenbrüchen und etwa 1-2 % zu sturzbedingten Hüftfrakturen (proximale Femurfrakturen, „Oberschenkelhalsbrüche“).

Pro Jahr erleiden in Deutschland ca. 100.000 Menschen über 65 Jahre mindestens eine Hüftfraktur. Über 90 % sind Folge eines Sturzes. Die Inzidenz steigt überproportional an. Frauen sind im Alter deutlich häufiger betroffen als Männer.

Folgen

Die individuellen wie auch die gesellschaftlichen Folgen von Stürzen sind erheblich. Internationalen Studien zufolge stirbt bis zu einem Drittel der Menschen im hohen Alter, die wegen einer Hüftfraktur stationär behandelt werden müssen, innerhalb eines Jahres. Rund 50 % der Patientinnen und Patienten erlangen ihre ursprüngliche Beweglichkeit nicht mehr zurück, und etwa 20 % der Patienten werden ständig pflegebedürftig. Es wird geschätzt, dass in Deutschland für die medizinische Behandlung von Hüftfrakturen Kosten von über 1 Milliarde Euro pro Jahr entstehen, wobei die Langzeitfolgekosten und die indirekten Kosten nicht mit eingerechnet sind. Hinzu kommt die Angst, erneut zu stürzen, die Selbstvertrauen und Handeln im Alltag dauerhaft beeinträchtigen kann.

Einteilung der Stürze

Die aktuelle Systematik unterscheidet drei Arten von Stürzen: extrinsische Stürze, deren Ursache eine von außen einwirkende Kraft ist; sogenannte synkopale Stürze, die z. B. durch Herzrhythmusstörungen ausgelöst werden; außerdem lokomotorische Stürze: die Patientinnen und Patienten stürzen aufgrund vorhandener Funktionsdefizite bei alltäglichen Tätigkeiten und Umgebungsbedingungen. Extrinsische und synkopale Stürze sind eher selten. Meist handelt es sich bei Sturzereignissen im Alter um lokomotorische Stürze, bei denen in der Regel mehrere verschiedene Faktoren zusammenwirken.

Einflussfaktoren und Präventionsmöglichkeiten

Die Literatur beschreibt viele sturzassoziierte Merkmale und Risikofaktoren für Sturz und sturzbedingte Verletzungen. Sturzassoziierte Merkmale und Risikofaktoren haben zum einen Bedeutung für die Definition von Risikogruppen bzw. die Identifikation von sturzgefährdeten Personen (Risikoassessment). Zum anderen sind sie als potentielle Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen von hoher Relevanz. Hierbei sollte allerdings berücksichtigt werden, wie gut der Vorhersagewert einzelner Merkmale und Tests für ein

Sturzereignis ist und welche Faktoren sich in Präventionsprogrammen tatsächlich als effektiv erwiesen haben.

Interventionen, die einen Sturz verhindern sollen, sind ebenso vielfältig wie die Faktoren, die zu einem Sturz führen. Unterschieden werden kann zwischen Maßnahmen, die primär in der älteren Allgemeinbevölkerung Stürze vermeiden sollen, und solchen, die sich an Risikogruppen oder bereits gestürzte Personen richten. Ferner kann man allgemein sturzpräventive Maßnahmen von solchen abgrenzen, die primär auf die Vermeidung sturzbedingter Verletzungen abzielen. Bei den meisten präventiven Interventionen handelt es sich um interdisziplinäre multifaktorielle Programme mit einer Vielzahl von Maßnahmen, die gemeinsam das Ziel verfolgen, das Sturzrisiko zu senken.

Verschiedene Metaanalysen von Untersuchungen zur Wirksamkeit von sturzpräventiven Maßnahmen kommen zu dem Ergebnis, dass einzelne unspezifische Interventionen häufig unwirksam sind. Spezifische multifaktoriell angelegte Programme konnten das Risiko von Stürzen im Vergleich zu Kontrollgruppen um bis zu 40 % reduzieren. Die Quote der Vermeidung von sturzbedingten Verletzungen, insbesondere von Hüftfrakturen, durch diese Programme kann nicht abschließend beurteilt werden, da aus methodischen Gründen Untersuchungen mit einer großen Zahl von Studienteilnehmern erforderlich wären, die aber bisher fehlen. Besondere Bedeutung scheint dem Training von Kraft und Balance zuzukommen, wenn es von weiteren Maßnahmen flankiert wird (u. a. Anpassung der Wohnumgebung, Visuskontrolle). An frakturpräventiven Maßnahmen konnte für Hüftprotektoren, verbunden mit strukturierter Schulung, die Wirksamkeit für Seniorinnen und Senioren in stationären Einrichtungen der Pflege gezeigt werden.

Wenn auch Stürze mehrheitlich im häuslichen Umfeld stattfinden, ereignet sich doch eine relevante Zahl außer Haus. Die sichere Gestaltung der Außenumgebung (barrierefreie Zugänge zu öffentlichen Verkehrsmitteln und Gebäuden, ausreichend lange Ampelschaltungen etc.) kann hier möglicherweise Stürze vermeiden.

Leitlinien und Standards

Es existieren mehrere Leitlinien unterschiedlicher Professionen zum Thema Sturzprävention: u. a. Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), eines europäischen Netzwerks zur Sturzprävention im Alter (ProFaNE¹³) und der Bundesärztekammer, Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften (DEGAM¹⁴, DGU¹⁵), das Nationale Qualitätsniveau der BUKO QS¹⁶ und ein Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (DNQP¹⁷).

¹³ Prevention on Falls Network Europe: www.profane.org

¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: http://www.degam.de/leitlinien/04_sturz/sturz_druck.pdf

¹⁵ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: <http://www.boneandjointdecade.org/countries/germany/wb.pdf>

¹⁶ Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.: <http://www.buko-qs.de>

¹⁷ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: www.dnqp.de

Zielgruppen:

Prinzipiell kann die Gruppe Älterer im Hinblick auf Sturzrisiko und sturzpräventive Maßnahmen eingeteilt werden in nicht eingeschränkte, nicht sturzgefährdete ältere Menschen, eingeschränkte, sturzgefährdete Personen im häuslichen Umfeld mit oder ohne ambulante(r) Pflege sowie Seniorinnen und Senioren in stationären Einrichtungen der Altenpflege.

Methodischer Hinweis:

Es wird davon ausgegangen, dass nicht eingeschränkte, nicht sturzgefährdete Seniorinnen und Senioren spezifische sturzpräventive Maßnahmen wie Kraft- und Balancetraining oder frakturpräventive Maßnahmen wie Hüftprotektoren nicht in Anspruch nehmen und daher von derartigen Maßnahmen nicht profitieren. Für diese Gruppe werden eher komplexe Bewegungsförderungsmaßnahmen erforderlich sein, wie sie unter *Zielbereich 1* behandelt wurden. Daher fokussiert der *Zielbereich 2* die Gruppen der bereits eingeschränkten, sturzgefährdeten Menschen.

Damit ergeben sich als Zielgruppen:

- Eingeschränkte, sturzgefährdete Menschen im häuslichen Umfeld ohne ambulante Pflege; konkretisiert: Seniorinnen und Senioren über 75 Jahre mit subjektiver oder objektiver Gangstörung
- Eingeschränkte, sturzgefährdete Menschen im häuslichen Umfeld mit ambulanter Pflege
- Seniorinnen und Senioren in stationären Einrichtungen der Altenpflege

Generell gelten für Frauen und Männer dieselben Interventionsansätze. Hinsichtlich im häuslichen Umfeld lebender Senioren ohne ambulante Pflege ist zu überlegen, ob Frauen anders angesprochen werden sollten als Männer.

Ziel:

Die altersstandardisierte Inzidenz von Hüftfrakturen bei Seniorinnen und Senioren über 75 Jahre wird um 10 % reduziert. Die Inzidenz von Hüftfrakturen bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnen wird um 10 % reduziert .

Teilziele:

- Bei im häuslichen Umfeld lebenden Seniorinnen und Senioren (75 Jahre und älter, Personen mit subjektiv geäußelter Gangstörung und Menschen mit sturzassoziierten Erkrankungen) wird das Sturzrisiko erhoben und dokumentiert (hausärztlich-geriatrisches Basis-Assessment; bei Seniorinnen und Senioren mit ambulanter Pflege Assessment gemäß Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege).
- Qualitätsgesicherte Angebote für im häuslichen Umfeld lebende sturzgefährdete Seniorinnen und Senioren sind über die ambulante Pflege, Reha-Zentren, „Sturzgruppen“, Sportvereine etc. flächendeckend implementiert.

- Bei allen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern wird das Sturzrisiko erhoben und dokumentiert (Assessment im Rahmen des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege, hausärztlich-geriatrisches Basis-Assessment). Die hierfür verwendeten Instrumente sind definiert.
- In allen Heimen werden Stürze standardisiert dokumentiert.
- In 20 % der Heime ist evidenzbasierte standardisierte Sturzprävention implementiert. Die Maßnahmen sind dokumentiert.
- Es existieren Standards und evtl. eine Zertifizierung für evidenzbasierte Angebote für alle Zielgruppen.

Strategien und Maßnahmen:

Die Beschreibung der Strategien und Maßnahmen muss in einem nächsten Schritt erfolgen. Maßgabe ist, die Akteurinnen und Akteure zielgruppenspezifisch zu benennen und die jeweils passenden Settings differenziert zuzuordnen.

Indikatoren der Zielerreichung:

Hinsichtlich folgender Indikatoren müssen Verbesserungen messbar sein:

- Inzidenz von Hüftfrakturen bei Seniorinnen und Senioren (Daten der Krankenhausdiagnosestatistik)
- Inzidenz von Hüftfrakturen bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern (Daten der Kranken- und Pflegekassen)
- Anteil der Heime mit Sturzrisikoerhebung, Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit erhobenem und dokumentiertem Sturzrisiko (Erhebungen der Pflegekassen bzw. des MDK)
- Anteil der Heime mit Dokumentation von Stürzen (Erhebungen der Pflegekassen bzw. des MDK)
- Anteil der Seniorinnen und Senioren mit erhobenem und dokumentiertem Sturzrisiko, die im häuslichen Umfeld leben (Erhebung über Stichproben in Praxen und/oder über Pflegekassen mittels Dokumentation im Rahmen ambulanter Pflege)
- Anteil der Heime mit evidenzbasierter, standardisierter Sturzprävention (Erhebungen der Pflegekassen bzw. des MDK)
- Anzahl und räumliche Verteilung von Reha-Zentren, Sturzgruppen, Vereinen mit qualitätsgesicherten sturzpräventiven Angeboten pro Einwohnerin bzw. Einwohner über 75 Jahre

Akteurinnen und Akteure:

Die genaue Benennung der Akteurinnen und Akteure sowie die Differenzierung nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene wird bei der weiteren Ausarbeitung des Zielbereiches erfolgen. Die Benennung ist abhängig von den geplanten Strategien und Maßnahmen sowie von den zur Verfügung stehenden Ressourcen. In Frage kommen vor allem:

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegekräfte

- Fachkräfte des Sozialwesens (z. B. in Seniorenbegegnungsstätten)
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- Ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Sportvereinen
- Politikerinnen und Politiker

Praxisbeispiele:

- Ulmer Modell/Baden-Württemberg: Training in Heim („Mobilitätsstörungen und Mobilitätsverbesserung von Heimbewohnern“, „Sturzprävention und Mobilitätsverbesserung von Heimbewohnern“) und ambulanter Pflege („Sicher bewegen daheim – Mobilitätsverbesserung und Sturzvermeidung“): www.aktivinjedemalter.de¹⁸;
- Referenzeinrichtungen für die Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe: www.dnqp.de
- Hamburger Modell: Protektoren mit strukturierter Schulung („Für alle Fälle – kein Oberschenkelhalsbruch“): www.gesundheit.uni-hamburg.de.
- Modelle der Ärztekammer Nordrhein in stationären Einrichtungen der Pflege („Sicher und mobil“) und für Senioreninnen und Senioren in der Gemeinde in Seniorenbegegnungsstätten („Aktiv und mobil“): www.aekno.de:
<http://www.aekno.de/htmljava/frameset.asp?typ=c&seite=navi.htm>

Ausgewählte Literatur:

- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH: Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review) (2004). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Becker C, Kron M, Lindemann U, Sturm E, Eichner B, Walter-Jung B, Nikolaus T (2003): Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 51: 306-313.
- Meyer G, Warnke A, Bender R, Mühlhauser I (2003): Effect on hip fractures of increased use of hip protectors in nursing homes: cluster-randomised controlled trial. *BMJ* 326: 76-78.

¹⁸ „Verminderung der Stürze mit Verletzungsfolgen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern“ (1998 bis 2001) und „Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden hilfs- und pflegebedürftigen Älteren“ (2002 bis 2005); Träger: Geriatriisches Zentrum Ulm/Alb-Donau; Leitung: Dr. ClemensBecker; gefördert aus dem "Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger" des BMG (früher BMA/BMGS) – ebenso wie der im folgenden Punkt genannte "Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege"

3.3 Zielbereich 3: Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern – Fehlernährung vermeiden

Relevanz:

Eine bedarfsgerechte Ernährung nach den so genannten DACH-Referenzwerten¹⁹ ist auch im Alter ein bedeutender Faktor, der neben ausreichender Bewegung einen gesund erhaltenden Lebensstil prägt. Die Ernährungslage älterer Menschen in Deutschland entspricht jedoch nicht diesen Anforderungen; es liegt sowohl das Problem der Über- als auch der Unterernährung in gesellschaftlich bedeutendem Ausmaß vor. Während bei jüngeren, unabhängig lebenden Seniorinnen und Senioren die Überernährung dominiert, ist die Mangelernährung ein Problem hilfsbedürftiger bzw. pflegebedürftiger älterer Menschen in Privathaushalten sowie in Senioreneinrichtungen und Krankenhäusern. Hier einige Zahlen, die die Situation illustrieren:

- In der Altersgruppe der 50-74-Jährigen sind nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2005 70 % übergewichtig (BMI über 25).
- Übergewicht, Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen verursachen nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes fast 30 % der Krankheitskosten bei über 65-Jährigen.
- Ab dem Alter von 75 Jahren nimmt eine Mangelernährung vor allem bei pflege- und hilfsbedürftigen Personen zu. Verschiedene Studienergebnisse zeigen, dass die Quote der Unterernährung bei älteren Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zwischen 35 und 85 % liegt. Mängel wurden bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung festgestellt.
- Mit etwa 60 % bei den betagten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist Mangelernährung die häufigste Komorbidität.
- Mangelernährte Patientinnen und Patienten haben eine um 30 % längere Krankenhausverweildauer als gut ernährte.

Methodischer Hinweis:

Wenngleich bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte in der Altersgruppe 50-74 Jahre die Überernährung dominiert, erfolgt in diesem Zielbereich eine Konzentration²⁰ auf die Prävention von Mangelernährung für die Gruppe der betagten Menschen.

Zur Begründung: Die Prävention von Übergewicht und Adipositas für alle Altersgruppen als bedeutendes gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Handlungsfeld ist bereits erkannt, Maßnahmen und Aktionspläne - hier ist insbesondere der im Sommer 2007 aufgelegte Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten zu nennen²¹ - werden derzeit aufgelegt. Auch unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung erscheint es dringend geboten, der Mangelernährung gezielt entgegenzuwirken, um menschliches Leid und steigende Kosten im Gesundheitssystem zu vermeiden.

¹⁹ Die DACH-Referenzwerte enthalten Empfehlungen, Richt- und Schätzwerte zur Nährstoffversorgung, die von Deutschland (D); Österreich (A) und der Schweiz (CH) gemeinsam erarbeitet wurden.

²⁰ Die ausschließliche Konzentration auf Prävention von Mangelernährung wird von der Mehrheit der AG 3 getragen, aber nicht von allen als sachgerecht empfunden. Im Zuge der Weiterentwicklung des Papiers wird dieser Punkt nochmals zu diskutieren sein.

²¹ Beschreibung des Handlungsrahmens siehe Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit: http://www.bmg.bund.de/clin_041/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/Gesundheitsvorsorge/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung.pdf). Vgl. auch Hinweis in Zielbereich 1, S. 12

Ursachen

Eine über Monate oder sogar Jahre verminderte Energie- und Nährstoffaufnahme und der damit häufig einhergehende ungewollte Gewichtsverlust werden oft von den Betroffenen, von Angehörigen oder Pflegenden und auch von Ärztinnen und Ärzten zunächst nicht bemerkt, was bei fortschreitender Zeit zu einer akuten Bedrohung für die Patientinnen und Patienten werden kann. Physiologische Veränderungen im Alter, körperliche Einschränkungen, Krankheits- und Medikamenteneinfluss, neuropsychologische Veränderungen sowie sozioökonomische Gründe können ursächlich an der meist multifaktoriell bedingten Entstehung der Mangelernährung beteiligt sein:

- Die Regulation des Hungers und der Sättigung können sich altersbedingt verändern, Appetit und Durstempfinden lassen nach.
- Das Sensorium kann altersbedingt reduziert sein: Die Fähigkeiten zu riechen und zu schmecken lassen nach.
- Fehlende Zähne oder schlecht sitzende Prothesen bewirken eine Reduktion der Nahrungsmenge sowie die Bevorzugung leicht kaubarer, aber nicht bedarfsgerechter Nahrung.
- Bei körperlichen Funktionseinbußen kann die Besorgung und Zubereitung von Speisen eingeschränkt sein.
- Seelische und geistige Einschränkungen müssen in ihrer Komplexität auch bei der Entstehung der Mangelernährung berücksichtigt werden.
- Multimedikation führt zu veränderter Nahrungsaufnahme (z. B. durch Übelkeit oder Veränderungen in der Geschmackswahrnehmung).
- Krankheiten können zu einem erhöhten Nährstoffbedarf führen und die Patienten in eine katabole Stoffwechsellage bringen, wodurch ein Teufelskreis entsteht, der sehr schwer zu durchbrechen ist.

Folgen

Bei betagten Krankenhauspatientinnen und -patienten wirkt sich Mangelernährung erschwerend auf die Behandlungserfolge aus: Es kommt es zu erhöhten Komplikationsraten, beispielsweise durch vermehrte Ausbildung und schlechte Heilung von Wunden (z. B. Dekubitus), der Verschlechterung der vitalen Funktionen sowie zu einer erhöhten Anzahl an postoperativen Infektionen. Verwirrtheitszustände treten häufiger bei Personen mit einem durch Mangelernährung verursachten niedrigen Spiegel des Proteins Albumin auf. Die im Alter bestehende Gefahr von Medikamentenüberdosierung mit entsprechenden Folgen ist bei Mangelernährten erhöht. Die Abnahme der Muskelkraft mit Einbußen der körperlichen Fitness und der Mobilität kann zu einer erhöhten Sturzgefahr führen. Auch kann das durch Mangelernährung verursachte Untergewicht als starker Risikofaktor für Osteoporose betrachtet werden. Zusammengenommen ergibt sich daraus nicht selten ein „Drehtüreffekt“ mit häufig notwendigen Krankenhausaufnahmen.

Die Phase der Rekonvaleszenz ist als verlängert gegenüber ausreichend ernährten Personen beschrieben worden, eine erhöhte Mortalität bei Patientinnen und Patienten mit niedrigem Body Mass Index (< 20) wurde ebenfalls in verschiedenen Studien nachgewiesen.

Präventionsmöglichkeiten

Eine grundsätzliche Voraussetzung zur Vermeidung von Mangelernährung ist, dass die Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren sowie ihr Recht auf Selbstbestimmung durch zeitliche Zuwendung und durch personenbezogene Pflege und Betreuung angemessen berücksichtigt werden.

Zur Vermeidung von Mangelernährung und deren Folgen kommen sowohl primär-, sekundär- als auch tertiärpräventive Maßnahmen in allen u.g. Zielgruppen in Betracht, wobei der Primär- und Sekundärprävention die größte Bedeutung beizumessen ist. Primärpräventive Aufklärung über eine ausgewogene Ernährung bzw. einen gesund erhaltenden Lebensstil bereits in jungen Jahren bilden eine bedeutende Grundlage, damit positiv erlernte Verhaltensmuster auch im Alter beibehalten werden können.

Die Interventionen zur Vermeidung von Mangelernährung haben sich an den o.g. verursachenden Faktoren zu orientieren und sind entsprechend vielfältig.

Die Prävention von Mangelernährung und deren Folgen setzt eine interdisziplinäre, multifaktorielle und kooperative Ausrichtung der Akteurinnen und Akteure sowie einen hohen Wissensstand bei allen Handelnden voraus. Zur Maßnahmen- bzw. Interventionsplanung kann auf eine Reihe von Leitlinien und Standards²² zurückgegriffen werden.

Zielgruppen:

- unabhängig lebende Seniorinnen und Senioren im Privathaushalt
- hilfs- bzw. pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren im Privathaushalt
 - mit Angehörigenpflege/Betreuung
 - mit ambulantem Pflegedienst
- in der Gemeinschaftsverpflegung versorgte Seniorinnen und Senioren in
 - Senioreneinrichtungen
 - Tagespflege
 - Krankenhäusern
 - Rehabilitationseinrichtungen
 - Übergangspflege

Ziel:

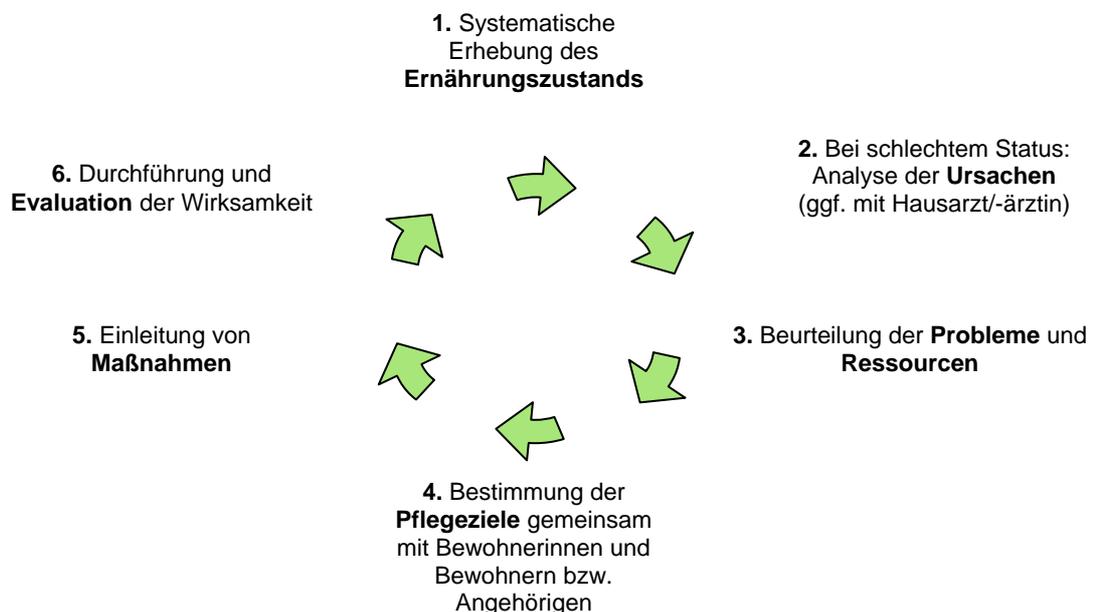
Ein bedarfsgerechter Ernährungszustand älterer Menschen in Deutschland, insbesondere in Pflege befindlicher Seniorinnen und Senioren, ist der Regelfall. Die Prävalenz der Mangelernährung älterer und hochbetagter Menschen ist massiv reduziert.

²² Leitlinien und Standards der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM):

- Leitlinie Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin
- Evidenzbasierte Leitlinie „Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V., 2006
- Leitlinie „Ernährungszustand, Energie- und Substratstoffwechsel im Alter“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin
- Buko-QS Empfehlungen (Nationales Qualitätsniveau II „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“)

Teilziele:

- Die Gefahr einer drohenden Mangelernährung pflegebedürftiger Seniorinnen und Senioren und deren komplexes Ursachegefüge ist allen pflegenden und versorgenden Kräften bekannt.
- Es existieren Expertenstandards zur ausgewogenen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, die allen pflegenden und versorgenden Kräften bekannt sind.
- Bei allen pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren (in häuslicher Pflege, in Senioreneinrichtungen, bei Krankenhausaufenthalten) erfolgt eine systematische Vorgehensweise zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung gemäß folgendem Schema²³:



Unabdingbare Voraussetzungen hierfür sind die Vorhaltung ausreichenden Fachpersonals (Pflegekräfte und hauswirtschaftliches Personal), eine gelungene Verteilung der Aufgaben sowie ein standardisiertes Assessment.

- Die Vorgehensweise bei Mangelernährung erfolgt leitliniengestützt.
- Es existiert eine Richtlinie zur Verteilung der Kosten von Trink- und Nahrungssupplementen und zu ihrer Übernahme.

²³ Quelle: Projekt „Fit im Alter“ der DGE

Strategien und Maßnahmen:

- Assessment bei Seniorinnen und Senioren (75 Jahre und älter) bzw. Personen mit Risikofaktoren durch Hausärzte, Krankenhausärzte, bei Heimbewohnern gemäß MDS²⁴-Qualitätsrichtlinien in der stationären Pflege
- Förderung von seniorenfreundlichen Angeboten durch Industrie und Handel, um die Selbstständigkeit bei z. B. Einkauf und Nutzung zu gewährleisten (Verpackungen, Regalhöhe, auf Hilfsmittel ausgerichtete Gangbreite, seniorengeeignete Produktangebote).
- Entwicklung und Implementierung flächendeckender Schulungsmaßnahmen²⁵ zur bedarfsgerechten Ernährung im Alter unter Berücksichtigung von Einschränkungen und Krankheiten für:
 - Seniorinnen und Senioren
 - Angehörige
 - Pflegepersonal
 - Ärztinnen und Ärzte (hier auch Berücksichtigung im Studium)
 - Zahnärztinnen und Zahnärzte
 - Hauswirtschaft
 - Diätassistentinnen und –assistenten sowie Oecotrophologinnen²⁶ und Oecotrophologen
 - Therapeutinnen und Therapeuten
 - ehrenamtlich tätige Personen
- Auszeichnung²⁷ von Leistungsangeboten in der Verpflegung nach den DACH-Referenzwerten²⁸ für:
 - „Essen auf Rädern“-Hersteller
 - Krankenhäuser
 - Rehabilitationseinrichtungen
 - Senioreneinrichtungen
 - hauswirtschaftliche Angebote ambulanter Dienste
 - Caterer
- Vorhaltung von qualifiziertem Ernährungsfachpersonal (Diätassistentinnen und Diätassistenten, Oecotrophologinnen und Oecotrophologen) in Senioreneinrichtungen und Krankenhäusern
- Berücksichtigung des Themas Mangelernährung im Forschungsbedarf: Durchführung von Evaluationen und Studien

²⁴ MDS: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

²⁵ Frauen leben im Alter häufiger alleine oder in Pflegeeinrichtungen als Männer und sind daher vermehrt auf fremde Hilfe angewiesen. Entsprechend sollte in den Schulungsmaßnahmen der spezifische Bedarf von Frauen besonders berücksichtigt werden.

²⁶ Unter der Bezeichnung „Oecotrophologinnen und Oecotrophologen“ sind Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler in Deutschland (mit einem Diplom, Bachelor oder Master als Studienabschluss) zu verstehen.

²⁷ wird von der DGE verliehen

²⁸ vgl. Erläuterung S. 21, Fußnote Nr. 18

Indikatoren der Zielerreichung:

Hinsichtlich folgender Indikatoren müssen Verbesserungen messbar sein²⁹:

- Handlungswissen über eine ausgewogene Ernährung bei Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörigen
- Wissen um ausgewogene Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie um die Gefahren der Mangelernährung bei allen versorgenden und pflegenden Professionen
- Anzahl der dokumentierten Assessments zur Ernährungssituation von Seniorinnen und Senioren in Arztpraxen, bei Pflegediensten, in Senioreneinrichtungen und Krankenhäusern
- Anzahl und Verteilung der Schulungsprogramme zur bedarfsgerechten Ernährung im Alter
- Zertifizierungs-/Auszeichnungssysteme für Leistungsangebote in der Verpflegung
- Anzahl des qualifizierten Ernährungsfachpersonals in allen einschlägigen Einrichtungsarten
- Forschungsprojekte und Studien zur Mangelernährung von Seniorinnen und Senioren

Akteurinnen und Akteure:

Die genaue Benennung der Akteurinnen und Akteure sowie die Differenzierung nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene wird bei der weiteren Ausarbeitung des Zielbereiches erfolgen. Die Benennung ist abhängig von den geplanten Strategien und Maßnahmen sowie von den zur Verfügung stehenden Ressourcen. In Frage kommen vor allem:

- Seniorinnen und Senioren
- Angehörige
- ehrenamtlich Tätige
- Ärztinnen und Ärzte
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Pflegekräfte
- Qualifiziertes Ernährungsfachpersonal
- Therapeutinnen und Therapeuten
- Fachkräfte des Sozialwesens (z. B. in Seniorenbegegnungsstätten)
- hauswirtschaftliches Personal
- Anbieter von Essen auf Rädern, Caterer
- Industrie
- Politische Entscheidungsträgerinnen und -träger
- Fachverbände

²⁹ Bei der weiteren Ausarbeitung der Indikatoren und bei der Festlegung der messbaren Zielgrößen sollen die Daten des Bundesgesundheits surveys berücksichtigt werden.

Praxisbeispiele:

- Aktive Gesundheitsförderung im Alter des Albertinen-Diakoniewerks in Hamburg; http://www.die-praevention.de/vorbildliche_projekte/praeventionspreis/2005/index.html
- PATRAS – Paderborner Trainingsstudie der Universität Paderborn (Bewegung fördern, Mangelernährung vorbeugen) http://www.die-praevention.de/vorbildliche_projekte/praeventionspreis/2005/index.html
- „Gesund älter werden“ der AOK Niedersachsen
- „Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige“ der Teamwerk Gbr, München
- Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Alterspflege; Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Kooperation mit Konkret Consult GmbH und Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V., Projektlaufzeit bis 31.12.2006; die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt auf: www.bmg.bund.de und www.kda.de
- Design-Wettbewerb des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) „pack aus, pack ein, pack zu“, Ergebnisse unter: <http://www.pack-aus.udk-berlin.de>
- Kampagne „*Bewegung und Gesundheit*“, Bundesministerium für Gesundheit: www.die-praevention.de

Ausgewählte Literatur:

- AWMF-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2004): Ernährungszustand, Energie- und Substratstoffwechsel im Alter (AWMF Leitlinien-Register Nr. 073/013), Aktuelle Ernährungsmedizin 29: 190-198
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2003): Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, Abschlussbericht Projektgruppe P39
- Volkert D. (2002): Ernährung älterer Menschen in Deutschland. Epidemiologie und Intervention. Berlin: Verlag Dr. Köster.1. Auflage

3.4 Zielbereich 4: Psychische Gesundheit fördern und erhalten

Relevanz:

Nach Angaben der WHO tragen psychische Probleme und Beschwerden weltweit – auch in der Euro-Region und in Deutschland – erheblich zur Krankheitslast bei. Ältere Menschen sind laut dem *Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit* aus dem Jahr 2005 sozialen, psychologischen, biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren besonders ausgesetzt.

Es leiden ca. 25 % der über 65-Jährigen an einer psychischen Störung³⁰. Die Ergebnisse von Feldstudien zur Prävalenz psychischer Störungen in dieser Altersgruppe lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Methodischer Hinweis:

In den folgenden Ausführungen erfolgt im Wesentlichen eine Konzentration auf die epidemiologisch und mit Blick auf die Sozialsysteme bedeutsamsten Störungen.

Angststörungen finden sich bei 5-10 % der 65-Jährigen und Älteren, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. In den meisten Fällen handelt es sich um Phobien (5-9 %), nur sehr selten um Panikstörungen (0,1-0,4 %) oder um Zwangsstörungen (0,8-0,9 %). Paranoid-halluzinatorische Syndrome sind bei 1-2,5 % der über 65-Jährigen erkennbar.³¹

Bei 1-5 % liegt eine schwere, bei 8-16 % eine mittelgradige bis schwere *Depression* vor; schließt man in die Analyse auch die leichten und subdiagnostisch verlaufenden Depressionen ein, so streut der Anteil depressiv erkrankter Menschen in den verschiedenen Studien zwischen 10 % und 25 %. Auch hier sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Die Depression ist die psychische Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko: Bis zu 15 % aller Patientinnen und Patienten mit schweren depressiven Störungen versterben durch Suizid. Obwohl seit 1990 ein Rückgang der Suizidziffern bei älteren Menschen festzustellen ist, wird allein durch den demografischen Wandel die absolute Zahl zunehmen. Bei den über 65-Jährigen liegt die Suizidrate etwa dreimal höher als in der Gesamtbevölkerung. Dies gilt, obwohl die Zahl der anerkannten Suizidversuche über das Lebensalter hin abnimmt. Der Ausgang Suizid im Rahmen einer Depression liegt beträchtlich höher als in der Normalbevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass Depressionen bei Suiziden im Alter eine wesentliche Rolle spielen und dass die erhöhte Suizidrate im Alter nicht nur eine Folge zunehmender „Lebensunlust“ ist.

³⁰ Trotz der altersabhängigen Zunahme von Demenzerkrankungen ist die Gesamtmorbidität mit etwa 25 % in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen.

³¹ Die Streuung der berichteten Prävalenzraten ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Zu nennen sind vor allem Unterschiede zwischen den berücksichtigten Zeiträumen, Altersbereichen und Fallkriterien sowie Unterschiede bezüglich des Grades der Repräsentativität. In den hier vorgelegten Zahlenangaben sind *Belastungsstörungen* und *somatoforme (psychosomatische) Störungen*, die auf eine konflikthafte Verarbeitung situativer Anforderungen zurückgehen, nicht berücksichtigt. Es wird geschätzt, dass dieser Typus psychischer Störungen bei ca. 10 % der Gruppe der über 65-Jährigen vorliegt. Darüber hinaus sind die *Abhängigkeitsstörungen* zu nennen, für die allerdings keine zuverlässigen Prävalenzraten angegeben werden können.

Problematischer Medikamentenkonsum tritt verstärkt bei älteren Menschen auf. Eine Zunahme im regelmäßigen Gebrauch von Medikamenten ist bereits bei den 50- bis 60-Jährigen zu erkennen. Die Steigerung setzt sich in der darüber liegenden Altersgruppe weiter fort.³²

Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird die durchschnittliche Anzahl demenziell erkrankter Menschen im Alter von über 65 Jahren bei einer Schwankungsbreite zwischen 900.000 und 1.2 Millionen mit etwa 1 Million, die Anzahl an Neuerkrankungen im Laufe eines Jahres mit etwa 200.000 angegeben. Alle bislang vorliegenden Bevölkerungsstudien zeigen mit dem Alter deutliche zunehmende Prävalenzraten: Die mittlere Prävalenzrate verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa 5 Altersjahren. Von den 65- bis 69-Jährigen sind etwa 1,5 Prozent von den 90-Jährigen und Älteren bereits etwa 30 Prozent von einer demenziellen Erkrankung betroffen. Wegen ihrer höheren Lebenserwartung leiden Frauen häufiger unter einer demenziellen Erkrankung als Männer. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den Hochbetagten (95+). Die hier vorliegenden Befunde weisen unter den Männern eine Prävalenzrate von 39,8 Prozent, unter den Frauen eine Prävalenzrate von 48,9 Prozent aus. Von den Ersterkrankungen entfallen über 70 Prozent auf Frauen.

Unter dem Oberbegriff der Demenz wird eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Ursachen zusammengefasst. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird hier wie folgt differenziert:

- degenerative Demenzen (z.B. Alzheimer-Demenz)
- vaskuläre Demenzen (z.B. Multiinfarktdemenz)
- nutritiv-toxisch oder metabolisch verursachte Demenzen (z.B. Alkohol-demenz)
- entzündlich bedingte oder übertragbare Erkrankungen, die zur Demenz führen können (z.B. AIDS-Demenz)
- durch Schädel-Hirn-Trauma bedingte Demenzen

Bei etwa zwei Dritteln aller demenziellen Störungen handelt es sich um eine degenerative Demenz, 15-20 Prozent sind durch Durchblutungsstörungen bedingt (vaskuläre Demenz). Die übrigen 10-15 Prozent gehen auf degenerativ-vaskuläre Mischformen oder andere Krankheitsbilder zurück.

Abzugrenzen von den verschiedenen Formen der Demenz sind die *Pseudodemenzen*, die in ihrer Symptomatik zwar einer Demenz ähneln, jedoch keine wirkliche Demenz sind.

³² Quelle: Rösner, S. et al (2008): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des epidemiologischen Sucht-Surveys 2006“ Seite 47-56

Alzheimer-Demenz	Vaskuläre Demenz	Mischformen	Demenz bei anderen Erkrankungen
ca. 60 %	ca. 20 %	ca. 10-15 %	ca. 5-10 %
			Zum Beispiel bei: - Parkinson, - Creutzfeldt-Jakob, - HIV, - Entzündungen des ZNS, - Vitaminmangel und - Hirntumor.
Pseudodemenz			
Keine Demenz, sondern ein mögliches Erscheinungsbild der Depression.			

Vor allem bei schweren Depressionen können Defizite im Denkvermögen, im Antrieb und in der Selbständigkeit auftreten, die zunächst an eine Demenz denken lassen. Erst eine genauere Untersuchung weist auf Depressionen als Ursache dieser Symptomatik hin. Zu den für die Differentialdiagnostik bedeutsamen Faktoren sind zu rechnen: depressive Episoden in der Vorgeschichte, Überschätzung der kognitiven Beeinträchtigung durch depressiv Erkrankte (gegenüber ihrer Unterschätzung oder Nichtwahrnehmung durch Demenzkranke); zudem Feststellung depressiver Wahnhalte und Suizidideen bei depressiv erkrankten Menschen sowie Orientierungsstörungen und sprachliche Defizite bei demenzkranken Menschen.

Die verbesserte Frühdiagnostik hat die *Vorstadien demenzieller Erkrankungen*, vor allem der Alzheimer-Demenz, in das Zentrum des wissenschaftlichen Interesses gerückt. Diese Vorstadien – als frühestes „Stadium“ werden *Subjektiv erlebte kognitive Defizite* und als weiteres „Stadium“ eine *Leichte kognitive Beeinträchtigung* (Mild Cognitive Impairment, MCI) angenommen – gelten als mögliche Frühzeichen der Alzheimer-Demenz.

Die durchschnittliche Krankheitsdauer wird in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für die Alzheimer-Demenz mit 4,7 bis 8,1 Jahre angegeben, wobei demenziell erkrankte Frauen länger überleben als demenziell erkrankte Männer. Aus einer kanadischen Studie ergibt sich, dass die Restlebenserwartung bei demenziell erkrankten Frauen um etwa 2 Jahre höher liegt als bei demenziell erkrankten Männern. Bei der vaskulären Demenz liegt die Restlebenserwartung etwa um ein Jahr niedriger als bei der Alzheimer-Demenz. Anders als bei der Alzheimer-Demenz unterscheiden sich Frauen und Männer nicht in ihrer Restlebenserwartung.

Primäre Präventionspotenziale ergeben sich im Hinblick auf *vaskuläre Demenzen*, und auch bei der Alzheimer-Demenz. Eine wirksame primäre Prävention ist durch die Vermeidung oder den frühzeitigen Abbau der Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen (Gefäßerkrankungen) möglich. Den bedeutsamsten Risikofaktor bildet die arterielle Hypertonie, gefolgt von Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und übermäßigem Alkoholkonsum. Dies gilt in Bezug auf vaskuläre Demenzen, Interventionen in diesem Bereich sind aber hochwahrscheinlich auch präventiv für die Alzheimer-Demenz. Zusätzliche präventive Faktoren für die Alzheimer-Demenz sind körperliche Betätigung, geistige Aktivität, soziale Kontakte und mediterrane Diät.

In Bezug auf *vaskuläre Demenzen* ist auch von tertiären Präventionspotenzialen auszugehen, und zwar im Hinblick auf eine möglichst frühe Diagnose und therapeutische Intervention. Die vaskuläre Demenz kann zwar in ihren Schädigungsfolgen nicht mehr

rückgängig gemacht werden, doch kann bei frühzeitiger therapeutischer Intervention das Ziel erreicht werden, den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen (Verlangsamung des Verlaufs, gegebenenfalls über längere Phasen Stabilisierung der Gefäßlage und der neuronalen Leistungskapazität).

Ähnlich wie bei der vaskulären Demenz werden auch für die *degenerativen Demenzen* positive Effekte einer gesunden Ernährung sowie einer Kontrolle von Blutdruck und Fettstoffwechsel beschrieben. Des Weiteren kann eine Reduktion von oxidativem Stress eine gewisse präventive Wirkung haben. Schließlich gibt es Hinweise, dass nichtsteroidale Antirheumatika und Statine zur Senkung des Cholesterinspiegels das Risiko einer degenerativen Demenz senken. Der gegenwärtige Wissensstand rechtfertigt allerdings keine Einnahme von Medikamenten zur Prävention degenerativer Demenzen. Studien zur Risiko-Nutzenabschätzung derartiger Maßnahmen stehen noch aus.

Auf der Ebene der sekundären Prävention gilt es, Demenzen früh zu erkennen. So können reversible Formen rechtzeitig kurativ behandelt und irreversible Formen im Verlauf beeinflusst bzw. verzögert werden.

In Bezug auf *degenerative Demenzen* ist von tertiären Präventionspotenzialen auszugehen; dies unter der Bedingung, dass die Demenz frühzeitig diagnostiziert wird und pharmakologische sowie psychosoziale Interventionsansätze frühzeitig angewendet werden. Die pharmakologischen Ansätze konzentrieren sich gegenwärtig auf das cholinerge System (Azetylcholinesterasehemmer), das Glutamat-System (Memantine) und die Reduktion von oxidativem Stress (z.B. Gingko biloba). Psychosoziale Ansätze zielen auf eine ganzheitlich orientierte kognitive, psychomotorische und alltagspraktische Förderung. Durch diese Ansätze wird der Symptomenverlauf positiv beeinflusst. Spezifische Medikamente, die den Verlauf der Erkrankung verzögern oder mildern können, werden oft nicht konsequent oder nicht zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt. Die große Anzahl an Demenzpatientinnen und -patienten bringt hohe Gesamtkosten mit sich: 43.767 €/Patient und Jahr, wobei 2,5 % auf die gesetzliche Krankenversicherung und 29,6 % auf die soziale Pflegeversicherung entfallen. 67,9 % tragen die betroffenen Familien.

Im Kontext der tertiären Prävention wird der Diagnostik der *Leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI)*, einer umfassenden Beratung der betroffenen Frauen und Männer nebst einer kontinuierlichen kognitiven Aktivität große Bedeutung beigemessen. Allerdings sind bislang noch keine systematischen Studien zu den Effekten der tertiären Prävention bei der *Leichten kognitiven Beeinträchtigung* durchgeführt worden. Medikamentöse Interventionen bei MCI sind mit Acetylcholinesterasehemmern durchgeführt worden, zeigten aber bisher keinen Effekt.

Die Differenzierung zwischen leichter kognitiver Störung und Demenz wird heute festgelegt durch den Grad der Alltagsbeeinträchtigung. Bei MCI besteht keine wesentliche Alltagsbeeinträchtigung, bei der Demenz ist die Alltagsfunktionalität beeinträchtigt. MCI wird ferner definiert als objektivierbare kognitive Beeinträchtigung bezogen auf das Alter (ohne Alltagsbeeinträchtigung), daher kann die Abgrenzung zum normalen Altern über altersbezogene Normwerte erreicht werden. Insbesondere MCI mit Gedächtnisstörungen als Leitsymptom (amnestisches MCI) sind mit einem besonders hohen Risiko für eine spätere Demenz verbunden.

Die Prävalenz der *Leichten kognitiven Beeinträchtigung* liegt in der älteren Bevölkerung zwischen 16 % und 34 %. Ca. 70 % der im dreijährigen Beobachtungszeitraum auftretenden demenziellen Neuerkrankungen entwickeln sich in der Gruppe älterer

Menschen mit *Leichter kognitiver Beeinträchtigung*. Es ist klinisch von großer Bedeutung, dass sich die Symptomatik der *Leichten kognitiven Beeinträchtigung* den betroffenen Frauen und Männern selbst mitteilt. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten stellt sich deshalb auf eigenen Wunsch in entsprechenden Spezialambulanzen – den Memory-Kliniken – vor und wünscht ausdrücklich eine Abklärung.

Insgesamt muss es also vor allem darum gehen, die präventiven Potenziale von Depression und Demenz zu erkennen und zu nutzen.

Methodischer Hinweis:

Das Thema Depression wurde bereits in „gesundheitsziele.de“ behandelt und als nationales Gesundheitsziel differenziert dargestellt. Das Forum schließt sich hier den vorliegenden Ausführungen, insbesondere zur Prävention, an. Als Präventionsziel, das dann entsprechend ausdifferenziert wird, ist dort formuliert: „Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.“ Im Folgenden sind deshalb die Demenzerkrankungen Gegenstand weiterer Ausdifferenzierungen.

Zielgruppen:

- Menschen im mittleren Lebensalter
Da Demenzerkrankungen über lange Zeiträume (bis zu 30 Jahre) klinisch stumm verlaufen können, gehören generell Menschen im mittleren Lebensalter zur bevorzugten Zielgruppe.
- Menschen mit *Leichter kognitiver Beeinträchtigung (MCI)*
Insbesondere Menschen mit MCI, d. h. subjektiven Gedächtnisstörungen bei normalem allgemeinem Leistungsniveau, jedoch objektivierbaren kognitiven Defiziten, sind in den Fokus zu nehmen, da MCI den Beginn einer Demenz markieren kann.

Bei beiden genannten Zielgruppen sind gesellschaftlich benachteiligte Personen mit eher niedrigem Bildungsstand und wenig protektivem Potential besonders zu beachten.

Ziel:

Die präventiven Potenziale zur Verzögerung und Minderung der Schwere von demenziellen Erkrankungen werden erkannt und genutzt. Dadurch wird ein Aufschub der Krankheitsmanifestation erreicht, und es gibt weniger manifeste Demenzerkrankungen bezogen auf bestimmte Altersgruppen.

Teilziele:

- Das Wissen um Demenz und Einflussfaktoren ist messbar gestiegen.
- Die Akzeptanz von Menschen mit Demenz in der Gesellschaft ist messbar gestiegen.
- Die Hilfen für Pflegende sind in ihrer Effektivität messbar gesteigert worden.
- Geeignete Angebote für protektive Maßnahmen werden flächendeckend zur Verfügung gestellt. Es gibt Demenz-Schwerpunktpraxen und spezialisierte Einrichtungen in Medizin, Pflege und Altenhilfe (Gedächtnisambulanzen, Beratungszentren und spezialisierte Pflegeeinrichtungen). Es stehen flächendeckend gerontopsychiatrische Zentren zur Verfügung, die medizinische und psychosoziale Hilfen für psychisch kranke Menschen vorhalten und koordinieren.
- Erste Symptome werden früh erkannt und in einer Differenzialdiagnostik abgeklärt.
- Ein altersbezogenes Screening kognitiver Beeinträchtigung wird in die GKV-Vorsorgeuntersuchungen eingeführt.
- Die Qualität der Diagnostik im Verlauf der Behandlung wird weiter verbessert, damit Patienten nicht unnötig mit hochpreisigen, aber für sie nutzlosen Medikamenten behandelt werden.
- Die Behandlung erfolgt konsequent entsprechend verbindlicher Leitlinien. Verfügbare Leitlinien werden kontinuierlich weiterentwickelt, wobei Forschungsergebnisse - insbesondere auch zum Nutzen medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapieoptionen - zeitnah Eingang finden.
- Fortschritte in der Forschung werden systematisch gefördert.
- Sozialrechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen Demenz stärker (SGB V, SGB XI).
- Kommunale Netze/Programme beziehen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ausdrücklich in Planung und Versorgung mit ein.

Strategien und Maßnahmen:

- Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit, die das Bewusstsein in der breiten Bevölkerung wecken und die Sensibilisierung für Warnzeichen fördern
- Sicherung der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal
- Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen
- Implementierung von Trainings zur Förderung und Erhaltung kognitiver Funktionen in personalkommunikativer und mediengestützter Form

Indikatoren der Zielerreichung:

Müssen noch entwickelt werden.

Akteurinnen und Akteure:

Die genaue Benennung der Akteurinnen und Akteure sowie die Differenzierung nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene wird bei der weiteren Ausarbeitung des Zielbereiches erfolgen. Die Benennung ist abhängig von den geplanten Strategien und Maßnahmen sowie von den zur Verfügung stehenden Ressourcen. In Frage kommen vor allem:

- Fachverbände
- Altenhilfe
- Arztpraxen
- Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten
- physiotherapeutische Praxen
- Beratungsstellen
- Kliniken
- Heime
- Kranken- und Pflegekassen
- Selbsthilfeorganisationen
- Forschung und Lehre
- Pharmafirmen
- Kommunen, Länder und Bund

Praxisbeispiele:

- Projekt IDA : Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin: www.projekt-ida.de
- Bundesverband Gedächtnistraining: www.bv-gedaechtnistraining.de
- SimA: Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter: www.sima-akademie.de
- Kompetenznetz Demenzen: www.kompetenznetz-demenzen.de
- Alzheimer-Telefon, Programm *Hilfe beim Helfen* (pflegende Angehörige), beides unter: www.deutsche-alzheimer.de

Ausgewählte Literatur:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen
- Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut Heft 28
- Radebold, H. et al. (Hrsg) (1997): Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopff Verlag

3.5 Zielbereich 5: Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern

Relevanz:

Gesundheit im Alter resultiert aus verschiedenen komplexen Zusammenhängen und ist keineswegs automatische Folge somatischer Gesetzmäßigkeiten. Neben den personalen, gesellschaftlich-ökologischen und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen spielen soziale Beziehungen im Nahbereich des Individuums eine wichtige Rolle. Aktivität und soziale Teilhabe als Momente einer sinnerfüllten Lebensgestaltung sind deshalb neben den medizinischen Aspekten wichtige Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter.

Ergebnisse gerontologischer Studien (SimA³³, BASE³⁴) belegen, dass soziale Kontakte die Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit ständig herausfordern und damit trainieren. Eine stimulierende Umgebung erhält aktiv und gesund: Soziale Kontakte stimulieren den Aufbau zusätzlicher Verbindungen zwischen den Hirnzellen und möglicherweise sogar die Bildung neuer Hirnzellen. Hieraus ergibt sich ein großer Nutzen einer lebenslangen geistigen und sozialen Aktivität.

Viele ältere Menschen sehen in der Freiwilligenarbeit ein sinnstiftendes Element. Die zweite Welle des Freiwilligen surveys hat ergeben, dass 40 % der 55- bis 64-Jährigen und 26 % der über 65-Jährigen ehrenamtlich tätig sind. Die Bereitschaft älterer Menschen zur Übernahme eines Ehrenamtes ist damit im Vergleich zu den Daten von 1996 um fast 6 % gestiegen. Dabei sind ältere Menschen die Gruppe mit dem stärksten Wachstum, wenn es um bürgerschaftliches Engagement geht. Sie suchen zunehmend Aufgabenfelder, in denen sie sich eigenverantwortlich einbringen können und für sich und andere gleichermaßen tätig sind. Insgesamt haben Frauen mit einer Engagementquote von 32% gegenüber den Männern mit 30% aufgeholt. Bei den jüngeren Senioren stieg das Engagement sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich. Es ist aber noch zu untersuchen, ob die bisherigen Formen der Freiwilligenarbeit auch für sozial benachteiligte Ältere geeignete Anknüpfungspunkte bieten oder ob hier neue spezifische Formen der Unterstützung gesucht werden müssen.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Partizipation derer, die alt werden. Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung bei der Entscheidungsbildung sind in der Bundesrepublik Deutschland anders als in anderen Ländern noch keine Selbstverständlichkeit. Dabei ist auf kommunaler Ebene bzw. auf Stadtteilebene nach Formen der Beteiligung zu suchen, die ältere Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Ressourcen einbinden können.

Für Ehrenamt und politische Beteiligung sind sozioökonomische Gradienten deutlich: Befunde aus der Berliner Altersstudie³⁵ zeigten einen deutlichen Gradienten zwischen der Bildung und dem beruflichen Status einerseits und der gesellschaftlichen Partizipation im

³³ SimA: Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter; siehe Literaturverzeichnis; nähere Informationen im Internet unter www.sima-akademie.de.

³⁴ BASE: Berliner Altersstudie; siehe Literaturverzeichnis; Informationen im Internet unter www.base-berlin.mgp.de

³⁵ siehe „Ausgewählte Literatur“, S. 38

(jungen) Alter andererseits; ebenso fanden Hank et. al.³⁶ bei der Erfassung ehrenamtlichen Engagements in zehn europäischen Ländern – bei relevanten Unterschieden der Beteiligungsniveaus zwischen den Ländern – eine deutliche und länderübergreifende Abhängigkeit vom Bildungsniveau.

Teilhabe an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen im Sinne politischer Mitbestimmung stärkt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, bestätigt das positive Selbstbild der Handlungsfähigkeit und befähigt zur Selbsthilfe.

Zielgruppen:

- Menschen im dritten Lebensalter, „aktive Alte“: ältere Menschen, die nicht mehr ins Erwerbsleben eingebunden und auf der Suche nach neuen sinn- und identitätsstiftenden Aufgaben sind.
- Pflegebedürftige und pflegende Angehörige: Ihre sozialen Kompetenzen sind bereits bedroht bzw. eingeschränkt. Sie benötigen besondere Unterstützung. Pflegende Angehörige müssen entlastet werden um sie vor eigener Erkrankung zu schützen.
- Sozioökonomisch benachteiligte Ältere: Sie sind von Krankheit und Behinderung überdurchschnittlich betroffen. Es bedarf spezifischer Zugänge, um diese Gruppen zu erreichen.

Ziel:

Ältere Menschen sind sozial eingebunden und gestalten ihre eigene Lebenssituation mit. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie länger gesund und selbständig bleiben.

Teilziele:

- Es gibt mehr Aktivitäten in nachberuflichen Netzwerken.
- Es gibt mehr Angebote an und mehr Nachfrage nach (nachberuflichen) Bildungsaktivitäten.
- Ältere sind vermehrt an Planungs- und Entscheidungsprozessen in der Kommune beteiligt.
- Es sind mehr ältere Menschen bereit, gewonnene Lebensjahre in geeignete Formen gesellschaftlichen Engagements zu investieren.

³⁶ Hank, K.; M. Erlinghagen; et al. (2006): Ehrenamtliches Engagement in Europa: Eine vergleichende Untersuchung am Beispiel von Senioren. Sozialer Fortschritt (1): 6-11.

Strategien und Maßnahmen:

- Bereitschaft zur Nutzung vorhandener Potenziale älterer Menschen in Organisationen und Verwaltung stärken (z. B. über Verbreitung der Models of Good Practice aus den Modellprogrammen, über Wettbewerbe oder andere Veranstaltungen)
- Stärkere Integration der älteren und der jüngeren Generation, um gegenseitige Unterstützung zu fördern
- Anreizstrukturen für ehrenamtliches Engagement schaffen: Win-win-Situationen schaffen, Veranstaltungen mit Aufforderungscharakter (z. B. erhält jede Bürgerin und jeder Bürger im Bezirk ab einem bestimmten Alter eine Einladung zu einem Erfahrungsaustausch)
- Entwicklung geschlechtsspezifischer Angebote, um verstärkt Männer einzubinden
- Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur für freiwillige Aktivitäten fördern (z. B. Koordination, Befähigung, Einsatz und Begleitung sichern)
- Innovative Bildungsangebote für ältere Menschen entwickeln, erproben und implementieren (z. B. Vergabe von „Stipendien“ durch Stiftungen, vergleichbar etwa der Postgraduate-Förderung, Einrichtung von Bildungskonten/ Bildungssparen, spezielle Angebote für benachteiligte Gruppen wie Migranten oder so genannte bildungsferne Schichten: Zugang über Gruppenangehörige, sog. „peers“, Bildungstandems o.ä.)
- Angebote der Selbstorganisation auf kommunaler Ebene schaffen: Ausbau kommunaler Bürgerbeteiligung vorantreiben (z. B. über Verbreitung guter Beispiele aus Projekten, Einbindung bei Planungen und demografisch bedingter kommunaler Entwicklung)
- Informations- und Beratungsstrukturen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige verbessern (z. B. Ausbau kommunaler Angebote unter Einbindung von Selbsthilfeorganisationen, Angebot zugehender Beratung, offene Treffpunkte schaffen)
- Stärkung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen
- Transparenz und Vernetzung der Altenhilfe auf kommunaler Ebene schaffen (z. B. Einführung einheitlicher Datenbanken für Nutzer auf kommunaler Ebene, Verbünde und integrierte Versorgung einrichten, Schnittstellen-Management organisieren)
- Zielgruppenspezifische Angebote zur Selbstorganisation in benachteiligten Stadtteilen entwickeln, um ältere Menschen in prekären Lebenslagen mit präventiven Interventionen zu erreichen (z. B. Settingansätze fördern, Quartiersmanagement, vgl. Bundesländerprogramm *Soziale Stadt*)
- Entwicklung und Einsatz geeigneter Assessment-Instrumente für die häusliche Pflege (Bedarf der zu Pflegenden und der Pflegepersonen) sowie von Instrumenten zur Erfassung und Verbesserung der Lebensqualität im stationären und ambulanten Umfeld vorantreiben
- Ausbau von Befähigungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige und informelle Helferinnen und Helfer (z. B. über verstärkte Förderung von Selbsthilfeorganisationen und die Öffnung professioneller Räume für eine verstärkte Kooperation freiwilliger und professioneller Kräfte)

Indikatoren:

Hinsichtlich folgender Indikatoren müssen Verbesserungen messbar sein:

- aktive Lebenserwartung
- Wahrnehmung des Alters in der Gesellschaft
- Selbstwertgefühl älterer Menschen
- Anzahl und Dauer sozialer Kontakte und Kontaktpersonen
- Anzahl der älteren Menschen, die die eigene Lebenssituation in der Kommune mitgestalten

Akteurinnen und Akteure:

Die genaue Benennung der Akteurinnen und Akteure wird bei der weiteren Ausarbeitung des Zielbereiches erfolgen. Die Benennung ist abhängig von den geplanten Strategien und Maßnahmen sowie von den zur Verfügung stehenden Ressourcen. In Frage kommen vor allem:

- Kommunale Ebene: Kommunen, Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros, Selbsthilfekontaktstellen, Bildungsträger, Wohlfahrtsverbände, Quartiersmanagement, Seniorenberatung, Pflegedienste, Beratungsstellen für pflegende Angehörige, Selbsthilfeorganisationen, Heime, Kirchengemeinden, Verbände, Vereine, Bürgerinitiativen, Arztpraxen, Apotheken
- Landesebene: Landesvereinigungen für Gesundheit, Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen, ZWAR (Zwischen Arbeit und Ruhestand)
- Bundesebene: Bundesarbeitsgemeinschaften der Seniorenorganisationen, der Seniorenbüros, EFI (Erfahrungswissen für Initiativen), Agenturen für Bürgerengagement, Kranken- und Pflegekassen, Fachverbände der Gesundheitsberufe

Praxisbeispiele:

- (Bundes-)Modellprogramm Seniorenbüros: www.seniorenbueros.org
- Bundesmodellprogramm *Erfahrungswissen für Initiativen* (EFI): www.efi-programm.de
- Modellprogramm *Generationenübergreifende Freiwilligendienste (GüF)*: www.zentrum-zivilgesellschaft.de oder www.bmfsfj.de
- Aktionsprogramm *Mehrgenerationenhäuser*: www.mehrgenerationenhaeuser.de
- Kompetenznetz für das Alter: www.kompetenznetz-alter.de
- Kölner Seniorenetzwerke: www.seniorenetzwerke-koeln.de
- Bürgerbeteiligung Lindau-Zech (Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“): www.sozialestadt.de

Ausgewählte Literatur:

- Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006):
Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:
Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen
zum Zusammenhalt der Generationen
- Mayer, K.U. und Baltes, P.B. (Hrsg.) (1996):
Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag
- Oswald, W.D., Hagen, B., Rupprecht, R. Gunzelmann, T.(2002):
Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren
Lebensalter (SimA), Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Train-
ingseffekte. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 15 (1), 2002: 13-31

3. 6 Zielbereich 6: Ressourcenorientierte Früherkennung von Funktionseinbußen

Methodischer Hinweis:

Bei der ressourcenorientierten Früherkennung von Funktionseinbußen älterer Menschen geht es um eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustandes inklusive psychosozialer Faktoren mit dem Ziel, die Alltagskompetenz der Seniorinnen und Senioren zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Es gibt starke Hinweise darauf, dass das Instrument „Präventiver Hausbesuch“ hier die wirksame Maßnahme der Wahl darstellt.

Entsprechend hat die AG 3 „Gesund altern“ zum Präventiven Hausbesuch Empfehlungen vorgelegt und im November 2005 ein Experten-Hearing zu diesem Thema veranstaltet: Nach Ansicht der Expertinnen und Experten ist die Erprobung präventiver Hausbesuche in einer umfassenden multizentrischen Studie sinnvoll, die es erlaubt, Festlegungen z. B. hinsichtlich der einzubeziehenden Zielgruppe und der praktikablen Vorgehensweise zu treffen.

Nachdem nun in Vorbereitung der geplanten Studie eine weitere Experten-Befragung durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (SpiK) durchgeführt worden ist, werden derzeit die offenen Fragen zur Planung, Ausschreibung und Finanzierung der multizentrischen Studie geklärt.

Die Ausarbeitung des Zielbereiches 6 wird auf den Zeitpunkt verschoben, zu dem hier konkrete Ergebnisse vorliegen.

4. Die nächsten Schritte

Wie eingangs dargestellt, markiert die Veröffentlichung der „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ in der vorliegenden Form nur einen Zwischenstand in einem keineswegs abgeschlossenen Prozess. Sie soll den im Feld tätigen Akteurinnen und Akteuren helfen, sich den derzeitigen Stand der Umsetzung bewusst zu machen, die eigene Arbeit in den gesamten Ziel-Kanon einzuordnen und an ihm auszurichten sowie neue Kooperationeneinzugehen. Bei der Weiterentwicklung der Präventionsziele werden die Gesundheits- und Präventionszieleprozesse weiterer Akteursgruppen (z.B. GKV; gesundheitsziele.de) zu beachten und ggf. zu berücksichtigen sein.

Die nächsten Schritte, die zu vollziehen sind, liegen auf zwei Handlungsebenen: einerseits auf der Ebene der Präventionsziele, ihrer Weiterentwicklung und Umsetzung selbst, andererseits auf der Ebene der Kommunikation der Präventionsziele.

Zunächst zur weiteren Arbeit an den Präventionszielen selbst:

Der Stand der Konkretion in den einzelnen Zielbereichen ist unterschiedlich. Dennoch ergeben sich über alle Zielbereiche hinweg mehr oder weniger die gleichen Aktionsfelder für eine Fortsetzung des Zieleprozesses.

- Konkretisierung von Zielgruppen bzw. Teilzielgruppen:

Für die meisten Zielbereiche ist zwar bereits eine grobe Differenzierung der Zielgruppen erfolgt; um gezielte Strategien bzw. Maßnahmen planen und deren Erfolge messen zu können, ist aber eine weitere Spezifizierung und auch Quantifizierung von (Teil-)Zielgruppen erforderlich. Besonders zu berücksichtigen sind dabei jeweils die Lebenssituation, insbesondere die soziale Situation, Aspekte der Lebensgeschichte (wie z. B. Migrationshintergrund) und Geschlecht.

- Quantifizierung der Zielvorgaben

Für die einzelnen Zielbereiche ist derzeit nur beschrieben, welche Sachverhalte zur Erfolgsmessung in den jeweiligen Teilzielen quantifiziert werden sollten. In einem nächsten Schritt muss für alle aufgeführten Indikatoren geprüft werden, ob bzw. welche Daten bereits vorliegen, wie die Datenbasis ggf. ergänzt werden kann und welche messbaren Verbesserungen erreicht werden sollen.

- Definition von Startermaßnahmen

Hier sollten konkrete Aufgabenpakete - mit exakten Zielangaben, definiertem Zeitrahmen, mit verbindlichen Akteuren und von Anfang an geplantem Evaluationskonzept - geschnürt und umgesetzt werden, deren Fortgang die AG 3 „Gesund altern“ dann begleiten und für den weiteren Zieleprozess aufbereiten wird.

Die hier definierten Handlungsschritte sind Aufgabe der in den Zieleprozess über die AG 3 „Gesund altern“ direkt eingebundenen Akteurinnen und Akteure. Alle weiteren Akteurinnen und Akteure, die auf Ebene der Politik, der Verbände, der Träger von Betreuungs- und

Bildungseinrichtungen etc. ihren Beitrag zur Umsetzung der Ziele leisten können, sind jedoch eingeladen, sich nach eigenem Ermessen und an ihnen gemäßer Stelle in den Prozess der Umsetzung und Weiterentwicklung einzubringen.

Die zweite Handlungsebene ist die Ebene der Kommunikation der Präventionsziele:

Alle an dem Zieleprozess Beteiligten und insbesondere die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) in Nachfolge der Geschäftsstelle des DFGP werden dafür Sorge tragen, dass den eingangs geschilderten Zielgruppen die Präventionsziele bekannt gemacht werden.

Alle für die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren relevanten Organisationen, Akteurinnen und Akteure sind eingeladen zu prüfen, ob sie zur Bekanntmachung der Präventionsziele beitragen, diese entsprechend zum Bestandteil ihrer eigenen Kommunikationskonzepte machen und in ihre eigenen Handlungszusammenhänge einarbeiten können.

5. Die Autorinnen und Autoren

Die „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“, die hier in gestraffter Form präsentiert sind, sind das Ergebnis eines gemeinsamen Diskurses und Abstimmungsprozesses der Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ (AG 3) des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. Die AG 3 wird geleitet durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., ehemals Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.³⁷ Eine namentliche Auflistung aller Mitglieder der AG 3 und der sie entsendenden Organisationen, die durch ihr Fachwissen und Engagement zum Entstehen der Präventionsziele beigetragen haben, ist im Anhang zu finden.

Die einzelnen Kapitel bzw. Zielbereiche wurden von den im folgenden genannten Autorinnen und Autoren ausgearbeitet:

*Einschränkungen minimieren, Potenziale ausschöpfen: Eine kurze Situationsanalyse zur Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte*³⁸

Dr. Beate Robertz-Grossmann, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)

Zielbereich 1: Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern

Ute Blessing-Kapelke und Gabi Pfeifer, Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)
Ulla Voigt, Deutscher Volkshochschul-Verband (DVV)

Zielbereich 2: Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen

PD Dr. Dr. Andrea Icks, Ärztekammer Nordrhein
PD Dr. Clemens Becker, Robert Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

*Zielbereich 3: Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern –
Fehlernährung vermeiden*

Tina Schlag, bis 31.12.2006 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
Dr. Karin Wagemann, bis 30.09.2007 AOK Bundesverband

³⁷ Die Umbenennung in Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) erfolgte im Juni 2007.

³⁸ Wir danken Prof. Dr. A. Kruse, Prof. Dr. A. Kuhlmeier und Prof. Dr. U. Walter für die fachliche Durchsicht der Situationsanalyse.

*Zielbereich 4: Psychische Gesundheit fördern und erhalten*³⁹

PD Dr. Dr. Andrea Icks, Ärztekammer Nordrhein

Sabine Jansen, Deutsche Alzheimer-Gesellschaft

Prof. Dr. Andreas Kruse, Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Petra Weritz-Hanf, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
(BMFSFJ)

Zielbereich 5: Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern

Dr. Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Petra Weritz-Hanf, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
(BMFSFJ)

³⁹ Wir danken Prof. Dr. W. Maier und PD Dr. F. Jessen, Kompetenznetz Demenzen, für die fachliche Durchsicht des Zielbereiches 4.

Zielbereich 1: Förderung von Bewegung und körperlicher Aktivität im Alter

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
<ul style="list-style-type: none"> • Menschen im mittleren Erwachsenenalter von 50 bis ca. 65/70 Jahre Merkmale: Endphase der eigenen Berufstätigkeit und beginnender Ruhestand; häufig noch durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichbar; gezielte Vorbereitung auf den Ruhestand • Ältere Menschen von ca. 65/70 Jahren bis zu ca. 80/85 Jahren Merkmale: Aktive Verfolgung eigener Interessen und Unterstützung nachfolgender Generationen • Hochaltrige ab ca. 80 Jahre Merkmale: Zunahme funktioneller Einschränkungen und der Pflegebedürftigkeit; Sturzprophylaxe rückt in den Fokus 	<ul style="list-style-type: none"> • Die körperlichen (sportlichen) Aktivitäten in allen Altersgruppen über 50, auch bei den Personengruppen mit geschlechts- und milieuspezifischen Zugangsbarrieren, sind messbar erhöht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es existieren Mehr-Ebenen-Kampagnen mit Kontextbezug zur Bewegungsförderung, um die Empfehlungen zu gesundheitsförderlichem Bewegungsverhalten bei allen Bevölkerungsgruppen bekannt zu machen. • Es existieren qualitätsgesicherte Instrumente und Angebote zur Bewegungsförderung. Solche Bewegungsangebote sind flächendeckend und nachhaltig implementiert und erreichen die relevanten Zielgruppen. • Diese Bewegungsangebote erreichen die relevanten Zielgruppen, die unter besonderer Berücksichtigung von Altersgruppen, Gender, Migration und Lebensstil differenziert sind, und werden von ihnen angenommen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung interdisziplinärer Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Interesse multifaktorieller Programme und Standards (z .B. Bildung, Sport und Altenpflege) für niedrigschwellige nachhaltige Angebote. • Verbesserungen im Lebensumfeld Kommune zugunsten einer für Seniorinnen und Senioren gesundheitsförderlichen Nahmobilität. • Entwicklung und Implementierung von personalen und medialen Strategien zur Stärkung psychischer und sozialer Gesundheitsressourcen unter Berücksichtigung subjektiver Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung, Körper- und Gesundheitskonzept. 	<ul style="list-style-type: none"> • im Bundesgesundheits-survey und folgenden Monitoring-Untersuchungen erhobenes Bewegungsverhalten • Bindung an gesundheits-sportliche Aktivität in den relevanten Zielgruppen (z. B. Bestandserhebung DOSB) • physische Gesundheitsressourcen (Fitness, Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit und Entspannungsfähigkeit) aller Zielgruppen • psychosoziale Gesundheitsressourcen (Handlungswissen, Selbstwirksamkeit, Selbst- und Körperkonzept, soziale Kompetenz und Integration) 	<p>In Frage kommen vor allem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportverbände/-vereine • Volkshochschulen/Deutscher Volkshochschul-Verband/DVV und andere professionelle Einrichtungen der Erwachsenen- und Familienbildung • BZgA • Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ • Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ • Fitness-Studios bzw. kommerzielle Einrichtungen • physio- und ergotherapeutische Praxen • Konföderation der deutschen Rückenschulen • ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
			<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Implementierung verbandlicher Qualifizierungsprogramme (Übungsleiterinnen und -leiter, Bewegungsfachkräfte, Pädagoginnen und Pädagogen, Altenbetreuungs- und Pflegepersonal sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren). 	<ul style="list-style-type: none"> • verbandliche/organisationsinterne Qualifizierungssysteme, Qualitätssicherungsprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen der offenen und stationären Altenhilfe • ärztliches und pflegendes Personal, • psychologische Praxen • Kommunen • Wissenschaft • Medien

Zielbereich 2: Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
<ul style="list-style-type: none"> Eingeschränkte, sturzgefährdete Personen über 75 Jahre mit subjektiver oder objektiver Gangstörung im häuslichen Umfeld ohne ambulante Pflege Eingeschränkte, sturzgefährdete Menschen im häuslichen Umfeld mit ambulanter Pflege⁴⁰ Seniorinnen und Senioren in stationären Einrichtungen der Altenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> Die altersstandardisierte Inzidenz von Hüftfrakturen bei Seniorinnen und Senioren über 75 Jahre wird um 10 % reduziert. Die Inzidenz von Hüftfrakturen bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern wird um 10 % reduziert. 	<ul style="list-style-type: none"> Bei im häuslichen Umfeld lebenden Seniorinnen und Senioren wird das Sturzrisiko erhoben und dokumentiert. Qualitätsgesicherte Angebote für im häuslichen Umfeld lebende sturzgefährdete Seniorinnen und Senioren sind über die ambulante Pflege, Reha-Zentren, „Sturzgruppen“, Sportvereine flächendeckend implementiert. Bei allen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern wird das Sturzrisiko erhoben und dokumentiert. Die hierfür verwendeten Instrumente sind definiert. In allen Heimen werden Stürze standardisiert dokumentiert. 	<p>Die Beschreibung der Strategien und Maßnahmen muss in einem nächsten Schritt erfolgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Inzidenz von Hüftfrakturen bei Seniorinnen und Senioren Anteil der älteren Menschen mit erhobenem und dokumentiertem Sturzrisiko, die im häuslichen Umfeld leben Inzidenz von Hüftfrakturen bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern Anteil der Heime mit Sturzrisikoerhebung Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit erhobenem und dokumentiertem Sturzrisiko Anteil der Heime mit Dokumentation von Stürzen Anteil der Heime mit evidenzbasierter, standardisierter Sturzprävention 	<p>In Frage kommen vor allem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ärztinnen und Ärzte Pflegekräfte Fachkräfte des Sozialwesens (z. B. in Seniorenbegegnungsstätten) Physiotherapeutinnen und -therapeuten Ergotherapeutinnen und -therapeuten ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sportvereinen Politikerinnen und Politiker

⁴⁰ Hinsichtlich der zweiten Zielgruppe ist zu überlegen, ob Frauen anders angesprochen werden sollten als Männer.

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
		<ul style="list-style-type: none"> • In 20 % der Heime ist evidenzbasierte standardisierte Sturzprävention implementiert. Die Maßnahmen sind dokumentiert. • Es existieren Standards und evtl. eine Zertifizierung für evidenzbasierte Angebote für alle Zielgruppen. 			

Zielbereich 3: Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern – Fehlernährung vermeiden

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
<ul style="list-style-type: none"> • unabhängig lebende Senioren im Privathaushalt • hilfsbedürftige bzw. pflegebedürftige Senioren <ul style="list-style-type: none"> - im Privathaushalt - mit Angehörigenpflege/Betreuung - mit ambulantem Pflegedienst • in der Gemeinschaftsverpflegung versorgte Seniorinnen und Senioren in <ul style="list-style-type: none"> - Senioreneinrichtungen - Tagespflege - Krankenhäusern - Rehabilitationseinrichtungen - Übergangspflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein bedarfsgerechter Ernährungszustand älterer Menschen in Deutschland, insbesondere in Pflege befindlicher Seniorinnen und Senioren, ist der Regelfall. Die Prävalenz der Mangelernährung älterer und hochbetagter Menschen ist massiv reduziert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Gefahr einer drohenden Mangelernährung pflegebedürftiger Seniorinnen und Senioren und deren komplexes Ursachengefüge sind allen pflegenden und versorgenden Kräften bekannt. • Es existieren Expertenstandards zur ausgewogenen Nahrungszufuhr, die allen pflegenden und versorgenden Kräften bekannt sind. • Bei allen pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren erfolgt eine systematische Vorgehensweise zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung nach festem Schema (siehe Textfassung). Unabdingbare Voraussetzungen hierfür sind die Vorhaltung ausreichenden Fachpersonals (Pflegekräfte und hauswirtschaftliches Personal), eine gelun- 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment bei Seniorinnen und Senioren durch Haus- und Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte, bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern gemäß MDS-Qualitätsrichtlinien in der stationären Pflege • Förderung von seniorfreundlichen Angeboten durch Industrie und Handel, um die Selbstständigkeit bei z. B. Einkauf und Nutzung zu gewährleisten • Entwicklung und Implementierung flächendeckender Schulungsmaßnahmen zur bedarfsgerechten Ernährung im Alter für: <ul style="list-style-type: none"> - Seniorinnen und Senioren - Angehörige - Pflegepersonal - Ärztinnen und Ärzte (hier auch Berücksichtigung im Studium) - Hauswirtschaft - Diätassistentinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungswissen über eine ausgewogene Ernährung bei Seniorinnen und Senioren sowie bei deren Angehörigen • Wissen um ausgewogene Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie um die Gefahren der Mangelernährung bei allen versorgenden und pflegenden Professionen • Anzahl der dokumentierten Assessments zur Ernährungssituation von Seniorinnen und Senioren in Arztpraxen, bei Pflegediensten, in Senioreneinrichtungen und Krankenhäusern • Anzahl und Verteilung der Schulungsprogramme zur bedarfsgerechten Ernährung im Alter • Zertifizierungs-/Auszeichnungssysteme für Leistungsangebote in der Verpflegung 	<p>In Frage kommen vor allem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seniorinnen und Senioren • Angehörige • ehrenamtlich Tätige • Ärztinnen und Ärzte • Zahnärztinnen und Zahnärzte • Pflegekräfte • Qualifiziertes Ernährungsfachpersonal • Therapeutinnen und Therapeuten • Fachkräfte des Sozialwesens (z. B. in Seniorenbegegnungsstätten) • hauswirtschaftliches Personal • Anbieter von Essen auf Rädern, Caterer • Industrie • Politische Entscheidungsträgerinnen und -träger • Fachverbände

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
		<p>gene Verteilung der Aufgaben sowie ein standardisiertes Assessment.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Vorgehensweise bei Mangelernährung erfolgt leitliniengestützt. ▪ Es existiert eine Richtlinie zur Verteilung der Kosten von Trink- und Nahrungssupplementen und zu ihrer Übernahme. 	<p>und –assistenten sowie Oecotrophologinnen und Oecotrophologen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutinnen und Therapeuten - ehrenamtlich tätige Personen <ul style="list-style-type: none"> • Auszeichnung von Leistungsangeboten in der Verpflegung nach den DACH-Referenzwerten für: <ul style="list-style-type: none"> - „Essen auf Rädern“-Hersteller - Krankenhäuser - Rehabilitationseinrichtungen - Senioreneinrichtungen - hauswirtschaftliche Angebote ambulanter Dienste - Caterer • Vorhaltung von qualifiziertem Ernährungsfachpersonal in Senioreneinrichtungen und Krankenhäusern • Berücksichtigung des Themas Mangelernährung im Forschungsbedarf: Durchführung von Evaluationen und Studien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl des qualifizierten Ernährungsfachpersonals in allen einschlägigen Einrichtungen • Forschungsprojekte und Studien zur Mangelernährung von Seniorinnen und Senioren 	

Zielbereich 4: Psychische Gesundheit fördern und erhalten

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
<ul style="list-style-type: none"> • Menschen im mittleren Lebensalter (Demenzerkrankungen können bis zu 30 Jahre klinisch stumm verlaufen). • Menschen mit <i>Leichter kognitiver Beeinträchtigung</i> (= MCI) (MCI kann den Beginn einer Demenz markieren) <p>Bei beiden genannten Zielgruppen sind gesellschaftlich benachteiligte Gruppen mit eher niedrigem Bildungsstand und wenig protektivem Potenzial besonders zu beachten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die präventiven Potenziale zur Verzögerung und Minderung der Schwere von demenziellen Erkrankungen werden erkannt und genutzt. Dadurch wird ein Aufschub der Krankheitsmanifestation erreicht, und es gibt weniger manifeste Demenzerkrankungen bezogen auf bestimmte Altersgruppen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Wissen um Demenz und Einflussfaktoren ist messbar gestiegen. • Die Akzeptanz von Menschen mit Demenz in der Gesellschaft ist messbar gestiegen. • Die Hilfen für Pflegende sind in ihrer Effektivität messbar gesteigert worden. • Geeignete Angebote für protektive Maßnahmen werden flächendeckend zur Verfügung gestellt. Es gibt Demenz-Schwerpunktpraxen und spezialisierte Einrichtungen in Medizin, Pflege und Altenhilfe. Es stehen flächendeckend gerontopsychiatrische Zentren zur Verfügung, die medizinische und psychosoziale Hilfen für psychisch kranke Menschen vorhalten und koordinieren. • Erste Symptome werden früh erkannt und in einer Differenzialdiagnostik abgeklärt. • Ein altersbezogenes Screening kognitiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit, die das Bewusstsein in der breiten Bevölkerung wecken und die Sensibilisierung für Warnzeichen fördern. • Sicherung der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie von Pflegepersonal • Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen • Implementierung von Trainings zur Förderung und Erhaltung kognitiver Funktionen in personal-kommunikativer und mediengestützter Form 	<p>Müssen noch entwickelt werden.</p>	<p>In Frage kommen vor allem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachverbände • Altenhilfe • Arztpraxen • Psychologen und psychologische Psychotherapeuten • physiotherapeutische Praxen • Beratungsstellen • Kliniken • Heime • Kranken- und Pflegekassen • Selbsthilfeorganisationen • Forschung und Lehre • Pharmafirmen • Kommunen, Länder und Bund

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
		<p>Beeinträchtigung wird in die GKV-Vorsorgeuntersuchungen eingeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Qualität der Diagnostik im Verlauf der Behandlung wird weiter verbessert, damit Patienten nicht unnötig mit hochpreisigen, aber für sie nutzlosen Medikamenten behandelt werden. • Die Behandlung erfolgt konsequent entsprechend verbindlicher Leitlinien. Verfügbare Leitlinien werden kontinuierlich weiterentwickelt, wobei Forschungsergebnisse zeitnah Eingang finden. • Fortschritte in der Forschung werden systematisch gefördert. • Sozialrechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen Demenz stärker. • Kommunale Netze/Programme beziehen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ausdrücklich in Planung und Versorgung mit ein. 			

Zielbereich 5: Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
<ul style="list-style-type: none"> • Menschen im dritten Lebensalter, „aktive Alte“: ältere Menschen, die nicht mehr ins Erwerbsleben eingebunden und auf der Suche nach neuen sinn- und identitätsstiftenden Aufgaben sind. • Pflegebedürftige und pflegende Angehörige: Ihre sozialen Kompetenzen sind bereits bedroht bzw. eingeschränkt. Sie benötigen besondere Unterstützung. Pflegende Angehörige müssen entlastet werden um sie vor eigener Erkrankung zu schützen. • Sozioökonomisch benachteiligte Ältere: Sie sind von Krankheit und Behinderung überdurchschnittlich betroffen. Es bedarf spezifischer Zugänge, um diese Gruppen zu erreichen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Menschen sind sozial eingebunden und gestalten ihre eigene Lebenssituation mit. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie länger gesund und selbständig bleiben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt mehr Aktivitäten in nachberuflichen Netzwerken. • Es gibt mehr Angebote an und mehr Nachfrage nach (nachberuflichen) Bildungsaktivitäten. • Ältere sind vermehrt an Planungs- und Entscheidungsprozessen in der Kommune beteiligt. • Es sind mehr ältere Menschen bereit, gewonnene Lebensjahre in geeignete Formen gesellschaftlichen Engagements zu investieren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Nutzung vorhandener Potenziale älterer Menschen in Organisationen und Verwaltung stärken. • Stärkere Integration der älteren und der jüngeren Generation, um gegenseitige Unterstützung zu fördern. • Anreizstrukturen für ehrenamtliches Engagement schaffen • Entwicklung geschlechtsspezifischer Angebote, um verstärkt Männer einzubinden • Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur für freiwillige Aktivitäten fördern (z. B. Koordination, Befähigung, Einsatz und Begleitung sichern) • Innovative Bildungsangebote für ältere Menschen entwickeln, erproben und implementieren • Angebote der Selbstorganisation auf kommunaler Ebene schaffen: Ausbau kommu- 	<ul style="list-style-type: none"> • aktive Lebenserwartung • Wahrnehmung des Alters in der Gesellschaft • Selbstwertgefühl älterer Menschen • Anzahl und Dauer sozialer Kontakte und Kontaktpersonen • Anzahl der älteren Menschen, die die eigene Lebenssituation in der Kommune mitgestalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Ebene: Kommunen, Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros, Selbsthilfekontaktstellen, Bildungsträger, Wohlfahrtsverbände, Quartiersmanagement, Seniorenberatung, Pflegedienste, Beratungsstellen für pflegende Angehörige, Selbsthilfeorganisationen, Heime, Kirchengemeinden, Verbände, Vereine, Bürgerinitiativen, Arztpraxen, Apotheken • Landesebene: Landesvereinigungen für Gesundheit, Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen, ZWAR (Zwischen Arbeit und Ruhestand) • Bundesebene: Bundesarbeitsgemeinschaften (der Seniorenorganisationen, Seniorenbüros, EFI), Agenturen für Bürgerengagement, Kranken- und Pflegekassen, Fachverbände der Gesundheitsberufe

Zielgruppen	Ziel	Teilziele	Strategien/ Maßnahmen	Indikatoren	Akteurinnen und Akteure
			<p>naler Bürgerbeteiligung vorantreiben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations- und Beratungsstrukturen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige verbessern • Stärkung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen • Transparenz und Vernetzung der Altenhilfe auf kommunaler Ebene schaffen • Entwicklung von Angeboten zur Selbstorganisation in benachteiligten Stadtteilen für ältere Menschen in prekären Lebenslagen • Entwicklung und Einsatz von Assessment-Instrumenten für die häusliche Pflege sowie von Instrumenten zur Erfassung und Verbesserung der Lebensqualität im stationären und ambulanten Umfeld • Ausbau von Befähigungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige 		

6.2 Die Mitglieder der AG 3 „Gesund altern“⁴¹

Karlheinz Adler Dr. Martin Barth	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), c/o Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR)
Ute Blessing-Kapelke Dr. Margit Bölts Olaf Christen Erwin Dehlinger Dr. Ingolf Dürr Dr. Rudolf Fitzner	Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. AOK-Bundesverband Dependance Berlin Deutsches Grünes Kreuz Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
Dr. Heiko Heißenbüttel	Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) - c/o - Sozialpsychiatrischer Dienst Kuratorium Deutsche Altershilfe
Daniel Hoffmann PD Dr. Dr. Andrea Icks Sabine Jansen Annette Kersting Dr. Johannes Klein-Heßling Elisabeth Krane Prof. Dr. Andreas Kruse Dr. rer. soc. Karl Kuhn Arnd Longrée	Bundesärztekammer, c/o Ärztekammer Nordrhein BAG SELBSTHILFE Kneipp-Bund e.V. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) e.V.
Gisela Marsen-Storz Karin Niederbühl	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) / AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Dr. Anke Niederhaus	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV)
MinR Dr. Horst Peretzki Dr. Edith Perlebach Sigrid Pettrup Dr. Uwe Prümel-Philippson	Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. BKK Bundesverband Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)
Dr. Paul Rheinberger Dr. Beate Robertz-Grossmann	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)
Michael Römer Prof. Dr. Rolf Rosenbrock	Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Dr. Christine Salzmann	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention; c/o Friedrich-Schiller-Universität Jena
Sanitätsrat Peter Sauermann Prof. Dr. Manfred Steinbach Ulla Voigt	Deutscher Hausärzteverband e.V. Deutscher Heilbäderverband e.V. Deutscher Volkshochschul-Verband e. V. c/o VHS-Gesundheitszentrum
Dr. med. Karin Wagemann bis 30.09.2007 Prof. Dr. Ulla Walter	AOK-Bundesverband Deutsche Gesellschaft für Public Health; c/o Med. Hochschule Hannover
Petra Weritz-Hanf	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Andrea Weskamm	Deutscher Pflegerat e.V. (DPR); c/o Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband (DBfK)
Dr. Sebastian Ziller	Bundeszahnärztekammer

⁴¹ Stand: Oktober 2007