Bundesministerium
für Gesundheit

Nationales Gesundheitsziel

Gesund älter werden

Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

www.bundesgesundheitsministerium.de

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

gesundheitsziele.de
Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses

Stand März 2012

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

älter werden wir von ganz alleine! Gesundheit und Lebensqualität im Alter hingegen kommen meistens nicht von selbst. Wir können aber etwas dafür tun.

Dies haben sich auch die Akteure der Kooperationsplattform *„gesundheitsziele.de“* vorgenommen, als sie das neue Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ erarbeitet haben. Mit dem nunmehr siebten Gesundheitsziel haben sich die Akteure von *gesundheitsziele.de* die großen Herausforderungen des Alters und des Älterwerdens vorgenommen. Dazu werden die Handlungsfelder „Prävention und Gesundheitsförderung“; „Gesundheitliche, medizinische und pflegerische Versorgung“ sowie „besondere Herausforderungen“ wie das Thema Demenz aufgegriffen.

Beim Gesundheitszieleprozess werden Probleme identifiziert, gemeinsame Ziele zur Problemlösung vereinbart und Maßnahmen vorgeschlagen, wie diese Ziele erreicht werden können. Das ist den Kooperationspartnern aus Bund, Ländern, Selbstverwaltung, Zivilgesellschaft und Wissenschaft auch mit dem vorliegenden Gesundheitsziel gelungen. Dies zeigt in vorbildhafter Weise, dass es in den bestehenden Strukturen, dank einer Plattform wie *„gesundheitsziele.de“* gelingen kann, zu breit konsentierten Ergebnissen und einer gemeinsamen Zielorientierung zu kommen.

Für mich ist das neue Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ein wichtiger Baustein, um auch Gesundheitsförderung und Prävention in einer älter werdenden Gesellschaft zielgerecht zu gestalten. Dies ist notwendig, denn unsere Gesellschaft steht durch den demografischen Wandel vor ganz neuen Herausforderungen.

Um diese meistern zu können, haben wir mit dem neuen Gesundheitsziel einen wichtigen Schritt getan. Wir haben uns ehrgeizige Ziele gesetzt und erfolgversprechende Maßnahmen benannt. Nur gemeinsam kann es gelingen, die Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens zu meistern und Männern und Frauen in der zweiten Lebenshälfte ein gesünderes älter werden zu ermöglichen.

Ihr

Daniel Bahr
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis ... 6

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis ... 7

1. Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* ... 8

2. Gesundheit und Alter ... 10

2.1 Leitbild „Gesundheit im Alter“ ... 12

2.2 Gesundheitliche Situation älterer Menschen in Deutschland ... 14

2.3 Bedeutung von Lebenslagen ... 16

2.4 Gesundheitsförderung und Prävention ... 18

2.5 Altersbilder ... 19

2.6 Demografische Entwicklung ... 22

2.7 Akteure und Strukturen des Gesundheitswesens ... 25

3. Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“: Handlungsfelder, Ziele, Teilziele und Maßnahmen zur Zielerreichung ... 27

Handlungsfeld I: Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten ... 30

Ziel 1: Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert ... 31

Ziel 2: Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert ... 37

Ziel 3: Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten ... 44

Ziel 4: Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen ... 50

Ziel 5: Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert ... 54

Handlungsfeld II: Gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung 60

Ziel 6: Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt 61

Ziel 7: Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen 66

Ziel 8: Die Interessen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen sind berücksichtigt 70

Handlungsfeld III: Besondere Herausforderungen 76

Ziel 9: Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen sind erhalten und gestärkt 77

Ziel 10: Die psychische Gesundheit älterer Menschen ist erhalten, gestärkt bzw. wiederhergestellt 81

Ziel 11: Demenzerkrankungen sind erkannt und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt 86

Ziel 12: Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von Multimorbidität sind gemindert 92

Ziel 13: Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt 98

4. Gesund älter werden“ in den Bundesländern – Zielprozesse und prioritäre Handlungsfelder der Länder 104

Autor(inn)enverzeichnis 111

Mitglieder der AG 10 112

Literaturverzeichnis 113

Abkürzungsverzeichnis

A

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AKdÄ	Arzneimittelkommission der Ärzteschaft
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

B

BAGA	Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung e.V.
BAGFA	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligen Agenturen e.V.
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
BAK	Bundesapothekerkammer
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BAS	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros e.V.
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

D

DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DAlzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DEVAP	Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.
DGAZ	Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V.
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
DPV	Deutscher Pflegeverband e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DTB	Deutscher Turner-Bund e.V.
DV	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen

G

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

I

ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IHK	Industrie- und Handelskammer

IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

K

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

L

LGK	Berliner Landesgesundheitskonferenz

M

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

N

NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

P

PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut

S

SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

V

vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
VHS	Volkshochschule

W

WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organisation)
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Handlungsfelder und 13 Ziele.

Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland, 2008 und 2060

Abbildung 2: Alterung in den Kreisen Deutschlands von 2005 bis 2025

1. Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Der Kooperationsverbund[1] *gesundheitsziele.de* bildet die gemeinsame Plattform zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Gemeinsam mit den relevanten Akteuren im deutschen Gesundheitswesen entwickelt *gesundheitsziele.de* seit inzwischen mehr als elf Jahren im Konsens und auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse Gesundheitsziele, empfiehlt Maßnahmen zur Zielerreichung und stößt Selbstverpflichtungen der verantwortlichen Akteure an.

Nationale Gesundheitsziele sollen bei den Akteuren im Gesundheitssystem einen Prozess des gemeinsamen Handelns zur Zielerreichung auslösen. Mit der Entwicklung von Gesundheitszielen kommt der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* einer Forderung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nach, der wiederholt die Definition von Gesundheitszielen gefordert hat, weil es in Deutschland nach wie vor an einer hinreichenden Zielorientierung in der Gesundheitspolitik fehle [SVR, 2007].

gesundheitsziele.de basiert auf einem partizipativen Ansatz und schafft so die Voraussetzung für eine breite Akzeptanz der Arbeitsergebnisse. Die Kooperation von Bund, Ländern, Kostenträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Wirtschaft gewährleistet die Integration verschiedener Perspektiven in die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. Mit der am 14. Dezember 2010 verabschiedeten gemeinsamen Erklärung bestätigten erneut alle Kooperationsträger und -partner von *gesundheitsziele.de*, sich gemeinsam für zielführende Maßnahmen einzusetzen. Damit dokumentiert sich der Wille aller beteiligten Akteure zu einer gemeinsamen Zielorientierung. Nationale Gesundheitsziele können somit die Klammer für weitere Zielinitiativen auf Bundes- und Länderebene bis hin zu kleinräumigen, kommunalen Ansätzen bilden. Dabei soll insbesondere an Bestehendes angeknüpft und es sollen Lücken identifiziert werden.

Ferner knüpft der nationale Gesundheitszieleprozess auch an bereits bestehende Zieleprozesse/prioritäre Handlungsfelder der Länder an (siehe Kapitel 4). Umgekehrt ist der nationale Gesundheitszieleprozess aber auch von großer Bedeutung für die Länder und Kommunen. Sie können ihrerseits Anregungen aus dem nationalen Gesundheitszieleprozess aufgreifen und in ihre Zieleprozesse einführen. So begrüßten die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Länder bereits im Jahr 2008, dass das Thema „Gesund älter werden“ auf Bundesebene als ein neues nationales Gesundheitsziel entwickelt und umgesetzt werden soll (Beschluss der 81. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 03.07.2008).

Das Ziel, „Gesund älter werden“, stellt das siebte bisher vom Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* erarbeitete und der Politik und Fachöffentlichkeit vorgelegte Gesundheitsziel dar[2]. Es wurde von einer Arbeitsgruppe des Kooperationsverbundes erarbeitet, in der Vertreterinnen und Vertretern aus dem Kreis der Trägerschaft und der Partnerinnen und Partner des Kooperationsverbundes mitgearbeitet haben (Mitgliederliste der Arbeitsgruppe siehe Anhang).

[1] Mehr als 100 Kooperationspartner engagieren sich im nationalen Gesundheitszieleprozess.

[2] Die sechs anderen bisher definierten Gesundheitsziele sind: Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln, Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen, Tabakkonsum reduzieren, Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln.

2. Gesundheit und Alter

„Älter werden“ ist ein lebenslanger Prozess. Der Gesundheitszustand im Alter ist auch das Ergebnis der Biografie eines Menschen. Somit stellt „Gesund älter werden“ eine lebenslange Aufgabe dar, die bereits in jüngeren Jahren bedeutsam ist. Obwohl sich die nachfolgend vorgeschlagenen Maßnahmen (siehe Kapitel 3) auf ältere Erwachsene beziehen, ist es jedoch ein Anliegen des gesamten Gesundheitszieleprozesses, dass alle Altersgruppen erreicht werden (z. B. Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“), damit die jüngeren Altersgruppen ein solides Fundament für die erfolgreiche Entwicklung und insbesondere optimale Gesundheit im höheren Alter errichten können [Ziegelmann, Scholz & Martin, 2011]. In der Förderung erfolgreichen Alterns gilt es demnach insgesamt, einen alleinigen Fokus auf die älteren Altersgruppen zu vermeiden, da gerade in den frühen Jahren des Lebens das Fundament für die nachfolgende Entwicklung gelegt wird [Baltes & Smith, 2003]. Gleichwohl ist, um das vorgelegte Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ operationalisieren zu können, eine Eingrenzung auf ältere Menschen (Altersgruppe ab ca. 65 Jahre) erfolgt. Zwar sagt der Volksmund: „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“, die Wirklichkeit sieht aber anders aus. Denn auch ältere Menschen und ihr Organismus besitzen die Fähigkeit zu Anpassung, Veränderung und Wachstum. Deshalb wirken sich auch im hohen Lebensalter Gesundheitsförderung, eine Umstellung auf eine gesunde Lebensweise oder die Verminderung von Risiken positiv auf die Gesundheit aus [Kruse, 2002]. Ältere Menschen müssen unter Umständen anders angesprochen werden als jüngere. Dies gilt insbesondere für Menschen, die sich bisher eher nicht gesundheitsbewusst verhalten haben.

Hintergrund für die Entwicklung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ sind demografische, epidemiologische und soziale Veränderungen sowie gewandelte Einstellungen und Erwartungen, die neue Anforderungen sowohl an die Versorgungsstrukturen als auch an die Gesellschaft (und den Einzelnen) stellen. Der Entwicklung des Ziels „Gesund älter werden“ liegen daher folgende grundsätzliche Erwägungen zugrunde:

Leitbild Gesundheit im Alter
„Gesundheit im Alter“ kann insbesondere angesichts der Krankheitslast im hohen Alter nicht das Fehlen von Erkrankungen und körperlichen Einbußen bedeuten (siehe Kapitel 2.1).

Gesundheitliche Situation im Alter
Besondere Beachtung verdienen die im Alter häufig anzutreffende Chronizität und Multimorbidität, die zusätzliche Anforderungen an die Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen stellen, auf die diese vorbereitet sein müssen. Für chronisch Kranke stellt sich die Frage der Lebensqualität ganz anders als für akut Erkrankte (siehe Kapitel 2.2).

Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit/ Bedeutung von Lebenslagen
Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheitschancen ist belegt. Um die Gesundheitschancen vulnerabler Gruppen zu verbessern, bedarf es besonderer Zugangswege und Maßnahmen (siehe Kapitel 2.3). Überlegungen zum Thema Altersarmut und zur Verringerung der gesundheitlichen Folgen einer solchen Lebenslage sind jedoch nicht Gegenstand des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“.

Gesundheitsförderung und Prävention
Ein Teil des Krankheitsgeschehens im Alter und ein Teil des Alterungsprozesses sind beeinflussbar. Viele dieser Krankheiten können durch Gesundheitsförderung und Prävention vermieden, ihr Eintritt hinausgeschoben oder ihre Folgen verringert werden. Maßnahmen sollten sich sowohl auf die gesamte Altersgruppe als auch auf spezifische Risikogruppen beziehen und in die gesamte Versorgung integriert werden (siehe Kapitel 2.4).

Altersbilder
Undifferenzierte und einseitige Altersbilder werden der Vielfalt und Verschiedenheit der Lebenssituationen älterer Menschen sowie der lebenslangen Gestaltbarkeit von Entwicklungsprozessen nicht gerecht. Notwendig ist hier

eine Verankerung von realistischeren und differenzierteren Altersbildern in der Bevölkerung und insbesondere bei den Professionellen, aber auch bei den älteren Menschen selbst, sodass Alter nicht mit Krankheit gleichgesetzt wird und das positive Veränderungspotenzial im Alter erkannt und genutzt werden kann. Besondere Bedeutung hat dies unter anderem für die Verbesserung der Situation bei Demenzerkrankung und bei psychischen Erkrankungen [BMFSFJ, 2011] (siehe Kapitel 2.5).

Demografische Entwicklung
Eine wichtige Konsequenz der demografischen Entwicklung für die Gesundheitsversorgung liegt in der Alterung der Bevölkerung mit dem relativen und absoluten Anstieg der Zahl älterer Menschen und insbesondere dem Anstieg der Zahl hochaltriger Menschen. Dieser Anstieg hat erhebliche Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen, sowohl was die Häufigkeit als auch das Spektrum der Krankheiten anbelangt (siehe Kapitel 2.6).

Akteure und Strukturen des Gesundheitswesens
Angesichts des demografischen Wandels und der Veränderung des Krankheitsspektrums stehen die Akteure und die Professionen des Gesundheitswesens vor der Aufgabe, die sektorale Aufgliederung des Gesundheitssystems zu überwinden, Umstrukturierungen vorzunehmen sowie die Verbindung präventiver, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und beratender Dienstleistungen zu ermöglichen. Als primärpräventive Strategien, insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen, eignen sich auch kontextbezogene Ansätze, die verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verbinden (so genannte Setting-Ansätze) (siehe Kapitel 2.7).

Selbstbestimmung, Patientensouveränität
Da Menschen im Alter sehr unterschiedliche Vorstellungen davon haben können, wie sie alt werden und wie sie im Alter leben wollen, setzen die vorgeschlagenen Maßnahmen das Recht auf Selbstbestimmung voraus. So hat sich z. B. die Optimierung der Lebensqualität in der Versorgung chronisch kranker Menschen an den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen Person zu orientieren. Dies gilt insbesondere auch bei Menschen mit Demenz. Bei allen sinnvollen Bestrebungen zu mehr Selbstbestimmung und Beteiligung ist zu berücksichtigen, dass der Aspekt der Fürsorge nicht außer Acht gelassen wird. Es versteht sich von selbst, dass Selbstbestimmung, Informiertheit und – wo notwendig – auch Stärkung der Eigenkompetenz (z. B. um mit einer Krankheit eigenverantwortlich umgehen zu können) voraussetzt.

2.1 Leitbild „Gesundheit im Alter“

Lange leben und gesund alt werden – das ist heute nicht mehr nur ein Wunsch, sondern vielfach schon Realität. Daneben ist es aber auch eine Tatsache, dass mit steigendem Alter gesundheitliche Beeinträchtigungen zunehmen. Das Leben im Alter „wird in unserer Gesellschaft von einer breiten Spanne unterschiedlicher Lebenslagen bestimmt, die zwischen der ‚späten Freiheit’, Vitalität und Kompetenz auf der einen und Abhängigkeit, Gebrechlichkeit und Isolation auf der anderen Seite oszilliert“ [Backes & Clemens, 2008]. Das zeigt: Das Altern ist interindividuell sehr verschieden und „das Alter“ als solches gibt es nicht. Es bildet keine einheitliche Kategorie von Menschen – und das chronologische Lebensalter sagt über den Gesundheitsstatus noch nicht viel aus.

Wie lässt sich vor diesem Hintergrund „Gesundheit“ definieren?
Zunächst einmal heißt das: So, wie es nicht das Alter gibt, so gibt es auch nicht die eine „Gesundheit im Alter“. Und die Definition kann auch keine sein, die unter „Gesundheit“ das Freisein von jeglichen Einbußen versteht. Ein solches Verständnis mag für aktive Mittsechziger zutreffen, passt aber nicht mehr für mehrfach chronisch Erkrankte oder Hochbetagte, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und nur noch über wenige soziale Kontakte verfügen. Aber auch hier gilt: Erkrankungen können im hohen oder sehr hohen Alter gelindert werden. Und nicht jede Krankheit oder körperliche Einbuße führt notwendigerweise zu Beeinträchtigungen in der selbstständigen

Lebensführung. Zudem können auch Funktionseinbußen wie zum Beispiel Einschränkungen des Sehvermögens oder eine Störung des Gleichgewichts zumindest teilweise kompensiert werden – und dadurch lassen sich in jedem Fall mehr Wohlbefinden, mehr Teilhabe, mehr Lebensqualität erreichen – und dies macht zweifellos auch „Gesundheit" aus.

Vor diesem Hintergrund definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gesundes Alter(n) 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. Dieses Konzept stellt 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. Es umfasst neben der Versorgung der älteren Menschen mit lebenswichtigen Grundgütern (also z. B. gesundes Nahrungsangebot, sauberes Trinkwasser, Unterkunft/Wohnung) die Vermeidung von Funktionseinbußen (z. B. Einschränkungen der Bewegung und des Hörens und Sehens), das Wohlbefinden, körperliche Fitness, kognitive Leistungsfähigkeit, soziale Aktivität, Mobilität, Selbstständigkeit, Selbstverantwortlichkeit sowie soziale Partizipation. Die Merkmale „Ganzheitlichkeit", „Mehrdimensionalität", „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum" (positive Ausrichtung) und „Prozesscharakter" bestimmen die Auffassung von Gesundheit. Da das Konzept der Gesundheitsförderung auf dem salutogenetischen Paradigma basiert und damit die strikte Trennung und Unterscheidung von „gesund" und „krank" vermeidet, schließt es auch die Personen ein, bei denen bereits eine Erkrankung eingetreten ist und/oder deren individuelle Funktionen eingeschränkt sind. Auch hier geht es darum, Potenziale zu nutzen, zu erhalten und zu stärken. Es geht um ein Mehr an Gesundheit – und sei es an relativer, bedingter Gesundheit – sowie um eine Verzögerung bzw. Verlangsamung von Abbauerscheinungen.

Es lässt sich also festhalten: Wenn man von „Gesundheit im Alter" spricht, kann das Fehlen von Erkrankungen und körperlichen Einbußen nur einen Aspekt darstellen. Bedeutsam sind zudem 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 Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in der Lebensführung.

Eine moderne Gesundheitsauffassung, die die Verhältnisse in altersgewandelten Gesellschaften widerspiegeln soll, muss also psychosoziale Komponenten, wie Fähigkeiten zur Konfliktlösung, Zutrauen in die eigene Person sowie Streben nach einem erfüllten Leben einbeziehen.

Es gibt gute Gründe, vom gesunden Alter(n) zu sprechen, wenn man unter Gesundheit mehr und anderes als nur die Abwesenheit von Krankheit versteht und den Zugewinn an Lebensqualität realisiert, der durch Prävention und Gesundheitsförderung und gute gesundheitliche Versorgung möglich ist.

Um aber diese allgemeinen Erfordernisse im Hinblick auf die ältere und alte Bevölkerung umsetzen zu können, muss man berücksichtigen, wie ernorm vielfältig das „Alter" ist. Ansatzpunkte und Zugangswege für mehr Prävention und Gesundheitsförderung müssen deshalb immer auf die jeweiligen Zielgruppen bezogen und damit differenziert angewendet werden. Es geht also um jeweils angemessene Lebensqualität, um jeweils angemessene soziale Integration und um eine dem jeweiligen Zustand der Person angemessene Partizipation. Zudem gewinnt der Blick auf die Verhältnisse eine besondere Bedeutung: Weil die Zunahme der Lebenserwartung in mittleren und höheren Altersstufen von besseren Überlebensbedingungen geprägt ist, zu denen auch die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen beigetragen hat, bestehen damit einhergehend große soziale Unterschiede der Mortalität und Morbidität. Potenziale für die Gesundheitsförderung und Prävention liegen deshalb insbesondere auch in der stärkeren Berücksichtigung sozial benachteiligter älterer Menschen. Es ist daher besonders wichtig, die älteren Menschen in den Blick zu nehmen, die in sozial schwierigen und belastenden Verhältnissen leben.

2.2 Gesundheitliche Situation älterer Menschen in Deutschland

Fragt man ältere Menschen danach, wie sie selbst ihre derzeitige Gesundheit einschätzen, antwortet rund die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen im Deutschen Alterssurvey 2008, ihre Gesundheit sei gut (42 %) oder sehr gut (7 %). In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen beurteilt immerhin noch rund ein Drittel der Personen die eigene Gesundheit als gut (33 %) oder sogar sehr gut (3 %) [Wurm, Schöllgen, Tesch-Römer, 2010]. Für die Einschätzung der eigenen Gesundheit werden neben der objektiven gesundheitlichen Lage offenbar weitere Gesundheitsinformationen herangezogen, unter anderem der Vergleich mit Gleichaltrigen. In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass diese persönliche Einschätzung Mortalität bzw. Langlebigkeit besser vorhersagen kann als der objektive Gesundheitszustand [Benyamini, Idler, 1999; DeSalvo et al., 2006; Idler, Benyamini, 1997].

Epidemiologische Daten und amtliche Statistiken zeigen übereinstimmend, dass sich der subjektive und objektive Gesundheitszustand mit steigendem Alter offenbar deutlich voneinander unterscheiden. Während die ersten Jahre nach dem Eintritt in den Ruhestand noch überwiegend in recht guter Gesundheit verbracht werden, steigt die Prävalenz von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen im höheren und höchsten Alter deutlich an [Wurm, Wiest, Tesch-Römer, 2010]. Neben der größeren Häufigkeit von Krankheiten bilden die veränderte, oft unspezifische Symptomatik, der längere Krankheitsverlauf und die verzögerte Genesung wichtige Merkmale von Erkrankungen im Alter; die Krankheiten sind häufig chronisch und progredient [Steinhagen-Thiessen et al.,1994; Kruse 2002; BMFSFJ, 2005]. Die altersabhängige Zunahme führt auch zu einem Anstieg des Anteils älterer Menschen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden. Unabhängig von bestimmten medizinischen Diagnosen spielen Störungen der Körperfunktionen eine große Rolle für ältere Menschen, mit steigendem Lebensalter nehmen sie deutlich zu.

Nicht vergessen werden sollte, dass die Chance auf ein gesundes und langes Leben auch im Alter nach Merkmalen wie Einkommen, Bildung oder Berufsstatus ungleich verteilt ist. [Lampert, 2009]. Neben unterschiedlichen materiellen Lebensbedingungen und psychosozialen Belastungen dürften vor allem Unterschiede im Gesundheitsverhalten für die beobachtete gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich sein (siehe Kapitel 2.3).

Krankheitsspektrum

Die Auswertung vorliegender Datenquellen zur Krankheitslast älterer Frauen und Männer zeigt übereinstimmend, dass das somatische Krankheitsspektrum im Alter insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert wird (z. B Berliner Altersstudie, Deutscher Alterssurvey, Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts). Dies zeigt sich auch, wenn man die Analysen zum Krankheitsspektrum älterer und alter Menschen auf die Erkrankungsfälle fokussiert, die eine Krankenhauseinweisung nach sich ziehen. Insgesamt 7,8 Millionen Krankenhausfälle bei 65-Jährigen und Älteren wurden im Jahr 2009 registriert [Statistisches Bundesamt, 2011]. Knapp ein Viertel davon war durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingt. Zu dieser Gruppe gehören unter anderem die ischämischen Herzkrankheiten, die die größte Bedeutung aufweisen, und zerebrovaskuläre Krankheiten. Herzinsuffizienz, Hirninfarkt und Angina pectoris stellten im Jahr 2009 die häufigsten Einzeldiagnosen bei Krankenhausaufenthalten älterer Menschen dar. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems dominieren auch das Todesursachenspektrum in Deutschland. In der Altersgruppe ab 80 Jahren entfällt gut die Hälfte aller Sterbefälle auf diese Krankheiten (Jahr 2010) [Statistisches Bundesamt, 2011a].

Daten der Krankenhausdiagnosestatistik belegen den altersassoziierten Zuwachs muskuloskelettaler Erkrankungen in der stationären Versorgung [Statistisches Bundesamt, 2011b]. Unter diesen Erkrankungen zählen chronisch-degenerative Gelenkerkrankungen (insbesondere Hüft- und Kniegelenksarthrosen) zu den häufigsten Krankenhausdiagnosen. Außerdem sind primär entzündliche Gelenkerkrankungen des rheumatischen Formenkreises, speziell die rheumatoide Arthritis, von Bedeutung sowie der verstärkte Abbau von Knochenmasse (Osteoporose). Verletzungen, die ganz überwiegend den Bewegungsap-

parat betreffen, spielen ebenfalls eine große Rolle (insbesondere Frakturen). Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der wegen Verletzungen Behandelten stark an, bis auf ca. 11.000 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen bei 85-jährigen und älteren Frauen [Statistisches Bundesamt, 2011b]. Die Oberschenkelhalsfraktur, eine folgenreiche und relativ häufige Verletzung bei alten Menschen, war im Jahr 2009 Ursache für mehr als 130.000 Krankenhausfälle bei den 65-Jährigen und Älteren, das heißt für 18 % aller verletzungsbedingten Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe [Statistisches Bundesamt, 2011b].

Aus den aktuellen Daten der Krankenhausdiagnosestatistik geht weiterhin hervor, dass für etwa 11 % der stationären Aufenthalte älterer Menschen im Jahr 2009 Krebserkrankungen verantwortlich sind [Statistisches Bundesamt, 2011b]. Nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten erkrankten 150.267 Männer und 118.195 Frauen ab 65 Jahren im Jahr 2006 neu an Krebs. Damit entfallen auf diese Altersgruppe bei den Frauen ca. 60 % und bei den Männern sogar ca. 66 % der Neudiagnosen [eigene Berechnungen nach Robert Koch-Institut, 2011]. Hinsichtlich der einzelnen Krebslokalisationen sind für ältere Männer insbesondere Krebserkrankungen der Prostata und der Lunge von Bedeutung, für Frauen Brustkrebserkrankungen und für beide Geschlechter bösartige Neubildungen des Darmes [eigene Berechnungen nach Robert Koch-Institut, 2011].

Während zahlreiche körperliche Erkrankungen mit dem Alter häufiger auftreten, deuten mehrere Studien darauf hin, dass der Anteil psychisch Kranker unter älteren Menschen ähnlich hoch ist wie im mittleren Lebensalter. Etwa ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren leidet demnach unter einer psychischen Störung irgendeiner Art [Weyerer & Bickel, 2007]. Demenzen und Depressionen bilden die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Bei etwa 8 % bis 10 % aller älteren Menschen in Deutschland besteht eine Depression, bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern liegen die Prävalenzen wahrscheinlich deutlich höher [Übersicht bei Robert-Koch-Institut, 2010]. Bei Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungsformen wird die Diagnose Depression unter Umständen allerdings nicht gestellt, da einige Kriterien der Diagnosestellung (Müdigkeit, Energieverlust, Konzentrationsmangel, Gedanken an den Tod) bei Älteren oftmals als „normal“ und nicht als klinische Symptomatik erachtet werden [Stoppe, 2006; Robert Koch-Institut, 2010].

Demenzielle Erkrankungen sind durch fortschreitenden Gedächtnisverlust und den Abbau kognitiver Fähigkeiten gekennzeichnet. Auch hier ist es häufig nicht einfach, altersübliche Veränderungen der kognitiven Leistungen von frühen Demenzstadien zu unterscheiden [Robert Koch-Institut, 2005]. Die Häufigkeit von Demenzen nimmt mit dem Alter deutlich zu: Sie liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1,5 %, verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf über 30 % an [Robert Koch-Institut, 2005].

Bevölkerungsrepräsentative Studien zur Verbreitung der verschiedenen Formen psychischer Störungen bei älteren Menschen in Deutschland liegen bislang nicht vor.

Es gibt eine Reihe weiterer Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die bei älteren Menschen häufig auftreten. Hingewiesen sei noch auf Erkrankungen der Mundhöhle. Bei Älteren ergeben sich hier spezifische Problemlagen, auch im Hinblick auf Wechselwirkungen zwischen der Mundgesundheit und chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus. Das Thema der Mundgesundheit Älterer hat allerdings im Gesundheitswesen in mancherlei Hinsicht noch nicht die Beachtung gefunden, die ihm zusteht.

Funktionseinschränkungen

Neben dem Vorliegen von (meist mehreren) Erkrankungsdiagnosen sind viele ältere Menschen von Schmerzen und Störungen der Körperfunktionen betroffen. Zu Letzteren zählen zum Beispiel Bewegungseinschränkungen, Schlafstörungen, Harninkontinenz sowie nachlassende Leistungen von Sinnesorganen, Gedächtnis, Muskelkraft und nachlassendes Koordinationsvermögen. Funktionsbeeinträchtigungen sind jedoch nicht nur „Alterserscheinungen“, sondern oftmals Folgen von Krankheiten, Verletzungen und (verhaltensbedingten) Risikofaktoren, die sich im höheren Lebensalter manifestieren. Gemäß dem Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit,

Behinderung und Gesundheit [WHO, 2005] können Schädigungen von Körperfunktionen zur Behinderung von Alltagsaktivitäten führen und wahrgenommene Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe nach sich ziehen.

Im Deutschen Alterssurvey gab 2008 etwa jede vierte Person (29 %) zwischen 75 und 84 Jahren an, aufgrund von Sehproblemen selbst mit Brille Schwierigkeiten beim Lesen einer Zeitung zu haben [Motel-Klingebiel et al., 2010; eigene Berechnungen]. Rund jeder vierte Mann (23 %) zwischen 75 und 84 Jahren berichtet über Schwierigkeiten mit dem Hören beim Telefonieren, auch dann, wenn gegebenenfalls ein Hörgerät benutzt wird. Jede vierte bis fünfte Person dieses Alters, die im eigenen Haushalt lebt, ist stark eingeschränkt beim Steigen mehrerer Treppenabsätze (22 %) sowie beim Zurücklegen einer Strecke von einem Kilometer (23 %) bzw. von mehreren Straßenkreuzungen (20 %) und damit bei Bewegungsformen, die für alltägliche Besorgungen wichtig sind. Umgekehrt bedeutet dies zugleich, dass rund drei Viertel der Personen, die im Alter von 75 bis 84 Jahren in Privathaushalten leben, hinsichtlich dieser Bewegungsformen nur leicht oder nicht eingeschränkt sind. Stark tabuisiert ist das Problem Harninkontinenz. Sie kann zu Stürzen (Dranginkontinenz), seelischen Beeinträchtigungen und Depressionen führen. Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2005 gab jede dritte Frau im höheren Lebensalter (ab 80 Jahren) an, von Harninkontinenz betroffen zu sein, Männer nur geringfügig seltener [Robert Koch-Institut, 2007].

Während in jüngeren Lebensjahren eher vereinzelt auftretende Funktionsbeeinträchtigungen zumeist gut kompensiert werden können, führt besonders die Kumulation von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen im Alter dazu, dass instrumentelle Verrichtungen des täglichen Lebens (z. B. Einkaufen, Bankgeschäfte erledigen, Wohnung aufräumen) schwerer fallen oder unmöglich werden [Saß, Wurm, Scheidt-Nave, 2010]. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil derjenigen, die Hilfe- oder Pflegebedarf aufweisen, deutlich zu, wobei Frauen einen höheren Hilfe- und Pflegebedarf haben als Männer, was vor allem auf die höhere Langlebigkeit von Frauen zurückgeführt wird. Nach aktuellen Daten der Pflegestatistik sind nur etwa 3 % der 65- bis 70-Jährigen pflegedürftig. Die Pflegequote steigt mit dem Alter rapide: 37 % der 90-jährigen und älteren Männer haben einen Pflegebedarf und sogar 67 % der gleichaltrigen Frauen [Statistisches Bundesamt, 2011c].

2.3 Bedeutung von Lebenslagen

Ungleiche Gesundheitschancen – auch im Alter
Sozioökonomische Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit sowie die Zusammenhänge zwischen ihnen sind wichtige Themen im Zusammenhang mit Prävention, auch im Alter. Soziale Benachteiligungen Älterer ergeben sich aus Lebenslagen, in denen mehrere belastende Faktoren, wie geringes Einkommen, geringe Bildung, allein leben, soziale Isolation, spezifische Gender-Aspekte und unterschiedliche Migrationshintergründe, zusammentreffen.

Signifikante Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit sind bis ins hohe Alter sowohl im Zusammenhang mit aktuellen Lebensbedingungen im Alter als auch mit den akkumulierten, sozioökonomisch bedingten Belastungen im Verlauf eines Lebens (*life course approach*, Ben-Shlomo, 2007) belegt [Breeze, 2007; Nicholson et al., 2005]. In den USA, Großbritannien, Skandinavien und Deutschland wurden Zusammenhänge von Morbiditätsaspekten (wie Häufigkeit von Hüftfrakturen, subjektive Gesundheit, Anzahl chronischer Krankheiten, Funktionsverlust und Mortalität) mit sozioökonomischen Indikatoren (wie durchschnittlichem Einkommen im Wohnbezirk, Einkommen, Bildungsstatus, besonders aber auch Vermögen und Hausbesitz als Indikatoren für die sozioökonomische Lage im Lebenslauf) gezeigt [Avlund et al., 2004; Bacon & Wilbur, 2000; Berkman & Gurland, 1998].

Aus Daten des Sozioökonomischen Panels wurden von Lampert et al. (2007) in den letzten Jahren für Deutschland die Zusammenhänge zwischen Einkommensverhältnissen und Gesundheitsergebnissen eindrucksvoll belegt: Männer mit 0 – 60 % des durchschnittlichen Einkommens haben gegenüber der höchsten Einkommens-

gruppe mit über 150 % des durchschnittlichen Einkommens eine um 10,8 Jahre reduzierte Lebenserwartung. Hinsichtlich der gesunden Lebenserwartung, also der Jahre, die ohne größere Einschränkungen erlebt werden, ist der Unterschied nochmals deutlich größer (14,3 Jahre). Auch bei Frauen bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen, allerdings geringer als bei den Männern [Lampert et al., 2007]. 9,2 Jahre beträgt die reduzierte gesunde Lebenserwartung der niedrigsten Einkommensgruppe im Vergleich zur höchsten bei den Frauen.

Die Lebenslage beeinflusst nicht nur die Morbidität, sondern auch ihre Auswirkungen: In der finnischen Evergreen-Studie wurden bei sozioökonomisch (Einkommen, Ausbildung) benachteiligten 75-Jährigen selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevanten Verhalten (Rauchen, Bewegung) stärkere Einschränkungen ihrer funktionellen Kapazität gefunden als bei den sozioökonomisch Bessergestellten [Rautio et al., 2005; Rautio et al., 2001]. Borchert und Rothgang belegen für deutsche ältere Männer einen deutlichen Einfluss der beruflichen Position auf den Zeitpunkt des Eintritts von Pflegebedürftigkeit [Borchert & Rothgang, 2008].

Die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede werden im Alter etwas geringer, verschwinden aber erst in sehr hohem Alter. Im Alter scheinen etwas andere Indikatoren der aktuellen sozioökonomischen Situation (etwa Vermögen und Hausbesitz statt Bildung und Einkommen) die gesundheitlichen Unterschiede besser zu erklären bzw. abzubilden [Avlund et al., 2003]. Eine Kombination von über den Lebenslauf akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen scheint für die gesundheitlichen Unterschiede im Alter verantwortlich zu sein.

Wir wissen, dass die heutigen Älteren im Durchschnitt gesünder sind als die Älteren früherer Kohorten. Tatsächlich sprechen etliche Befunde dafür, dass sich – bei gleichbleibender oder verlängerter allgemeiner Lebenserwartung – die in Krankheit oder Behinderung verbrachte Lebenszeit verkürzt. Von diesen Gesundheitsgewinnen (der so genannten ‚compression of morbidity') profitieren untere Schichten aber kontinuierlich und deutlich weniger [Kroll et al., 2008].

Die Vorstellung, gesundheitliche Ungleichheit lasse sich im Wesentlichen auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückführen, ist häufig diskutiert und zurückgewiesen worden [Berkman & Gurland, 1998]. Selbstredend hat das Gesundheitsverhalten einen Einfluss auf Gesundheit. Allerdings lässt sich gesundheitliches Verhalten aber auch als Ausdruck der sozioökonomischen Lage interpretieren [Abel et al., 2009]. Und: Auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten besteht ein hoher statistischer Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und gesundheitlichen Ergebnissen [Richter & Mielck, 2000].

Ebenso hat sich erwiesen, dass die These der umgekehrten Kausalität (Gesundheit beeinflusst sozioökonomische Lage) nur einen geringeren Teil gesundheitlicher Ungleichheit erklärt [Mackenbach et al., 2002], allerdings nur so lange, wie der Wohlfahrtsstaat die Auswirkungen von Krankheit umfassend kompensiert. Mit erhöhter Eigenbeteiligung an Krankheitskosten steigt damit das krankheitsbedingte Armutsrisiko [Bartmann, 2008].

Bildung und gesellschaftliche Partizipation im Alter

Nationale und internationale Befunde belegen, dass Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus beeinflusst werden. Bukov (2000) hat im Zusammenhang mit der Berliner Altersstudie (BASE) eine Hierarchie sozialer Beteiligungsformen Älterer entwickelt, die zwischen ‚kollektiven Aktivitäten' (Freizeitbeschäftigungen), ‚produktiven Aktivitäten' (Tätigkeiten, durch die Leistungen für andere, in der Familie oder in der Öffentlichkeit erbracht werden), und ‚politischen Aktivitäten' (mit denen Einfluss auf soziale Sachverhalte genommen werden) unterscheidet. Dabei sind für zunehmend komplexere Aktivitäten größere Kompetenzen erforderlich – gleichzeitig tragen komplexere Aktivitäten auch stärker zu Lebensqualität, Selbstbewusstsein und plausibel auch zur besseren Gesundheit bei [Bukov et al., 2002]. Diese Befunde zeigten einen deutlichen Gradienten zwischen der Bildung und dem

beruflichen Status einerseits und der gesellschaftlichen Partizipation im (jungen) Alter andererseits, [Kohli et al., 2000; TNS Infratest Sozialforschung, 2005]. Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsindikatoren wichtiger, die aber ihrerseits einen sozioökonomischen Gradienten aufweisen. Die Befunde wurden auch international bestätigt: Hank et al. (2006) fanden bei der Erfassung ehrenamtlichen Engagements in zehn europäischen Ländern – bei relevanten Unterschieden der Beteiligungsniveaus zwischen den Ländern – eine deutliche und länderübergreifende Abhängigkeit vom Bildungsniveau. Aus der Public-Health-Perspektive sind – auf Grund des Zusammenhangs von gesellschaftlicher Teilhabe einerseits und Gesundheit und Lebensqualität andererseits (auch und gerade im Alter) – die Zugangsbarrieren für ein gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Gruppen in den Blick zu nehmen.

2.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Präventionsansätze

Altersphysiologische Veränderungen erhöhen das Risiko von Erkrankungen. Trotzdem sind Alterungsprozesse und deren Folgen nichts Unveränderbares [Wurm, Tesch-Römer, 2009]. Im höheren Lebensalter dient Prävention der weitmöglichen Vermeidung von Krankheitslast (und damit der Erhöhung der gesunden Lebenserwartung), der Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und der Verkürzung gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine möglichst kurze Zeit vor dem Lebensende [Wurm, Tesch-Römer, 2009] (siehe Handlungsfeld I in Kapitel 3.1). Die häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität im Alter sind durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbar, zum Beispiel hinsichtlich lebensstilbedingter Risikofaktoren. Vielfältige präventive Maßnahmen werden angeboten. Sie gelten auch (zum Teil auch ausschließlich) für ältere Menschen. Zu nennen sind hierzu beispielsweise der „Gesundheits-Check-Up“ (ab 35 Jahren), Impfungen zum Schutz vor Pneumokokken und Influenza, jeweils ab dem 60. Lebensjahr, Krebsfrüherkennung (z. B. Mammographie-Screening ab 50 Jahren und Koloskopie ab 55 Jahren). Daneben ist die Medizinische Rehabilitation ein wichtiges Instrument der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen zur positiven Beeinflussung von Krankheitsfolgen im Leben und in der Gesellschaft, vor allem bei Erkrankungen des kardiovaskulären, orthopädischen und onkologischen Gebietes.

Das hausärztlich-geriatrische Basisassessment, seit 2005 als abrechenbare Leistung im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verankert, ermöglicht eine strukturierte Erfassung von Funktions-, Fähigkeits- und Hirnleistungsstörungen sowie die Beurteilung der Sturzgefahr als Grundlage für Behandlung, Beratung und Unterstützung [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011]. Allerdings sind die durchzuführenden Leistungen nicht spezifiziert, zum Beispiel hinsichtlich Ziel und Zielgruppen, Zeitpunkt der Durchführung und Überprüfung [Walter, 2008]. Hausärztinnen und Hausärzten kommt bei der Information über Präventionsmöglichkeiten für ein gesundes Altern und der Aufklärung älterer Menschen über eine Inanspruchnahme eine besondere Rolle zu. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, die gesundheitlichen Ressourcen älterer Menschen zu erkennen und zu stützen. Diese Ressourcen können – auch in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen – sehr unterschiedlich eingeschränkt bzw. erhalten sein. Körperliche Aktivität stellt bis ins hohe Alter eine vielversprechende Ressource dar, und zwar auch für Personen, die bereits gesundheitlich eingeschränkt sind. Körperliche Aktivität wirkt sich vielfältig positiv sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit aus [Walter, 2008]. Weitere Ressourcen für Ältere, die zur Förderung einer gesunden Lebensweise sowie zu Autonomie und Lebensqualität beitragen können, sind soziale Unterstützung und die Stärkung von Selbstwirksamkeit.

Gesundheitsförderung und Prävention zielen sowohl auf eine Optimierung der subjektiven als auch der objektiven Gesundheit ab. Neben der objektiven Gesundheit ist ebenso der subjektiven Gesundheit ein gleichberechtigter Stellenwert im Rahmen der Gesundheitsförderung zu gewähren, nicht zuletzt deshalb, weil die subjektive Gesundheit einen besseren Prädiktor für Mortalität darstellt als objektive Gesundheitsmaße [Benyamini & Idler, 1999].

Prävention für benachteiligte Ältere
Als primärpräventive Strategien für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen eignen sich kontextbezogene Ansätze, die verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verbinden (so genannte Setting-Ansätze), weil ihre Lebenswelten in der Regel starke Gesundheitsbelastungen aufweisen und gesundheitsförderliches Verhalten erschweren (siehe auch Kapitel 2.3) [SVR, 2006]. Durch ermöglichende, initiierende und begleitende Interventionen von außen sollen Prozesse angestoßen werden, mit denen die Beteiligten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner des Settings dieses nach ihren Bedürfnissen mitgestalten [Rosenbrock & Gerlinger, 2006). Aktivierende und partizipative Lern- und Innovationsprozesse sollen sowohl die Ressourcen der Einzelnen als auch des sozialen Kontexts weiterentwickeln (Empowerment).

Die Lebenswelt der älteren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, aber noch selbstständig leben, ist im Wesentlichen ihre Wohnumgebung. Das gilt insbesondere für schlechter gestellte ältere Menschen, deren Mobilität (Reisen, überregionale Kontakte) auch finanziell bedingt tendenziell geringer ausfällt als die, besser gestellter älterer Menschen. Zudem wird die Mobilität und damit das erreichbare Umfeld durch entstehende Behinderungen weiter eingeschränkt – und auch das gilt für benachteiligte Ältere eben in besonderem Maße –, das zu Fuß erreichbare Wohnviertel wird dadurch zunehmend zentral. Für die Zielgruppe der benachteiligten älteren Menschen liegen deshalb der Stadtteil, die Kleinstadt, das Dorf als Ansatzpunkt für primärpräventive Strategien auf der Hand. In diesem Zusammenhang ist auch auf Studien zu unabhängigen negativen Wirkungen der Eigenschaften benachteiligter Quartiere oder Nachbarschaften auf den Funktionserhalt älterer Bewohnerinnen und Bewohner [Balfour & Kaplan, 2002; Robert, 1998] zu verweisen. Sozial benachteiligte Ältere werden allerdings als mögliche Zielgruppe von gesundheitsfördernden Stadtteilprojekten erst in jüngster Zeit stärker wahrgenommen.

2.5 Altersbilder

Wie wir – individuell und gesellschaftlich – mit den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft umgehen, wird auch durch unsere Vorstellungen des Alters und des Alterns beeinflusst. Altersbilder umfassen individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter (Zustand des Altseins), vom Altern (Prozess des Älterwerdens) oder von älteren Menschen (als soziale Gruppe älterer Personen).

Vier Erscheinungsformen von Altersbildern
Der sechste Altenbericht [BMFSFJ, 2010c] unterscheidet vier Erscheinungsformen von Altersbildern, welche sich auch wechselseitig beeinflussen können:

1. **Altersbilder als kollektive Deutungsmuster** (z. B. Thematisierung der sozialen Stellung der älteren Menschen in öffentlichen Diskursen über das Alter).

2. **Organisationale und institutionelle Altersbilder** (z. B. gesetzlich festgeschriebene Altersgrenzen).

3. **Altersbilder als Elemente der persönlichen Interaktion** (beispielsweise werden bestimmte Eigenschaften einer älteren Person als überraschend gut für ihr Alter herausgestellt, wobei ein tendenziell negativ getöntes Altersbild fester Bestandteil solcher Einschätzungen ist und somit für das Fortbestehen negativer Altersbilder sorgt).

4. **Individuelle Altersbilder** (hiermit sind individuelle Vorstellungen, Einstellungen, Überzeugungen oder Wissensbestände über das Alter, über ältere Menschen und über das Älterwerden gemeint).

Wie wirken Altersbilder?
Der sechste Altenbericht betont, dass Altersbilder nicht als unbedeutende Begleiterscheinungen zu sehen sind, sondern sich direkt oder indirekt auf Spielräume individuellen Erlebens- und Verhaltens (z. B. Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe; Entwicklung und Nutzung von Stärken und Potenzialen) auswirken können. Konkret können hier

einerseits durch undifferenzierte Altersbilder eigene Fähigkeiten unterschätzt und andererseits von außen Möglichkeiten vorenthalten werden. Defizitorientierte Altersbilder können so gerade auch in Grenzsituationen des Alters (z. B. Umgang mit Demenz) dazu führen, dass bestehende Entwicklungsmöglichkeiten hinsichtlich Gesundheit und Lebensqualität übersehen werden. Auch angesichts der Tatsache, dass sich spätere Geburtsjahrgänge durch eine bessere Gesundheit und höhere fernere Lebenserwartung auszeichnen, besteht die Notwendigkeit zur individuellen wie gesellschaftlichen Reflexion von Altersbildern und zur Anpassung gesellschaftlicher Strukturen, welche Spielräume für individuelle körperliche, geistige und soziale Entwicklung vorgeben. Dies ist besonders wichtig, da undifferenzierte Altersbilder zur Etablierung und Verfestigung institutioneller Praktiken beitragen können und diese wiederum unangemessene Altersbilder stützen können. Für die Aufrechterhaltung des Subsidiaritätsprinzips ist es einerseits wichtig, dass Menschen durch selbstverantwortliche Lebensführung Potenziale nutzen, und andererseits ebenso wichtig, dass der Staat für Rahmenbedingungen sorgt, die Menschen eine Ausbildung und Verwirklichung von Potenzialen ermöglichen.

Unterscheidung zwischen Krankheiten und altersassoziierten Veränderungen

Bezüglich der Entwicklung der objektiven Gesundheit kann zwischen Krankheiten (pathologischem Altern) und altersassoziierten Veränderungen (normalem Altern) unterschieden werden. Die altersassoziierte Zunahme von Erkrankungen lässt sich hierbei zumindest zu einem Teil auf genetische, zelluläre und systemische Veränderungen des Organismus zurückführen [Aldwin & Gilmer, 2004]. Beim pathologischen Altern (d. h. Altern mit Krankheit) kommt es zusätzlich zu den altersassoziierten Veränderungen zu einer Zunahme von vor allem chronischen Erkrankungen. Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnte gezeigt werden, dass mindestens 88 % der Menschen im Alter von 70 und mehr Jahren mindestens fünf Diagnosen aufweisen [Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999]. Nach Lindenberger (2002) bezeichnet der Begriff „normales Altern“ entweder ein Altern, das typischen Entwicklungsverläufen entspricht, oder ein Altern ohne chronische Krankheiten. Da insbesondere im hohen Alter zahlreiche Erkrankungen auftreten können, ist eine Abgrenzung zwischen normalem und pathologischem Altern schwierig.

Die Unterscheidung zwischen Krankheiten (pathologischem Altern) und altersassoziierten Veränderungen (normalem Altern) ist jedoch nicht nur aus wissenschaftlicher und epidemiologischer Perspektive von Bedeutung, sondern auch wichtig für die Sicht auf das eigene Älterwerden und damit für die Entwicklung individueller und gesellschaftlicher Altersbilder. Wenn beispielsweise ein älterer Mensch eine bestimmte Krankheit als altersassoziierte Veränderung wahrnimmt, dann wird diese Person weniger motiviert sein, gegen diese Erkrankung etwas zu unternehmen [BMFSFJ, 2010c]. In diesem Zusammenhang zeigen einige Studien, dass eine positive Sicht auf das Älterwerden im Längsschnitt mit niedrigerer Morbidität und Mortalität assoziiert ist [Levy et al., 2002; Wurm, Tesch-Römer, & Tomasik, 2007].

Altersbilder in der gesundheitlichen Versorgung

In der gesundheitlichen Versorgung können sich Altersbilder unter anderem auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf die kurative, rehabilitative und palliative Versorgung auswirken:

In der **Prävention und Gesundheitsförderung** können eher defizitorientierte Altersbilder, aber auch Altersbilder, die bestimmte und als typisch angesehene Verhaltensweisen mit dem Alter verbinden, sowohl aufseiten der professionellen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als auch aufseiten der älteren Menschen selbst präventive Maßnahmen be- und verhindern.

In der **kurativen Versorgung** geht es unter anderem um die Frage, ob der derzeitigen Debatte über implizite Rationierung von Leistungen angemessene Altersbilder zugrunde liegen. Im Kontext des demografischen Wandels und des damit verbundenen Wandels der Versorgungsstrukturen werden häufig Kostenargumente bemüht. Auch hier stellt sich die Frage nach dahinter stehenden Altersbildern.

Die **rehabilitative Versorgung** hat zum Ziel, die Autonomie und Selbstversorgungsfähigkeit älterer und hochbetagter Menschen zu stärken. Damit kommt ihr eine wichtige und zukünftig steigende Bedeutung in der gesundheitsbezogenen Versorgung zu. Einem differenzierten Verständnis vom Alter(n) wird das derzeitige Versorgungsgeschehen jedoch nicht gerecht. Rehabilitation als ein Konzept, welches die Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft fördert, ist versorgungsstrukturell noch nicht umfänglich verwirklicht.

Palliativversorgung meint eine aktive, ganzheitliche und multidisziplinäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankungen, die nicht mehr auf kurative Behandlung ansprechen. Ältere Menschen mit sich fortschreitend entwickelnden Gebrechen oder Demenz zählen zu der wichtigsten, aber bislang am meisten vernachlässigten Zielgruppe der stationären und der ambulanten Palliativversorgung. Im Zusammenhang mit der Diskussion um Altersbilder befördert die gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen einerseits die Achtung der Autonomie und Selbstverantwortlichkeit älterer Menschen. Andererseits kann sich mit dem Mittel der Patientenverfügung der Verzicht auf eine unter Umständen teure Behandlung im hohen Alter zur sozialen Norm verdichten.

Zusammenfassend kann für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung gefolgert werden, dass in der **Qualifizierung (Aus- und Weiterbildung)** der mit älteren Menschen betrauten Professionen (z.B. Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern) differenzierte Altersbilder vermittelt und Wirkungen von Altersbildern thematisiert werden sollten.

Gesellschaftlicher und individueller Wandel von Altersbildern

Der **gesellschaftliche Wandel von Altersbildern** hängt meist mit anderen gesellschaftlichen Veränderungen zusammen, wie dem technischen und medizinischen Fortschritt sowie der steigenden Lebenserwartung.

Als Folge einer veränderten kollektiven Wahrnehmung des Alters kann ein **institutioneller und organisatorischer Wandel** angestoßen werden. So gehen etwa mit dem Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung die Heraufsetzung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung und ein Wandel in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen einher.

Ein Beispiel für einen **Wandel von Verhaltensskripten in der persönlichen Interaktion** findet sich im Umgang von Pflegekräften mit älteren Menschen: Wurden unselbstständige Verhaltensweisen der älteren Menschen früher oft bestärkt und selbstständige Verhaltensweisen ignoriert, so konnte durch Trainings- und Fortbildungsprogramme zur Veränderung des Verhaltens von Pflegefachkräften bewirkt werden, dass das selbstständige Verhalten der älteren Menschen gefördert wurde.

Die **Entwicklung von individuellen Altersbildern** erfolgt bereits ab der Kindheit. Kontakte zwischen Kindern und älteren Menschen können dazu führen, dass neben den Altersstereotypen auch eigene Beobachtungen in das Altersbild aufgenommen werden und dass auf diese Weise differenziertere Altersbilder entstehen. Um differenziertere individuelle Altersbilder auszubilden, muss die Lebenssituation von Menschen mit objektiv und subjektiv geringen Handlungsspielräumen und einem geringen Maß an sozialer Teilhabe möglichst bereits in jungen Jahren verbessert werden.

2.6 Demografische Entwicklung

Bei dem gegenwärtigen demografischen Wandel in Deutschland handelt es sich um einen langfristigen Bevölkerungsprozess, in dessen Ergebnis sich Größe und Struktur der Bevölkerung verändern – die Bevölkerung schrumpft und altert. Dies ist wiederum bedingt durch den nachhaltigen Anstieg der Lebenserwartung und das dauerhafte Absinken der Geburtenziffern unter das Niveau der einfachen Reproduktion der Elterngeneration. Die entscheidende Konsequenz des demografischen Wandels liegt in der demografischen Alterung, also in den Verschiebungen hinsichtlich der Altersstruktur der Bevölkerung zugunsten älterer und zuungunsten jüngerer und mittlerer Altersgruppen.

Umfang und Tempo der demografischen Alterung werden bestimmt von Effekten bereits bestehender Besonderheiten in der Altersstruktur, von einem niedrigen Geburtenniveau (Alterung „von unten“) und einer steigenden Lebenserwartung (Alterung „von oben“) sowie von Wanderungsbewegungen.

Bestehende Bevölkerungsstruktur
Alle Bevölkerungsprozesse verlaufen innerhalb einer langfristig gewachsenen Bevölkerungsstruktur. Diese Struktur mit stark und schwach besetzten Altersgruppen bildet das Bevölkerungspotenzial für Geburten und Sterbefälle. Der größte Teil gegenwärtiger und künftiger demografischer Entwicklungen ist daher bereits durch vergangene Prozesse determiniert und nur bedingt zu beeinflussen.

Alterung „von unten“ und „von oben“
Die Geburtenzahlen in Deutschland sind so niedrig, dass sie nicht mehr für die einfache Reproduktion der Bevölkerung ausreichen, also dafür, die Elterngeneration durch Kinder zahlenmäßig zu ersetzen. Das Absinken des Geburtenniveaus und das Verharren auf niedrigem Stand führten zu deutlich geringeren Besetzungszahlen der Geburtsjahrgänge seit Mitte der 1970er-Jahre im Vergleich zu vorhergehenden Generationen. Zudem sind in den neuen Bundesländern zu Beginn der 1990er-Jahre die Geburtenzahlen über einige Jahre noch einmal drastisch gesunken, von 178.000 im Jahr 1990 auf 79.000 im Jahr 1994. Das Phänomen anhaltend niedriger Geburtenziffern wird mit Blick auf die Altersstruktur als Alterung „von unten“, also vom unteren Ende der Altersstruktur her, bezeichnet.

Zeitgleich altert die Bevölkerung „von oben“, weil sich die Lebenserwartung kontinuierlich erhöht. Seit 1991 ist die mittlere Lebenserwartung eines weiblichen Neugeborenen um 3,5 auf 82,5 Jahre und die eines männlichen Neugeborenen um 4,9 auf 77,3 Jahre angestiegen. Dabei resultiert der Anstieg der Lebenserwartung zu einem beträchtlichen Teil aus dem Rückgang der Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen, wie beispielsweise aus der Veränderung der ferneren Lebenserwartung von 60-Jährigen seit 1991 ersichtlich ist (Frauen +2,7 auf 24,8 Jahre; Männer +3,2 auf 21,0 Jahre).

Wanderungsbewegungen
Neben den Geburten und Sterbefällen wird die Bevölkerungsentwicklung auch durch Wanderungsbewegungen geprägt. Entscheidend für die künftige Bevölkerungszahl und die Altersstruktur ist dabei der Wanderungssaldo, also die Differenz zwischen Zu- und Fortzügen, die sich in Wanderungsgewinnen bzw. -verlusten niederschlägt. Der Einfluss von Wanderungsbewegungen auf die Bevölkerungsstruktur berührt aber nicht nur die Bevölkerungszahl insgesamt. Wanderungsbewegungen sind altersselektiv. Das bedeutet, dass die Wanderungshäufigkeit in bestimmten Altersgruppen (und damit Lebensabschnitten) sehr hoch oder niedrig ist. Besonders wanderungsintensive Lebensabschnitte sind die der Ausbildung und Familiengründung sowie der Familienerweiterung. Langfristige positive Wanderungssalden bringen daher dem Zuwanderungsland bzw. der Zuwanderungsregion häufig einen verjüngenden Effekt für die dort lebende Bevölkerung, Wanderungsverluste einen Impuls in Richtung Bevölkerungsalterung.

Betrachtet man Deutschland als Ganzes, sind vor allem Wanderungsbewegungen über die Grenzen des Landes wichtig, die Außenwanderungen. Innerhalb Deutschlands, auf der Ebene kleinerer Gebietseinheiten, sind

daneben auch die Wanderungen über die Grenzen der Gemeinden, Kreise und Bundesländer von Bedeutung, da sie mittelfristig die Bevölkerungsgröße und -struktur kleinerer Regionaleinheiten nachhaltig beeinflussen können.

Die demografische Alterung in Deutschland ist regional unterschiedlich weit fortgeschritten. Die demografischen Prozesse Geburten, Sterblichkeit und Wanderungen haben für den Fortschritt der demografischen Alterung ein regional unterschiedliches Gewicht: Im Bundesdurchschnitt bestimmen in erster Linie die Prozesse Sterblichkeit und Fertilität das Tempo der Alterung. In kleineren regionalen Einheiten sind es vor allem die Wanderungsprozesse, die das Tempo der Alterung prägen. Besondere Bedeutung kommt dabei der oben erwähnten Altersselektivität von Wanderungen zu. In Kreisen mit langfristig negativen Wanderungssalden hat der Wanderungsverlust erheblich größeren Einfluss auf die Alterung als andere demografische Prozesse. Die Abwanderungsprozesse wirken in diesen Regionen als Motor der Alterung besonders stark, da sie die Bevölkerung in den jüngeren Altersgruppen unter 40 Jahren reduzieren. Insbesondere in den neuen Bundesländern zeigt sich der Effekt der Binnenwanderung auf die Altersstruktur: Seit 1989 haben per Saldo 1,1 Millionen Menschen die fünf neuen Bundesländer (ohne Berlin) verlassen. Da es sich hierbei vor allem um junge Menschen handelte, konnte dies nicht ohne Konsequenzen auf die Altersstruktur der Bevölkerung bleiben: Ohne Binnenwanderungsverluste läge z. B. das Medianalter (mittlere Alter) in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt rund zwei Jahre niedriger [Menning et al., 2010].

Wie wird sich die Bevölkerung Deutschlands in Zukunft verändern?

Niemand kann heute bereits wissen, wie genau die Bevölkerung in fünfzig Jahren aussehen wird. Die ökonomischen und sozialen Veränderungen von morgen sind heute kaum abzusehen. Dennoch erweisen sich demografische Modellrechnungen als sinnvoll. Die künftige Bevölkerung kann sich nur im Rahmen der gegenwärtig existierenden Bevölkerungsstrukturen entwickeln. Die Variabilität der Entwicklungsmöglichkeiten ist demnach nicht unbegrenzt. Das bildet den Ausgangspunkt für Modellrechnungen, die auf der Basis der bisherigen demografischen Entwicklungen Annahmen über mögliche künftige Trends der wichtigsten demografischen Prozesse treffen. Das Statistische Bundesamt hat in der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Bevölkerungszahlen für die Zukunft geschätzt und zeigt darin die Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060. Die Berechnungen für diese Prognose wurden in zwölf Varianten durchgeführt. Diese Varianten markieren die Grenzen eines Korridors, in dem sich die Bevölkerungsgröße und der Altersaufbau entwickeln werden, wenn sich die aktuellen demografischen Trends fortsetzen. Zwei Entwicklungen lassen sich aus den Ergebnissen der Vorausberechnung ablesen [Statistisches Bundesamt, 2009; Hoffmann et al., 2009].

Der Bevölkerungsrückgang wird sich in Zukunft verstärken

Die Bevölkerung Deutschlands schrumpft seit 2003. Dieser Trend wird anhalten und sich verstärken. Ende 2008 lebten circa 82 Millionen Menschen in Deutschland. 2060 werden es, je nach Prognosevariante, zwischen 65 und maximal 77 Millionen sein.

Die Bevölkerung altert – Bevölkerungszuwachs gibt es nur in den Altersgruppen ab 65 Jahren

Mit der Schrumpfung der Bevölkerung geht eine Umschichtung in der Altersstruktur einher: Alle jüngeren und mittleren Altersgruppen verlieren bis 2060 absolut an Größe, lediglich die Gruppe der über 65-Jährigen wird zumindest in den nächsten 30 Jahren noch wachsen.

Damit steigt der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung: Gegenwärtig sind die Bevölkerungsanteile der jüngsten (unter 20 Jahre) und der älteren Generation (65 Jahre und älter) mit 19 bzw. 21 % noch etwa gleich groß. Im Jahr 2060 wird der Anteil der Älteren mit 34 % mehr als doppelt so groß sein wie jener der Jüngsten mit 16 %. Besondere Bedeutung kommt dabei der Entwicklung der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) zu: Heute leben etwa 4,2 Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland, das sind 5 % der Bevölkerung. Ihre Zahl wird kontinuierlich steigen bis 2050 und dann bis 2060 leicht sinken auf 9,1

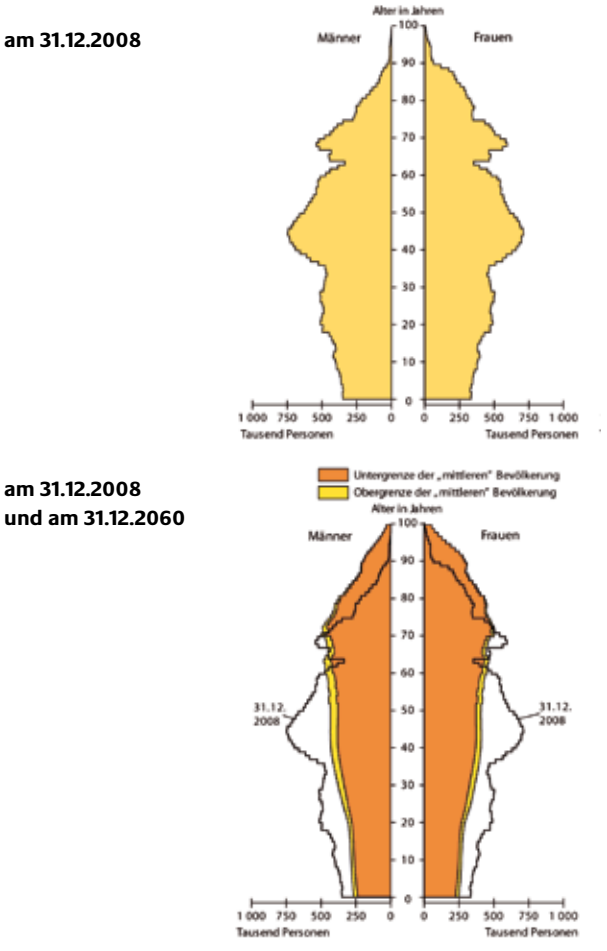
Millionen. In fünfzig Jahren werden also 14 % der Bevölkerung – das ist jeder Siebente – 80 Jahre oder älter sein [Statistisches Bundesamt, 2009].

Diese Trends lassen sich auch in den Veränderungen der Alterspyramide ablesen, die Abbildung 1 zeigt.

Die demografische Alterung lässt sich auch an der Veränderung des mittleren (medianen) Alters der Bevölkerung ablesen. Dieses Maß teilt die Bevölkerung in eine Hälfte, die jünger ist, und eine Hälfte, die älter ist als das mittlere Alter. Der Wert dieses Indikators steigt laut Berechnungen des Statistischen Bundesamts schnell an: Heute stehen die 43-Jährigen genau in der Mitte der Altersverteilung der Gesellschaft. Bis Mitte der 2040er-Jahre wird das mittlere Alter um neun Jahre steigen, so dass bis 2060 die Hälfte der Einwohner älter als 52 Jahre sein wird.

Doch die Bevölkerung verändert sich nicht nur im bundesdeutschen Maßstab, sondern mit starken regionalen Differenzierungen. Diese regionalen Besonderheiten werden in einer Prognose berücksichtigt, die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) veröffentlicht wurde [BBSR, 2009].

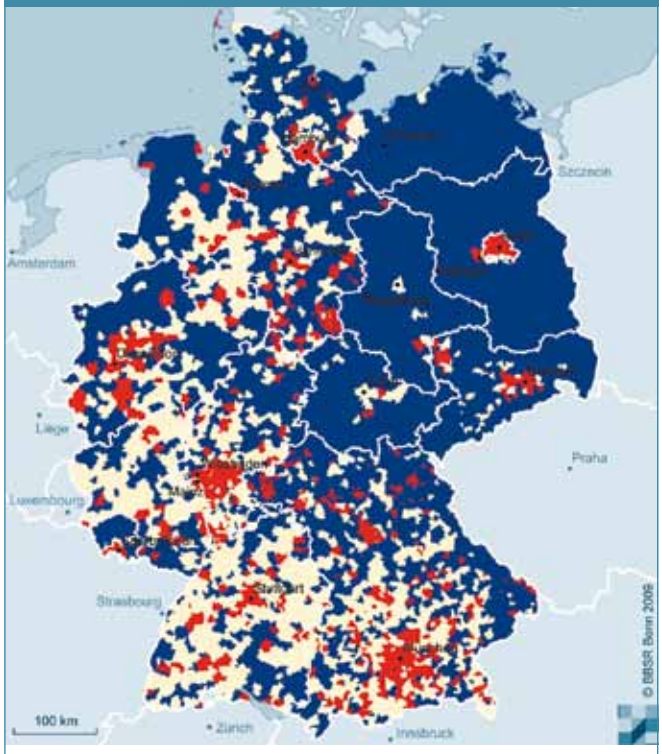
Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands



Quelle: Statistisches Bundesamt (2009)

Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

Veränderung bis 2025



Alterung bis 2025

- überdurchschnittlich
- durchschnittlich
- unterdurchschnittlich

Quelle: BBSR (2009)
Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR, BBSR-Bevölkerungsprognose 2005-2025/bbw
Geometrische Grundlage: BKG, Verbandsgemeinden, 31.12.2005

Abbildung 2: Alterung in den Kreisen Deutschlands von 2005 bis 2025

Abbildung 2 belegt, dass die künftigen Alterungsprozesse die ostdeutschen Bundesländer deutlich stärker treffen als die westdeutschen. Von diesem Trend gibt es allerdings auch Abweichungen: Einerseits zeigt die Karte, dass in einigen ostdeutschen Stadtregionen in den nächsten Jahren nur eine unterdurchschnittliche Alterung zu erwarten ist. Andererseits gibt es auch westliche Regionen, bei denen die Alterung überdurchschnittlich schnell verlaufen wird – vor allem im ländlichen Raum.

Was bedeuten die aufgezeigten Trends der demografischen Alterung perspektivisch für die Gesundheit im Alter?

Bedingt durch die Zunahme der Zahl und des Anteils älterer Menschen werden die Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung wachsen. Es wird mehr ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen geben und mehr Menschen, die pflegebedürftig sind. Der demografische Wandel allein erklärt aber nicht die Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft, da sich die Zahl der Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen nicht proportional zum Anstieg der Zahl älterer Menschen entwickeln wird. Es sind Verschiebungen im Krankheitsspektrum zu erwarten, die zum Teil bereits heute absehbar sind. Während das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückläufig ist, gewinnen andere Krankheiten ein stärkeres Gewicht, wie zum Beispiel psychische Erkrankungen [Nowossadeck, 2010]. Mit Blick auf die längere Lebenserwartung im Alter wird diskutiert, ob es zu einer Kompression oder Expansion der Morbidität im Alter kommt. Morbiditätskompression entsteht, wenn die Lebensphase mit erhöhter Morbidität im Alter „komprimiert“ wird, oder anders ausgedrückt, wenn die Lebensspanne bei guter Gesundheit schneller wächst als die Lebenserwartung insgesamt. Umgekehrt bedeutet Morbiditätsexpansion, dass ein Plus an Lebenserwartung im Alter erkauft wird mit einer über diesen Zuwachs hinaus verlängerten Lebensphase in schlechter Gesundheit. Welcher dieser Prozesse gegenwärtig dominiert, ist noch nicht eindeutig zu beantworten [Wurm et al., 2010]. Es gibt aber viele Indizien, die darauf hindeuten, dass die Menschen heutiger und künftiger Generationen in einem besseren gesundheitlichen Zustand alt werden als die Älteren früherer Generationen. Die alternde Gesellschaft ist somit lediglich eine einzelne Größe, die die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Zukunft prägen wird. Fortschritte bei medizinischen Wirkstoffen und Medizintechnik, eine verbesserte Gesundheitsversorgung, ein gesünderer Lebensstil, gesundheitliche Prävention und Rehabilitation haben das Auftreten und den Verlauf alterstypischer Krankheiten und gesundheitlicher Einschränkungen bereits gravierend verändert. Diese Faktoren werden auch in Zukunft die Konsequenzen des demografischen Wandels auf das Gesundheitsgeschehen in Deutschland beeinflussen.

2.7 Akteure und Strukturen des Gesundheitswesens

Die unter Kapitel 2.6 beschriebene demografische Entwicklung ist im Gesundheitssystem relativ schnell thematisiert worden. So haben die Gutachten 2000/2001 und 2007 des Sachverständigenrats (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits die Kluft zwischen der auch durch den demografischen Wandel bedingten Veränderung des Krankheitspanoramas und den Strukturen des Gesundheitswesens aufgezeigt und deutlich die entsprechenden Anpassungs- und Umorientierungserfordernisse thematisiert [SVR, 2001], die gerade auch die Akteure des Gesundheitswesens betreffen.

Sie stehen – und zwar sowohl diejenigen auf der staatlichen und/oder ordnungspolitischen Ebene als auch die auf der operativen Ebene der Leistungserbringer und Kostenträger selbst – vor der Aufgabe, die sektorale Gliederung des Gesundheitssystems in Richtung der Zielgruppen- und Settingorientierung zu überwinden, Umstrukturierungen im Gesundheits-, Betreuungs-, Pflegesystem vorzunehmen und die Verbindung präventiver, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und beratender Dienstleistungen zu ermöglichen. Doch die notwendige Umsetzung einer integrierten Gesundheitsversorgung vollzieht sich nach wie vor im Rahmen eines im Prinzip segmentierten Berufs- und Bildungssystems, das die Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung begünstigt. Und: Die bisherige Arbeitstei-

lung der Berufsgruppen erweist sich zunehmend als Engpass für die Bewältigung inter- und intraorganisatorischer Herausforderungen [SVR, 2007].

Doch allein gesundheitspolitische bzw. nur auf das Gesundheitssystem bezogene Strategien werden nicht ausreichen, um zur „Gesundheit im Alter“ und zum „gesunden Älterwerden“ beizutragen. Mit der steigenden Lebenserwartung stieg und steigt auch die Zahl der „gesunden“ Lebensjahre. Ältere Menschen verfügen daher weiterhin über Ressourcen und auch die Bereitschaft, sich zu engagieren.

Die Lebensqualität jetziger und zukünftiger Altersgenerationen wird also wesentlich auch davon abhängen, inwieweit über die unbestritten wichtige gesundheitliche Versorgung hinaus eine Integration in das gesellschaftliche Leben gelingt. „Teilhabe“, so hat es Kuhlmey formuliert, „ist ein Teil von Gesundheitsförderung. Gebraucht werden, zur Gesellschaft dazugehören – das ist wichtig für die Gesunderhaltung bis in die höchsten Lebensjahre hinein“ [BVPG, 2009].

Um dieser Herausforderung zu begegnen, sind neue Allianzen, neue Akteursbündnisse notwendig, die sowohl öffentliche als auch private Akteure umfassen und integrieren.

Deutlich wird das z. B., wenn man die Lebenswelten bzw. die Settings – und hier insbesondere die Kommune – in den Blick nimmt. Um diese alters- und alternsgerecht zu gestalten, reicht es nicht aus, Bestandswohnungen zu altengerechtem Wohnraum umzugestalten. Es muss auch die Versorgungssicherheit, also zum Beispiel durch ambulante Dienste oder häusliche Hilfen, auf lokaler Ebene gegeben sein. Und um ehrenamtliches Engagement – als einen Aspekt gesellschaftlicher Teilhabe – zu fördern, genügt es nicht, Übersichten über entsprechende Angebote bereitzuhalten, sondern es muss darüber hinaus auch eine Aktivierung des Bürgerengagements erfolgen und – um nur ein Beispiel zu nennen – ein Beratungsbüro in den Stadtvierteln der Kommune eingerichtet werden. Und das heißt wiederum: Die lokale Infrastruktur muss umgestaltet werden, die Akteure aus Wohnungsunternehmen, Wirtschaft, Verwaltung und Politik müssen zusammenarbeiten und neue und tragfähige Formen der Kooperation entwickeln.

Wie diese Erkenntnis in die Praxis umgesetzt werden kann: Dafür hat das SVR-Gutachten 2009, in dem es auch um die Sicherstellung einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug geht, bereits Vorschläge unterbreitet [SVR, 2009]. Auch kann hier der so genannte Berliner Appell „Gesund älter werden in Städten und Regionen“ erwähnt werden, der bereits im Jahr 2007 vom Deutschen Städtetag und Gesunde-Städte-Netzwerk formuliert wurde.

Doch es gibt keine Patentrezepte oder bereits geebnete „goldene Wege“. Die Tatsache der Ressortzuständigkeiten in Bund und Ländern, der durch die Föderalismus-Reform neu verteilten Rollen und Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern, der parteipolitischen und/oder sonstigen politischen Wettbewerbssituation der Bundesländer untereinander erschwert eine „gleichgerichtete“ Wahrnehmung gesamtgesellschaftlicher Verantwortung für dieses Thema nicht unwesentlich; und damit gestaltet sich die Umsetzung entsprechend anspruchsvoll.

Ein weiterer wesentlicher Schritt, um die Versorgungsrealität an die Erfordernisse für ein gesundes Altern anzupassen, wird mit der Vorlage des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ vollzogen: Es werden nicht nur verschiedene Akteure miteinander verbunden, sondern es liegt ebenfalls ein konsensuales Ergebnis vor. Wenn auch die in den nationalen Gesundheitszieleprozess eingebundenen Akteure zunächst „nur“ sich selbst verpflichten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Umsetzung der Ziele beizutragen (und damit so manche Aktivität zeitlich und regional begrenzt bleibt), so schafft das Gesundheitsziel doch die Grundlage für Synergien und mehr Einheitlichkeit in der Vielfalt.

3. Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“: Handlungsfelder, Ziele, Teilziele und Maßnahmen zur Zielerreichung

3. Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“: Handlungsfelder, Ziele, Teilziele und Maßnahmen zur Zielerreichung

Das vorliegende Gesundheitsziel basiert auf der Arbeitsweise und Methodik von *gesundheitsziele.de* [GVG, 2008]. Das Zielkonzept besteht somit aus den aufeinander aufbauenden Bausteinen „Oberziel“, „Handlungsfelder“, „Ziele“, „Teilziele“, „Empfehlungen für Strategien und Maßnahmen“ und „Startermaßnahmen“.

Die Zielvorgaben und Empfehlungen für Maßnahmen richten sich an die Akteure und Umsetzer in und außerhalb unseres Gesundheitswesens. Es gilt, den aktuellen und zukünftigen altersbedingten Herausforderungen und Chancen zielorientiert zu begegnen – das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ bietet ferner die Aussicht, zahlreiche Akteure einzubinden, ihre Kräfte zu bündeln und so die Wirkung ihrer Maßnahmen zu verstärken.

Wie auch die anderen bereits etablierten nationalen Gesundheitsziele greift das Ziel „Gesund älter werden“ verschiedene Programme, Strategien und gesetzliche Rahmenbedingungen auf und versucht, die einzelnen Ansätze in diesem Rahmen zu vernetzen. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, bestehende Defizite deutlich zu machen und für diese Lücken Teilziele und Maßnahmen zu formulieren. Die Auswahl der Handlungsfelder, exemplarischen Ziele und Maßnahmen ist das Ergebnis der im Konsens vereinbarten prioritären Bereiche des gesunden Älterwerdens. Dass bei der Zielformulierung nicht alle gesundheitsrelevanten Themen berücksichtigt werden konnten, ließ sich aufgrund der Vielfalt möglicher Themenbereiche nicht vermeiden. Dennoch ist das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ sehr umfassend und greift wesentliche gesundheitsrelevante Handlungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung auf.

Im Einzelnen hat die Arbeitsgruppe folgende Schwerpunkte (= Handlungsfelder) gesetzt:

Handlungsfeld I:
Gesundheitsförderung und Prävention:
Autonomie erhalten

Handlungsfeld II:
Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung

Handlungsfeld III:
Besondere Herausforderungen

Sie hat in weiteren Schritten 13 Ziele und hierzu eine Reihe von Teilzielen definiert und jeweils geeignete Maßnahmen zur Erreichung der Ziele vorgeschlagen. Bei der Entwicklung der Ziele, Teilziele und Maßnahmen wurden relevante Querschnittsanforderungen (u. a. Gender Mainstreaming, Gesundheitliche Chancengleichheit, Bürger- und Patientenbeteiligung, Stärkung der Selbsthilfe, Migration) mitberücksichtigt.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht der Handlungsfelder und 13 Ziele.

Tab. 1 Übersicht der Handlungsfelder und 13 Ziele

Handlungsfeld	Ziel
I. Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten	Ziel 1: Die gesellschaftliche **Teilhabe** älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.
	Ziel 2: Gesundheitliche **Ressourcen und die Widerstandskraft** älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken gemindert.
	Ziel 3: **Körperliche Aktivität** und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten.
	Ziel 4: Ältere Menschen **ernähren** sich ausgewogen.
	Ziel 5: **Die Mundgesundheit** älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert.
II. Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung	Ziel 6: Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut **versorgt**.
	Ziel 7: Unterschiedliche **Gesundheitsberufe** arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen.
	Ziel 8: Die Interessen der **Angehörigen** und der informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen sind berücksichtigt.
III. Besondere Herausforderungen	Ziel 9: Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit **Behinderungen** sind erhalten und gestärkt.
	Ziel 10: Die **psychische Gesundhei**t älterer Menschen ist gestärkt bzw. wiederhergestellt.
	Ziel 11: **Demenzerkrankungen** sind erkannt und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt.
	Ziel 12: Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von **Multimorbidität** sind gemindert.
	Ziel 13: Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und **Pflegebedürftige** sind gut versorgt.

Handlungsfeld I:
Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten

Die Lebensqualität jetziger und zukünftiger Altersgenerationen wird wesentlich davon abhängen, inwieweit über die gesundheitliche Versorgung hinaus eine Integration in das gesellschaftliche Leben gelingt. „Teilhabe ist ein Teil von Gesundheitsförderung. Gebraucht werden, zur Gesellschaft dazugehören – das ist wichtig für die Gesunderhaltung bis in die höchsten Lebensjahre hinein.“ [Kuhlmey, 2011]

Das Handlungsfeld 1 behandelt die Frage, wie die Autonomie älterer Menschen möglichst lange durch Gesundheitsförderung und Prävention erhalten bleiben kann.

Da gesellschaftliche Teilhabe zur Gesunderhaltung und zur Lebensqualität beiträgt, werden unter Ziel 1 Maßnahmen vorgeschlagen, die Menschen dabei unterstützen, gesellschaftliche Teilhabe weiter auszuüben. Zusätzlich werden Maßnahmen vorgestellt, die darauf hinwirken, Barrieren abzubauen (zum Beispiel durch die Erhöhung der Verfügbarkeit attraktiver und barrierearmer Freiflächen und Aktivitätsräume), um Teilhabe und freiwilliges Engagement zu ermöglichen.

Zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken und um gesundheitsförderliche Aktivitäten durchzuführen, wird in Ziel 2 ausgeführt, wie gesundheitliche Kontrollmöglichkeiten gestärkt werden können. Weiterhin werden in Ziel 2 die positive Rolle des lebenslangen Lernens und die positive Veränderbarkeit des eigenen Älterwerdens betont, um Ressourcen älterer Menschen zu stärken. Ferner thematisiert das Ziel 2 die Risiken, denen ältere Menschen ausgesetzt sind, und bietet Lösungsansätze zur besseren Erkennung und Minderung dieser Risiken. Hierbei geht es vor allem auch um Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Um auch mit Herausforderungen und kritischen Lebensereignissen erfolgreich umzugehen, werden unter Ziel 2 außerdem noch Maßnahmen vorgestellt, um die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) älterer Menschen zu stärken. Die Förderung der Resilienz setzt hierbei an individuellen Bewältigungs- und Handlungskompetenzen an.

In Ziel 3 und Ziel 4 werden mit der körperlichen Aktivität und der ausgewogenen Ernährung zwei zentrale gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in den Vordergrund gestellt und Maßnahmen beschrieben, diese Verhaltensweisen zu fördern.

Wegen der Bedeutung für die allgemeine Gesundheit und die Lebensqualität werden abschließend unter Ziel 5 Maßnahmen vorgeschlagen, die dem Erhalt und der Verbesserung der Mundgesundheit älterer Bürgerinnen und Bürger, insbesondere älterer Menschen mit Migrationshintergrund oder geringem sozioökonomischem Status, dienen.

Ziel 1:
Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert

Ausgangslage

Der Begriff der gesellschaftlichen Teilhabe kann sehr viele Bereiche umfassen. Kühnemund (2001) unterscheidet hierbei zwischen folgenden Formen gesellschaftlicher Partizipation: 1. Erwerbstätigkeit, 2. Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden und informellen Gruppen, 3. ehrenamtliches Engagement, 4. politische Partizipation, 5. Pflegetätigkeiten, 6. Kinderbetreuung, 7. informelle Unterstützungsleistungen (z. B. Nachbarschaftshilfe) und Transfers (z. B. finanzielle Unterstützungen innerhalb der Familie), 8. Partizipation an Bildungsangeboten und 9. weitere Freizeittätigkeiten.

Unter die Kategorie der „weiteren Freizeittätigkeiten“ fallen nach Kühnemund Aktivitäten wie z. B. Radiohören, Lesen, Fernsehen, gegenseitige Besuche, Hausarbeit, Einkaufen, aber auch klassische Gesundheitsverhaltensweisen wie körperliche Aktivität und das Lösen von Denksportaufgaben.

Eine Reihe der genannten Tätigkeiten vollzieht sich im Kontakt mit anderen Personen, andere Tätigkeiten können auch „allein“ erfolgen. Von besonderer Bedeutung sind Tätigkeiten im Kontakt mit anderen insoweit, als sie Vereinsamung und Isolation vorbeugen können. Von den genannten Tätigkeiten umfasst sind sowohl „konsumtive“ als auch „produktive“ Tätigkeiten. Im ersteren Fall tut man „nur“ etwas für sich selbst (z. B. Halten und Versorgen eines Haustiers, spazieren gehen, in die Sauna gehen, Kinobesuche, ins Fußballstadion gehen oder Einkaufen). Im letzteren tut man (auch) etwas für andere oder für die Gesellschaft. Hierzu gehören z. B. Nachbarschaftsaktivitäten, gegenseitiges Helfen, Unterstützen und aufeinander Achten und insbesondere die verschiedenen Formen des freiwilligen oder bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe.

Die genannten Tätigkeiten können – unabhängig vom Niveau der Aktivität und sozialen Einbindung – einen Beitrag zur Lebensqualität im Alter darstellen. Untersuchungen haben belegt, dass es große Bedeutung für ihre Gesundheit haben kann, ob ältere Menschen aktiv sind oder nicht. Aktive Menschen sind durchschnittlich gesünder, verfügen über mehr soziale Kontakte und zeichnen sich durch größere Lebenszufriedenheit aus als inaktive Menschen. Dabei ist nicht nur (im Sinne eines Selektionseffekts) festzustellen, dass gesündere Menschen aktiver und zufriedener sind als weniger gesunde. Es wird auch umgekehrt deutlich, dass eine Erhöhung der Aktivitäten zufriedener mit der Lebenssituation macht [BMFSFJ, 2006] und Aktivitäten die Gesundheit erhalten können [Wilson, 2000]. Freiwilliges oder bürgerschaftliches Engagement beispielsweise kann älteren Menschen soziale Netzwerke oder Ressourcen erschließen, die ihnen ansonsten nicht zugänglich wären. Es kann zur Persönlichkeitsentwicklung und zur Verbesserung der Lebenslage auch im Alter beitragen und somit sozial- und gesundheitspräventive Folgen nach sich ziehen [BMFSFJ, 2006]. Das Empfinden über die eigene Gesundheit ist bei älteren Engagierten deutlich besser als in ihrer Altersgruppe insgesamt. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied bei hochbetagten Engagierten. Während 35,7 % der 75- bis 85-Jährigen ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut einschätzen, sind es bei den Engagierten in dieser Altersgruppe 53,3 % [BMFSFJ, 2010b].

Hinweise zum freiwilligen Engagement älterer Menschen geben beispielsweise der Freiwilligensurvey [BMFSFJ, 2010a] und der Deutsche Alterssurvey (DEAS) [Motel-Klingebiel et al., 2010].

Nach dem Freiwilligensurvey 2009 [BMFSFJ, 2010a] ist die Engagementquote (also der Anteil der freiwillig Engagierten an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe) bei älteren Menschen (ab 65 Jahren) in den letzten Jahren gestiegen und lag bei 28 %, wobei (wie in der gesamten Bevölkerung) Männer stärker als Frauen engagiert sind. Das Engagement nimmt mit zunehmendem Alter ab. 65- bis 69-Jährige sind zu 37 % (Männer 40 %, Frauen 36 %), 70- bis 74-Jährige zu 30 % (Männer 37 %, Frauen 25 %) und 75-Jährige und Ältere zu 20 % (Männer 24 %, Frauen 18 %) engagiert. Ein Rückgang lässt sich grundsätzlich für die verschiedenen Aktivitäten älterer Menschen feststellen. Er kann neben dem Alter auch durch Umstände des Lebensumfelds und der Infrastruktur begünstigt werden. Dieser Rückgang von Aktivitäten kann zu einem Mangel an gesellschaftlicher Teilhabe, interpersoneller Kommunikation sowie emotionaler und praktischer Unterstützung führen. Zu den Ursachen gehören u. a. mangelnde Mobilität, ein eingeschränkter Aktionsradius, Alleinleben

und geänderte Familienkonstellationen. Hierdurch können Isolation und Vereinsamung auftreten, die auch Risikofaktoren für psychische Erkrankungen darstellen.

Wie in der gesamten Bevölkerung findet sich auch bei den älteren Menschen ein erhöhtes Engagement bei Personen mit höherer Bildung oder gehobenem Berufsprofil. Unterdurchschnittlich vertreten sind u. a. Personen mit einfachem Sozial- und Bildungsstatus sowie mit Migrationshintergrund. Die unterdurchschnittliche Vertretung bestimmter Gruppen lässt sich auch in anderen Bereichen feststellen. Im Rahmen der unterschiedlichen Ansätze und Aktivitäten der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Städten, Gemeinden und Landkreisen zeigen sich teilweise Probleme hinsichtlich der Zugangswege, der Zielgruppenansprache und der Vernetzung der Akteure. Schlecht erreicht werden ältere Migrantinnen und Migranten, nicht mobile ältere Menschen und bildungsferne ältere Menschen. Insbesondere hoch ist der Anteil nicht erreichter älterer Männer.

Der Freiwilligensurvey weist allerdings auch aus, dass (auch) bei vielen älteren bisher nicht engagierten Menschen die Bereitschaft besteht, eine Engagementtätigkeit aufzunehmen. 10 % der 65- bis 74-Jährigen sind demnach dazu bereit und 27 % dazu „vielleicht bereit“. Bei den 75-Jährigen und Älteren sind es 4 % und 14 %. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass die erhobene Engagementbereitschaft auch in jedem Fall realisiert werden kann.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Gesellschaftliche Teilhabe bedarf der Unterstützung und Förderung, denn sie geschieht nicht in jedem Fall „von selbst“ und voraussetzungslos. Es geht im Falle älterer Menschen darum, sie dabei zu unterstützen, bereits wahrgenommene gesellschaftliche Teilnahme weiter auszuüben bzw. ihnen zu ermöglichen, gesellschaftliche Teilhabe neu zu leben. Konkret bedeutet dies beispielsweise, dass älteren Menschen Angebote gemacht sowie Möglichkeiten und Gelegenheiten geboten werden, wie bisher oder (wo dies bisher nicht der Fall war) neuerdings einkaufen oder spazieren zu gehen, Kino- oder Theaterbesuche zu machen, Bildungsangebote wahrzunehmen, mit Gleichgesinnten gleichen Interessen nachzugehen, Besuche zu machen oder zu empfangen, Nachbarschaftshilfe zu leisten, aktiv Mitglied in einem Verein zu sein oder freiwilliges oder bürgerschaftliches Engagement auszuüben (Schaffung von Ermöglichungs- oder Gelegenheitsstrukturen).

Dem kommunalen Setting kommt dabei besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zu unterstützen oder mangelnder Teilhabe und Isolation älterer Menschen entgegenzuwirken. Kommunen haben es in besonderer Weise in der Hand, durch systematisches Handeln gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen oder zu erleichtern. Sie können z. B. durch die Gestaltung des Wohnumfelds Barrieren beseitigen, indem sie Maßnahmen ergreifen, um die Mobilität älterer Menschen zu erhöhen (siehe hierzu auch die Ausführungen zum Ziel 4), oder indem sie sonstige Angebote unterbreiten oder unterstützen (z. B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, Vereinshäuser). Hierzu ist eine zielgerichtete und verbindliche Zusammenarbeit der relevanten Akteure erforderlich. Grundlage eines zielgerichteten Vorgehens ist ein regionales Monitoring, das Ressourcen, Bedarfe und Problembereiche aufzeigt. Von Bedeutung sind geschlechtersensible und soziallagenadäquate Zugangswege und Zielgruppenansprache. Eine Orientierung an bewährten Praxisbeispielen ist sinnvoll. Es sollte dabei ebenfalls ein Schwerpunkt auf „assistierter Teilhabe“ liegen, um auch Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen eine Teilhabe an der Gesellschaft (wieder) zu ermöglichen.

Auch der SVR nennt in seinem Gutachten von 2007 die kommunale Ebene (Stadtteil, Kleinstadt, Dorf) als zentrale Lebenswelt für seniorenbezogene Präventionsstrukturen und gesundheitsförderliche Angebote. Kommunen (Entscheidungsträger, Akteure, Praktikerinnen und Praktiker) benötigen allerdings systematische Unterstützung, um eine auf ältere Menschen bezogene angemessene Ansprache, qualitätsvolle Gesundheitsförderung und Prävention, die zu einer verbesserten Partizipation und Teilhabe führen, im kommunalen Kontext zu initiieren, zu organisieren und nachhaltig zu sichern [Kuhlmann & Koch, 2009].

Neben Maßnahmen zur Unterstützung und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen im Allgemeinen bedarf es weiterer Maßnahmen, insbesondere zur Unterstützung und Förderung des freiwilligen Engagements älterer Menschen.

Um zu ermöglichen, dass ältere Menschen ihr ausgeübtes freiwilliges Engagement beibehalten bzw. beibehalten können oder dass bisher nicht engagierte ältere Menschen ein freiwilliges Engagement aufnehmen oder aufnehmen können, bietet sich eine Reihe von Maßnahmen an. Angesprochen sind hierbei einerseits Bund, Länder und Kommunen und andererseits die verschiedensten Organisationen.

Freiwilliges Engagement bedarf einer unterstützenden Infrastruktur, die inhaltliche und Förderkonzepte entwickelt, Engagementgruppen unterstützt, Engagement anregt und (potenzielle) Freiwillige berät und vermittelt.[3] Diese Infrastruktur muss bedarfsgerecht auf kommunaler Ebene, aber auch auf Landes- und Bundesebene vorhanden sein und sich die Aufgabe stellen, gezielt auch besondere Engagementformen, Angebote, Ansprachen und Anreize (z. B. Anerkennungskultur, Weiterbildungsangebote) für ältere Menschen zu entwickeln und umzusetzen. Aufgabe von Kommunen, Ländern und Bund ist es, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass diese Infrastruktur verstetigt, insbesondere (ideell und finanziell) unterstützt wird.

Organisationen, Initiativen, Vereine und Verbände, aber auch Kommunen und kommunale Institutionen sollten sich für das Engagement älterer Menschen (mehr als bisher) öffnen, auf ihre Motive, Wünsche und Bedürfnisse eingehen und bisher schwer erreichbare Gruppen besonders ansprechen. Um möglichst effektiv an der Motivation anzusetzen beziehungsweise um die Motivation zu stärken, ist es sinnvoll, sich auf die verschiedenen Motivgruppen auszurichten [Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“, 2002]. Gründe können beispielsweise altruistischer, gemeinschaftsbezogener, gestaltungsorientierter, problemorientierter oder entwicklungsbezogener Natur sein. Passgenaue Angebote (sowohl was Engagementbereiche als auch Engagementformen anbelangt) setzen Erkenntnisse darüber voraus, wo und wie sich ältere Menschen engagieren möchten.

Auch wenn ältere Menschen bisher mehr an traditionellen Engagementformen interessiert sind, sollten ebenso Anreize für sogenannte neue (selbstorganisierte und selbstbestimmte) Engagementformen gesetzt werden. Ähnliches gilt für die Engagementbereiche. Neben traditionellen Engagementfeldern für Ältere im Sport, in kirchlichen und sozialen Organisationen oder in Freizeit- und Geselligkeitsgruppen sollte ihnen vermehrt auch ein Engagement in anderen („neuen“) Feldern sowie Unterstützung im Umgang mit den neuen Medien angeboten werden.

Wichtig ist es auch, Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, mit denen geschlechtsbezogene und soziale Ungleichheiten ausgeglichen oder Gruppen angesprochen werden, die bisher kaum Zugang zur Teilhabe gefunden haben bzw. bisher schwer erreichbar waren (z. B. ältere alleinstehende Männer). Das bedeutet z. B., Frauen Tätigkeiten anzubieten, die bisher i. d. R. Männern vorbehalten waren und umgekehrt. Menschen mit niedrigerem Bildungs- oder Sozialstatus könnten im Rahmen von Projekten mit sozialräumlicher Anbindung angesprochen und ihnen ein Engagement z. B. durch begleitende Bildungsangebote attraktiv gemacht werden.

Ein weiterer Beitrag zur Unterstützung und Förderung des freiwilligen Engagements älterer Menschen sollte darin bestehen, gelungene Beispiele („gute Praxis“) aus Modellprojekten und Modellprogrammen (z. B. Erfahrungswissen für Initiativen (EFI), Mehrgenerationenhäuser, Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“) zusammenzustellen und zur Nachahmung zu verbreiten.

[3] In den letzten Jahren sind eine Reihe von infrastrukturunterstützenden Institutionen, wie z. B. Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen und Selbsthilfekontaktstellen, gegründet worden, deren Arbeit auf Bundesebene von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros (BAS), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (bagfa) und der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unterstützt wird.

Ziel 1: Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
1.1 Ältere Menschen sind über die Bedeutung eines aktiven Alterns für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit informiert und die Bürgerinnen und Bürger verfügen über ein Bewusstsein hinsichtlich der Bedeutung informellen gegenseitigen Helfens, Unterstützens und Aufeinander-Achtens für die Beibehaltung und Verwirklichung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen.	Darstellung der Bedeutung von gesellschaftlicher Teilhabe und eines möglichst aktiven Alters für das Wohlbefinden und die Gesundheit älterer Menschen in Zeitungen, Zeitschriften, Internet, Radio, Film und Fernsehen.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
1.2 Ältere Menschen handeln selbstverantwortlich und gestalten ihr Alter aktiv.	Darstellung der Bedeutung gegenseitigen Helfens, Unterstützens und Aufeinander-Achtens für den Einzelnen und die Gesellschaft in den Medien (s. o.).	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
1.3 Die Kommunen kennen die Bedürfnisse ihrer älteren Einwohnerinnen und Einwohner und berücksichtigen sie bei ihrer Politik. Sie schaffen Strukturen, die ein aktives Altern ermöglichen („Ermöglichungsstrukturen“).	Schaffung von Leitbildern und Gesamtkonzepten in den Kommunen für eine lokale Bürgergesellschaft, in denen der Stellenwert der verschiedenen Formen der gesellschaftlichen Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger und wie diese gefördert werden soll, dargestellt werden. Diese Leitbilder und Gesamtkonzepte sollten auch Aussagen zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen in der Kommune enthalten.	Bundesministerium für Gesundheit
1.4 Für ältere Menschen stehen wohnortnahe Angebote für Aktivitäten im Kultur-, Freizeit- und Bildungsbereich in ausreichendem Maße zur Verfügung und es gibt niedrigschwellige und kultursensible Informationen hierzu. Ältere Menschen erhalten Hilfen, um ihre Aktivitäten auch im Alter beibehalten oder wiederaufnehmen oder Aktivitäten neu beginnen zu können.	Durchführung von Befragungen in den Kommunen zu den Bedürfnissen älterer Menschen sowie Maßnahmen des regionalen und stadtteilbezogenen Monitorings (spezifische lokale Gesundheitsberichtserstattung, Checklisten, Assessment, Bürgerbefragung), Maßnahmen, um mangelnde Teilhabe oder Isolation älterer Menschen zu erkennen.	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
1.5 Das gesellschaftliche Engagement älterer Menschen und die Selbsthilfe älterer Menschen sind gefördert. Für ältere Menschen, die sich gesellschaftlich engagieren wollen, sowie für ältere Menschen, die Zugang zu einer Selbsthilfegruppe suchen oder eine Selbsthilfegruppe gründen wollen, stehen niedrigschwellige und kultursensible Informationen, Beratung und Unterstützung bereit.	Durchführung kleinräumig angelegter Sozialplanung und Praktizierung quartiersbezogener Arbeitsansätze (z. B. Quartiersmanagement, Gemeinwesenarbeit) mit partizipativem Ansatz, bei denen ältere Menschen besonders angesprochen und einbezogen werden.	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
1.6 Ältere Menschen beteiligen sich an der politischen Willensbildung in Parteien, Gewerkschaften und Seniorenvertretungen und in der Kommune.	Spezifische Maßnahmen zur Integration und Unterstützung gesellschaftlicher Teilhabe alleinlebender älterer und hochaltriger Menschen (Entwicklung und Nutzung entsprechender Zugangswege sowie Abbau von Barrieren) und von älteren Menschen, die von Isolation oder mangelnder Teilhabe betroffen sind.	engagementfördernde Infrastruktureinrichtungen auf Bundes-, Landes- u. kommunaler Ebene
		Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
		Landkreise und Kommunen
		Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
		Verbände und Vereine

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
1.7 Faktoren, die die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen beeinträchtigen, zu mangelnder Teilhabe oder zu Isolation führen können, werden von ihrem Umfeld besser erkannt, Anzeichen werden sensibler wahrgenommen. Der Isolierung wird entgegengewirkt.	Unterstützung von Menschen, die zur Wahrnehmung von gesellschaftlicher Teilhabe der Hilfe bedürfen (z. B. Mobilitätshilfen) und Aufbau regionaler Hilfesysteme unter Verbindung von Ehrenamtlichkeit und Professionalität.	
1.8 Kommunen sowie das Umfeld älterer Menschen (z. B. Angehörige von Gesundheitsberufen, Betreuungsdienste und Einrichtungen) kennen Zugangsbarrieren zu gesellschaftlicher Teilhabe, erkennen Problemfälle und entwickeln kompensierende Maßnahmen oder leiten sie ein.	Aktivierung und Förderung von Nachbarschaftsaktivitäten und Nachbarschaftshilfe sowie Vermittlung von Interessenpartnerschaften.	
1.9 Die gesellschaftliche Teilhabe ist bei sozial benachteiligten älteren Menschen gestärkt.	Schaffung von Anlauf- und Koordinierungsstellen in den Kommunalverwaltungen, deren Aufgabe es (auch) ist, vor Ort als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für das Engagement älterer Menschen und als Akteure zur Anregung und Ermöglichung von Engagement zu wirken.	
	Sockelfinanzierung von engagementfördernden Strukturen, wie z. B. Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen und -zentren, Selbsthilfekontaktstellen.	
	Schaffung von Kooperationsstrukturen und Netzwerken zwischen den verschiedenen Einrichtungen des Engagements in den Kommunen (mit besonderer Berücksichtigung älterer Menschen).	
	Darstellung der Möglichkeiten des Engagements von älteren Menschen und der damit verbundenen Chancen für den Einzelnen und Werbung für das Engagement älterer Menschen in der Öffentlichkeitsarbeit von Kommunen, Vereinen und Verbänden.	
	Entwicklung einer Anerkennungskultur, die die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigt.	
	Durchführung lokaler Engagementbörsen, Tagen der offenen Tür u. Ä., an denen Möglichkeiten des Engagements dargestellt und für Engagement geworben wird und bei denen ältere Menschen besonders angesprochen werden.	

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	Entwicklung von Engagementförderkonzepten und -strategien und Unterstützung sowie Förderung von engagementfördernden Infrastruktureinrichtungen auf Landesebene sowie Unterstützung und Förderung der Kommunen bei ihrer Engagementförderung durch die Bundesländer.	
	Unterstützung und Förderung der engagementfördernden Infrastruktureinrichtungen auf Bundesebene.	
	Durchführung von Modellprogrammen und -projekten, durch die Anknüpfungspunkte und Zugänge älterer Menschen zum Engagement erprobt werden sollen.	
	Durchführung von Modellprogrammen und -projekten, durch die neue Engagementfelder, insbesondere für ältere Menschen, erprobt werden sollen.	
	Durchführung von Modellprogrammen und -projekten, durch die erprobt werden soll, wie der Zugang zu schwer zugänglichen Gruppen (ältere Migrantinnen und Migranten, ältere sozial Benachteiligte, hochaltrige alleinstehende Männer u. a.) gefunden werden kann.	
	Maßnahmen zu Identifizierung und Transfer guter Praxis der Förderung gesellschaftlicher Teilhabe (regionen- und soziallagenbezogen, kulturspezifisch), z. B. bundesweite Überblicke, Dokumentation bewährter Praxis, Wettbewerbe, Pilotprojekte.	
	Fortbildung von Akteuren.	

Ziel 2:
Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert.

Ausgangslage

Gesundheitliche Ressourcen und Widerstandskraft (Resilienz) einerseits und gesundheitliche Risiken andererseits üben einen großen Einfluss auf die Gesundheit älterer Menschen aus.

Auch im Zusammenhang mit Gesundheit stellen Bildung, positive Altersbilder und individuelle Regulationsfähigkeit wichtige Ressourcen dar. Sie ermöglichen, auch in Fragen der eigenen Gesundheit oder des Umgangs mit Krankheit selbstständig und autonom zu handeln, z. B. einen gesunden Lebensstil zu pflegen.

Ein gesunder Lebensstil reduziert die Wahrscheinlichkeit des pathologischen Alterns und kann gleichzeitig die eigenen Reservekapazitäten stärken. Dies kann erreicht werden durch das Vermeiden von Risikoverhalten, wie zum Beispiel Bewegungsmangel (siehe Ziel 3), ungesunde Ernährung (siehe Ziel 4), Alkoholmissbrauch und Rauchen (siehe das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“). Um sich zur Ausübung von Gesundheitsverhalten, wie zum Beispiel regelmäßiger körperlicher Aktivität, zu motivieren und um diese Motivation auch dauerhaft in gesundheitsförderliche Handlungen umzusetzen, bedarf es unter anderem einer individuellen Regulationsfähigkeit (wie z. B. des Setzens und Verfolgens gesundheitlicher Ziele). Eine weitere Voraussetzung ist eine gut ausgebildete Gesundheitskompetenz, die das Wissen um die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens und um gesundheitliche Kontrollmöglichkeiten sowie um (verhaltensbedingte) gesundheitliche Risikofaktoren und um Möglichkeiten der Früherkennung von Krankheiten umfasst.

Resilienz beschreibt das Phänomen der psychologischen Widerstandsfähigkeit angesichts von Herausforderungen und kritischen Lebensereignissen, mit denen sich Menschen im Verlauf ihres Lebens auseinandersetzen müssen. Ein Großteil älterer Menschen verfügt angesichts bereits gesammelter Verlusterfahrungen über hohe emotionale Widerstandsfähigkeit [Kessler & Staudinger, 2010]. Gleichwohl besteht auch für ältere Menschen die Gefahr, dass sie Krisen nicht bewältigen. Als beispielhafte Herausforderungen des Alters, die auch mit Verlusten einhergehen können, sind unter anderem der Übergang in die nachberufliche Phase [Adams, Sanders & Auth, 2004] und die Verwitwung [Boerner, Wortman & Bonanno, 2005] zu nennen.[4] Weitere wichtige Statuspassagen bilden die Übernahme von Pflege in der Familie [Fitzpatrick & Vacha-Haase, 2010] (siehe Ziel 8) und der Übergang in die Pflegebedürftigkeit (siehe Ziel 13).

Zentral ist hierbei die Frage, wie es Menschen angesichts der sich verändernden Balance von Gewinnen und Verlusten im Alter gelingen kann, auf diese Verluste und gesundheitlichen, sozialen und persönlichen Krisen möglichst adaptiv zu reagieren [Kliegel, Zinke & Hering, 2012]. Nach Kruse und Wahl (2010) bestehen zunächst objektive Einschränkungen und Verluste, die jedoch subjektiv, je nach Person, sehr unterschiedlich erlebt werden können. Die Reaktionsmittel auf derartige Einschränkungen teilen Kruse und Wahl in psychologische und nichtpsychologische Mittel ein. Zu Ersteren gehören die Persönlichkeit eines Menschen sowie dessen Bewältigungsrepertoire, Wissen und Erfahrungen sowie dessen geistige Fähigkeiten. Zu den nichtpsychologischen Mitteln zählen neben dem Bildungsstand und dem sozioökonomischen Status auch der soziale und räumliche Kontext einer Person. Beispielsweise ist ein barrierearmes Wohnumfeld wichtig für den Erhalt der Partizipationsmöglichkeiten (siehe auch Ziele 1 und 4). Die Ausübung von gesellschaftlicher Teilhabe wiederum kann mit einem umfangreicheren sozialen Netzwerk einhergehen und damit auch einen Beitrag zum Aufbau psychologischer Widerstandsfähigkeit leisten.

Ein verbreitetes Risiko ist das Sturzrisiko. Stürze älterer Menschen sind häufig und teils mit schweren individuellen Folgen und hohen Kosten verbunden. Knapp ein Drittel der ab 65-jährigen und ca. die Hälfte der ab 80-jährigen Menschen stürzen mindestens einmal jährlich [RKI, 2009]. Jeder 5. – 10. Sturz führt zu Verletzungen (z. B. Frakturen) [TK, 2010]. Ca. 5 % aller Krankenhausaufenthalte

[4] Im Rahmen dieses Gesundheitsziels konnte das Thema Erwerbstätigkeit im Alter nicht behandelt werden. Die Integration älterer Menschen in Arbeit setzt das Vorhandensein einer ausreichenden Zahl alter(n)sgerechter Arbeitsplätze und ggf. zielgruppengerechte Leistungen zur Teilhabe sowie Beratung der Arbeitgeber voraus. Der vorzeitigen Ausgliederung älterer Erwerbstätiger aus dem Erwerbsleben aufgrund ihnen pauschal zugeschriebener altersbedingter Leistungseinbußen ist unter anderem durch eine verstärkte Aufklärung über den Wert altersassoziierter und erfahrungsbasierter Ressourcen zu begegnen.

sind sturzbedingt. Viele ältere Menschen erlangen nach Hüftfrakturen ihre Beweglichkeit nicht zurück, etwa 20 % werden dauerhaft pflegebedürftig [BVPG, 2011].

Als Ursachen werden individuelle Faktoren und Umfeldfaktoren, aber auch ein Zusammenwirken verschiedener Aspekte (z. B. Erhöhung der Sturzgefahr durch Medikamenteneinnahme) diskutiert.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Zur Stärkung der Ressourcen älterer Menschen sollten im Sinne eines lebenslangen Lernens stärkere Anstrengungen im Bereich Bildung erfolgen. Daher ist vor allem Menschen ab dem 65. Lebensjahr das (weitere) lebenslange Lernen zu ermöglichen. Hierzu geeignete Maßnahmen sind beispielsweise der Ausbau einer Infrastruktur für lebenslanges Lernen [Kessler, Lindenberger & Staudinger, 2009] sowie die Vermittlung eines positiveren Alter(n)sbildes und von mehr Selbstbewusstsein mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der positiven Beeinflussung der Gesundheit in jedem Lebensalter. Bezüglich der individuellen gesundheitlichen Regulationsfähigkeit und der gesundheitlichen Eigenverantwortung gilt es vor allem, die folgenden Fähigkeiten zu fördern: Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen zum Ausdruck zu bringen, sich zu informieren, zu wählen, zu entscheiden, urteilen zu können, mitzubestimmen, zu steuern und zu kontrollieren.

Gerade auch im mittleren und höheren Lebensalter können Frauen und Männer – gut informiert und selbstbestimmt – aktiv die eigene Gesundheit stärken, ihr Wohlbefinden fördern sowie zur Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten beitragen. Wesentlich ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Sie erhöht die Handlungsfähigkeit und ermöglicht, Gesundheitsrisiken besser zu erkennen und entsprechend zu mindern. Um dies zu erreichen, sind u. a. die zielgerichtete Sensibilisierung sowie die Information der älteren Menschen erforderlich, z. B. über die relevanten chronisch-degenerativen Erkrankungen, zentrale Risikofaktoren und Möglichkeiten der Früherkennung.

Damit Anstrengungen für einen gesunden Lebensstil (z. B. gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität) in einem unterstützenden Kontext stattfinden und zu Erfolgserlebnissen führen, sind eine barrierearme Lebensumwelt und entsprechende, breit gefächerte Angebote erforderlich.

Um die Entwicklung von wahrgenommener Kompetenz und gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen[5] zu unterstützen, ist auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung auf eine stärkere Transparenz des Gesundheitswesens sowie auf die Stärkung der Position der mündigen Patientin und des mündigen Patienten zu achten.

Im Rahmen von Patienteninformation und -aufklärung sollte u. a. auf individuelle Risikofaktoren (z. B. erbliche Faktoren) und in diesem Zusammenhang auf bestehende Angebote der GKV zu Krankheitsfrüherkennung und deren Chancen und Risiken hingewiesen werden.

Neben der Ansprache und Information der älteren Menschen selbst sind auch Familienangehörige, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. aus dem Sport- und Freizeitbereich) sowie Fachkräfte (z. B. aus der Pflege) anzusprechen. Über Internet sowie Printmedien sollten unter Nutzung und Weiterentwicklung bereits vorhandener Gesundheitsinformationsangebote relevante aktuelle und qualitätsgesicherte, zielgruppenadäquate Gesundheitsinformationen bereitgestellt werden. Hierbei sind insbesondere das Kommunikationsverhalten sowie die von der Zielgruppe und den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Fachkräften genutzten Kommunikationskanäle zu berücksichtigen. Zusätzlich erscheinen Maßnahmen, die im Sinne der „Sprechenden Medizin“ die Kommunikation zwischen Zielgruppe und Ärzteschaft unterstützen, sinnvoll.

Im Sinne einer stärker personen- und weniger erkrankungszentrierten Gesundheitsversorgung ist es wichtig, dass beispielsweise für Personen mit Migrationshintergrund oder niedrigerem Bildungsstand Angebote ge-

[5] Als gesundheitliche Kontrollüberzeugungen werden die Erwartungen eines Individuums, dass Gesundheit und Krankheit beeinflussbar sind, beschrieben [Wallston & Wallston, 1978; Schröder, 1997].

schaffen werden, die diese auch wahrnehmen und vorteilhaft nutzen können. Relevant sind hierbei auch geschlechtssensible Ansprache und Angebote in der Gesundheitsförderung und -versorgung. In der Prävention ist zu differenzieren zwischen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern und Menschen, die im häuslichen Umfeld leben.

Damit Verluste und Herausforderungen des Alters, wie der genannte „Übergang in den Ruhestand“ und die „Verwitwung“, gut bewältigt werden können, werden eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen.

Bezüglich des Übergangs in den Ruhestand sind Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. mediale Kampagnen) erforderlich, die darauf hinweisen, dass es lohnenswert ist, sich auf den Übergang in den Ruhestand vorzubereiten. In diesem Zusammenhang sollten auch Anregungen zur Gestaltung eines aktiven nachberuflichen Lebens (insbesondere als Ruhestandsstruktur für Menschen ab dem 65. Lebensjahr) durch Engagement im Familien-, Bekannten- und Freundeskreis sowie durch ehrenamtliches Engagement und gesellschaftliche Partizipation gegeben werden. Im Hinblick auf die Anhebung des Rentenalters auf 67 Jahre erscheinen begleitende Maßnahmen zur Integration älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erforderlich und sinnvoll. Insbesondere sollte ein längerer Verbleib älterer Menschen im Erwerbsleben gesellschaftlich besser akzeptiert werden. Im Hinblick auf die noch unterschiedlichen Erwerbsverläufe von Mann und Frau sind hier auch geschlechtssensible Angebote wichtig. Zudem sollte dafür Sorge getragen werden, dass im Erwerbsleben gesammeltes Erfahrungswissen auch nach dem Übergang in den Ruhestand durch Lehr- oder Mentorentätigkeiten in den Arbeitsprozess und die Gesellschaft eingebracht werden kann.

Bei Verwitwung und Verlust nahestehender Menschen können Angebote der Selbsthilfe helfen, Gefahren der Einsamkeit, gesundheitlicher Folgeschädigungen oder gar des Suizids abzuwenden. Eine stärkere (Wieder-)Eingliederung in eine Gemeinschaft – Nachbarschaft, Gesprächskreis in der Kirche, Interessengemeinschaft, Ehrenamt – ist als sinnvolle Intervention zu werten und durch die Altenhilfe auf kommunaler Ebene zu unterstützen. Frauen und Männer, die nach dem Tod der Partnerin oder des Partners allein sind und an Einsamkeit leiden, ist ein verbesserter Zugang zu Beratung und Selbsthilfe zu gewähren. Gemeint sind dabei nicht nur Kriseninterventionen, insbesondere in den ersten drei Monaten nach dem Verlust der Partnerin oder des Partners (oder dem Verlust eines nahestehenden Menschen), sondern auch eine längerfristige gemeindenahe Unterstützung dieser Personen. Hausärztinnen und Hausärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Sozialstationen und Seelsorgerinnen und Seelsorgern kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Die Förderung der Resilienz setzt an individuellen Bewältigungs- und Handlungskompetenzen an. Zu beachten ist hierbei, dass Maßnahmen zur Förderung der Resilienz insbesondere diejenigen Bevölkerungsgruppen erreichen sollen, die derartige Angebote bisher kaum in Anspruch nehmen (z. B. untere Bildungsgruppen sowie Menschen mit geringerem sozioökonomischem Status) [Greve, Leipold & Meyer, 2009].

Eine wichtige Grundvoraussetzung für den Erhalt der Partizipation bis in das hohe Alter stellen ein barrierearmes inner- und außerhäusliches Wohnumfeld und eine gut zugängliche öffentliche Infrastruktur – einschließlich öffentlicher Verkehrsmittel – dar. Ein barrierearmes Wohnumfeld und angemessene öffentliche Verkehrsmittel sind durch entsprechende Maßnahmen weiter auszubauen.

Um Stürzen adäquat vorbeugen zu können, ist Wissen über zentrale Sturzgefahren, individuelle und umfeldbedingte Gefahrenquellen (häusliches Umfeld, Einrichtungen) und Risiken erforderlich, ebenso Wissen über geeignete individuelle Maßnahmen (z. B. Bewegungsförderung). Daher sollte die Strategie auf verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen, Sensibilisierung und Wissensvermittlung sowie auf die flächendeckende Verbreitung bewährter umsetzungsbezogener Programme (wie z. B. das Sturzprophylaxe-Programm des Deutschen Turner-Bundes (DTB), Qualifizierungen, Arbeitshilfen und Angebote fokussieren. Angesprochen werden sollten die älteren Menschen selbst sowie Fachkräfte, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Ziel 2: Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken gemindert.

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
2.1 Wissen um Gesundheit, die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens und Gesundheitsversorgung ist vorhanden. Das Bewusstsein gesundheitlicher Kontrollmöglichkeiten (z. B. wahrgenommene Gesundheitskompetenz) ist gestärkt.	Förderung des lebenslangen Lernens (z. B. spezielle Volkshochschulkurse für ältere Menschen; breit gefächerte Bildungsangebote; vereinfachter, niedrigschwelliger Zugang, auch für Menschen mit niedrigerem Bildungsstand und für Menschen mit Migrationshintergrund, auch zu Angeboten der Seniorenuniversitäten; Verbesserung der Durchlässigkeit und der Verzahnung von Bildungspfaden).	Arbeitgeber (öffentliche, private)
2.2 Verhaltensbedingte gesundheitliche Risikofaktoren sind bekannt.	Förderung des informellen Lernens (d. h. des Lernens in Lebenszusammenhängen) im intergenerationellen Austausch (z. B. was können junge und ältere Menschen gegenseitig voneinander lernen, wenn es um den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen geht).	Berufsverbände
2.3 Anzeichen chronisch-degenerativer Krankheiten werden frühzeitiger erkannt.	Vermittlung von positiven Rollenmodellen, die durch selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Handeln die Herausforderungen des Alters meistern (auch von Rollenmodellen, die auch für bildungsfernere Gruppen und für ältere Menschen mit Migrationshintergrund ansprechend sind).	Bildungsträger und -einrichtungen (z. B. Volkshochschulen)
2.4 Ältere Menschen handeln selbstverantwortlich und eigeninitiativ. Familienangehörige, Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterstützen die Autonomie älterer Menschen.	Abbau von Altersstereotypen (z. B. durch Kampagnen zur Vermittlung eines realistischen Altersbilds, durch Betonung der Stärken und Potenziale älterer Menschen in den Medien).	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
2.5 Auch Menschen ab dem 65. Lebensjahr profitieren von Angeboten des lebenslangen Lernens.	Darstellungen und Informationen in den Medien, in Vorträgen oder Kursen (z. B. VHS), durch die das Selbstbewusstsein älterer Menschen und ihr Wissen um die positive Veränderbarkeit des eigenen Gesundheitszustands gestärkt werden.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
2.6 Die Vielfalt des Älterwerdens wird wahrgenommen. Es ist bekannt, wie der Alternsprozess positiv beeinflusst werden kann.	Förderung der individuellen Regulationsfähigkeit zur Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen im Alter (z. B. eigene Lebensziele an die gesundheitliche Situation anpassen; Nachdenken über alternative Möglichkeiten, wichtige Lebensbereiche – wie körperliche Aktivität – angesichts von gesundheitlichen Verschlechterungen aufrechtzuerhalten).	Bundes-/Landespsychotherapeutenkammer
2.7 Die nachberufliche Phase wird aktiv gestaltet.		Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
2.8 Nach der Verwitwung bzw. nach dem Verlust nahestehender Angehöriger wird neuer Lebensmut gefunden.		Bundesministerium für Gesundheit
2.9 Das Wissen um Sturzgefahren ist erhöht und Maßnahmen zur Sturzprävention sind ausgebaut. Sturzgefahren und -risiken im häuslichen Umfeld, im öffentlichen Raum, in Einrichtungen oder durch Medikamenteneinnahme werden erkannt und es wird adäquat vorgebeugt.		Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
2.10 Gesundheitliche Ressourcen und Widerstandskraft sind bei den sozial benachteiligten älteren Menschen gestärkt und die gesundheitlichen Risiken sind in dieser Personengruppe gemindert.		Bundeszahnärztekammer/Landeszahnärztekammern
		Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
		Deutsches Zentrum für Altersfragen
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- & Sozialministerien der Länder
		Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen
		Institutionen und Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
		Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Landesgesundheitsvereinigungen/-institute

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	(Weiter) -entwicklung, Nutzung und Verbreitung von sachdienlichen, qualitätsgesicherten, laienverständlichen Informationen (Print, Internet) zu den relevanten verhaltensbezogenen Themenbereichen, u. a. Bewegung/ Bewegungsmangel, Ernährung/Malnutrition einschl. Flüssigkeitsaufnahme, Umgang mit Medikamenten/Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit, Alkoholkonsum, Früherkennungsuntersuchungen. Aufbereitung der Informationen auch für Menschen mit Seh- oder Hörbehinderung.	Landkreise und Kommunen Medien Pharmaunternehmen öffentliche, private und kirchliche Dienstleistungsanbieter der Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfe Selbsthilfegruppen und -einrichtungen Unternehmen Verbände und Vereine
	Zielgruppengerechte Aufbereitung krankheitsbezogener Informationen (vorrangig zu den Bereichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschl. Risikofaktoren, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen (u. a. Depression, Demenz,) Multimorbidität, Medikamenteneinnahme, Hör- und Sehvermögen, Mundgesundheit.	
	Vermittlung von Informationen, die das Gesundheitswesen für verschiedene Gruppen älterer Menschen transparenter machen (z. B. über mögliche Leistungen oder Behandlungsalternativen) sowie Stärkung der Position der mündigen Patientinnen und Patienten (z. B. Stärkung der Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen Entscheidungssituationen durch Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen und sozialer Kompetenzen).	
	Sachgerechte Beratung und Aufklärung über Früherkennungsuntersuchungen.	
	Barrierearme Gestaltung der Lebensumwelt (z. B. lesefreundliche Materialien der gesundheitlichen Aufklärung bei Print- und Onlinematerialien, die auch auf bildungsfernere Gruppen von älteren Menschen und für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zugeschnitten sind).	

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. mediale Kampagnen) zur Vorbereitung auf den Übergang in den Ruhestand und mit Anregungen für ein aktives nachberufliches Leben (z. B. soziales und ehrenamtliches Engagement).	
	Ausbau, Fortführung und Etablierung flexibler Altersteilzeit-Modelle zur Vorbereitung auf einen (aktiven) Ruhestand sowie Schaffung von Beratungsangeboten für den Übergang in den Ruhestand (insbesondere von Angeboten an spezieller Beratung für bildungsfernere Gruppen von Älteren).	
	Einbringung des Erfahrungswissens in den Arbeitsprozess durch Lehr- und Mentorentätigkeit im Ruhestand.	
	Psychotherapeutisch orientierte Unterstützungsangebote, um die neuen Anforderungen des Alleinlebens zu meistern (Förderung zu proaktivem Denken und Handeln und Steigerung der wahrgenommenen Kompetenz, auch mit tiefgreifenden Verlusten und Einschränkungen umgehen zu können).	
	Unterstützung verwitweter Menschen sowie von Menschen, die nahestehende Angehörige verloren haben, verbliebene und eventuell neue Handlungsmöglichkeiten in ihrer veränderten Lebenssituation zu sehen (z. B. durch Broschüren oder durch Angebote in Mehrgenerationenhäusern).	
	Erkennen und adäquate Behandlung des Syndroms der komplizierten bzw. pathologischen Trauer.	
	Optimierung der Hilfen für verwitwete Personen durch Selbsthilfe- und Beratungsangebote für sie selbst und ihre Angehörigen (unter Beteiligung z. B. von Hausärztinnen und Hausärzten, Seelsorgerinnen und Seelsorgern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegediensten) mit dem Ziel der Wiedereingliederung dieser Personen in eine Gemeinschaft (z. B. Nachbarschaft, Gesprächskreis in der Kirche, Interessengemeinschaft, Ehrenamt).	

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	Erleichterung der Inanspruchnahme von Hospizdiensten, auch um die Abschiednahme und den Trauerprozess der zurückbleibenden Angehörigen zu unterstützen. Stärkung von außerfamiliärem Rollenengagement (z. B. Kontakten zu Bekannten, Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunden) vor und nach der Verwitwung.	
	• Maßnahmen zur Sensibilisierung und Wissensvermittlung zum Thema Stürze, z. B. qualifizierte Bürgerinformationen und Patienteninformation zu häufigen Gefahrenquellen, Kurzübersichten, Checklisten, Mediensets, Fortbildungsveranstaltungen, Beiträge in Fachzeitschriften, Arbeitshilfen.	
	Verbreitung sowie Anwendung des Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ des DNQP durch Pflegedienste und in stationären Pflegeeinrichtungen.	

Ziel 3:
Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten

Ausgangslage

Regelmäßige körperliche Aktivität stellt einen wichtigen Faktor für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit dar. Die große Relevanz aktiver Lebensstile für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und die Vermeidung chronischer Erkrankungen ist auch auf der Ebene von Metaanalysen hinreichend belegt [Löllgen, Bockenhoff & Knapp, 2009]. Ein aktiver Lebensstil vermindert beispielsweise nachgewiesenermaßen das Risiko für einen vorzeitigen Tod, für ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfälle, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 oder bestimmte Krebserkrankungen. Zudem beeinflusst regelmäßige Bewegung die Blutfette günstig, reduziert Depressionen und verbessert bei älteren Menschen die kognitiven Funktionen. Darüber hinaus vermindert körperliche Aktivität das Risiko für Stürze und Hüftfrakturen und kann die Alltagskompetenzen im Alter verbessern [Abu-Omar und Rütten, 2006; Titze et al., 2010; U.S. Department of Health and Human Service, 2008]. Auch gibt es Hinweise auf eine Verbesserung der Gehirnleistung durch moderate Bewegung (Ausdauertraining) und Dual-Tasking-Übungen, z. B. motorisch-kognitive Trainingseinheiten [Voelcker-Rehage et al., 2010].

Insbesondere im höheren Alter ist regelmäßige körperliche Aktivität hochrelevant in Hinblick u. a. auf eine selbstständige Lebensführung und individuelle Mobilität [Cirkel & Juchelka, 2009]. Neben schweren gesundheitlichen Einschränkungen können auch Behandlungs- oder gar Pflegebedürftigkeit vermieden oder herausgezögert werden [Kuhlmey & Schaeffer, 2008]. Ein körperlich aktiver Lebensstil trägt also wesentlich zu einem gesunden Altern bei. Umgekehrt können inaktive Lebensstile chronische Krankheitsentwicklungen forcieren und damit den Erhalt der Selbstständigkeit gefährden [Rejeski et al., 2006, Walston et al., 2006]. Es gilt zu beachten, dass ältere Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sowohl von chronischer Krankheit und Multimorbidität als auch von Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit stärker betroffen sind und damit spezifischer Unterstützung für selbstbestimmte aktive Lebensstile bedürfen.

Nach der empirischen Befundlage bewegt sich die Bevölkerung in Deutschland in allen Altersgruppen, vor allem jedoch im höheren Alter, insgesamt zu selten, auch wenn bildungsbezogene Unterschiede bestehen [Lampert, Mensink & Ziese, 2005; Rütten et al., 2007; Motel-Klingebiel, Wurm & Tesch-Römer, 2010]. Die positiven Potenziale körperlicher Aktivität werden von vielen älteren Menschen nicht ausgeschöpft. Äußere Rahmenbedingungen wie beispielsweise die Technisierung, die verstärkte Nutzung moderner Kommunikationsmittel, der stark angestiegene Medienkonsum, aber auch das Verschwinden von Bewegungsmöglichkeiten und -räumen begünstigen bewegungsarme Lebensstile [SVR, 2009]. Der Förderung körperlicher Aktivität kommt auch deshalb im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege im Alter eine hohe Bedeutung zu, da selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen in besonderer Weise davon profitieren können [Kruse, 2006a].

Epidemiologische Studien zeigen, dass für ältere Menschen körperliche Aktivitäten gesundheitswirksam sind, wenn sie mindestens 150 Minuten (2,5 Stunden) pro Woche mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten (1,25 Stunden) pro Woche mit höherer Intensität oder einer adäquaten Kombination aus mittlerer und höherer Intensität durchgeführt werden [U.S. Department of Health and Human Services, 2008; WHO, 2011]. Als sinnvoll hat sich dabei eine Verteilung der Aktivität auf möglichst viele Tage der Woche herausgestellt. Zudem sollten einzelne Bewegungseinheiten möglichst mindestens zehn Minuten am Stück umfassen [Titze et al., 2010]. Zusätzliche Gesundheitsgewinne können über eine Erhöhung des Bewegungsumfangs auf 300 Minuten (5,0 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 150 Minuten (2,5 Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität oder eine entsprechende Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität erreicht werden [Titze et al., 2010]. Beispiele für körperliche Aktivitäten mit eher mittlerer Intensität sind zügiges Spazierengehen, Tanzen, Gartenarbeiten, Fahrradfahren, Wassergymnastik. Bewegungen mit eher höherer Intensität beinhalten beispielsweise zügiges Walken, Joggen, zügiges Fahrradfahren auch auf dem Hometrainer, zügiges Schwimmen, Sport- oder Rückschlagspiele und zügiges Langlaufen. Die Intensität der Bewegung muss dabei auf

den biologisch bedingten Rückgang der Leistungsfähigkeit abgestimmt werden.

Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass es für ältere Menschen empfehlenswert ist, mindestens zweimal pro Woche muskelkräftigende Übungen durchzuführen, bei denen alle großen Muskelgruppen beansprucht werden, sowie das Gleichgewichtsvermögen zu trainieren, um die Sturzgefahr zu reduzieren [Titze et al., 2010].

Die hier aufgeführten Ergebnisse gelten zunächst für gesunde ältere Menschen, die keine Kontraindikationen hinsichtlich körperlicher Aktivität aufweisen. Sie sind aber auch für ältere Menschen mit Behinderungen oder mit chronischen Erkrankungen gültig, sofern die Erkrankungen die Bewegungsfähigkeit nicht direkt betreffen. Gleichzeitig gilt es zu beachten, dass es auch zu unerwünschten Ereignissen kommen kann. Diese beziehen sich insbesondere auf den Bewegungsapparat und (seltener) auf das Herz-Kreislauf-System. Deshalb sollten ältere Menschen sowie chronisch kranke oder übergewichtige Menschen, die in der Vergangenheit keine Bewegungen mit höherer Intensität durchgeführt haben und nun damit beginnen möchten, dies vor Beginn mit einer Ärztin oder einem Arzt abklären [Titze et al., 2010], um mögliche Risiken abzuklären und mögliche therapeutische Aspekte zu beachten.

Zu berücksichtigen ist, dass die o. g. Erkenntnisse über gesundheitlich sinnvolle körperliche Aktivitäten in umfassende Interventionsansätze eingebunden werden sollten. Bisherige Ergebnisse aus der Interventionsforschung zur Bewegungsförderung legen nahe, dass fortlaufende Beratungs- und Unterstützungsangebote vielversprechend sind, um den körperlichen Aktivitätsgrad kurz- und mittelfristig zu erhöhen. Bestätigt werden konnte insbesondere, dass sich Umweltbedingungen und Individuum hinsichtlich des Aktivitätsverhaltens von Menschen – auch in der Altersgruppe von 60 Jahren und älter – wechselseitig beeinflussen [Hall & McAuley., 2010; Sallis et al., 2006]. Gesicherte Aussagen über die Nachhaltigkeit von Effekten entsprechender Interventionen der Bewegungsförderung sind zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch kaum möglich [Foster, Hillsdon & Thorogood, 2009].

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Neben der Verfügbarkeit attraktiver und barrierearmer Freiflächen und Aktivitätsräume gelten auch für ältere Menschen Interventionen als erfolgversprechend, die

- einen Bezug zum Alltag der Teilnehmerinnen und Teilnehmer herstellen und leicht ins Alltagsleben integriert werden können [Conn et al., 2003; van der Bij, Laurant und Wensing, 2002],
- im sozialen Nahfeld sowie in Gruppen durchgeführt werden [Conn et al., 2003; Hillsdon et al., 2005] und
- Zugangsbarrieren wie lange Anfahrtswege oder hohe Kosten vermeiden [Conn et al., 2003; de Jong et al., 2007; Stevens et al., 2003].

Für die Praxis der Bewegungsförderung werden Maßnahmen zur Unterstützung eines körperlich aktiven Lebensstils in Kombination mit der Gestaltung bewegungs- und gesundheitsförderlicher Lebenswelten empfohlen. Besonders sinnvoll sind Setting-Interventionen, in denen Bewegung nur einen von verschiedenen Ansatzpunkten darstellt; nicht zuletzt wirkt auch beispielsweise die soziale Vernetzung älterer Menschen in ihrer Nachbarschaft befähigend und ermöglichend für viele weitere Aktivitäten, so auch für körperliche Bewegung. Relevante Settings für ältere Menschen können Nachbarschaften (Stadtteil, Dorf), aber auch Pflegeheime und Institutionen für betreutes Wohnen sowie Stadtteilzentren bzw. Altentagesstätten sein. Naturgemäß bieten sich auch und gerade Sportvereine als lokale Settings für Bewegungsangebote für ältere Menschen an. Besonderer Aufmerksamkeit und spezifischer Zugangswege bedürfen hochaltrige, alleinstehende Personen, die nicht in soziale Netzwerke eingebunden sind. Setting-Interventionen erfordern eine sektorenübergreifende Vernetzung der Akteure auf den verschiedenen Ebenen. Dazu ist es auch erforderlich, dass die präventive Bedeutung von körperlicher Aktivität bei Aus- und Fortbildungen thematisiert und mit Praxisbeispielen hinterlegt wird.

Derzeit mangelt es jedoch häufig noch an entsprechenden zielgruppenspezifischen Interventionsansätzen, Angeboten und Maßnahmen der Bewegungsförderung,

die die interindividuell unterschiedlichen Bedürfnisse von älteren Menschen berücksichtigen. Bei der Entwicklung und Implementierung entsprechender Ansätze ist zusätzlich zu beachten, dass das Alter als Abschnitt im Lebenslauf nicht mit dem Altern als individueller Prozess gleichgesetzt werden darf. Es gilt folglich, leistungsdifferenzierte und nach Interessen spezifizierte Maßnahmen zu entwickeln. Zudem sollten sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen stärker als bisher adressiert werden und Gender-Mainstreaming-Aspekte berücksichtigt werden [LIGA.NRW, 2010; Geuter & Hollederer, 2011a]. Dabei sollten bestehende und erprobte Netzwerke, Initiativen und Programme (wie z. B. IN FORM oder das Netzwerkprojekt „Aktiv bis 100“ des DTB, Projekt „Bewegungsnetzwerk 50 plus“ des Deutschen Olympischen Sportbundes oder Ansätze aus dem Soziale-Stadt-Programm) einbezogen und weiterentwickelt werden.

Empfehlenswert erscheinen für die Bewegungsförderung besonders ein hoher Lebenswelt- und Alltagsbezug und eine Ausdifferenzierung nach Zielgruppen sowie verstärkte Anstrengungen hinsichtlich der Qualitätssicherung und Evaluation [Geuter & Hollederer, 2011b; Bucksch et al., 2010; LIGA.NRW, 2010; LIGA.NRW, 2011].

Zudem sollten bestehende Forschungslücken – insbesondere zur Bewegungsförderung älterer und hochaltriger Menschen mit chronischen Erkrankungen und Mobilitätseinschränkungen – systematisch geschlossen werden.

Ziel 3: Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
3.1 Das Wissen um die gesundheitliche Bedeutung körperlicher Aktivität ist bei älteren Menschen selbst wie ihrem (informellen und professionellen) Umfeld erhöht.	Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. mediale Kampagnen), flankierend für multimodale Strategien auf regionaler oder lokaler Ebene, zur Förderung von Gesundheitskompetenz.	Berufsverbände und Kammern
3.2 Die Bereitschaft zur Bewegung und die Freude an Bewegung sind erhöht (bewegungsfreundliche Kultur).	Verankerung und finanzielle Förderung altersfreundlichen und bewegungsförderlichen Städtebaus sowie entsprechender Wohnraumgestaltung in Gesetzen, Richtlinien und auf kommunaler Ebene.	Bildungsträger und -einrichtungen (z. B. Volkshochschulen)
3.3 Die zeitliche Dauer und die Häufigkeit gesundheitsförderlicher freizeit- und alltagsbezogener Bewegungsaktivitäten sind erhöht bzw. erhalten. Motorische Fähigkeiten (z. B. Koordination, Kraft und Ausdauer) sind gestärkt bzw. erhalten.	Etablierung von Bedarfserhebungen bzw. Gesundheits-, Pflege- und Sozialberichterstattung (zu körperlicher Aktivität, Angeboten und Umweltbedingungen) auf der Ebene der Länder und des Bundes.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
3.4 Zielgruppenspezifische, individuelle und gruppenbezogene, qualitätsgesicherte, niedrigschwellige und nachhaltig wirksame Angebote zur Förderung der körperlichen Aktivität sind vorhanden, bekannt und werden angenommen. Angebote stellen Chancengleichheit in den Vordergrund, mindern soziale und gesundheitliche Ungleichheiten und schaffen gleichberechtigten Zugang zu Bewegungsangeboten.	(Weiter) -entwicklung eines konzertierten kommunalen Vorgehens zur Förderung der Mobilität älterer Menschen (u. a. Einsetzung einer ressort- und akteursübergreifenden Steuerungsgruppe, Einbindung in den kommunalen Gesundheitszieleprozess), unter Berücksichtigung auch des Ziels, soziale und gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern.	Bundes- und Landesministerien
		Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
		Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Hochschulen und außeruniversitäre Forschung
		Immobilienbranche, insbesondere Wohnungsbaugesellschaften
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
3.5 Community-Strukturen (Zivilgesellschaft und Familie) unterstützen körperliche Aktivität der älteren Menschen. Mobilitätsunterstützung ist vorhanden.	(Weiter) -entwicklung öffentlicher Räume als bewegungs- und gesundheitsförderliche Lebenswelten unter Beachtung spezifischer Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen.	Landesgesundheitsvereinigungen/-institute
3.6 Einschränkungen der körperlichen Aktivität, der Mobilität und Funktionalität werden frühzeitig erkannt, ihnen wird entgegengewirkt.	(Weiter) -entwicklung und Ausbau von wohnortnahen Strukturen und niederschwelligen, zugehenden bzw. aufsuchenden Maßnahmen zur Bewegungsförderung älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelten sozial oder gesundheitlich benachteiligter Personen (z. B. durch Programme wie das Bund-Länderprogramm Soziale Stadt).	öffentliche, private und kirchliche Dienstleistungsanbieter der Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfe
3.7 Das Wohnumfeld ist bewegungsförderlich. Barrieren sind reduziert. Bewegungsräume stehen chancengleich zur Verfügung und mindern soziale und gesundheitliche Ungleichheiten.	(Weiter) -entwicklung und Ausbau der Bedingungen für Mobilität (u. a. altersfreundlicher ÖNV).	Robert Koch-Institut
3.8 Bewegungs- und Gesundheitsförderung werden durch tragfähige Finanzierungsstrukturen bei den jeweils relevanten Akteuren unterstützt. Geeignete Strategien der Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie der Evaluation sind etabliert und finanziell abgesichert.	(Weiter) -entwicklung und Ausbau von Mobilitätshilfediensten zur Überbrückung bzw. Kompensation funktioneller Bewegungseinschränkungen.	Selbsthilfegruppen und -einrichtungen
3.9 Forschungsstrukturen zur Bewegungsförderung bei älteren Menschen, insbesondere hinsichtlich hochaltriger, sozial benachteiligter und pflegebedürftiger Menschen, sind entwickelt und werden unterstützt.	Vorhaltung edukativer Maßnahmen und von Übersichten über Angebote. Verbesserung der Zugangswege.	Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung
3.10 Es besteht ein gut entwickeltes Aus- und Fortbildungssystem zum Thema Bewegungsförderung älterer Menschen für Professionelle und Ehrenamtliche auf der Basis von Curricula.	Konzertiertes quartiersbezogenes Vorgehen zur Förderung der Mobilität älterer Menschen (u. a. Einrichtung eines ressort- und akteursübergreifenden Netzwerks, partizipatives Vorgehen), unter Berücksichtigung auch des Ziels, soziale und gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern.	Landkreise und Kommunen
3.11 Körperliche Aktivität und Mobilität sind bei sozial benachteiligten älteren Menschen gestärkt bzw. erhalten.	Förderung zielgruppenspezifischer, bewegungsfreundlicher Netzwerke und Unterstützungsstrukturen im Quartier.	Unternehmen (Entwicklung und Produktion)
	Bewegungsförderliche Gestaltung des öffentlichen Raums, z. B. ausreichend beleuchtete Wege und Parks, ausreichende Ruhemöglichkeiten (Bänke mit Armlehnen) und öffentliche Toiletten, Barrierefreiheit (Gehwegabsenkung, Aufzüge, Rampen statt Treppen, Treppen mit Handläufen), altenfreundlicher ÖNV, Ampelschaltungen; Stadtteile der kurzen Wege und gemischten Nutzung.	Vereine und Verbände (z. B. Deutscher Olympischer Sportbund)
	Etablierung quartiersnaher Bewegungsräume (wie öffentlich und barrierefrei zugängliche Parkanlagen und Grünstreifen) sowie altenfreundlicher Trainingsgeräte im öffentli-	Wissenschaftliche Fachgesellschaften

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	chen Raum, Vernetzung und Einbeziehung in Angebote und Maßnahmen.	
	(Weiter) -entwicklung und Etablierung zielgruppenspezifischer (z. B. gender-, kultur-, altersgruppen- bzw. einschränkungsspezifischer) niedrigschwelliger (erreichbar, finanzierbar, zugehend) und settingspezifischer (VHS, zivilgesellschaftlicher Sektor, Vereine, insbesondere Sportvereine, Gemeinden, Begegnungsstätten, Fitnessstudios etc.) und nutzer(innen)orientierter Angebote (z. B. Sitzgymnastik, Spaziergangsgruppen, gesundheitssportliche Angebote, Wandergruppen, Sturzprävention, Übungsanleitungen für den häuslichen Bereich, Förderung von Gesundheitskompetenz).	
	(Weiter) -entwicklung integrierter, auch quartiersbezogener Konzepte zur Bewegungsförderung in Senioreneinrichtungen (wie Pflegeheimen, Seniorenwohnanlagen).	
	Überprüfung des präventiven Hausbesuchs unter den Gesichtspunkten von Effektivität und Effizienz (insbes. Untersuchung zielgruppenspezifischer aufsuchender Ansätze als Initiierung für weitergehende umfassende Interventionen).	
	(Weiter) -entwicklung nachhaltiger Kooperationen auf nationaler oder Länderebene sowie intersektorale Zusammenarbeit, unter Berücksichtigung der Verminderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (z. B. Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“).	
	Weiterführung, Ausbau und Einrichtung nationaler (z. B. IN FORM), länderspezifischer (z. B. „Landes IN FORM“) und kommunaler Netzwerke (z. B. Aktionspläne zur Bewegungsförderung unter ressortübergreifender Beteiligung relevanter Akteure.	
	Weiterführung und Weiterentwicklung von Strukturen zur landesweiten Koordination und zur fachlichen Unterstützung der Aktivitäten zur Bewegungsförderung auf Landes- und kommunaler Ebene (z. B. IN FORM Zentren für Bewegungsförderung als übergeordnete Fachstellen).	

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	(Weiter) -entwicklung und Aufbau eines Gesundheitsmonitorings für körperliche Aktivität unter Nutzung standardisierter Erhebungsmethoden.	
	Förderung der Forschung im Bereich public-health-basierter Bewegungs- und Gesundheitsförderung.	
	Intensivierung der Bewegungsförderungsforschung zur Absicherung des Vorgehens und Entwicklung evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Strategien und Maßnahmen.	
	(Weiter) -entwicklung und Verbreitung theorie- und evidenzbasierter Konzepte und Praxishilfen zur Unterstützung der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen der Bewegungsförderung vor Ort.	
	(Weiter) -entwicklung von Maßnahmen zur Qualifizierung von relevanten Akteuren bzw. Professionen (u. a. Curricula) und entsprechende Schulungen und Qualifizierungen.	

Ziel 4:
Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen

Ausgangslage
Eine vollwertige Ernährung ist bis ins hohe Alter für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und des körperlichen Wohlbefindens von großer Bedeutung. Eine an den Energiebedarf angepasste fettmoderate Ernährung mit einem geeigneten Fettsäurenmuster und ballaststoffreichen Getreideprodukten sowie reichlich Gemüse und Obst kann Erkrankungen wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2 sowie Fettstoffwechselstörungen vorbeugen.

Einflussgrößen für die Ernährung älterer Menschen sind vor allem ihr Essverhalten, aber auch altersassoziierte körperliche und geistige Veränderungen, welche die Nahrungsaufnahme und den Appetit nachteilig beeinflussen.

Laut Ernährungsbericht 2008 essen ältere Menschen (wie der Rest der Bevölkerung) im Durchschnitt zu viel, zu süß und zu fett [DGE, 2008]. Laut Statistischem Bundesamt sind in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älterer 51,3 % der Männer und 39 % Frauen übergewichtig (der BMI liegt zwischen 25 und 30). Darüber hinaus liegt der Prozentsatz der stark übergewichtigen Frauen und Männer (der BMI = 30 und mehr) in der gleichen Altersgruppe bei 19,2 % bzw. 18,9 %. Untergewicht (der BMI liegt unter 18,5) ist nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2009 bei 2 % der 65-Jährigen und älteren Frauen sowie bei 0,5 % der 65-Jährigen und älteren Männer festzustellen [Statistisches Bundesamt, 2011d].

Neben dem Essverhalten beeinflussen altersbedingte Veränderungen die Ernährung älterer Menschen. Mit zunehmendem Alter lassen sich verschiedene physiologische Veränderungen feststellen. Je nach Lebensstil und genetischer Veranlagung bestehen graduelle Unterschiede. Die Muskelmasse nimmt ab, damit sinkt der Energiebedarf und der Anteil des Körperfetts steigt. Auch das Geschmacksempfinden und das Durstgefühl verändern sich im Alter und können darüber hinaus zum Beispiel durch die Einnahme von Medikamenten gestört sein. Der Bedarf an lebenswichtigen Mineralstoffen, Vitaminen, sekundären Pflanzenstoffen und Ballaststoffen bleibt konstant. Allerdings kann auch hier die Einnahme von Medikamenten oder Erkrankungen den Bedarf beeinflussen. Auch Bewegungsmangel und Appetitlosigkeit können sich auf die Ernährung auswirken. Eine unfreiwillige Gewichtsabnahme kann auf das Vorliegen einer Krankheit hinweisen. Als kritisch wird eine Abnahme um 5 kg in einem Jahr angesehen.

Nach einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) ist jede zweite Krankenhauspatientin und jeder zweite Krankenhauspatient über 75 Jahre mangelernährt. Unter Mangelernährung wird die Unterversorgung des Organismus mit Energie, Protein (Eiweiß) oder anderen Nährstoffen (z. B. Vitaminen, Mineralien, Spurenelementen), die mit messbaren Veränderungen der Körperfunktion einhergeht und einen ungünstigen Krankheitsverlauf mit sich bringt, verstanden [DGE, 2011]. Häufige Ursachen für eine Mangelernährung sind Kau- und Schluckbeschwerden. Sie stellen keine natürliche Folge des Alterungsprozesses dar, sondern werden zumeist durch Krankheiten verursacht. Dabei sind Kaubeschwerden zum Teil auf schlecht sitzende Prothesen und die Veränderungen des Kieferknochens zurückzuführen. Während diese oftmals durch einen zahnmedizinischen Eingriff behoben werden können, führen Mundtrockenheit und Schluckstörungen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme.

Von großer Bedeutung ist auch das Trinkverhalten älterer Menschen. Es kann durch unterschiedliche Hemmnisse beeinträchtigt werden, z. B. durch Angst vor nächtlichen Toilettengängen, Inkontinenz oder Prostataleiden (bei Männern). Für allein Lebende kann das Transportieren schwerer Getränke – ob vom Supermarkt nach Hause oder vom Keller in die erste Etage – zum Hindernis werden. Flüssigkeitsdefizite können zur Einschränkung der Leistungsfähigkeit, zu Konzentrationsstörungen, reduzierter Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit und diese wiederum zu Stürzen oder Unfällen mit den damit zusammenhängenden Folgen führen.

Bei Hochaltrigen in der stationären Altenhilfe sind ernährungsbedingte Gesundheitsprobleme häufig festzustellen. Knapp zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen der Altenpflege sind von Mangelernährung betroffen oder gefährdet [DGE, 2008].

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Ältere Menschen sollten mit zunehmendem Alter Lebensmittel mit einem eher geringen Fettgehalt und einer hohen Nährstoffdichte zu sich nehmen.

Neben der physiologischen Dimension weisen Essen und die Mahlzeiteneinnahme auch für ältere Menschen eine soziale, kulturelle, emotionale und psychische Bedeutung auf und bestimmen somit maßgeblich deren Lebensqualität. Die verschiedenen Gruppen der älteren Menschen – z. B. Ältere ohne Erkrankung, kranke Ältere, die im Familienverbund leben, kranke alleinlebende Ältere, ältere Menschen in stationären Einrichtungen oder kranke bzw. behinderte Menschen in der stationären Altenpflege oder ältere Menschen mit Migrationshintergrund – leben in Situationen mit unterschiedlichem Nährstoffbedarf oder Essverhalten oder in unterschiedlichen Verpflegungssituationen. Die Herausforderungen einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Ernährung stellen sich daher – personen- und situationsbezogen – sehr unterschiedlich.

Beispielsweise können alleinlebende ältere Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder psychischen Störungen bei der Organisation – Planung, Einkauf, Lagerung, Zubereitung, Nachbereitung – ihrer Mahlzeiten vor großen Herausforderungen stehen. Ein anderes Beispiel zeigt sich in ländlichen Regionen, wo Einzelhandel oder ambulante Mittagstische für eingeschränkt mobile ältere Menschen vielfach schwer zu erreichen sind.

Da ältere Menschen in der Regel zugänglich für Gesundheitsthemen sind, sollte diese Einstellung bei der Informations- und Motivationsarbeit zielorientiert genutzt werden. Hierzu sollten bestehende Empfehlungen öffentlichkeitswirksam verbreitet und auf Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst und fortgeführt werden. Auch sollten bundes- und landesweite Initiativen (z. B. IN FORM, Projekt „Fit im Alter“) und Kampagnen (z. B. „5 am Tag, „Tag der Zahngesundheit“) weiter ausgebaut und fortgeführt werden.

Die Ernährungslage älterer Migrantinnen und Migranten ist noch nicht ausreichend untersucht. Die Einbindung von Migrantinnen und Migranten in Informations- und Aufklärungsmaßnahmen sowie Schulungsangebote sollte selbstverständlich sein

Die Komplexität der Einflussfaktoren zur Sicherung einer ausgewogenen Ernährung bei älteren und hochaltrigen Menschen macht es erforderlich, betreuende Personen, einschließlich der Angehörigen und Fachkräfte der ambulanten Dienste, für die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung und die Sicherstellung eines ausreichenden Mahlzeitenangebotes auch im eigenen Wohnumfeld zu sensibilisieren und zu schulen.

Um die Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen fachlich bei diesem Thema zu unterstützen, hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege im Mai 2010 den Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ veröffentlicht. Dieser Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement und zielt darauf ab, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung von kranken und pflegeabhängigen Menschen zu sichern und zu fördern [DNQP, 2010]. Denn gerade mit einer angemessenen Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie einer individuellen Mahlzeitengestaltung kann einer Mangelernährung bzw. bestehenden Defiziten entgegenwirkt werden.

Ferner sind bei Erkrankungen (z. B. Demenz) die betreuenden Fachdienste und Angehörigen besonders gefordert, basierend auf erhobenen Essbiographien, Vorlieben und Gewohnheiten, adäquate Maßnahmen für ein flexibles Mahlzeitenangebot zu ergreifen. Die verschiedenen Ansätze zur personengerechten Gestaltung des Mahlzeitenangebotes für Menschen mit demenziellen Veränderungen, wie z. B. Fingerfood, sind bei den Betreuenden nicht ausreichend bekannt. Auch die Berücksichtigung biographischer Aspekte wie Essgewohnheiten, Vorlieben, spezielle Darreichungsformen von Mahlzeiten oder eine personengerechte Gestaltung der Essumgebung findet kaum statt.

Insbesondere für allein lebende Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und ohne familiäre oder nachbarschaftliche Unterstützung sollten Sicherstellungs-

und Angebotsstrukturen geschaffen werden. Dabei sollten sowohl Aspekte einer ausgewogenen Ernährung als auch der ausreichenden Bewegung abgedeckt werden.

In Bezug auf Nahrungsergänzungsmittel gilt es, ältere Menschen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zum Thema ausgewogener Ernährung entsprechend aufzuklären und darauf hinzuweisen, dass eine Aufnahme von Nahrungsergänzungsmitteln nur in speziellen Situationen und in Absprache mit dem Arzt oder der Ärztin sinnvoll ist.

Für die Sicherstellung einer ausgewogenen Verpflegung (und ausreichenden Bewegung) älterer Menschen im eigenen Wohnumfeld müssen entsprechende Strukturen und Angebote vorhanden sein bzw. ausgebaut werden.

Ziel 4: Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
4.1 Die gesundheitliche Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung älterer Menschen ist allen Beteiligten bewusst und Angebote zur Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung für ältere Menschen sind gegeben.	Öffentlichkeitswirksame Maßnahmen zur Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung für die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
4.2 Ältere Menschen sind sich der gesundheitlichen Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung und ausreichenden Flüssigkeitszufuhr bewusst. Sie kennen die Empfehlungen zur ausgewogenen Ernährung und setzen diese bei der Planung, dem Einkauf und der Zubereitung der Mahlzeiten um.	Verbreitung von personengruppengerechtem Informationsmaterial zur ausgewogenen Ernährung auch in Sprachen für Migrantinnen und Migranten.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
	Sensibilisierung der Akteure in den Kommunen sowie in der Arbeit mit älteren Menschen einschließlich älterer Migrantinnen und Migranten zur Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung.	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
	Durchführung von Informations-, Motivations- und Demonstrationsschulungen zu einer ausgewogenen Ernährung unter Berücksichtigung der besonderen Anforderungen an die Methodik und Didaktik von Bildungsveranstaltungen für ältere Menschen einschließlich älterer Migrantinnen und Migranten.	Bundesministerium für Gesundheit
		Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
		Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
4.3 Pflegende Familienangehörige, Fachkräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege stellen bei den zu betreuenden bzw. zu pflegenden älteren Menschen eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr sicher, führen frühzeitig Maßnahmen zur Vermeidung einer Mangelernährung durch und ermöglichen bei Erkrankungen (z. B. Demenz) ein den besonderen Anforderungen entsprechendes Mahlzeitenangebot.	Information und Schulung von Anbietern von ambulanten Verpflegungsangeboten für ältere Menschen.	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
		Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
		Einrichtungen der stationären Altenpflege
4.4 Akteure in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten fördern und unterstützen ältere Migrantinnen und Migranten bei der Umsetzung einer ausgewogenen Ernährung.	Anwendung der Qualitätsstandards der DGE für Essen auf Rädern sowie in der Gemeinschaftsverpflegung älterer Menschen.	Gesetzliche Krankenversicherung/Private Krankenversicherung
		Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
		Informationsdienste zum Thema Ernährung (z. B. aid-infodienst)

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
4.5 Verantwortliche Akteure auf kommunaler Ebene haben Strukturen geschaffen zum Aufbau eines Informations-, Beratungs- und Dienstleistungsangebotes zur Sicherstellung einer ausgewogenen Verpflegung von allein lebenden älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität und von älteren Menschen mit psychischen oder demenziellen Beeinträchtigungen, die ohne familiäre Betreuung leben.	Sensibilisierung, Information und Schulung von pflegenden Familienangehörigen sowie von Fachkräften in der ambulanten und stationären Altenpflege in Bezug auf die Mangelernährung älterer Menschen und auf Maßnahmen zur Vermeidung einer Mangelernährung.	Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
4.6 Hausärztinnen und Hausärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Nachbarinnen und Nachbarn und das soziale Umfeld von älteren Menschen kooperieren im Bedarfsfall mit den kommunalen Informations-, Beratungs- und Dienstleistungsanbietern zur Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung älterer Menschen.	Integration des Lehrstoffes Ernährung des älteren Menschen in den Lehrplan für Fachkräfte in der Altenpflege.	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
4.7 Sozial benachteiligte ältere Menschen ernähren sich ausgewogen.	Durchführung von Modellprojekten zur Implementierung von Informations-, Beratungs- und Dienstleistungsangeboten zur Ermöglichung einer ausgewogenen Ernährung für allein lebende ältere Menschen ohne familiäre Unterstützung.	Landkreise und Kommunen
	Nutzung von Anlauf- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in den Kommunalverwaltungen als Ansprechpartner für den Informations- und Beratungsbedarf älterer Menschen zu Fragen der ausgewogenen Ernährung und als Akteure zur Anregung und Ermöglichung von Dienstleistungsnetzen für Verpflegungsangebote für ältere Menschen	Soziale Pflegeversicherung/Private Pflegeversicherung
	Sockelfinanzierung von netzwerkfördernden Strukturen, wie z. B. Informations- und Beratungsbüros zu Fragen einer ausgewogenen Ernährung.	Verbände und Vereine
	Schaffung von Kooperationsstrukturen und Netzwerken zwischen verschiedenen Einrichtungen und Anbietern von Verpflegung zur Sicherstellung von Informations-, Beratungs- und Dienstleistungsangeboten in den Kommunen mit besonderer Berücksichtigung älterer Menschen ohne familiäre Betreuung.	Verbraucherzentralen

Ziel 5:
Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert

Ausgangslage

Sheiham & Spencer (1997) definieren Mundgesundheit als „die Fähigkeit, ein breites Spektrum an Nahrungsmitteln zu zerkauen und zu essen, deutlich zu sprechen, ein sozial akzeptables Lächeln sowie ein entsprechendes dentofaziales Profil zu besitzen, sich im Mundbereich wohl zu fühlen, frei von Schmerzen zu sein und einen frischen Atem zu haben“.

Aufgrund der zahnmedizinischen Früherkennungsmaßnahmen ist auch in Deutschland die Zahl der verbliebenen Zähne bei den 65- bis 74-Jährigen gestiegen und wird aller Voraussicht nach in Zukunft weiter zunehmen. In 2005 fehlten in dieser Altersgruppe, ohne die Weisheitszähne, den Frauen durchschnittlich 14,9 Zähne und den Männern durchschnittlich 13,3 Zähne. 25,2 % der Frauen und 19,6 % der Männer waren vollständig zahnlos [Institut der Deutschen Zahnärzte, 2006]. Die häufigsten Extraktionsursachen sind Karies und Parodontitis mit einer signifikanten Steigerung bei den über 60-Jährigen gegenüber den 41- bis 60-Jährigen [Glockmann et al., 2011]. Die Bundeszahnärztekammer hat in den Zielsetzungen zur Mundgesundheit festgelegt, bis zum Jahre 2020 die Häufigkeit der vollständigen Zahnlosigkeit in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen auf möglichst unter 15 % zu reduzieren [Zahnärztliche Mitteilungen, 2011]. Zum Erreichen einer solchen Zielsetzung müssen viele Einflussbereiche Beachtung finden. Neben patientenspezifischen Faktoren (Mundhygiene, Allgemeinerkrankungen mit Einfluss auf die Mundgesundheit etc.) spielen z. B. auch geeignete Behandlungsstrategien für ältere Patientinnen und Patienten, die Versorgungsqualität der Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie versorgungspolitische und ökonomische Rahmenbedingungen eine besondere Rolle [Glockmann et al., 2011].

Die häufigsten Erkrankungen der Mundhöhle sind Erkrankungen der Zähne (Karies, Wurzelkaries und Pulpitis), des Zahnhalteapparates (Gingivitis, Parodontitis) und der Mundschleimhaut (Stomatitis, Tumore). Sie sind multifaktoriell bedingt. Das Risiko, eine Karies zu entwickeln, ist altersunabhängig, eine Parodontitis in der Regel nicht. Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates und der Mundschleimhaut entwickeln sich dann, wenn sich das Gleichgewicht der natürlicherweise vorkommenden Mikroorganismen hin zu einem Übergewicht bestimmter oralpathogener Keime verschiebt. Die Mikroorganismen besiedeln Zähne, Zahnersatz und Mundschleimhaut und bilden einen Biofilm. Dieser muss regelmäßig mechanisch mit Zahnbürste, Zahncreme und anderen Hilfsmitteln (z. B. Zungenbürste, Interdentalbürste) oder unterstützend durch keimreduzierende Mundspüllösungen (z. B. Chlorhexidindigluconat) entfernt bzw. reduziert werden. Man rechnet in industrialisierten Ländern bei der Parodontitis mit einer Prävalenz von mindestens 30 % der Erwachsenen, davon 5 bis 15 % mit schweren Formen [Biffar 2002, Bauer et al., 2009, Holtfreter et al., 2010]. Für Männer besteht ein signifikant höheres Risiko für Parodontalerkrankungen als für Frauen [Brauckhoff et al., 2009]. Untersuchungen liefern zudem Hinweise, dass zusätzliche Faktoren bestehen, die die Risiken einer Munderkrankung verstärken können: ätiologische Faktoren (soziodemografische Faktoren wie Geschlecht, ethnische Gruppe, Bildung, Einkommen), Verhaltensgewohnheiten (Rauchen, psychischer Stress, Ernährung, mangelnde Bewegung, unregelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen), genetische Disposition, systemische Erkrankungen und die Qualität der zahnärztlichen Therapie [Nitschke et al., 1996, Mack et al., 2003, Born et al., 2006, Institut der Deutschen Zahnärzte, 2006].

Die Parodontitis wird als eine der wichtigen Folgekrankheiten von Diabetes mellitus angesehen [Löe, 1993, Deschner & Jepsen, 2008]. Der Diabetes begünstigt die Entstehung, die Progression und den Schweregrad einer Parodontitis. Die Parodontitis ihrerseits erschwert die glykämische Kontrolle des Diabetes, erhöht das Risiko diabetesassoziierter Komplikationen und möglicherweise sogar dessen Entstehung [Deschner et al., 2011]. Patientinnen und Patienten, die an einer Parodontitis erkrankt sind, können ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall und periphere arterielle Verschlusskrankheit) aufweisen [Paquette et al., 2007]. Als potenzielle Auslöser entzündungsbedingter Gefäßwandveränderungen werden Viren, Bakterien sowie im Blut zirkulierende Entzündungsmediatoren diskutiert [Dörfer, 2007]. Zusätzlich wird diskutiert, dass der Biofilm im Mund einerseits als Reservoir für eine Infektion sowohl bei akuten als auch bei chronischen Lungenerkrankungen fungiert, andererseits via

Aspiration Pneumonien verursachen soll [Kreissl et al., 2008]. Besonders bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen wird ein direkter Zusammenhang zwischen Biofilm und dem Risiko für Pneumonien gesehen [Raghavendran et al., 2007].

Eine ausreichende Speichelmenge bildet eine wichtige Voraussetzung für eine gesunde Mundhöhle [Huber et al., 2010]. Ursächliche Faktoren für einen verminderten Speichelfluss sind Alterungsprozess (strukturelle Involution), Kauvermögen (Dehydratationsgrad, Ess- und Trinkgewohnheiten), systemische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Sjögren-Syndrom, neurologische Erkrankungen) und psychogene Störungen (Depression). Ruhe- und Reizspeichel sind bei den Frauen hochsignifikant geringer als bei den Männern. Im Gegensatz zum Ruhespeichel zeigt sich beim Reizspeichel eine kontinuierliche Abnahme bei steigendem Alter [Nitschke, 2006].

Mit der ansteigenden Lebenserwartung häuft sich das Auftreten von Krankheiten verbunden mit der Verordnung verschiedener Medikamente (Polypharmakotherapie). Eine der häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten ist die Mundtrockenheit mit ihren Folgen für die Mundgesundheit [Thomson et al., 2000, Coca et al., 2009]. Diese Nebenwirkung ist nach Absetzen des Medikamentes meist reversibel. Schließlich bewirkt der Speichel den physikalischen Halt eines herausnehmbaren Zahnersatzes (Voll- und Teilprothese).

Der Tabakkonsum erhöht das Risiko für Parodontalerkrankungen bis auf das 7-Fache [Kocher, Schwahn, Gesch et al., 2005]. Bei den Veränderungen der Mundschleimhaut sind die Hauptrisikofaktoren der Tabak- und Alkoholkonsum. Raucherinnen und Rauchern erkranken an bösartigen Neubildungen des Mundes und des Rachens bis zu sechsmal häufiger als Nichtraucherinnen und Nichtraucher, wobei die Kombination von Alkoholkonsum und Rauchen das Risiko verstärkt [Reichart, 2000].

Menschen mit Behinderungen, die ambulant oder stationär betreut werden, und demenziell erkrankte ältere Männer und Frauen stellen eine besondere Risikogruppe dar [DGZMK, 2011] (siehe Ziele 9 und 11). Verschiedene Untersuchungen in Pflegeeinrichtungen ergaben, dass kein regelmäßiger Zahnarztbesuch erfolgte, die Mund- und Prothesenpflege nicht ausreichend war und ein hoher Behandlungsbedarf bestand. Diese Risikogruppe ist eine Herausforderung für die Pflegenden, aber auch für das zahnmedizinische Team. Bei Pflegebedürftigen werden Mundprobleme häufig nicht erkannt.

Festsitzender Zahnersatz (Kronen und Brücken) und herausnehmbarer Zahnersatz (Teilprothesen und Totalprothesen) stellen bewährte Versorgungsformen dar und können selbst die Ursache für Munderkrankungen sein. Der Biofilm haftet nicht nur auf Zähnen und Mundschleimhaut, sondern auch an der Oberfläche von Zahnersatz. Wird der Biofilm nicht täglich entfernt, erhöht sich die Gefahr der Entstehung von Karies, von Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Gingivitis, Parodontitis) und der Mundschleimhaut (Stomatitis). Wichtig ist somit die „richtige“ Pflege nicht nur der eigenen Zähne, sondern auch des Zahnersatzes. Jede Art von herausnehmbarem Zahnersatz belastet das Prothesenlager unphysiologisch und verursacht immer einen unterschiedlich starken Abbau des darunterliegenden Kieferknochens. Mit der Veränderung des Prothesenlagers geht stets der Prothesenhalt verloren. Sprechen, Kauen und Schlucken werden schwierig und durch Druckstellen schmerzhaft. Über längere Zeit kann der nachlassende Prothesenhalt durch die Muskulatur aufgefangen werden, der Abbau des Kieferknochens wird jedoch beschleunigt. Patientinnen und Patienten sind nicht in der Lage, den Prothesenhalt objektiv einzuschätzen. In der Literatur wird auf einen deutlichen Unterschied zwischen der subjektiven und objektiven Beurteilung der Funktion eines Zahnersatzes hingewiesen [Wichmann, 1994]. Nicht nur die subjektive Gewichtung der Mundgesundheit ändert sich, sondern es sinkt auch die orale Wahrnehmungsfähigkeit, der Tastsinn und die Feinkoordination der oralen Muskulatur nehmen ab, und es steigt die Schmerzschwelle [Landt et al., 1975]. So suchen ältere Menschen einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin erst mit erheblichen Schmerzen verursachenden Befunden wie Druckstellen, Parodontitis und Stomatitis auf.

Kaukraft und Kaufähigkeit üben einen direkten Einfluss auf die Wahl der Nahrungsmittel und die Art ihrer Zubereitung aus. Nehmen Kaukraft und Kaufähigkeit ab, wer-

den harte Speisen eher gemieden oder weich gekocht. Die Speisen werden weniger abwechslungsreich und beinhalten weniger Mineralien und Vitamine. Langfristig führt dies zu Mangelernährung, Unterernährung und verkürzt Lebenserwartung und -qualität. Eine abwechslungsreiche, vollwertige und kauzwingende Kost mit einem ausgewogenen Zuckerangebot (Rohrzucker wie auch Fruchtzucker) sorgt nicht nur für Lebensqualität, sondern reduziert den Biofilm das Substrat und erhält die Speichelproduktion. Die Aktivität der Kaumuskulatur fördert die Durchblutung des Gehirns.

Barrieren für die zahnärztliche Inanspruchnahme sind Allgemeinerkrankungen, Mobilitätseinschränkungen, die die Sturzgefahr erhöhen und zu Wegeangst führen, und kognitive Einschränkungen. Dominieren sie den Alltag, verliert die Mundgesundheit im Alter häufig an Bedeutung. Die Häufigkeit der Zahnarztbesuche nimmt bei gleichzeitigem Anstieg der Konsultationen beim Allgemeinmediziner ab [Bundesamt für Statistik, 2002].

Muskelkraft, Koordinationsfähigkeit und Beweglichkeit der Beine, Arme und Hände, Visus, Gehör und Kurzzeitgedächtnis können Ängste erzeugen, die den Kontakt zum „Hauszahnarzt“ oder zur „Hauszahnärztin“ erschweren und ganz abbrechen lassen. Die Mund- und Prothesenhygiene, aber auch die Handhabung des eigenen Zahnersatzes werden erschwert oder unmöglich.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Das Ziel der Mundhygiene ist für junge wie ältere und hochbetagte Menschen gleich. „Ein sauberer Zahn wird nicht krank.“ In einer bezahnten wie auch unbezahnten Mundhöhle müssen Speisereste und der Biofilm auf den Zähnen und auf dem Zahnersatz regelmäßig mit Zahnbürste und Zahnpasta, eventuell unterstützend mit geeigneten Mundspüllösungen und Prothesenreinigungsmitteln, entfernt werden.

Die Mundhygienegewohnheiten und die Einstellung, dass die eigene Mundgesundheit selbst kontrollierbar erscheint, haben sich in den vergangenen Jahren stark verbessert [Institut der Deutschen Zahnärzte, 2006]. Trotzdem liegt ein umfassender Informations- und Aufklärungsbedarf der Bevölkerung über die Entstehung, Symptomatologie und Risiken von Parodontalerkrankungen sowie zur Prävention parodontaler Erkrankungen vor [Deinzer, 2008, Bauer et al. 2009]. Dieser Bedarf besteht auch bei der zunehmenden Zahl älter werdender Migrantinnen und Migranten. Der allgemeine Aufklärungsbedarf kann nur im Zusammenspiel mit unterschiedlichen Ebenen – (Berufs-) Schule, Medien, öffentlicher Gesundheitsdienst, Pflegestützpunkte, Fachdienste, Senioren- und Migrationssozialberatungsstellen, Integrations- oder Ausländerbeauftragte, Fachgesellschaften, Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, zahnärztliches Fachpersonal – gedeckt werden. Bereits bestehende Informationsangebote (z. B. Tag der Zahngesundheit, Gesundheitstage, Gesundheitsmessen, Broschüren der Bundeszahnärztekammer, der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Industrie) sollten ausgebaut werden. Das Gesundheitsbewusstsein wird gestärkt und der Weg von der kurativen hin zur präventiven ganzheitlichen Zahnheilkunde auch im Alter weiter beschritten [Ziller & Oesterreich, 2007].

Bei älteren Menschen sollte die Mundgesundheitsvorsorge einen hohen Stellenwert im Behandlungskonzept aufweisen. Im SGB V finden sich die gesetzlichen Vorgaben für die regelmäßige jährliche Zahn-, Mund- und Kieferuntersuchung bei Erwachsenen durch einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin. Die Dokumentation erfolgt im Rahmen der Individualprophylaxe im sog. Bonusheft. Bei regelmäßigen Eintragungen im Bonusheft erhalten die

Versicherten im Falle der Notwendigkeit von Zahnersatz einen höheren Festzuschuss von der Krankenkasse. Der höhere Festzuschuss geht verloren, wenn die oder der Versicherte nicht jährlich diese Untersuchung durchführen lässt. Weitere, über die Entfernung harter Zahnbeläge hinausgehende individualprophylaktische Maßnahmen müssen die Versicherten selbst bezahlen. Die Krankenkasse und die Hauszahnärztin bzw. der Hauszahnarzt sollten in Zukunft das Ausbleiben der zahnärztlichen Inanspruchnahme bei älteren Menschen verhindern helfen. Nicht nur hier wären Flexibilisierung und Abbau struktureller Einschränkungen notwendig, sondern auch dann, wenn alte Menschen pflegebedürftig sind und die zahnärztliche Praxis nicht mehr selbstständig aufsuchen können, damit die Bindung an die Hauszahnärztin bzw. den Hauszahnarzt und die Kontinuität in der zahnärztlichen Betreuung nicht verloren geht.

Beim Einzug in ein Pflegeheim sollte neben der ärztlichen auch eine zahnärztliche Dokumentation gefordert werden. So erfährt die Einrichtung, wie es um die Mundgesundheit der Heimbewohner bestellt ist und weiß, ob und wie sie zahnmedizinisch prothetisch versorgt sind und wie die Mundpflege individuell durchgeführt werden soll. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sollte das Pflegeheim auf die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben nach SGB V hinsichtlich der jährlichen Zahn-, Mund- und Kieferuntersuchung der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes achten [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung et al., 2010]. Den Heimaufsichtsbehörden und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) obliegt eine wichtige Kontrollfunktion, die mit einem fundierteren Wissen über die Mundgesundheit besser erfolgen könnte. Die Landeszahnärztekammern, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sollten die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Zahnärzte und Zahnärztinnen immobile Patientinnen und Patienten in Einrichtungen oder zu Hause betreuen. Es konnte gezeigt werden, dass eine aufsuchende zahnärztliche Betreuung zum Vorteil für Gesundheit und Lebensqualität der Menschen in Einrichtungen möglich ist [Benz et al., 2011]. Gegenüber der ambulanten erfordert die aufsuchende zahnärztliche Behandlung einen erheblichen organisatorischen, personellen und instrumentellen Mehraufwand.

Sind zahnärztliche Praxen nicht altersgerecht und barrierefrei erreichbar, werden sie von alten Menschen nicht mehr aufgesucht. Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, gemeinsam mit den Ländern und der Ärzteschaft ein Gesamtkonzept für barrierefreie Arztpraxen oder Kliniken zu entwickeln und in den nächsten zehn Jahren eine ausreichende Zahl an Arztpraxen barrierefrei zugänglich zu machen. Zahnarztpraxen sollten hier ausdrücklich mit einbezogen werden [BMAS, 2011]. Die Ansprüche an die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt und deren Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter sind sehr individuell. Nicht nur die Mund- und Prothesenhygiene werden im Alter schwieriger, auch das Handling eines herausnehmbaren Zahnersatzes kann zum Problem werden. Hygieneanweisungen und die Handhabung des Zahnersatzes sollten darauf ausgerichtet sein. Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten können zur Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur Mundhygiene beitragen. Die Industrie sollte Zahn-, Interdental- und Prothesenbürsten mit einem geeigneten Griff entwickeln.

Der Zusatz von Fluorid in Speisesalz und Zahnpasten wird als hauptverantwortlich für den Rückgang der Karies gewertet. Seit vielen Jahren ist fluoridiertes Speisesalz für den Privathaushalt im Handel. In der Literatur werden bei gleichzeitiger Verwendung von fluoridiertem Speisesalz und anderen fluoridhaltigen Mundpflegemitteln keine klinisch bedeutsamen Zeichen von Fluorose angegeben. Es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzgeber fluoridiertes Speisesalz auch in Großküchen und Kantinen ohne das Erfordernis einer Ausnahmegenehmigung zulassen würde, weil heute immer mehr ältere Menschen ihre Mahlzeiten von einer Gemeinschaftsverpflegung erhalten [Gülzow et al., 2005; Bauer et al., 2009].

Schmerzen im Mund sind oft der Grund für Nahrungsverweigerung. Die Umstellung auf passierte Kost sollte aus medizinischen Gründen und nicht im Sinne einer „Arbeitserleichterung“ erfolgen.

Die Ausbildung, die Fortbildung und die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Professionen (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Heil- und Pflegeberufe) sollten ebenfalls verbessert werden (siehe Ziel 7).

Ziel 5: Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
5.1 Ältere Menschen sind hinsichtlich der Mundgesundheit, deren Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit und der Möglichkeiten ihrer Erhaltung zielgruppengerecht informiert.	Vermittlung von Daten und Kenntnissen über den Status der Mundgesundheit und Bedarfe der Mundpflege älterer Menschen und Pflegebedürftiger (z. B. über Internetplattform, Broschüren, Flyer, Presseartikel, Filme, Fernsehbeiträge, Reportagen, Plakataktionen).	Bildungsträger und -einrichtungen (z. B. Volkhochschulen, Berufsschulen, Universitäten)
5.2 Die Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheits- und Pflegeberufen sind bezogen auf die Mundgesundheit älterer Menschen gestärkt.	Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen zur Aufklärung über die Notwendigkeit einer „richtigen“ Mundhygiene und Möglichkeiten einer effektiven Eigenvorsorge.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
5.3 Die Kompetenzen, bezogen auf Mundgesundheit, von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfern sind gestärkt.	regelmäßige Durchführung von Veranstaltungen (z. B. Gesundheitsmessen, Tag der offenen Tür, „Tag der Zahngesundheit“) zur Mundgesundheit älterer Menschen auf Bundes-, Länderebene und kommunaler Ebene.	Bundesapothekerkammer/ Landesapothekerkammern
5.4 Zahnmedizinische Versorgungsstrukturen sind zielgruppengerecht weiterentwickelt.	Themenspezifische Informationsmöglichkeiten für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B: Beratung von Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfern zu adäquater Mundpflege, Sensibilisierung für die eigene Mundgesundheit).	Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung e.V.
5.5 Verständliche Informationsmaterialien zum Thema Mundgesundheit stehen zur Verfügung.	Veröffentlichung leicht verständlicher und mehrsprachiger Informationen zu Mundgesundheit.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
5.6 Die Medienpräsenz des Themas und die öffentliche Auseinandersetzung sind ausgebaut.	Fortbildung zu speziellen Problemen der Mundgesundheit älterer sowie pflegebedürftiger Menschen für Zahnärztinnen und Zahnärzten, Ärztinnen und Ärzten, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte, Pflegepersonal, weitere Gesundheitsberufe (z. B. Apothekerinnen und Apotheker, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden).	Bundes- und Landesministerien
5.7 Die Mundgesundheit sozial benachteiligter älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert.	Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Mund- und allgemeiner Gesundheit in den Studien- und Ausbildungsgängen von Zahnärztinnen und Zahnärzten, Ärztinnen und Ärzten und den Berufen in der Alten- und Krankenpflege.	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
		Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
		Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
		Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
		Bundesverband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst
		Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
		Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V.
		Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
		Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
		Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
		Deutsches Zentrum für Altersfragen
		Dienstleistungsanbieter (öffentliche, private und kirchliche) der Gesundheits-, Sozial und Altenhilfe

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	Verbesserung des Zugangs zu adäquaten Behandlungsmöglichkeiten durch Landeszahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen.	Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gemeinsamer Bundesausschuss
	Altersgerechte Betreuung durch Zahnarzt und Zahnärztin und zahnärztliches Praxispersonal.	Industrie (Zielgruppengeeignete Mundhygieneartikel)
	Verbesserung der Mundpflege in der ambulanten und stationären Pflege.	Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
	Verbesserung der Zusammenarbeit der beteiligten Professionen durch Flexibilisierung und Abbau struktureller Einschränkungen.	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Landkreise und Kommunen
	Zulassung von fluoridiertem Speisesalz in Großküchen und Kantinen ohne die Erfordernis einer Ausnahmegenehmigung.	Kuratorium Deutsche Altershilfe
		Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
		Selbsthilfegruppen und -einrichtungen
		Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung
		Vereine und Verbände

Handlungsfeld II:
Gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung

Gesundheitliche Vulnerabilität, insbesondere höhere Risiken im Hinblick auf Chronizität und Multimorbidität, stellen vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl älterer Menschen besondere Anforderungen an die (Weiter) -entwicklung adäquater gesundheitlicher, psychosozialer und pflegerischer Versorgungsstrukturen [SVR, 2009].

In Ziel 6 werden zunächst Aspekte suboptimaler Versorgung, wie z. B. die noch immer zu konstatierende Fragmentierung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche oder die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus bedarfsgerechter geriatrischer (stationärer, ambulanter und mobiler) Rehabilitation, skizziert. Im Rahmen möglicher Maßnahmen für eine verbesserte Versorgung wird u. a. für den weiteren Ausbau von integrierten, sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen („Chronic Care-Modelle“) plädiert.

Die in Ziel 6 angesprochene Frage, was unter „guter Versorgung“ zu verstehen ist, steht insofern in engem Zusammenhang mit dem nachfolgenden Ziel 7 („Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen“), da Aspekte der Qualifizierung und der qualifizierten Zusammenarbeit unterschiedlicher Dienstleister wichtige Qualitätsdimensionen für gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung darstellen. In Ziel 7 steht entsprechend der Zusammenhang zwischen den vielfach hochkomplexen Versorgungsanforderungen älterer Menschen und der Notwendigkeit vernetzten Denkens und Handelns aller am Versorgungsprozess Beteiligten im Mittelpunkt. Es wird argumentiert, dass für eine gelingende Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufe die jeweiligen professionellen Handlungsspielräume nach der Leitfrage „wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses?“ gestaltet werden müssen. Hier entsprechen die derzeitigen Aufteilungen von Verantwortlichkeiten und Aufgaben nicht mehr in jedem Falle den patienten- und systemseitigen Anforderungen.

Die Ausarbeitungen im Ziel 8 beziehen sich primär auf pflegende Angehörige – die als größter „Pflegedienst“ in Deutschland gelten –, aber auch auf informelle Helferinnen und Helfern (Nachbarinnen und Nachbarn, Bekannte, Freundinnen und Freunde) und die Frage, wie sie effektiver unterstützt bzw. welche Ressourcen besser genutzt werden können. Die demografische Entwicklung lässt familiäres Pflegepotenzial schrumpfen und professionelle Unterstützung dürfte an Bedeutung zunehmen. Zugleich besteht aber bereits heute in vielen Bereichen ein Mangel an Fachkräften. Insbesondere im ländlichen Raum werden z. T. versorgende Strukturen nicht mehr aufrechterhalten. Soll die Übernahme von Pflege innerhalb der Familie (auch bei Fortsetzung der Erwerbstätigkeit) gelingen, sind z. B. wohnortnahe, barrierefreie und niedrigschwellige Strukturen unverzichtbar. Maßnahmen, die auf die Gesundheit bzw. das Gesundheitsbewusstsein pflegender Angehöriger abzielen, sind hinsichtlich der vielfältigen Belastungen pflegender Angehöriger (z. B. Isolation, hohe physische und psychische Beanspruchung) zu stärken (siehe auch Ziel 1 oder Ziel 3). Auch die aktuell diskutierte Thematik von Vereinbarkeit von Familie und Beruf darf sich zukünftig nicht nur auf die Vereinbarkeit von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit beschränken.

Ziel 6:
Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt

Ausgangslage

Im höheren Lebensalter steigt mit zunehmender Prävalenz chronischer Erkrankungen und funktioneller Beeinträchtigungen die Gefahr von komplexen Krankheitsverläufen mit mehreren, zum Teil interagierenden physischen und psychischen Erkrankungen. Die wachsende Zahl von Patientinnen und Patienten mit „geriatrietypischer Multimorbidität“ stellt dabei besondere Anforderungen an die (Weiter) -entwicklung adäquater gesundheitlicher und pflegerischer Versorgungsstrukturen [SVR, 2009]. Die in diesem Zusammenhang prinzipiell zu klärende Frage, was konkret unter adäquater und qualitativ hochwertiger Versorgung älterer Menschen zu verstehen ist, kann hier nicht umfassend diskutiert, sondern nur schlaglichtartig aufgegriffen werden. So kommen als versorgungsbezogene Qualitätskriterien messbare Ergebnisse konkreter medizinischer oder pflegerischer Maßnahmen in Betracht, wie beispielsweise eine wirksame medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlung. Ein gutes Ergebnis wirksamer Behandlung kann insbesondere bei chronisch-mehrfach erkrankten älteren Menschen häufig darin gesehen werden, dass Krankheitsverläufe aufgehalten oder verlangsamt und Folgeerkrankungen verhindert werden. Weitere entscheidende Qualitätsdimensionen sind in personellen Aspekten der Versorgung (Personalschlüssel, Qualifizierung) sowie patientenseitig im Erhalt oder in einer Verbesserung von gesundheitsbezogener Lebensqualität zu sehen. Insgesamt kann „gute“ Versorgung als eine an spezifischen – von Versorgern und Versorgten gemeinsam festzulegenden – Zielen orientierte, individuenbezogene Versorgung begriffen werden. Mit der Betonung einer individuenbezogenen Versorgung ist dabei nicht nur das Alter der Patientin oder des Patienten als versorgungsrelevanter Aspekt angesprochen, sondern auch das Geschlecht, der sozio-ökonomische Status und die Herkunft [RKI, 2008].

Grundsätzlich ist die aktuelle Datenlage zu Prävalenz und Inzidenz von Multimorbidität im höheren Lebensalter insgesamt noch immer unzureichend. Die Angaben variieren deutlich, je nachdem, welche Diagnosekategorien und welche Patientengruppen einbezogen werden [van den Akker et al., 2001, Marengoni et al., 2009a]. Nachvollziehbarerweise wird die Prävalenz der Multimorbidität maßgeblich durch die Anzahl der in die Studien jeweils eingeschlossenen Erkrankungen beeinflusst. So weist einer vom Robert Koch-Institut durchgeführten, standardisierten telefonischen Befragung[6] zufolge unter Berücksichtigung eines aus elf Diagnosebereichen gebildeten Multimorbiditätsindexes[7] etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf [Kohler & Ziese, 2004]. Nach neueren Befunden berichteten 2008 in der Altersgruppe der 76-bis 81-Jährigen 59 %, an zwei bis vier Erkrankungen zu leiden, 21 % nannten sogar fünf oder mehr Erkrankungen [Deutscher Alterssurvey, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2010]. Auch wenn die weitere Morbiditätsentwicklung in Gesellschaften des langen Lebens insgesamt nicht abschließend geklärt ist [Kuhlmey, 2008], kann die gesundheitliche und pflegerische Versorgung vor diesem Hintergrund als wichtiges Handlungsfeld begriffen werden, da vorhandene Versorgungsstrukturen und Akteure den besonderen Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen nicht immer hinreichend gerecht werden. Herausforderungen erwachsen dabei vor allem aus lang andauernden und intensiven Versorgungs- und Betreuungsbedarfen bei oftmals irreversiblen pathogenen Prozessen, zum Beispiel im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen (siehe Ziel 11). Die für die Gesundheit älterer Menschen relevanten Versorgungsbereiche sind die medizinische (ambulante oder stationäre), zahnmedizinische (siehe 5) sowie die pflegerische (häusliche oder teilstationäre/stationäre) Versorgung. Da wesentliche Aspekte der pflegerischen Versorgung in Ziel 13 angesprochen werden, beschränkt sich die Darstellung im Folgenden auf Einzelaspekte der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung älterer Menschen.

Die Nutzung ambulanter, vor allem hausärztlicher Versorgungsstrukturen ist für den älteren Menschen von großer Bedeutung. Die Stellung der hausärztlichen Praxis als oft-

[6] Telefonischer Gesundheitssurvey (GStel03): Befragung einer repräsentativen Stichprobe (n = 8.318) der nicht in Institutionen lebenden erwachsenen Wohnbevölkerung (18 Jahre und älter) zu chronischen Erkrankungen. Befragungszeitraum: September 2002 bis März 2003.

[7] Der Index fasst folgende Diagnosebereiche zusammen: Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen, Rückenbeschwerden, Depression, Diabetes mellitus, Hepatitis, Hauterkrankungen, Erkrankungen der Sinne (Schwindel, Ohrgeräusche), Augenerkrankungen.

mals erste Anlaufstelle auf Behandlungspfaden („Gatekeeper-Funktion“) müsste insofern eine weitere Aufwertung erfahren, als vor allem integrierte, sektorenübergreifende Konzepte für eine verbesserte Versorgung älterer Patientinnen und Patienten vonnöten sind. Hierfür gibt es Erfolg versprechende Ansätze, wie Chronic Care-Modelle, die auf eine gesteuerte Versorgung chronisch Kranker über die Grenzen der Versorgungssektoren hinweg abzielen. Von einer Überwindung der noch immer zu stark fragmentierten Versorgungsbereiche könnten somit ältere und hochaltrige Menschen deutlich profitieren. Vor diesem Hintergrund ist auch die absehbare Entwicklung, wonach gerade der hausärztlichen Versorgungsstruktur in vielen ländlichen Räumen im Zuge anstehender Pensionierungswellen und oftmals fehlenden Nachwuchses eine Ausdünnung droht, insbesondere für die Versorgung älterer und sehr alter Menschen äußerst kritisch zu werten. Abhilfe soll hier das neue Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) bringen.

Auch im stationären Bereich benötigt der ältere Mensch eine seinen besonderen Bedürfnissen angepasste, in hohem Maße qualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung, welche mögliche Risikofaktoren aufgrund längerer Krankheitsverläufe, einer verzögerten Genesung und einer veränderten Reaktion auf Medikamente berücksichtigt. Den Empfehlungen zufolge obliegt diese idealerweise einer geriatrischen Fachabteilung bzw. Fachklinik für Geriatrie. Insbesondere hochaltrige Patientinnen und Patienten bedürfen im Regelfall gleichzeitig akutmedizinischer Behandlung bzw. Überwachung und rehabilitativer Maßnahmen. Dies verlangt unter anderem eine verstärkte Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Fachexpertinnen und -experten (siehe Ziele 5 und 7). Die Behandlung älterer Menschen erfolgt indes überwiegend in Krankenhäusern der Regelversorgung, also häufig in Einrichtungen, die nicht in jedem Falle geeignet sind, angemessene Angebote für ältere Menschen vorzuhalten. Das Angebot geriatrischer Einrichtungen liegt in Deutschland noch weit unter dem von der 4. Altenberichtskommission empfohlenen Niveau [BMFSFJ, 2002]. Eine fehlende Orientierung an den Bedarfen älterer Menschen führt häufig zu Wiedereinweisungen, also zum sogenannten „Drehtüreffekt“. Neben einer zum Teil unzureichend an den geriatrischen Bedürfnissen ausgerichteten Versorgung zeigt sich außerdem, dass für spezielle Fachbereiche, wie z. B. die Psychiatrie, eine deutliche Unterversorgung für ältere Menschen besteht. [Kruse, 2006b].

Defizite lassen sich auch für den wichtigen Bereich der Rehabilitation konstatieren. Die wesentlichen Probleme mit Blick auf spezifische Erfordernisse älterer und sehr alter Patientinnen und Patienten sind im sechsten Altenbericht benannt (BMFSFJ, 2010c). Herausgegriffen sei hier nur die – trotz zunehmenden Ausbaus – noch immer festzustellende Unterversorgung mit Strukturen ambulanter Rehabilitation, zu der auch die mobile Rehabilitation als aufsuchende Versorgung gehört. Letztere ist seit 2007 im SGB V verankert und richtet sich insbesondere an multimorbide Patientinnen und Patienten mit starken Funktionsbeeinträchtigungen, die eine zugehende Versorgung benötigen. Gerade diese Sonderform wird zukünftig im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen regelhafter vorgehalten werden müssen.

Darüber hinaus wird vorgetragen, dass für die geriatrische Rehabilitation im Rahmen stationärer rehabilitativer Versorgung weiterer Nachholbedarf besteht: Laut sechstem Altenbericht lag im Jahr 2007 der Anteil geriatrischer Rehabilitationsbetten in stationären Rehabilitationseinrichtungen unter 4 % [BMFSFJ, 2010c]. Dabei ist der weitere Ausbau explizit geriatrischer Einrichtungen von besonderer Bedeutung, da fraglich ist, ob Behandlungskonzepte und Methoden, die für die Versorgung jüngerer Menschen und deren Wiedereingliederung ins Berufsleben entwickelt wurden, auch bei älteren und sehr alten Menschen mit Erfolg angewandt werden können. So muss beispielsweise sichergestellt sein, dass sich Versorgungsempfehlungen bei Entlassung[8] an der Lebenswelt älterer Menschen orientieren, in Abhängigkeit von deren häuslichen oder institutionellen Umwelt. Aktivitäten beispielsweise, die unter optimalen Bedingungen des

[8] Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat hierzu bereits in 2009 einen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ herausgegeben. [http://www.dnqp.de/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Atk.pdf]

stationären Kontextes möglich sind, spiegeln nicht automatisch die Alltagsfähigkeit innerhalb des häuslichen Lebensumfeldes wider [Dräger, 2006; Dräger & Blüher 2011].

Zuletzt ist angesichts der insgesamt unzureichenden Ausschöpfung von Rehabilitationspotenzialen älterer Menschen auf den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ hinzuweisen. Hierzu hat die sechste Altenberichtskommission vorgeschlagen, die Rehabilitation stärker mit der Pflegeversicherung zu verschränken [BMFSFJ, 2010c].

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Die Bedeutung quantitativ und qualitativ angemessener Versorgungsstrukturen für ältere und hochaltrige Menschen ergibt sich vor allem aus der altersbezogenen Zunahme komplexer Krankheitsverläufe mit häufigen Ko- und Multimorbiditäten. In diesem Zusammenhang stellt die systematische Entwicklung, Erprobung und Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien für die Versorgung besonders häufig auftretender Ko- und Multimorbiditäten eine wichtige Strategie – gerade auch für die Anwendung im Rahmen von Chronic Care-Modellen – dar. Dies setzt eine deutlich stärkere Einbeziehung älterer und vor allem sehr alter Menschen in Studien zur Versorgung – inklusive pharmakotherapeutischer Versorgung – voraus. Zudem muss die (Weiter) -entwicklung von Versorgungskonzepten forciert werden, die primär auf die Vermeidung einer Verschlimmerung irreversibler chronischer Erkrankungen und von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet sind. Solche tertiärpräventiven Strategien müssen entsprechend Aspekte des Autonomieerhalts und der Lebensqualität älterer und sehr alter Menschen in den Mittelpunkt stellen.

Einen wesentlichen Beitrag hierzu können auch informelle Netzwerke und Selbsthilfestrukturen leisten, die daher gestärkt und gefördert werden müssen [Zeman, 2008].

Wie oben angeführt, ist ein reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung von großer Bedeutung. Hierfür ist beispielsweise im GKV-VStG vorgesehen, schrittweise einen sektorenverbindenden Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einzuführen. Dieser Versorgungsbereich soll die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten umfassen, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Ein solcher Ansatz könnte gerade der Versorgung von älteren und sehr alten Menschen zugutekommen.

Ziel 6: Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
6.1 Eine hohe Qualität der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Allgemeinen sowie von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen hohen Alters im Besonderen ist gewährleistet.	Entwicklung, Erprobung und Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien für häufige Krankheitskombinationen und häufige Komorbiditäten bei älteren Menschen.	Arzneimittelkommission der Ärzteschaft
6.2 Eine angemessene pharmakotherapeutische Versorgung älterer Menschen ist gesichert.	Förderung der kommunikativen Fähigkeiten für das Gespräch mit älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
6.3 Die Strukturen der Gesundheitsversorgung sind auf eine alternde Gesellschaft mit einem zunehmenden Anteil chronisch kranker und multimorbider Menschen ausgerichtet.	Entwicklung (und Einsatz) eines praxistauglichen, kultursensiblen Leitfadens für Ärztinnen und Ärzte für das Gespräch mit älteren, insbesondere hochaltrigen, Patientinnen und Patienten, in dem auch die Themen gesellschaftliche Teilhabe, Bewegung und Ernährung behandelt werden.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
6.4 Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen zielt nicht nur auf die medizinische Versorgung i. e. S., sondern auch auf den Erhalt der Lebensqualität und auf die Sicherstellung einer autonomen Lebensführung.	Sachdienliche Beratung, Aufklärung und Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen.	Bundesapothekerkammer/ Landesapothekerkammern
6.5 Über-, Unter- und Fehlversorgung von kranken älteren Menschen werden vermieden.	Verstärkte Berücksichtigung von älteren Menschen und von Menschen mit Mehrfacherkrankungen in Forschung, bei künftigen bzw. zu aktualisierenden Therapieempfehlungen und in Leitlinien.	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
6.6 Die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen, die in ländlichen Regionen leben, ist gesichert.	Berücksichtigung von Maßnahmen zur Aktivierung und Förderung von autonomer Lebensführung älterer Menschen in diagnosebezogenen Therapiemaßnahmen und in Leitlinien.	Bundesministerium für Gesundheit
6.7 Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen berücksichtigt den besonderen Handlungsbedarf bei Menschen in sozial problematischen Lebenslagen.	Entwicklung, Erprobung und Implementierung von evidenzbasierten Empfehlungen zu realistischen Therapiezielen bei älteren Menschen mit mehreren Erkrankungen und einer reduzierten therapeutischen Belastbarkeit.	Bundes-/Landespsychotherapeutenkammer
6.8 Die Rehabilitation für ältere Menschen ist ausgebaut. Rehabilitationsmaßnahmen werden unverzüglich eingeleitet.	Entwicklung von Versorgungskonzepten zu irreversiblen chronischen Krankheiten älterer Menschen, die auf Vermeidung einer Verschlimmerung ausgerichtet sind (im Sinne tertiärer Prävention).	Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammer
6.9 Ältere Menschen sind in Planungen und Entscheidungen zu ihrer gesundheitlichen Versorgung einbezogen.	Einbeziehung von sehr alten Menschen (insbesondere Menschen mit Ko- und Multimorbiditäten) in Studien zur gesundheitlichen Versorgung (Fokus auf demenziellen und psychiatrischen Erkrankungen).	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
6.10 Die Mit- und Selbsthilfe älterer Menschen werden gefördert.		Gemeinsamer Bundesausschuss
6.11 Sozial benachteiligte ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt.		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- & Sozialministerien der Länder
		Gesundheitsfachberufe
		Institutionen aus Wissenschaft und Forschung
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
		Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Landkreise und Kommunen
		Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
		Pharmaunternehmen
		Selbsthilfegruppen und -einrichtungen

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	Einbeziehung von älteren Menschen in Studien zu Arzneimitteln, die auch bei älteren Menschen angewandt werden (Fokus auf häufigen Kombinationen von Arzneimitteln).	Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung
	Erprobung, Implementierung sowie Weiterentwicklung von Listen von Arzneimitteln, die bei älteren Menschen unangebracht sind (z. B. PRISCUS-Liste).	Sozialpsychiatrischer Dienst der Kommunen
	Konsiliarische Einbeziehung von Geriaterinnen und Geriatern (z. B. beim Übergang in geriatrisch-rehabilitative nachstationäre Versorgungsformen).	Sozialstationen
	Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit über Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie von Netzwerken in der praktischen Arbeit.	
	Optimierung des Entlassungsmanagements (z. B. in Form lokaler Verbundsysteme) zur Sicherung der nachgehenden Versorgung.	
	Maßnahmen zur Erhöhung bzw. zur Verhinderung der Abnahme der Zahl von Hausärztinnen und Hausärzten (z. B. durch Weiterbildungs- und Niederlassungsanreize).	
	Vorkehrung zur beschleunigten Genehmigung und Einleitung von (geriatrischen) Rehabilitationsmaßnahmen.	
	Ausbau der stationären, ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation, einschließlich des verstärkten Aufbaus von mobilen Rehabilitationsteams.	

Ziel 7:
Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen

Ausgangslage

Die dominierenden Gesundheitsprobleme alternder Gesellschaften erfordern ein abgestimmtes und auf enge Zusammenarbeit angelegtes Zusammenwirken unterschiedlicher Gesundheitsberufe und (gesundheits-)wissenschaftlicher Disziplinen. Zusammenarbeit im Sinne von Kooperation wird dabei allgemein als eine enge und konstruktive Interaktion zwischen gleichberechtigten Partnerinnen und Partnern bzw. Organisationseinheiten mit gemeinsamen Zielvorstellungen definiert [Zelewski, 1994]. Allerdings liegen zahlreiche Erkenntnisse darüber vor, dass dieses zielgerichtete und gleichberechtigte Zusammenwirken unterschiedlicher Leistungserbringer oftmals nicht in erforderlicher Weise realisiert wird. Neben hemmenden strukturellen Kontextbedingungen spielen hierfür Informationsdefizite, mangelnde Kenntnisse über die Kompetenzen des jeweils anderen Gesundheitsberufs sowie unterschiedliche Qualifizierungsverläufe und -kulturen eine wesentliche Rolle. Kooperationsdefizite entstehen nicht zuletzt durch Unterschiede in der Professionsentwicklung der einzelnen Gesundheitsberufe [SVR, 2007; Rice et al., 2010].

Zahlreiche Verantwortlichkeiten und Aufgabenteilungen zwischen den Berufsgruppen entsprechen nicht mehr in jedem Falle den patienten- und systemseitigen Anforderungen bzw. führen häufig zu suboptimalen Abläufen im Versorgungsprozess. In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich auf eine Publikation der Bundesärztekammer zur Prozessverbesserung durch Kooperation und Koordination hingewiesen [Bundesärztekammer, 2010].

Die demographische Entwicklung und die daraus resultierende Zunahme chronisch (mehrfach-)erkrankter Patientinnen und Patienten mit häufig kleinen oder gar fehleden privaten Unterstützungsnetzen führt zu hochkomplexen Situationen, die ein stark vernetztes Denken und Handeln aller am Versorgungsprozess Beteiligten erfordern. Besonders augenfällig wird dies in der vielfach diskutierten Überleitungsproblematik an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung.

Eine nahtlose Weiterbehandlung oder -betreuung von besonders vulnerablen Patientengruppen setzt notwendigerweise die koordinierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer voraus. Eine gelingende Kooperation ist dabei als wichtiges Qualitätsmerkmal für medizinische und pflegerische Versorgung – vor allem auch mit Blick auf eine verbesserte Ausschöpfung von noch vorhandenen Gesundheitspotenzialen älterer Menschen – zu begreifen [Kuhlmey, 2011]. So liegen inzwischen überzeugende Befunde dafür vor, dass sich unzureichende professions- und disziplinübergreifende Kooperation deutlich negativ auf die Gesundheitsversorgung auswirkt [Zwarenstein & Bryant, 2000]. Für einen Zugewinn an Versorgungsqualität gemäß der Leitfrage „wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses?“ ist professionelle Autonomie im Sinne von angemessenen eigenverantwortlichen Handlungsspielräumen aller beteiligten Disziplinen unabdingbar. Die Forderung nach gleichberechtigter Kooperation beinhaltet immer auch die Frage professioneller Handlungsspielräume. Allzu asymmetrisch bzw. hierarchisch verteilte Autonomie birgt die Gefahr, dass unter Kooperation einfache „Zuarbeit“ durch die in der Hierarchie jeweils niedriger stehende Disziplin verstanden wird. Dies ist aber letztendlich weder im Sinne von Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten, noch erscheint es gesundheitsökonomisch sinnvoll, da spezifische Kompetenzen unterschiedlicher Berufe so häufig nur suboptimal genutzt werden.

Eine effektive und effiziente Gestaltung von arbeitsteiligen Prozessen zwischen Leistungsanbietern mit eigenverantwortlichen Handlungsspielräumen kann nicht zuletzt auch die Arbeitszufriedenheit in Gesundheitsberufen erhöhen. Dies ist angesichts des sich schon heute abzeichnenden Nachwuchsmangels gerade in den Pflegeberufen durchaus relevant.

Um einer durch professionelle Spezialisierung geförderten Fragmentierung der Patientenversorgung zu begegnen, könnten auf qualifikatorischer Ebene gemeinsame Lern- und Erfahrungsräume ein sinnvolles Mittel darstellen, Kooperation untereinander und mit anderen Disziplinen zu lernen und zu erproben. Dies könnte für Pflege- und Therapieberufe etwa im Rahmen der dualen nichtaka-

demischen Ausbildung in Form von multidisziplinären Lerngruppen in Berufsschule und Praxiseinrichtungen erfolgen. Darüber hinaus sind auch Strukturen der akademischen Nachwuchsförderung in den Gesundheitsberufen (Bachelor-/Masterstudiengänge) auszubauen und dabei ist dem Thema interdisziplinäre Kooperation besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Zudem sollten Fragen der professions- und disziplinübergreifenden Zusammenarbeit und deren Auswirkungen ihrerseits zum Gegenstand von Forschungsaktivitäten in den Gesundheitsberufen erklärt werden [WHO, 2010; Rice et al., 2010].

In der Versorgung, insbesondere in stationären Einrichtungen, können die Einführung von neuen Konzepten der Arbeitsorganisation sowie ein strukturiertes Qualitätsmanagement maßgebliche Instrumente sein, um die engere Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu unterstützen.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Für die Umsetzung einer patientenorientierten und koordinierten Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe sind insbesondere geeignete Strategien im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von hoher Bedeutung. In diesem Zusammenhang ist an eine Stärkung geriatrischer und gerontologischer Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen sowie an eine Schwerpunktlegung in Ausbildungs- und Studiengängen auf multiprofessionelle Kooperation zu denken. Zur Schließung von Forschungslücken – beispielsweise zu Modellen interprofessioneller Zusammenarbeit – können Erfolg versprechende Strategien in der Etablierung von disziplinübergreifenden Forschungs- und Promotionskollegs gesehen werden. Derartige Strukturen wären auch geeignet, Hinweise zur Weiterentwicklung von akademischen Qualifikationen in nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu geben, insbesondere darüber, welche akademischen Studiengänge nach der Erstausbildung zur Spezialisierung angeboten werden sollten.

Aktivitäten aus jüngerer Zeit greifen die hier angesprochenen Fragestellungen auf und untermauern damit die Bedeutung eines koordinierten Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure für eine qualitativ hochwertige Versorgung von besonders vulnerablen Patientengruppen.

Ziel 7: Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
7.1 Geriatrisches und gerontologisches Fachwissen ist in allen Fachgebieten der Medizin, der Pflege und in den anderen therapeutischen Berufen vorhanden.	Entwicklung, Erprobung und Implementierung von standardisierten interprofessionellen Versorgungsstrategien.	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
7.2 Die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten (der verschiedenen Sektoren) und zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen ist gewährleistet.	Entwicklung, Erprobung und Implementierung von Leitlinien zu interprofessionellen Versorgungsstrategien.	Berufsverbände
7.3 Ausbildungen und Studium in den Gesundheitsberufen bereiten verstärkt auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe vor.	Erprobung und Umsetzung von Modellen der Verzahnung der unterschiedlichen medizinischen Versorgungsbereiche und der beteiligten Leistungserbringer (z. B. Multidisziplinäre Teams, Case Management).	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
7.4 Die Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist bei der Betreuung der sozial benachteiligten älteren Menschen gewährleistet.	Umsetzung bereits erprobter Modelle der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen (wie z. B. AgnES, MoPra, VERAH).	Bundesministerium für Bildung und Forschung
	Berufsübergreifende Fortbildungen werden genutzt, um die multiprofessionelle Zusammenarbeit in Medizin, Therapie und Pflege im Berufsalltag zu stärken.	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
	Erprobung und Umsetzung weiterer neuer Formen der Kooperation aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen.	Bundesministerium für Gesundheit
	Verstärkte Nutzung der Möglichkeiten der integrierten Versorgung (unter Einschluss der Pflege).	Bundes-/Landespsychotherapeutenkammer
	Erprobung und Umsetzung von Modellen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen.	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
	Erprobung und Umsetzung von Modellen der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie und Apothekerinnen und Apothekern. Stärkere Einbeziehung von Apothekerinnen und Apothekern in die Arzneimitteltherapie insbesondere Polypharmakologie (z. B. in Arztpraxen und Pflegeheimen).	Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
		Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
		Gesundheits-, Pflegefachberufe und Therapieberufe
		Institutionen aus Wissenschaft und Forschung
		Institutionen der Altenhilfe (ambulant, teilstationär, stationär)
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
		Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Krankenhäuser und Krankenhausträger

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	Ausbau und Forcierung der Umsetzung des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) insbesondere in Bezug auf die Maßnahmen zur Verbesserung der AMTS bei Polypharmakotherapie und in Bezug auf die AMTS in Alten- und Pflegeheimen (z. B. durch gezielte interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen).	Landkreise und Kommunen Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Selbsthilfegruppen und -einrichtungen Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung Sozialpsychiatrischer Dienst der Kommunen Sozialstationen
	Klärung der Möglichkeiten von Tätigkeitsübertragungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe.	
	Ausbau der Geriatrie an den Universitäten.	
	Stärkung der geriatrischen und gerontologischen Fortbildung in den Gesundheitsberufen.	
	Bestandsaufnahme und Auswertung vorhandener akademischer Strukturen in nichtärztlichen Gesundheitsberufen und Prüfung, ob die Entwicklung weiterer Angebote gefördert werden soll.	
	Studien zur Schließung von Forschungslücken und Durchführung von Modellen zur interprofessionellen Zusammenarbeit.	

Ziel 8:
Die Interessen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen sind berücksichtigt

Ausgangslage

Die Familie stellt auch heute noch die größte und leistungsfähigste „Pflegeinstitution“ dar, und dies – entgegen den Erwartungen – mit noch ansteigender Tendenz [Statistisches Bundesamt, 2011c]. Dennoch wird in Zukunft aufgrund der Zunahme allein lebender (älterer) Menschen sowie der zu erwartenden stärkeren Einbindung von (älteren) Frauen in den Arbeitsprozess ein Rückgang des familiären Pflegepotenzials erwartet [Meyer, 2006].

69 % aller Pflegebedürftigen werden derzeit zu Hause von ihren Angehörigen betreut und versorgt. [Statistisches Bundesamt, 2011c]. Die Betreuung und Versorgung erfolgen dabei entweder ausschließlich durch die Angehörigen selbst oder unter Hinzuziehung professioneller Hilfe und können Bekannte, Freunde und Freundinnen sowie Nachbarn und Nachbarinnen mit einschließen.

Nach wie vor dominieren Frauen (Töchter, Schwiegertöchter und Ehefrauen) bei der Pflege von Angehörigen. Etwa 60 % der pflegenden Angehörigen sind über 55 Jahre alt [Meyer, 2006]. Pflege im höheren Lebensalter kann u. U. ein höheres gesundheitliches Risiko für die Pflegepersonen selbst bedeuten.

Die Pflege eines Angehörigen wird häufig als „selbstverständlich“ betrachtet [Büker, 2009] und stellt oft einen eher unreflektierten Prozess für pflegende Angehörige dar. Überwiegend entwickeln sich Pflegesituationen schleichend. Zunächst wird (häufiger) nach dem Rechten gesehen, der Einkauf erledigt und im Haushalt geholfen. Im weiteren Verlauf aber kann sich allmählich ein umfassender Bedarf an Hilfe entwickeln, bis hin zur Unterstützung beim Waschen, Anziehen oder bei Toilettengängen. Pflegende Angehörige werden immer mehr an die Pflegetätigkeit gebunden, ohne dass sie sich bewusst dafür entschieden haben. Auch bei unvermittelt eintretender Pflegebedürftigkeit (z. B. nach einem Schlaganfall) fehlt unter Umständen die Entscheidungsfreiheit von Angehörigen, denn sie werden von der neuen Aufgabe quasi überrumpelt. Die Beweggründe zur Übernahme von Pflege durch Angehörige sind vielschichtig und werden zunächst innerhalb der Familie festgelegt. Emotionale Bindungen im Sinne von Liebe und Zuneigung und Faktoren wie Dankbarkeit, Nächstenliebe, Pflichtgefühl sowie fehlende Betreuungs- und Pflegealternativen oder hohe finanzielle Belastungen durch professionelle Hilfe dürften eine Rolle spielen.

Pflegende Angehörige bewerten die Übernahme von Pflege überwiegend positiv. Sie sehen darin eine lohnenswerte Aufgabe, geprägt von Wertschätzung, Stärkung des Beziehungsverhältnisses zur gepflegten Person und dem Erlernen neuer Fähigkeiten verbunden mit steigendem Selbstwertgefühl und der Lebenszufriedenheit [Döhner et al., 2007].

Pflegeleistungen durch Angehörige sind aber auch mit vielfältigen Belastungen verbunden. Angehörige geraten – besonders bei langfristiger Pflegebelastung – im Laufe der Zeit vielfach an Kompetenz- und auch Belastungsgrenzen. Verständlich wird dies, vergegenwärtigt man sich, dass pflegende Angehörige meist auf der Basis naturwüchsiger Kompetenz agieren und ihnen die nötigen (Fach-)Kenntnisse und Fertigkeiten fehlen. Hinzu kommt, dass der Alltag von pflegenden Angehörigen von einem nervenaufreibenden Balanceakt zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Familien- und Beziehungsarbeit, Freizeit, ‘bürokratischen Hürden’ und der Betreuung der Pflegebedürftigen selbst geprägt ist. Dies hat oft Auswirkungen auf die Gesundheit, das soziale Netz und die Erwerbstätigkeit. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass pflegende Angehörige eine Personengruppe darstellen, die besonders psychisch und physisch belastet ist [Gräßel, 1998; Schneekloth & Wahl, 2005], insbesondere wenn schwere Erkrankungen, wie z. B. Demenz (siehe hierzu auch Ziel 11) oder ein Schlaganfall, vorliegen [Adler et al., 1996; Gräßel, 1998]. Im Vergleich zu nicht Pflegenden leiden pflegende Angehörige deutlich häufiger an depressiven [Sörensen et al., 2002] sowie kardiovaskulären Erkrankungen [Schulz et al., 1999]. Pflegende Ehepartnerinnen und -partner, die die Pflege als belastend empfinden, haben ein erhöhtes Risiko, früher zu sterben, im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne diese Belastung [ebd.]. Lang anhaltende Belastungen durch die Pflege oder Stress bergen die Gefahr problematischen Verhaltens gegenüber der zu pflegenden Person (z. B. Gewalt, Aggressivität oder Vernachlässigung). Ein großer Anteil von pflegenden Angehörigen ist erwerbstätig. Oftmals haben pflegende Angehörige deutlich mehr Probleme,

die Erwerbstätigkeit mit der Familienpflege zu vereinbaren als Erwerbstätige mit Kindern [Schneider et al., 2006]. Erwerbstätigkeit und Pflege sind trotz der Belastungen mit vielen positiven Aspekten verbunden. Untersuchungen zeigen, dass pflegende „ältere Töchter“ ihren Alltag leichter meistern und weniger belastet sind, wenn sie weiterhin erwerbstätig sein können [Lehr, 2010]. Das Haus verlassen zu müssen, um der Erwerbstätigkeit nachzugehen, ermöglicht pflegenden Angehörigen, wichtige soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ein Stück Zeitautonomie in der eigenen Lebensgestaltung beizubehalten. Dies kann erheblich zur Reduktion des Belastungsempfindens führen. Voraussetzung ist ein funktionierendes und tragfähiges Netzwerk an Unterstützung. Dennoch schränken derzeit viele pflegende Angehörige aufgrund der hohen Belastungen und/oder bei intensivierter notwendiger Unterstützungsleistung ihre Erwerbsbeteiligung ein oder geben sie ganz auf [Meyer, 2006].

Einerseits verfügt Deutschland neben gesetzlich verankerten Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige (z. B. Beratung, Pflegesachleistungen, Pflegekurse, Förderung der Familienpflegezeit) über eine im internationalen Vergleich gut ausgebaute Angebotsstruktur professioneller Unterstützung mit verschiedensten soziokulturellen Zugängen (interkulturelle Angebote, Angehörigen-, Selbsthilfegruppen usw.), andererseits erweisen sich die Angebote für pflegende Angehörige häufig als unbekannt, unübersichtlich, wenig koordiniert oder bürokratisch. Dies kann es Angehörigen erschweren, das für ihre individuelle Situation richtige Angebot zu finden oder zu nutzen. Außerdem lassen sich pflegende Angehörige nur auf solche Angebote ein, die ihre Lebenswelt und Autonomie berücksichtigen. Die Bedürfnisse und Wünsche der Angehörigen stehen oft im Schatten der Belange der Pflegebedürftigen und finden noch zu wenig Berücksichtigung. Angehörige befinden sich je nach Sozial- und Bildungsschicht und Pflegesituation in unterschiedlichen Lebenslagen. Sie stehen in unterschiedlichen Beziehungskonstellationen zu den Pflegebedürftigen, verfügen über verschiedene kulturelle Prägungen und Zeitkorridore und haben dementsprechend sehr differente Erwartungen oder Anforderungen an Angebote.

Diese Aspekte können – trotz der enormen Belastungen – Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme von Angeboten darstellen. Seitens der Angehörigen werden Angebote häufig nur punktuell bei auftretenden Problemen, wie z. B. Verwirrtheit, Dekubiti oder bei sozialrechtlichen Fragen, nachgefragt [Schneekloth & Wahl, 2005]. Von professionellen Pflegekräften (wenn eingebunden) werden Angebote nicht aktiv eingebracht [Heusinger, 2007]. Zudem stellen die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige ohne Einstufung in eine Pflegestufe nach SGB XI eine große Hürde für den Zugang zu Beratungsangeboten dar [Döhner et al., 2007]. Für pflegende Angehörige im ländlichen Raum gilt der Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten auch aufgrund fehlender spezifischer struktureller Bedingungen als erschwert.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Soll es auch angesichts der demografischen Entwicklung bei dem hohen Anteil der häuslichen Pflege verbleiben, ist es erforderlich, zu einem anderen Pflegeverständnis zu gelangen: Bislang agiert Pflege ausschließlich auf der Basis eines individuenbezogenen Zugriffs und stellt den Pflegebedürftigen in das Zentrum ihres Handelns. In Anbetracht der Tatsache, dass der weitaus größte Teil der pflegerischen Betreuung Pflegebedürftiger, auch wenn professionelle Pflege involviert ist, den Angehörigen obliegt, ist es notwendig, einem familienorientierten Zugriff *(family health nursing)* den Weg zu bahnen und zudem das Verhältnis zu den Angehörigen zu verbessern [Büscher, 2011]: Dies bedeutet, Angehörige als wichtige Säule und Ressource der Versorgung und Pflege anzuerkennen, konstruktive Kooperationsbündnisse mit ihnen einzugehen, sie bei der Betreuung und Pflege sowie in ihrer Rolle als Versorgungs- und Betreuungsinstanz zu unterstützen und drohenden Überlastungserscheinungen vorzubeugen, z. B. durch Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige. Dabei sind geschlechtsspezifische Gesichtspunkte zu beachten.

Zugleich werden professionelle Unterstützungsleistungen an Bedeutung zunehmen. Die Entwicklung gemischter und alternativer Betreuungs- und Pflegearrangements, wie nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Netzwerke, z. B. das Bundesmodellprojekt Pflegebegleitung – eine Initiative zur Schulung freiwilliger nichtprofessioneller Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter, sowie die verbesserte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe scheinen für die Zukunft wesentliche Erfolgsstrategien darzustellen, um Pflegeleistungen durch Angehörige aufrechterhalten und fördern zu können.

Wichtig erscheinen auf der strukturellen Ebene der Ausbau und die Vernetzung von Angeboten, die Beratung, Unterstützung und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige vorhalten sowie niedrigschwellig, flächendeckend und wohnortnah abrufbar sind. Leistungsrechtlich hat diese Zielrichtung in der Pflegeversicherung z. B. in den §§ 45a ff. SGB XI über die Förderung niedrigschwelliger Angebote ihren Niederschlag gefunden. Des Weiteren müssen psychologische Barrieren (z. B. Einstellungen des „es alleine schaffen müssen“, Bevormundung, Gefühle von Scheitern/Versagen oder Scham und Angst bei der Inanspruchnahme) abgebaut werden. Die individuellen Lebens- und Problemlagen sowie die Bedarfe, Wünsche und Möglichkeiten von pflegenden Angehörigen müssen stärkere Berücksichtigung bei der Beratung und Suche nach Entlastungsmöglichkeiten erfahren. Die Leistungen von pflegenden Angehörigen sowie deren pflegerische Kompetenz müssen eine breite Anerkennung erfahren, ohne dass professionelle Hilfe mit Definitionen von richtig und falsch bzw. Anweisungen für fachgerechte Pflege die Pflegesituation dominieren (siehe Ziel 13).

Sollen Akzeptanz geschaffen und die Inanspruchnahme erhöht werden, ist es entscheidend, inwieweit Angebote den Ton, die Erwartungen, die (traditionelle und regionale) Lebenswelt, den Sozial- und Bildungshintergrund sowie die häusliche Pflegesituation inkl. der Beziehungskonstellationen treffen.

Öffentlichkeitsarbeit und Medienpräsenz sollten die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema befördern und dazu anregen, familienbewusste Personalpolitiken und familienfreundliche Arbeitswelten als zentrale Voraussetzungen für eine zukunftsfähige Gesellschaft anzusehen, wozu die Berücksichtigung der Lebenswelten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gehört, die zusätzlich zu ihrer Erwerbstätigkeit ihre Angehörigen im häuslichen Umfeld pflegen wollen bzw. müssen. Ein erster Schritt könnte mit der Nutzung der Möglichkeiten des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes geschehen.

Ziel 8: Die Interessen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen sind berücksichtigt

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
8.1 Die Kompetenzen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfern werden gefördert und verständliche Informationsmaterialien zu Themen rund um die Übernahme von Pflegeleistungen stehen für Angehörige zur Verfügung.	Verstärkung der überregionalen, regionalen und lokalen Öffentlichkeitsarbeit zu Möglichkeiten und Grenzen der Pflege durch Angehörige, insbesondere zur Information über gesetzliche Ansprüche und zur Bekanntmachung von Unterstützungsangeboten.	Arbeitgeber (öffentliche, private)
8.2 Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheits- und Sozialberufe und von Multiplikatorinnen und Mitarbeitern sind spezifisch für Angehörige und informelle Helferinnen und Helfern gestärkt.	Herstellung und Verbreitung von (mehrsprachigen) Informationen zur Pflege durch Angehörige – insbesondere zu gesetzlichen Ansprüchen und vorhandenen Unterstützungsangeboten, die leicht zugänglich und gut verständlich (einfach, gut gegliedert, kurz und prägnant, stimulierend) sind.	Bildungsträger und -einrichtungen (z. B. Volkshochschulen)
8.3 Die Entwicklung von gemischten Betreuungs-und Pflegearrangements sowie die Inanspruchnahme von Angeboten zur Pflegeunterstützung sind gefördert.	Ausweitung und Verbesserung von Angeboten zur Entlastung pflegender Angehöriger, z. B. Ausweitung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote (kurzfristige stundenweise Betreuung, 24-Stunden-Bereitschaftsdienste, Haushaltshilfen, Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Vereinfachung der häuslichen Pflege), Ausweitung von Angeboten der Tagespflege und der Nachtpflege, Ermöglichung einer flexibleren Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
8.4 Die Gesundheit von Angehörigen und/ oder informellen Helferinnen und Helfern ist erhalten.		Bundesapothekerkammer/ Landesapothekerkammern
8.5 Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Pflegeunterstützung ist gefördert.		Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung e.V.
8.6 Die Medienpräsenz und die öffentliche Auseinandersetzung des Themas sind ausgebaut und Unternehmen sind informiert.	Ausbau und Optimierung von Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten, die niedrigschwellig, flächendeckend und wohnortnah zur Verfügung stehen (z. B. Anlauf- und Koordinierungsstellen, Online-Beratung, Tages- und Nachtpflege, Betreuungsgruppen).	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
8.7 Eine gesellschaftliche Anerkennungskultur für die Leistungen von Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfern ist entwickelt und etabliert.		Bundes- und Landesministerien
8.8 Auswirkungen von Pflege durch Angehörige wie Persönlichkeitswachstum und Sinnfindung sind in der Öffentlichkeit differenzierter dargestellt und stärker bekannt.	Optimierung der Zugänglichkeit und Nutzungsmöglichkeit von vorhandenen Strukturen (z. B. weniger bürokratische und finanzielle Hürden, keine Wartezeiten, stärkere Bedürfnisausrichtung, flexible Öffnungszeiten und Sprechzeiten, wohnortnahe Angebote, barrierefreie Erreichbarkeit).	Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
8.9 Die Gesundheit von sozial benachteiligten Angehörigen ist erhalten.		Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
	Schaffung bzw. Förderung zugehender Angebote zur Pflegeunterstützung (z. B. durch Freiwilligendienste, ehrenamtliche und professionelle Pflegebegleitung).	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
		Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.
		Deutscher Pflegerat e.V.
		Deutscher Pflegeverband e.V.
		Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
		Deutsches Zentrum für Altersfragen
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- & Sozialministerien der Länder
		Gewerkschaften
		Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	Stärkere Berücksichtigung von Bedürfnissen und Wünschen pflegender Angehöriger, z. B. Mitbeteiligung von Verbänden bzw. Vertreterinnen und Vertretern pflegender Angehöriger an pflegepolitischen Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen, Beteiligung von pflegenden Angehörigen bei der Gestaltung von Beratungsangeboten (z. B. in Pflegestützpunkten), Prüfung, wie Angehörige in geeigneter Weise in die Leistungsauswertung von Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen einbezogen werden können (z. B. bei den Qualitätsprüfungen nach § 114a SGB XI).	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen Kuratorium Deutsche Altershilfe Medizinischer Dienst der Krankenkassen öffentliche, private und kirchliche Dienstleistungsanbieter der Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfe Selbsthilfegruppen und -einrichtungen Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung Wohlfahrtsverbände
	Gezielte Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen, z. B. Schaffung von spezifischen Angeboten für pflegende Angehörige und informelle Helferinnen und Helfern zur Gesundheitserhaltung und -förderung (z. B. Entspannungskurse, Sportmöglichkeiten, Rückentraining, Massageangebote, Rehabilitationskuren), Ermöglichung eines unbürokratischen und flexiblen Zugangs ohne zusätzliche finanzielle Belastungen sowie Sicherstellung der Versorgung der pflegebedürftigen Person während der Nutzung der Angebote.	
	Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger sowie Unterstützung des Erfahrungsaustauschs (z. B. Stammtisch pflegender Angehöriger).	
	Förderung von Angeboten telefonischer oder online-basierter Gesprächstherapie für pflegende Angehörige (insbesondere auch zu den Themen „Überlastung“, „Gewalt in der Pflege“ sowie „Umgang mit der Endlichkeit des Lebens“).	
	Themenspezifische Fortbildungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Gesundheits- und Sozialberufen (z. B. Umgang mit psychologischen Barrieren von Angehörigen, lebensweltlichen Zugang zu Angehörigen finden, Pflegesituation und Beziehungskonstellationen wahrnehmen, Belastungssituationen bei Angehörigen erkennen und reagieren, Stärkung der eigenen Beratungskompetenz).	
	Förderung betrieblicher Maßnahmen und Initiativen zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege (z. B. Erstberatung im Notfall und praktische Hilfestellungen, flexible Arbeitszeitmodelle,	

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	betrieblich geförderte Tagespflegeplätze, Organisation von Hol- und Bringdiensten, Umsetzung der Familienpflegezeit).	
	Anerkennung der Pflege durch Angehörige, z. B. durch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Kampagnen) zum Stellenwert pflegender Angehöriger in der Gesellschaft oder durch Einrichtung eines „Tag der pflegenden Angehörigen“.	

Handlungsfeld III:
Besondere Herausforderungen

Bedingt durch die Zunahme des Anteils älterer, vor allem hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung werden die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung wachsen und es müssen besondere Herausforderungen in den Blick genommen werden.

Zur Erhaltung der Lebensqualität im Alter sind Autonomie und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit essentiell. Das gilt auch für Menschen, die mit einer Behinderung alt werden. Das Ziel 9 nimmt somit ältere Menschen mit Behinderungen in den Fokus.

Die gerontologische Forschung belegt einerseits, dass der alternde Organismus anfälliger wird für Schädigungen und somit das Risiko wächst, mit den Folgen chronischer körperlicher und hirnorganischer Erkrankungen leben zu müssen. Andererseits gibt es fundierte Hinweise, dass die gesunde Lebenserwartung steigt. Es sind Verschiebungen im Krankheitsspektrum zu erwarten, die zum Teil bereits heute absehbar sind. Während das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eher rückläufig ist, gewinnen andere Krankheiten ein stärkeres Gewicht, wie zum Beispiel psychische Erkrankungen [Nowossadeck, 2010]. Psychische Störungen können als bereits früher manifestierte Krankheitsbilder im Alter andauern, erneut oder erstmals auftreten. Wie in Ziel 10 formuliert, gilt es, die psychische Gesundheit älterer Menschen zu stärken. Hierbei sind Depressionen von besonderer Bedeutung. Oftmals werden psychische Erkrankungen allerdings nicht rechtzeitig erkannt, die Behandlung ist infolge komplexer Krankheitsbilder schwierig oder wird unterlassen, weil die Erfolgsaussichten bei älteren Menschen unterschätzt werden.

Der Anteil der Demenzkranken an der Gesamtbevölkerung wird sich vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2060 um das Zweieinhalbfache von heute 1,5 auf dann 3,8 % erhöhen. Daher wird in Ziel 11 ausformuliert, wie Demenzerkrankungen besser erkannt und wie Demenzerkrankte angemessen versorgt werden können. Bedingt durch die Zunahme der Zahl und des Anteils älterer Menschen wird es in Deutschland mehr ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen geben. Ziel 12 thematisiert daher Maßnahmen, um chronische Erkrankungen, Behinderungen und Multimorbidität sowie daraus entstehende Folgen zu mindern.

Um dem künftig zu erwartenden Anstieg des Pflegebedarfs zu begegnen, werden in Ziel 13 verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, um Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und Pflegebedürftige angemessen zu versorgen.

Ziel 9:
Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen sind erhalten und gestärkt

Ausgangslage

Der Nationale Aktionsplan „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ der Bundesregierung berichtet, dass 9,6 Millionen Menschen mit Behinderungen in der Bundesrepublik leben, das sind 11,7 % der Bevölkerung. Davon haben 7,1 Millionen eine schwere Behinderung und 2,5 Millionen leben mit einer leichteren Behinderung [BMAS, 2011]. Nur 4 – 5 % der Menschen mit Behinderungen sind von Geburt an behindert, die Mehrzahl der Behinderungen wird erst im Laufe des Lebens erworben. Mehr als 80 % der Schwerbehinderungen werden durch eine Krankheit verursacht. Es sind insbesondere ältere Menschen betroffen, denn mit dem Alter steigen die chronischen Erkrankungen, die zu Behinderungen führen können. Große Bedeutung haben hierbei die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle, Herzinfarkte), Diabetes, Krebserkrankungen und demenzielle Erkrankungen.

Die Datenlage zu Menschen mit Behinderungen ist insgesamt nicht zufrieden stellend, dies gilt für Menschen mit Migrationshintergrund in besonderem Maße. Eine Sonderauswertung des Mikrozensus 2005 ergab, dass bei 7 % der Personen mit Migrationshintergrund und bei 6,6 % der Zuwanderer eine Behinderung vorlag, im Vergleich zu 13 % bei Personen ohne Migrationshintergrund [BMAS, 2011]. Diese Zahlen dürften eine Unterschätzung abbilden, da vermutlich weniger Personen mit Migrationshintergrund eine Behinderung amtlich feststellen lassen und eine Behinderung häufig den Grund für eine Rückkehr ins Heimatland bildet. Die unbefriedigende Datenlage zu Menschen mit Behinderungen soll zukünftig verbessert werden, deshalb plant die Bundesregierung einen indikatorengestützten Behindertenbericht für das zweite Halbjahr 2012.

Längerfristige Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die durch Funktionsstörungen bedingt sind, die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit betreffen und vom für das Lebensalter typischen Zustand abweichen, können zur Feststellung einer Schwerbehinderung führen. Der Antrag auf Anerkennung einer Behinderung wird überwiegend im Vorrentenalter gestellt, da er zu zahlreichen Nachteilsausgleichen berechtigt und u. a. besonderen Kündigungsschutz und zusätzliche Urlaubstage sichert.

Grundlage für die ärztliche Begutachtung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens sind die Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung. Deren Vorläufer, die „Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und Schwerbehindertenrecht“, hatte den Wechsel zum biopsychosozialen Modell der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ vor Erscheinen des SGB IX schon 1983 – in Kenntnis der Diskussionen auf internationaler Ebene und zu den Vorarbeiten zum SGB IX – vollzogen. Allerdings war es auf Grund besonderer gesetzlicher Vorgaben bis 2009 nicht möglich, dieses Modell in den Anhaltspunkten überall konsequent umzusetzen. Während der bereits begonnenen Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze wird das biopsychosoziale Modell nun für die Gesamtheit zu Grunde gelegt, wobei als Bezugsmaßstab das Konstrukt einer standardisierten Umwelt (vgl. ICF, DIMDI) gewählt wurde. Je nach Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung wird ein in Zehnergraden abgestufter Grad der Behinderung (GdB) vergeben. Ab einem GdB von 50 gilt man als schwerbehindert. Die WHO hat 2001 dieses Klassifikationssystem für Erkrankungen und Behinderungen verabschiedet, das den komplexen Zusammenhängen und Auswirkungen Rechnung trägt. Gesundheitsprobleme können sich demnach auf Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe/Partizipation auswirken. Sowohl die gesellschaftliche Umwelt, z. B. durch Gesetze und Versorgungssysteme, als auch das direkte, private Umfeld können die Behinderungen verstärken oder kompensieren. Schließlich spielen personale Faktoren wie Persönlichkeit, Lebensstil oder Bewältigungsformen eine wichtige Rolle bei der Auswirkung von Gesundheitsproblemen. Menschen mit Behinderungen zeigen also Einschränkungen in ihrer geistigen und/oder körperlichen Funktionstüchtigkeit, dennoch können weite Bereiche ihrer Gesundheit erhalten oder wiederherstellbar sein.

Männer beantragen häufiger einen Schwerbehindertenausweis als Frauen, vermutlich weil sie häufiger berufstätig sind als Frauen. Aber sie fühlen sich auch öfter behindert. Im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Institutes 2004 gaben 12 % der Frauen und 15 % der Männer an, sich im Alltag durch eine Behinderung einge-

schränkt zu fühlen. Diese Angaben erfolgten unabhängig davon, ob eine anerkannte Behinderung vorlag [Ellert et al., 2006].

Bedingt durch die Vernichtungsaktionen geistig, aber auch körperlich behinderter Menschen im Dritten Reich („Euthanasie-Aktionen“) gab es in der Nachkriegszeit nur verhältnismäßig wenig ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung in Deutschland. In den Einrichtungen der Behindertenhilfe werden zukünftig mehr ältere Menschen leben, die nach einer Tätigkeit in Werkstätten für behinderte Menschen in den Ruhestand gegangen sind. Die Ausstattung und Organisation in vielen Einrichtungen werden den Wünschen und Bedürfnissen alter Menschen nicht gerecht [Berlin Institut, 2009]. Bei Zunahme des Unterstützungs- und Pflegebedarfs werden die älteren Menschen mit Behinderungen häufig aus ihrer gewohnten Umgebung herausgenommen und in ein Altenheim verlegt. Dies bedeutet überwiegend eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität, zumal sie sich sehr schwer an neue Situationen gewöhnen.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Es werden bereits große Anstrengungen unternommen, eine Gesellschaft der Inklusion zu schaffen, d. h. Menschen mit Behinderungen gar nicht erst auszugrenzen. Dies gilt auch für ältere Menschen, ist aufgrund der zweifach negativen Konnotation der Begriffe „alt“ und „behindert“ jedoch schwieriger als bei jüngeren Personen. Hier scheint eine besondere Öffentlichkeitsarbeit vonnöten, um über die Normalität behinderten Alterns aufzuklären (siehe Ziel 1).

In Deutschland verfügen wir aufgrund der oben genannten historischen Situation vergleichsweise über wenige Erfahrungen mit älteren Menschen mit lebenslangen Behinderungen. Sowohl die Heilpädagogik als auch die gerontologischen Disziplinen hatten die Gruppe der älteren Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend im Fokus. Institutionen der Behinderten- und der Altenhilfe entwickelten sich zum Teil parallel und bei den Strukturen bzw. Konzepten wurden Menschen mit lebenslangen Behinderungen nicht genügend berücksichtigt.

Mittlerweile erkranken ältere Menschen ohne Behinderung zunehmend an Demenz und Menschen mit lebenslanger geistiger Behinderung werden in größerem Umfang älter. Dies bedeutet, dass Institutionen der Behinderten- und Altenhilfe ähnliche Aufgaben zu bewältigen haben, so dass ein fachlicher Austausch dringend geboten ist. Die Schaffung neuer Wohnformen wie Altenheime für Behinderte, ambulante Pflege in Wohngruppen oder Heime der Behindertenhilfe, aber auch die Entwicklung attraktiver Beschäftigungsmöglichkeiten und psychosozialer Interventionen zur Reduktion der verbreiteten Einsamkeitsgefühle sind zur Prävention von Depressionen erforderlich. Hierbei sollten die Wünsche und Vorstellungen der Menschen mit Behinderungen gehört, berücksichtigt und möglichst umgesetzt werden. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe konnten bisher durch hohe Qualität überzeugen, dies sollte auch zukünftig gewährleistet sein. Auch in Zukunft müssen pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe die Hilfen zukommen, die sie für eine teilhabeorientierte Versorgung benötigen. Dafür müssen auch die notwendigen finanziellen Grundlagen bereitgestellt werden. Von großer Relevanz ist eine verbesserte Information für die Betroffenen sowie ihre Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern über Rechte und Ansprüche. Zentrale Kontakt- und Koordinationsstellen sollten umfassend Auskunft über die verschiedenen Finanzierungs- und Unterstützungsmöglichkeiten geben können. Hierzu gehört auch die Nutzung des 2008 eingeführten persönlichen Budgets.

Gefordert sind auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verschiedener Disziplinen, sowohl Grundlagen- als auch anwendungsbezogene Forschung zu betreiben, um die benötigten Kenntnisse über beispielsweise medizinische, soziale und psychologische Alternsprozesse bei Menschen mit Behinderungen zu generieren.

Schließlich werden ältere Menschen mit lebenslangen Behinderungen zunehmend in den unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung sichtbar werden, so dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die spezifischen Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten informiert sein müssen.

Ziel 9: Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen sind erhalten und gestärkt

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
9.1 Die gesellschaftliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist auch für ältere Menschen gewährleistet.	Verbreitung von Informationen zu Möglichkeiten guten Alterns mit Behinderungen.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
9.2 Die Strukturen der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe berücksichtigen besondere Bedürfnisse von alten Menschen mit Behinderungen angemessen.	Bereitstellung von Informationen und Unterstützungsangeboten für Angehörige von älteren Menschen mit Behinderungen.	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
9.3 Der Erhalt der Lebensqualität älterer Menschen mit Behinderungen ist gewährleistet.	Verbesserung der Zugänglichkeit von öffentlichen Räumen und von Informationen für ältere Menschen mit Behinderungen, Abbau von räumlichen und kommunikativen Barrieren.	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
9.4 Ältere Menschen mit Behinderungen werden in Planung und Entscheidungen über ihre Lebensgestaltung und Versorgung einbezogen.	Berücksichtigung spezifischer Kommunikationsbedürfnisse von alten Menschen mit Behinderungen (z. B. bei Blinden, Gehörlosen).	Bundesministerium für Gesundheit
9.5 Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe sozial benachteiligter älterer Menschen mit Behinderungen sind erhalten.	Förderung von Nachbarschaftsprojekten unter Einbeziehung von alten Menschen mit Behinderungen.	Bundes-/Landespsychotherapeutenkammer
	Erstellung und Verbreitung von Fachinformationen zu alten Menschen mit Behinderungen für Ärzte und Ärztinnen sowie Angehörige von Gesundheits- und Pflegeberufen.	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
	Angebote von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen mit Behinderungen.	Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
	Psychotherapeutische Angebote für ältere Menschen mit Behinderungen.	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
	Austausch von Heilpädagogik und gerontologischen Disziplinen.	Dienstleistungsanbieter der Behinderten-, Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfe (öffentlich, privat, kirchlich)
	Überprüfung der Leistungen für in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebende Menschen mit Behinderungen.	Fachverbände
	Zusammenarbeit von Einrichtungen der Behinderten- und der Altenhilfe.	Gesetzliche Krankenversicherung
	Sicherung der hohen Qualität der Versorgung und Begleitung in Einrichtungen für Menschen mit lebenslangen Behinderungen.	Gesundheits- & Sozialministerien der Länder
		Gesundheits- und Pflegefachberufe
		Institutionen aus Wissenschaft und Forschung
		Institutionen der Altenhilfe (ambulant, teilstationär, stationär)
		Institutionen der Behindertenhilfe
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
		Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Krankenhäuser und Krankenhausträger
		Landkreise und Kommunen

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	Interdisziplinäre Planung von Tagesstrukturierungen, Wohnangeboten, psychosozialen Interventionen unter Einbeziehung von alten Menschen mit Behinderungen.	Medien und Presse
	Entwicklung von Maßnahmen zur Förderung autonomer Lebensführung.	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
	Schaffung zentraler Anlaufstellungen bei den Behörden (Kontakt- und Koordinationsstellen).	Selbsthilfegruppen und -einrichtungen
	Förderung von Forschung zum Altern mit Behinderungen.	Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung
	Umsetzung des nationalen Aktionsplanes der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (z. B. Ausbau des Angebots barrierefreier Arztpraxen).	Sozialpsychiatrischer Dienst

Ziel 10:
Die psychische Gesundheit älterer Menschen ist erhalten, gestärkt bzw. wiederhergestellt

Ausgangslage

Es gibt in Deutschland keine bundesweit repräsentative Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen im Alter, aber es liegen eine Reihe guter epidemiologischer Arbeiten für begrenzte Regionen vor (z. B. Berlin, Göttingen, Mannheim). Diese Daten zeigen, dass etwa ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahren an einer psychischen Krankheit leidet [Weyerer & Bickel, 2007]. Dies entspricht in etwa den Prävalenzraten des jungen und mittleren Erwachsenenalters. Allerdings weisen demenzielle Erkrankungen insbesondere im höheren Alter eine große Bedeutung auf – eine Krankheitsgruppe, die bei Menschen unter 65 Jahren selten vorkommt. Über das Altern und Alter von Migrantinnen und Migranten ist insgesamt noch wenig bekannt, dies gilt für die psychische Gesundheit in besonderer Weise. Deshalb beziehen sich die folgenden Ausführungen zur Verbreitung von psychischen Störungen im Alter zwangsläufig überwiegend auf deutsche Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund.

Die Verbreitung von Depressionen (sämtlicher Schweregrade) liegt bei etwa 9 % für alle Altersgruppen in Deutschland und scheint bei älteren Menschen nicht höher zu sein [Helmchen et al., 2010]. Allerdings gestaltet sich die Diagnosestellung im Alter schwieriger als in jüngeren Altersgruppen. Dies liegt an der weniger ausgeprägten affektiven Symptomatik und häufigen somatischen Beschwerden. Die Patientinnen und Patienten beklagen vielfältige körperliche Symptome, die zudem wechseln können, und berichten wenig oder gar nichts über ihre Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung. Dies erschwert den Hausärztinnen und Hausärzten, die zumeist die ersten Ansprechpartnerinnen und -partner darstellen, eine Depression zu erkennen. In der Bevölkerung treten Depressionen bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern. Der Unterschied ist im mittleren Erwachsenenalter besonders groß und wird im Alter geringer.

Internationale und nationale Untersuchungen haben gezeigt, dass eine psychische Erkrankung das Risiko suizidaler Handlungen deutlich erhöht. Dabei werden auch hohe Prozentsätze von psychischen Erkrankungen (meist affektiven Psychosen und Depressionen) bei Suizidenten berichtet: 40 – 89 % der Suizide sollen im Kontext affektiver Erkrankungen vollzogen werden. Dies gilt insbesondere für ältere Personen. [Schmidtke, Sell & Löhr, 2008].

Die Suizidraten in der Bevölkerung haben sich insgesamt seit 1980 mehr als halbiert, allerdings lässt sich eine Vergrößerung des Anteils alter Menschen an der Gesamtzahl der Suizide feststellen. Suizide treten bei älteren Menschen wesentlich häufiger auf als in jüngeren Altersgruppen, die höchsten Raten zeigen die 75-jährigen und älteren Männer. Betrachtet man die Suizidraten pro 100.000 männliche Einwohner im Jahre 2000, so beträgt diese 22,1 für die 25- bis 29-Jährigen, 29,9 für die 60- bis 74-Jährigen und 62,2 für die 75-Jährigen und Älteren. Die entsprechenden Raten für Frauen betragen 6,6 bei den 25- bis 29-Jährigen, 10,8 bei den 60- bis 74-Jährigen und 17,1 bei den 75-Jährigen und Älteren [Weyerer & Bickel, 2007]. Fast jeder zweite weibliche Suizid wird von einer Frau über 60 Jahren begangen. (www.suizidpraevention-deutschland.de).

Das Thema Sucht im Alter wurde lange Zeit vernachlässigt. Aufgrund sehr geringer Prävalenzraten von illegalen Drogen fokussieren die Arbeiten auf Alkoholgebrauch und die Einnahme psychotroper Substanzen. Dies sind Mittel, die die Psyche des Menschen beeinflussen, und sie umfassen sowohl pflanzliche Substanzen als auch Psychopharmaka.

Die Prävalenz von Alkoholikern über 65 Jahren liegt bei 2,4 %. Alkoholismus tritt bei Männern um ein Vielfaches häufiger auf als bei Frauen, dieser Unterschied bleibt im Alter bestehen [Wolter, 2010]. Auffällig ist der hohe Anteil von Alkoholkranken in Alten- und Pflegeheimen. So wurde in einer Mannheimer Studie mit 2.000 Heimbewohnern gezeigt, dass 19,3 % der Männer und 3,8 % der Frauen alkoholkrank waren [Schäufele, Weyerer & Zimber, 1998]. Unter den Psychopharmaka spielen wegen ihres hohen Abhängigkeitspotentials insbesondere Benzodiazepine (Tranquilizer) eine große Rolle bei den Suchterkrankungen im Alter. 70 % dieser Medikamente werden von Hausärztinnen und Hausärzten verordnet, häufig auf Druck der Patientinnen und Patienten, ihrer Familien oder professionell Pflegenden. Nebenwirkungen wie die erhöhte Sturzgefahr werden häufig unterschätzt. In der erwähn-

ten Mannheimer Studie lag die Prävalenz des Benzodiazepingebrauchs in den zurückliegenden vier Wochen bei 15,6 %. Diese Medikamente werden zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen, zur Behandlung von Schlafstörungen sowie bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen als Zusatzmedikation verordnet. Die überwachte Verordnung über eine begrenzte Zeit ist vielfach sinnvoll, eine unreflektierte längere Gabe ist wegen der genannten Nebenwirkungen und der hohen Suchtgefahr unangemessen.

Ein weiteres großes Gesundheitsrisiko im Alter ist die Fehlversorgung mit Psychopharmaka (insbesondere Antidepressiva, Benzodiazepine und Neuroleptika). In einer repräsentativen Studie von 60- bis 79-jährigen nichtinstitutionalisierten Frauen und Männern wurde ermittelt, dass 14 % der Befragten Psychopharmaka einnahmen [Du, Scheidt-Nave & Knopf, 2008]. In dieser Studie wurde im Einklang mit anderen Untersuchungen gefunden, dass Psychopharmakagebrauch vermehrt von Frauen berichtet wird. Wesentlich höhere Zahlen zur Pharmakaeinnahme stammen aus der repräsentativen Berliner Altersstudie. Hier wurde bei 29,8 % der 70-Jährigen und Älteren die Einnahme von chemisch definierten Psychopharmaka festgestellt [Helmchen et al., 2010]. Die Differenz ist vermutlich zum einen auf die unterschiedlichen Altersgruppen der Untersuchten (60 – 79 Jahre versus 70 – 102 Jahre) und zum anderen auf die voneinander abweichenden Erhebungsmethoden zurückzuführen.

Insgesamt steigt der Gebrauch von Psychopharmaka mit dem Alter an, ohne dass es einen entsprechenden altersbedingten Anstieg bei der Prävalenz psychischer Erkrankungen gibt. So betrug der Anteil der GEK-Versicherten mit Antidepressivaverordnung im Jahre 2007 bei den 65- bis 70-jährigen Frauen etwa 12 %, bei gleichaltrigen Männern etwa 5 % [Glaeske, Schicktanz & Janhsen, 2008]. Unter den 90- bis 95-jährige Frauen waren es etwa 19 %, bei den Männern ca. 11 %). Dieser Anstieg ist nicht zuletzt deshalb problematisch, weil ältere Menschen oft aufgrund ihrer körperlichen Multimorbidität einer pharmakologischen Behandlung bedürfen und damit das Risiko von Arzneimittelinteraktionseffekten durch nicht indizierte Psychopharmaka verschärft wird.

Psychische Störungen wurden lange Zeit tabuisiert, so dass die Betroffenen und ihre Angehörigen diese Erkrankungen schamvoll zu verbergen suchten. Dieser Sachverhalt ändert sich langsam, denn die große Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung wird zunehmend erkannt. Präventionsmöglichkeiten zur Stärkung der psychischen Gesundheit, aber auch pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten werden in der Allgemeinbevölkerung durch die Medien und in den verschiedensten Gesundheitsberufen zunehmend wahrgenommen. Auch im Rahmen der Aus- und Fortbildungen findet eine Sensibilisierung für die entsprechenden Krankheitsbilder statt. Diese Entwicklung gilt jedoch noch nicht in gleicher Weise in Bezug auf ältere Menschen, deren psychische Störungen in der Primärversorgung vielfach nicht richtig diagnostiziert und behandelt werden. Dies liegt unter anderem an mangelnden gerontologischen, geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kenntnissen sowie negativen Alterssstereotypien in der Gesellschaft. So wird beispielsweise die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung kaum in Betracht gezogen, obwohl die Effektivität von Psychotherapie auch bei alten Menschen gut dokumentiert ist [Zank, Peters & Wilz, 2010].

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Ältere Menschen und ihre Angehörigen sollten allgemeine Informationen über Möglichkeiten zur Erhaltung und Stärkung psychischer Gesundheit erhalten. So gibt es eine Reihe von Informationsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit, die umfangreich bekannt gemacht werden sollten. Selbst grundlegende Erkenntnisse zur Bedeutung der sozialen Kontakte oder des Zusammenhangs von Inaktivität und Depression sind in der Bevölkerung vielfach unbekannt. Gesellschaftliche Angebote, die älteren Menschen Möglichkeiten zur sozialen Integration eröffnen, sind außerordentlich bedeutsam für die Stärkung der psychischen Gesundheit und sollten vermehrt angeboten werden. Darüber hinaus sind Informationen über psychische Störungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten wünschenswert, damit die Chance besteht, dass Betroffene frühzeitig professionelle Unterstützung suchen.

Besonders wichtig ist es, die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den verschiedensten Gesundheitsberufen in Bezug auf psychische Gesundheit und Störungen zu verbessern. Die Hausärztin und der Hausarzt stellen ganz überwiegend die ersten Kontaktpersonen des Gesundheitssystems für die älteren Menschen dar. Es wird geschätzt, dass 30 bis 40 % der depressiven Störungen bei Älteren, die Allgemeinarztpraxen aufsuchen, nicht adäquat diagnostiziert werden [Linden, 2002]. Hier sind Verbesserungen in der curricularen Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten erforderlich, die ebenfalls für Zahnärzte und Zahnärztinnen gelten sollten. Kurze, methodisch fundierte Erhebungsinstrumente zur Überprüfung eines ersten Verdachts auf beispielsweise kognitive Defizite oder depressive Störungen könnten die Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen erleichtern.

Diese notwendige Verbesserung des Wissensstandes beschränkt sich jedoch nicht auf Ärztinnen und Ärzte. So stehen beispielsweise Medizinische Fachangestellte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Pflegekräfte im unmittelbaren Kontakt mit älteren Menschen und könnten frühzeitig Anzeichen psychischer Störungen bemerken und auf sie aufmerksam machen. Hierzu ist die bessere Vernetzung unterschiedlicher Berufsgruppen erforderlich.

Psychotherapien im Alter finden selten statt. Diese Behandlungsmöglichkeit sollte für ältere Menschen genauso selbstverständlich in Betracht gezogen werden wie bei jüngeren Patientinnen und Patienten. Hierzu sind auch Verbesserungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten notwendig, in deren Curricula gerontologische Inhalte bisher kaum vorkommen.

Notwendig sind allgemeine Öffentlichkeitsarbeit, disziplinspezifische Informationsangebote über verschiedene Medien sowie niedrigschwellige Beratungsmöglichkeiten für Betroffene und ihre Angehörigen.

Ziel 10: Die psychische Gesundheit älterer Menschen ist erhalten, gestärkt bzw. wiederhergestellt

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
10.1 Die Gesellschaft ist über psychische Störungen im Alter, ihre Erscheinungsformen und ihre Krankheitsstadien informiert.	Verbreitung allgemeiner Informationen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter (z. B. zum Zusammenhang von Aktivität und Depression).	Aktion psychisch Kranker e.V.
10.2 Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den verschiedenen Gesundheitsberufen sind in Bezug auf psychische Störungen gestärkt.	Verstärkung der Medienpräsenz des Themas „Psychische Störungen im Alter“ und der öffentlichen Auseinandersetzung damit (z. B. durch TV, Filme, Internet, Veranstaltungen, Unterricht und Projekte in Schulen und Volkshochschulen).	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
10.3 Ältere Menschen sind informiert über individuelle Möglichkeiten des Erhalts und der Verbesserung psychischer Gesundheit.	Veröffentlichung von Artikeln über psychische Störungen im Alter, insbesondere auch über das damit verbundene Suizidrisiko in Seniorenratgebern und Apothekenzeitschriften.	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10.4 Für Betroffene, ihre Angehörigen und ihre Helferinnen und Helfer stehen Beratungsangebote und Informationen über niederschwellige Angebote und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung.	(Weiter) -entwicklung und Verbreitung von Informationen über psychische Störungen im Alter (z. B. Broschüren, Internet) für Hausärztinnen/Hausärzte und Patientinnen und Patienten.	Bundesministerium für Gesundheit
10.5 Die verschiedenen Berufsgruppen stehen im Austausch über die jeweils spezifischen Kompetenzen zur Stärkung der psychischen Gesundheit.	Veröffentlichung von Artikeln über psychische Störungen im Alter in Journalen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsberufe lesen.	Bundes-/Landespsychotherapeutenkammer
10.6 Die psychische Gesundheit sozial benachteiligter älterer Menschen ist erhalten, gestärkt bzw. wiederhergestellt.	Vermittlung von (Grund)Kenntnissen über psychische Störungen im Alter, insbesondere zu folgenden Störungen: Depressionen und das damit verbundene Suizidrisiko, Angsterkrankungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch, Abhängigkeit und Sucht und Persönlichkeitsstörungen in den Ausbildungen von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Medizinischen Fachangestellten, Angehörigen der Gesundheitsberufe und Pflegekräften. Die Ausbildung soll Kenntnisse zu Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere Beratung, Psychotherapie, Psychopharmaka und Schmerzmedikation, vermitteln.	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V./ Landesvereinigungen Gesundheit
		Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
		Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
		Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.
		Gemeinsamer Bundesausschuss
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- & Sozialministerien der Länder
		Gesundheitsfachberufe
		Institutionen aus Wissenschaft und Forschung
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
		Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Landkreise und Kommunen
		Medizinischer Dienst/Sozialpsychiatrischer Dienst der Kommunen
		öffentliche, private und kirchliche Dienstleistungsanbieter der Gesundheits-, Sozial-

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	störungen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch, Abhängigkeit und Sucht und Persönlichkeitsstörungen in den Fort- und Weiterbildungen von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Medizinischen Fachangestellten, Angehörigen der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte. Die Fort- und Weiterbildung soll insbesondere Kenntnisse zu Behandlungsmöglichkeiten, Beratung, Psychotherapie sowie über die Wirkung von Psychopharmaka und Schmerzmedikation vermitteln.	und Altenhilfe
	Förderung der Thematisierung der psychischen Gesundheit älterer Menschen in Fortbildungsmaßnahmen.	Selbsthilfegruppen und -einrichtungen
	Einführung einfacher, wissenschaftlich evaluierter Verfahren zur ersten Abklärung von kognitiven und depressiven Symptomen in der ambulanten und stationären Versorgung.	
	Verbreitung von Instrumenten zur Diagnostik (z. B. von Depressionen und Demenzen) und Einführung in diese Verfahren vor Ort in den Praxen.	
	Verbesserung des Zugangs von Betroffenen zu adäquaten Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten wie Beratung, Psychotherapie, medikamentöse u. nichtmedikamentöse Therapie, Rehabilitation.	
	Angehörige von Personen mit psychischen Störungen erhalten Grundinformationen zu psychischen Störungen und zu einem angemessenen Umgang mit diesen und Angebote für die Teilnahme an Kursen.	
	Verbesserung des Zugangs von Angehörigen von Personen mit psychischen Störungen zu adäquaten Unterstützungsmöglichkeiten wie Beratung und Psychotherapie.	
	Bereitstellung von niederschwelligen Angeboten für psychologische Beratung für ältere Menschen.	
	Förderung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten.	

Ziel 11:
Demenzerkrankungen sind erkannt und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt

Ausgangslage

Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Lebensalter. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird vor allem der Anteil Hochaltriger wachsen. Dies bedeutet aber auch eine zunehmende Anzahl demenziell Erkrankter. Demenzerkrankungen gehören – neben Depressionen – zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Alter.

Auf der Grundlage neuerer epidemiologischer Studien und Meta-Analysen überwiegend europäischer Studien liegt die Prävalenz demenzieller Erkrankungen bei den 65-Jährigen und Älteren in westlichen Industrieländern zwischen 5 und 8 % [Weyerer et al., 2004]. Schätzungen zufolge ist fast ein Viertel aller 85-Jährigen und Älteren an Demenz erkrankt. Gegenwärtig geht das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) von 1,2 Millionen Demenzkranken aus. Das bedeutet, die Anzahl der an einer mittleren bis schweren Demenz leidenden Menschen wird auf über 900.000 geschätzt, unter Einschluss auch leichter Krankheitsstadien auf 1,2 Millionen [Weyerer et al., 2004]. In Deutschland gibt es jedes Jahr etwa 250.000 Neuerkrankungen. Bei zwei Drittel der Fälle handelt es sich um eine Alzheimer-Demenz, für die keine kausale Behandlung zur Verfügung steht. Nur 10 % sind sekundäre Demenzen, bei denen eine kausale Behandlung der Grunderkrankung möglich ist [Weyerer et al., 2004]. Rothgang et al. prognostizieren für das Jahr 2030 einen deutlichen Anstieg auf 1,8 Millionen und für 2060 auf 2,5 Millionen. Der Anteil der Demenzkranken an der Gesamtbevölkerung erhöht sich damit innerhalb von 50 Jahren um das Zweieinhalbfache von heute 1,5 auf dann 3,8 % [Rothgang, et al., 2010].

Die aktuellen Daten der Rostocker Forschungsgruppe legen nahe, dass schon heute von einer Unterschätzung der Prävalenz auszugehen ist und die Prävalenzrate nicht, wie früher angenommen, ab dem 90. Lebensjahr wieder flacher verläuft, sondern sich vielmehr fast unvermindert steil fortsetzt [Ziegler & Doblhammer, 2009].

Frauen sind von Demenz häufiger betroffen als Männer (1 : 2,3). Gründe sind die längere Lebenserwartung von Frauen (siehe Kapitel 2.1) und eine längere Überlebenszeit mit Demenz [Weyerer et al., 2004].

Auch jüngere Menschen (unter 65 Jahren) können an Demenz (präsenile Demenz) erkranken. Ihre Zahl wird auf 20.000 bis 30.000 geschätzt. Mit 6.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist zu rechnen. Für sie bestehen bislang nur wenige passende Hilfs- und Betreuungsangebote [Weyerer et al., 2004]. Die Krankheitsdauer vom Beginn der Symptome bis zum Tod wird mit 4,7 bis 8,1 Jahren für die Alzheimer-Demenz angegeben, für die vaskuläre Form ein Jahr weniger.

Zwei Drittel der Demenzbetroffenen werden von ihren Angehörigen zu Hause versorgt (siehe Ziel 8). In Anbetracht der zu erwartenden weiteren Entwicklung – dem Trend zu Single-Haushalten, der Berufstätigkeit der weiblichen Bevölkerung und der geringen Anzahl an Kindern – muss jedoch eher mit einem Rückgang dieses familiären Pflegepotenzials gerechnet werden.

Demenzielle Erkrankungen sind oftmals ausschlaggebend für einen Umzug in ein Heim, da die häusliche Pflege selbst mit ambulanter Unterstützung im Verlauf der Erkrankung häufig an ihre Grenzen stößt.

Bei Eintritt in ein Senioren- oder Pflegeheim beträgt der Anteil der Menschen mit Demenz weniger als 20 %. Im weiteren Verlauf sind von den Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ca. 60 % an einer fortgeschrittenen Demenz erkrankt. In mancher Einrichtung leben bis zu 80 % von Demenz betroffene Menschen. Insgesamt wird von etwa 400.000 demenziell erkrankten Heimbewohnerinnen und -bewohner ausgegangen [Schneekloth & Wahl, 2007]. Davon benötigen zwischen 10 und 20 % wegen ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten, d. h. wegen sogenannten „herausfordernden Verhaltens“, eine besondere Art von Versorgung und Betreuung.

Trotz intensiver Forschung besteht bis jetzt noch keine Möglichkeit einer ursächlichen Behandlung primärer Demenzen. Spezifische Medikamente, die den Verlauf der Erkrankung verzögern oder mildern können, wurden in der Vergangenheit oft nicht konsequent oder nicht zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt [BMFSFJ, 2002; Hallauer & Kurz 2002]. Seit 2009 gibt eine S3-Leitlinie Demenz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für

Neurologie den mit der Behandlung von Demenzkranken befassten Personen eine Hilfe zur Entscheidungsfindung in Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung.

In Anbetracht der Tatsache, dass spezifische Präventionsansätze fehlen und Möglichkeiten einer Heilung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten sind, müssen sich alle Bemühungen darauf richten, die Lebensqualität Betroffener zu erhalten und das soziale Umfeld zu stabilisieren.

Die Bedeutung nichtmedikamentöser Ansätze und insbesondere psychosozialer Maßnahmen, eines wertschätzenden und verständnisvollen Umgangs mit Betroffenen sowie eines inklusiven gesellschaftlichen Ansatzes für den Krankheitsverlauf und das Wohlbefinden werden allerdings häufig noch unterschätzt (siehe auch Ziel 8).

Der Umgang mit der Ausweglosigkeit der Situation, den Folgen der Erkrankung im alltäglichen Leben, zeitlicher Belastung und zunehmender sozialer Isolierung überfordert pflegende Angehörige auf Dauer.

Sie gefährden oftmals ihre eigene Gesundheit. Es ist nachgewiesen, dass diese stark belasteten Angehörigen sogar früher versterben als andere [Zank, 2007]. Die Herausforderung lässt sich nur bewältigen, wenn Netzwerke nachbarschaftlicher Hilfe entstehen, die eine alltags- und quartiersnahe Betreuung unterstützen. Bürgerschaftliches Engagement wird in diesem Bereich eine zunehmend wichtige Rolle einnehmen.

In Anbetracht dieser Tatsachen ist es nicht nur wichtig, Demenzen so früh wie möglich zu diagnostizieren. Es geht auch darum, Betroffene und ihre Angehörigen rechtzeitig und angemessen über den Erkrankungsverlauf und die Hilfemöglichkeiten aufzuklären und begleitend zu unterstützen.

Voraussetzung dafür ist die korrekte und zeitnahe Diagnosestellung durch Haus- oder Fachärzte. Demenzen werden in der hausärztlichen Praxis immer noch zu häufig übersehen, auch wenn die im 4. Altenbericht [BMFSFJ, 2002] berichteten 40 bis 60 % wahrscheinlich eher rückläufig sein dürften. Sowohl in der ambulanten Versorgung als auch im Heim findet sich eine hohe Dunkelziffer nicht ärztlich diagnostizierter Demenzerkrankungen.

Obwohl für Demenzen wegen noch nicht abgeschlossener Ursachenforschung präventive Möglichkeiten oft negiert werden, liegen wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die einen Einfluss der Lebensführung auf das Erkrankungsrisiko erkennen lassen.

Wissenschaftliche Fortschritte konnten in den vergangenen Jahren bei der Identifizierung von Risikofaktoren für die Entstehung einer Alzheimer-Demenz erzielt werden. Die Hauptrisiken (Alter und genetische Veranlagung) können zwar nicht beeinflusst werden, aus epidemiologischen Daten lässt sich aber ableiten, dass zum Beispiel durch Bewegung und gesunde Ernährung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe das Risiko, im späteren Lebensalter an Demenz zu erkranken, verringert werden kann. Da der neurobiologische Krankheitsprozess bereits 15 bis 30 Jahre vor dem Auftreten der klinischen Symptome beginnt, ist die Prävention vor allem für die Altersgruppe ab 40 Jahren relevant. Gerade wegen der bislang fehlenden heilenden Therapiemöglichkeiten ist es von größter Bedeutung, alle Präventionspotenziale so weit wie möglich zu nutzen.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Die Diagnose Demenz löst bei vielen vor allem Ängste aus. Die Lebensqualität kann trotz der Demenz verbessert werden,

- wenn angemessener Umgang mit Betroffenen gelingt,
- wenn pflegende Angehörige bedürfnisgerecht unterstützt und entlastet werden,
- wenn qualifizierte Pflege und medizinische Versorgung gesichert sind,
- wenn ehrenamtliche Hilfenetzwerke in ausreichendem Maße bereitstehen,

- wenn die Stimme Demenzerkrankter gehört wird und Gewicht hat,
- wenn das soziale Umfeld über Kenntnisse zu Demenz verfügt.

Eine Gesellschaft des langen Lebens muss sich auf den Umgang mit Demenz einstellen. Bewusstseinsbildung und breit angelegte Information für die Gesamtgesellschaft erfordern längerfristig angelegte, multimediale und generationenübergreifende Maßnahmen.

Neben dem Einsatz der neuen Medien, wie z. B. des Internets, sind konkrete Begegnungs- und Befähigungsangebote im Lebensumfeld sehr effektiv.

Besonders empfehlen sich deshalb die Weiterentwicklung und Nutzung des Internetportals „Wegweiser Demenz“ und der Aufbau regionaler Bürgernetzwerke unter Nutzung der Mehrgenerationenhäuser.

Hilfen zur Qualifizierung von Schlüsselpersonen (z. B. Bankangestellten, Postbeamtinnen und -beamte, etc.) im alltäglichen Umgang stehen bereits zur Verfügung und sollten im Rahmen von Aktionen wie „Demenzfreundliche Kommune“ als Teil einer Gesamtstrategie (Allianz für Menschen mit Demenz) Anwendung finden.

Die Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe zum Krankheitsbild Demenz gehört zu den wichtigen Voraussetzungen für die Lebens- und Versorgungsqualität im Bereich demenzieller Erkrankungen. Hilfestellungen stehen inzwischen mit dem Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE) und verschiedenen anderen Arbeitshilfen zur Verfügung.

Die berufsgruppenübergreifende Kommunikation von Ärztinnen und Ärzte und anderen Gesundheitsberufen sowie die Mitwirkung in Versorgungsnetzwerken hilft bei der Verbesserung des Umgangs mit demenzbetroffenen Familien. Längerfristig sollte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen ein stärkerer Schwerpunkt auf das Thema Demenz gesetzt werden. Hierzu ist in den Curricula das Thema Demenz stärker zu berücksichtigen und die Vermittlung in Theorie und Praxis zu verbessern. Damit einhergehen muss die Weiterentwicklung demenzspezifischer Versorgungsstrukturen im Sinne eines therapeutischen Gesamtkonzepts.

Die besonderen Bedürfnisse Demenzerkrankter gilt es, im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zukünftig besser zu berücksichtigen, sei es durch bauliche, Ausstattungs-, organisatorische oder Qualifizierungsmaßnahmen.

Hilfreich wäre eine Aktion „demenzfreundliches Krankenhaus“, die am besten über die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. organisiert werden und auf vorhandenen guten Beispielen aufbauen könnte. Sie gehört auch zu den im Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aufgeführten Maßnahmen [BMAS, 2011].

Eine grundlegende Verbesserung der Versorgungssituation wird von der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erwartet. Einen Vorschlag hierzu hat der vom BMG eingesetzte Beirat vorgelegt. Demenzerkrankte hätten dann einen besseren Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung.

Hilfen und Entlastungsangebote für Angehörige können nur dann effizient genutzt werden, wenn sie bedarfsgerecht zur Verfügung stehen und bekannt sind (siehe Ziel 8). Die Datenbank des Wegweiser Demenz-Portals bietet dazu einen bundesweiten Service und sollte weiter ausgebaut werden (http://www.wegweiser-demenz.de/).

Zu klären sind darüber hinaus die Akzeptanzfaktoren bei Betroffenen, da viele Angebote trotz vorhandener Information nicht in Anspruch genommen werden. Hier soll das aktuell vom BMG ausgeschriebene Forschungsprojekt „Zukunftswerkstatt Demenz“ mit den Schwerpunkten „Regionale Demenznetzwerke“ und „Unterstützung pflegender Angehöriger“ weiterführende Erkenntnisse liefern.

Ziel 11: Demenzerkrankungen sind erkannt und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
11.1 Die Gesellschaft ist über Demenz, ihre Erscheinungsformen und die besonderen Bedürfnisse Betroffener informiert.	Verstärkung der Medienpräsenz des Themas Demenz und der öffentlichen Auseinandersetzung damit (z. B. durch TV, Filme, Internet, Veranstaltungen, Unterricht und Projekte in Schulen und Volkshochschulen).	Betreuungsbehörden, Betreuungsvereine
11.2 Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheits- und Pflegeberufen in Bezug auf Demenz sind gestärkt.	Evaluierung und Weiterentwicklung einer Online-Beratung für pflegende Angehörige.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
11.3 Die Kompetenzen im Umgang mit Demenzerkrankten von Personen in deren alltäglichem Lebensumfeld sind gestärkt.	Ausbau und Bewerbung des Demenz-Portals www.wegweiser-demenz.de zur Information, Beratung und Partizipation für Betroffene und Interessierte.	Bundesministerium für Bildung und Forschung
11.4 Demenzspezifische Versorgungsstrukturen sind zielgruppengerecht weiterentwickelt (z. B. für Migrantinnen und Migranten).	Entwicklung und Verbreitung von Broschüren mit Informationen zu Demenz (z. B. für Betroffene, für Angehörige von Betroffenen, für Personen des Lebensumfelds von Betroffenen).	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11.5 Gedächtnissprechstunden und Beratungsangebote sowie Informationen über therapeutische Möglichkeiten stehen zur Verfügung.	Generationenübergreifend Verständnis und Begegnung fördern: Mehrgenerationenhäuser als Orte für Demenzkranke und ihre Angehörigen, Einsatz von Unterrichtsmaterialien aus dem Projekt Schüler-Wettbewerb „Alzheimer & You“.	Bundesministerium für Gesundheit
11.6 Für Angehörige von Demenzerkrankten stehen Beratungs- und Entlastungsangebote zur Verfügung.	Bereitstellung von Fachinformationen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheits- und Pflegeberufen.	Bundes-/Landespsychotherapeutenkammer
11.7 Sozial benachteiligte Demenzerkrankte sind angemessen versorgt.	Stärkere Berücksichtigung der Demenzerkrankung im Medizinstudium und in der Ausbildung von Pflegefachkräften.	Bundeszahnärzte/Landeszahnärztekammern
	Ausbau der Fortbildungen zu Demenzerkrankungen für Ärzte und Ärztinnen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal, weitere Gesundheitsberufe (z. B. Apothekerinnen und Apotheker, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Kunst- u. Musiktherapeutinnen und -therapeuten, Heilpädagoginnen und -pädagogen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen.	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
		Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
		Einrichtungen der Erwachsenenbildung
		Gemeinsamer Bundesausschuss
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- & Sozialministerien der Länder
		Helmholtz-Zentrum Bonn – Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
		Industrie- und Handwerksbetriebe sowie die IHK und die Gewerkschaften
		Institutionen der Altenhilfe (ambulant, teilstationär, stationär)
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
		Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Krankenhausträger
		Landkreise und Kommunen

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
	Für Fälle entsprechender Anzeichen Bereitstellung von Instrumenten für Fachkräfte in Sozialstationen und in Pflegeheimen zur ersten Abklärung der Frage, ob eine ärztliche Untersuchung im Hinblick auf das Vorliegen einer Demenzerkrankung angezeigt ist, sowie Einführung der Fachkräfte in diese Instrumente.	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
	Sicherstellung einer abklärenden Diagnostik bei Personen mit Anzeichen, die auf eine Demenzerkrankung hinweisen können.	öffentliche Dienste und Einrichtungen (z. B. Polizei, Feuerwehr, Verwaltungsangestellte)
	Bereitstellung von Grundinformationen und Kursen zu Demenzerkrankungen und zu einem angemessenen Umgang mit Demenzerkrankten für Personen aus deren alltäglichen Lebensumfeld (z. B. Polizei, Feuerwehr, Bankangestellte, Supermarktangestellte, Verwaltungsangestellte in Kommunen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wohnungsbaugesellschaften und Hausverwaltungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ÖPNV, in der Gastronomie sowie Schülerinnen und Schüler).	Richter
	Sicherstellung und Verstärkung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für (pflegende) Angehörige in Form von Alltagshilfen (z. B. Betreuungsangebote für Demenzkranke, Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer und Familien entlastende Dienste).	Selbsthilfegruppen und -einrichtungen
	Ausbau von Pflegestützpunkten mit demenzspezifischer Expertise.	Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung
	Sicherung der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. (Querverweis zu Ziel 9): Einführung, Erprobung und Evaluierung der Regelung zur Familienpflegezeit.	Sozialpsychiatrischer Dienst der Kommunen
	Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen: Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit.	Supermärkte
	Verbesserung des Zugangs zu adäquaten diagnostischen, Behandlungs- , Unterstützungsmöglichkeiten, wie Beratung, Psychotherapie für Betroffene und Angehörige,	

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie, Rehabilitation, Entlastungsangebote (Kurzzeitpflege, Tagespflege, Sozialstationen).	
	Bereitstellung von ehrenamtlichen Entlastungsangeboten (Aufbau von sozialen Hilfenetzen, Gewinnung, Befähigung, Begleitung geeigneter Personen, Vernetzung mit Angeboten vor Ort: demenzfreundliche Kommune als Prototyp einer Allianz für Menschen mit Demenz.	
	Entwicklung geeigneter Maßnahmen zu Qualitätssicherung und Akzeptanz von Unterstützungsangeboten bei Zielgruppen (Demenzerkrankte, pflegende Angehörige).	

Ziel 12:
Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von Multimorbidität sind gemindert

Ausgangslage

Mit Zunahme der Lebenserwartung haben sich Krankheitsgeschehen und Versorgungs-bedarf in entscheidender Weise verändert [Klenk, 2007; Christensen et al., 2009; SVR, 2009; Scheidt-Nave 2010; Gaziano 2010]. Chronisch fortschreitende Krankheitsprozesse stehen beim älteren Menschen im Vordergrund. Sie treten zudem in Wechselwirkung mit altersbedingten physiologischen Veränderungen von Körper- und Organstrukturen (z. B. degenerativen Veränderungen der Sinnesorgane, des Lungengewebes, Veränderung der Körperfettverteilung, Muskel- und Knochenabbau). Zu den häufigsten altersassoziierten Erkrankungen zählen Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Osteoporose, Krebserkrankungen, der Zustand nach Schlaganfall sowie Demenz [van den Bussche et al., 2011a; van den Bussche et al., 2011b; Fuchs et al., in Vorbereitung]. Hinzu kommen funktionelle gesundheitliche Einschränkungen wie chronische Schmerzzustände, Blaseninkontinenz, Obstipation, Schlafstörungen, erhöhte Sturzneigung und Immobilität [Kuhlmey, 2011; Füsgen, 2011]. Altersbedingte systemische Veränderungen verringern zugleich die Funktionsreserven des Organismus (z. B. durch Einschränkung der Nierenfunktion, Veränderung neurophysiologischer Regulationsvorgänge mit Auswirkung auf Thermoregulation, Säure-Base-Haushalt, Schlaf-Wach-Rhythmus, zentrale Stoffwechselvorgänge, kognitive Fähigkeiten). Dies erhöht die Anfälligkeit für gesundheitliche Verschlechterungen unter besonderen externen Belastungen (z. B. Hitze, Flüssigkeitsmangel, Infektionserreger) und erfordert besondere Vorsicht im Hinblick auf medizinische Interventionen (Arzneimitteltherapie, invasive Diagnostik, Operationen).

Die medizinische Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen ist vor diesem Hintergrund vor besondere Herausforderungen gestellt. Evidenzbasierte Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen – d. h. heutige krankheitszentrierte Leitlinien – lassen sich auf Personen mit Mehrfacherkrankungen häufig nicht oder nur eingeschränkt anwenden. Da multimorbide Ältere vielfach aus klinischen Studien ausgeschlossen werden, fehlt zudem häufig die Evidenzgrundlage [SVR, 2009]. Verfügbare Leitlinien gehen auf die Problematik von Begleiterkrankungen in der Regel gar nicht ein [Vitry & Zhang, 2008; Fortin et al., 2011], was auch die Gefahr einer hohen Handlungsvariabilität birgt [Lugtenberg et al., 2011]. Gerade beim älteren multimorbiden Menschen muss zudem verstärkt mit unerwünschten Behandlungsreaktionen gerechnet werden. Dies betrifft vor allem unerwünschte Arzneimittelreaktionen oder Arzneimittelinteraktionen, die nicht selten zu akuten Verschlechterungen und ungeplanten Krankenhausaufenthalten führen oder auch einen tödlichen Ausgang nehmen [Gallagher et al., 2008; Holt et al., 2010; Scheidt-Nave et al. 2010; Guthrie et al., 2011]. Multimedikation (mehr als vier gleichzeitig eingenommene Medikamente) als häufige Folge von Mehrfacherkrankung, aber auch die Verabreichung bestimmter Wirkstoffe prädestinieren hierzu und sind in der älteren Bevölkerung weit verbreitet [Du et al., 2008; Glaeske & Janhsen, 2006]. Die typischerweise mit Multimedikation einhergehende Unterversorgung [Kuijpers et al., 2008], d. h. das Weglassen indizierter Medikationen, kann mit schwerwiegenden Folgen verbunden sein und wurde in einer Studie konsekutiver Krankenhauspatientinnen und -patienten bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten beobachtet [Barry et al., 2007].

Erschwerend tritt hinzu, dass das Ziel der Behandlung multimorbider älterer Menschen oft nicht in der Heilung bestimmter Erkrankungen liegt. Im Vordergrund steht, die Lebensqualität, Selbsthilfefähigkeit und Selbstwirksamkeit (Autonomie) der Patientinnen und Patienten so weit wie möglich aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei müssen individuelle Bedürfnisse und Präferenzen der betroffenen Personen berücksichtigt werden. Dies erfordert eine stärkere Einbindung der Patientensicht in Behandlungsentscheidungen und eine Anpassung der Arzt-Patienten-Kommunikation im Sinne des Chronic Care-Modells [Gensichen et al., 2006; Rosemann et al., 2007]. Für die Planung des Behandlungsprozesses sind neben medizinischen Faktoren (bestehende Erkrankungen, körperliche Symptome, bisherige Diagnostik und Therapie) weitere Einflussfaktoren einzubeziehen. Hierzu zählen in erster Linie funktionelle Einschränkungen auf der Ebene der alltagsrelevanten Körperfunktionen (z. B. Sehen, Hören, Handkraft, Gehgeschwindigkeit, Gleichgewicht, kognitive Funktionen wie Merkfähigkeit und Reak-

tionsgeschwindigkeit) und der basalen oder instrumentellen Alltagsaktivitäten (ADL/ IADL; engl.: *activities of daily living/ instrumental activities of daily living*). Psychisches Befinden (Depressivität) und Umweltfaktoren (soziale Einbindung, Wohnverhältnisse, ökonomischer Status) sind ebenfalls von Bedeutung. Die Idee einer umfassenden und multidimensionalen Bestandsaufnahme zu bestehenden Einschränkungen und verbliebenen Ressourcen mit Relevanz für Krankheitsverlauf, Prognose und Therapie älterer Patientinnen und Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen („Geriatrisches Assessment“) ist nicht neu und hat sich im spezialärztlichen Setting als vielversprechender Interventionsansatz zum Erhalt der selbstständigen Lebensführung und zur Reduktion der Sterblichkeit erwiesen [Grob, 2005]. Entscheidend ist jedoch, inwieweit es gelingt, ein „Geriatrisches Assessment“ in systematischer, standardisierter und gleichzeitig effizienter Weise in die Regelversorgung einzubinden, aus den Ergebnissen Konsequenzen für die Behandlung zu ziehen und die Kontinuität der Versorgung über Versorgungssektoren und fachspezifische Zuständigkeitsbereiche hinweg zu sichern [Grob, 2005; Bryant, McLean et al., 2007; Beswick et al., 2008; Holzhausen & Scheidt-Nave, 2012].

Nicht nur in Deutschland sind bestehende Versorgungsstrukturen und -prozesse nur schwer mit diesen Anforderungen zu vereinbaren [SVR, 2009; Porter, 2009; Plochg et al., 2009; Porter, 2010]. Dennoch sind erste wesentliche Ansätze unternommen worden. Dies reflektiert sich in Deutschland, aber auch international in gesundheitspolitischen Förderungsprogrammen [Scheidt-Nave et al., 2010; Spielberg, 2011] und gesundheitspolitischen Initiativen [WHO, 2008; WHO, 2010; Starfield 2010; U.S. Department of Health & Human Services, 2010; Spielberg, 2011] zur Verbesserung der Gesundheitsförderung älterer Menschen und zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung multimorbider und gebrechlicher Personen. In Deutschland sind Modellvorhaben in unterschiedlichen Versorgungskontexten in der Erprobung [Thiem et al., 2010; Fendrich et al., 2010; Freund et al., 2011(a); Freund et al., 2011(b); Spielberg, 2011; Hofreuter-Gätgens et al., 2011; Siegel et al., 2011; Holzhausen & Scheidt-Nave, 2012]. Für die geriatrische Schwerpunktversorgung ist in Deutschland ein Stufenkonzept zur systematischen Erfassung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen und individuellen Ressourcen in verschiedenen Bereichen (Erkrankungen; körperliches, psychisches und soziales Befinden; Einschränkung bei Alltagsaktivitäten; Wohnverhältnisse; ökonomischer Status) erarbeitet worden. Umfang und Zeitaufwand dieses „Geriatrischen Assessments“ variieren nach Versorgungskontext (ambulante, stationäre Akutversorgung; geriatrische Rehabilitation; Pflege) und Grad der vorliegenden Einschränkungen bei den Patientinnen und Patienten [Hager et al., 2009; Borchelt et al., 2010; Bundesverband Geriatrie e. V., 2011; Knauf, 2011]. In der stationären geriatrischen Schwerpunktversorgung ist ein wiederholtes multidimensionales „Geriatrisches Assessment“ zu Beginn und im Verlauf der Behandlung mittlerweile fester Bestandteil der Regelversorgung und Voraussetzung für die Vergütung von erbrachten Leistungen [Bundesverband Geriatrie e. V., 2011]. Ein systematisches Assessment in weiteren Problembereichen (Sturzrisiko, Schmerzen, Mangelernährung) zur Qualitätssicherung der stationären geriatrischen Versorgung ist mit Förderung des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Modellprojekten entwickelt worden und wird im Rahmen von Benchmarking-Initiativen auf der Basis von „Best-Practice-Modellen“ fortgeführt (z. B. „Gemidas-QM“; weitere Informationen unter: http://www.gemidas-qm.net). Seit 2005 ist (einmal pro Behandlungsfall, zweimal pro Krankheitsfall) ein hausärztliches geriatrisches Basisassessment abrechnungsfähig. Es enthält obligate (Beurteilung von Sturzrisiko, Hirnleistungsstörungen und Funktionseinschränkungen im Alltag) und fakultative Elemente. Akzeptanz, Umsetzung und Wirkung des hausärztlichen geriatrischen Assessments sind bislang nicht systematisch untersucht worden.

Ein gehäuftes Auftreten von Mehrfacherkrankungen in Gesellschaften mit hoher Lebenserwartung ist mit erheblichen sozioökonomischen Folgen behaftet. Die gesundheitliche Versorgung älterer multimorbider Menschen erhält damit neben der medizinischen auch eine soziale Dimension. Epidemiologische Daten werden benötigt, um Krankheitslast und Versorgungsbedarf im Zusammenhang mit Multimorbidität richtig einzuschätzen. Wiederkehrende bevölkerungsrepräsentative Querschnittserhebungen sind dabei wesentlich, um zeitliche Trends in der Entwicklung von Krankheitslast und Versorgungsbedarf

(„Compression of Morbidity“ und „Compression of Disability“) zu analysieren, Kosten zu berechnen, Prognosemodelle zu überprüfen und gesundheitspolitische Maßnahmen zu untermauern bzw. anzupassen. [Fries, 1980; Fries, 2003; Parker & Thorslund, 2007; Saß, Wurm & Scheidt-Nave, 2010; Crimmins et al., 2011; Doblhammer et al., 2011]. In Deutschland muss dabei regionalen Unterschieden in Bevölkerungsstruktur, Versorgungsangeboten und Versorgungsbedarfen besondere Beachtung zukommen (Robert Koch-Institut 2010). Längsschnittuntersuchungen sind notwendig, um komplexe Krankheitsverläufe besser zu verstehen, wesentliche Risikofaktoren und vulnerable Gruppen zu identifizieren und Interventionsansätze zur Minderung von Krankheitsfolgen abzuleiten [Valderas et al., 2009; Scheidt-Nave et al., 2010; Marengoni et al., 2011].

Ein statistischer Zusammenhang zwischen Multimorbidität und erhöhter Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, Verschlechterungen des Gesundheits- und Funktionszustandes, Pflegebedürftigkeit, Verlust an Lebensqualität und erhöhter Sterblichkeit ist durch Ergebnisse quer- und längsschnittlicher epidemiologischer Studien gut belegt. Zur Definition von Multimorbidität wird dabei zumeist die Anzahl der vorliegenden Erkrankungen herangezogen. Darüber hinaus spielen Art und Muster der Erkrankungen eine Rolle. Unterschiedliche Krankheitskombinationen sind für bestimmte Krankheitsfolgen von besonderer prognostischer Relevanz [Fortin et al., 2007; Valderas et al., 2009; Scheidt-Nave et al., 2010; van den Bussche et al., 2011a; Marengoni et al., 2011). In den USA werden Schätzungen zufolge 78 % der laufenden Kosten im Gesundheitswesen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten aufgewendet, und nahezu die Hälfte unter ihnen sind Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen [Anderson & Horvath, 2004]. Eine der jüngsten von deutschen Autorinnen und Autoren durchgeführten Bestandsaufnahmen der internationalen Literatur identifiziert 35 Studien, die fast ausschließlich einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der vorliegenden chronischen Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitssysteme und der anfallenden Kosten aufzeigen [Lehnert et al., 2011]. Daten für Deutschland werden derzeit auf der Grundlage der Verbundforschungsvorhaben im Rahmen der zweiten Förderungsphase des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF)-Förderungsschwerpunktes „Gesundheit im Alter“ erarbeitet.

International verbindliche Standards zur Definition von Multimorbidität fehlen bislang. Dies schränkt die Vergleichbarkeit verfügbarer Daten ein und behindert die Planung aussagekräftiger ergänzender Datenerhebungen. Schätzungen zur Prävalenz in der Bevölkerung ab 65 Jahren in Deutschland [Scheidt-Nave, 2010; Kuhlmey, 2011], aber auch international [van den Akker et al., 2001; Anderson und Horvath, 2004; Schneider et al., 2009; Lehnert et al., 2011; Marengoni et al., 2011] variieren zwischen 50 % und 80 %, je nach Art und Anzahl der berücksichtigten Erkrankungen und der Zusammensetzung der Studienpopulation. Erste Schätzungen in Deutschland gehen auf Daten der Berliner Altersstudie, des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und des bundesweiten telefonischen Gesundheitssurveys 2003/2004 zurück [Scheidt-Nave, 2010; Kuhlmey, 2011]. Neuere Daten für Deutschland kommen aus dem bundesweiten telefonischen Gesundheitsmonitoring „Gesundheit in Deutschland Aktuell, GEDA“ [Fuchs et al., in Vorbereitung] sowie aus verschiedenen bevölkerungsbezogenen regionalen Studien und Sekundärdatenanalysen, die von insgesamt sechs Forschungsverbünden im Rahmen des vom BMBF geförderten Forschungsschwerpunktes „Gesundheit im Alter“ durchgeführt werden [Holzhausen et al., 2011; Schäfer et al., 2010; Scheidt-Nave et al., 2010; Thiem et al., 2010; Diederichs et al., 2011; van den Bussche et al., 2011a; van den Bussche et al., 2011b).

Das bloße Vorliegen von mehr als einer chronischen Er-krankung auch beim älteren Menschen geht nicht zwangsläufig mit kritischen Einschränkungen der körperlichen Funktionsreserven (Gebrechlichkeit) und Behinderungen in der Ausübung von Alltagsaktivitäten einher, die sich ihrerseits als gute Marker für prognostisch ungünstige Verläufe erwiesen haben [Marengoni et al., 2009a; de Lepelaire et al., 2009; Scheidt-Nave et al., 2010; Marengoni et al., 2011]. Um vulnerable Gruppen zu identifizieren und im Hinblick auf besonderen Unterstützungsbedarf, aber auch verbliebene Ressourcen zu charakterisieren, sind daher nach dem Prinzip der International

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO [Cieza et al., 2008] und im Sinne des „Geriatrischen Assessments“ auch für epidemiologische Studien standardisierte Instrumente zur systematischen Erfassung von alltagsrelevanten Funktions- und Fähigkeitsstörungen älterer Menschen entwickelt worden. Eingesetzte Instrumente und daraus abgeleitete Kenngrößen (z. B. Gebrechlichkeitsindices; Grad der Einschränkung bei Alltagaktivitäten) variieren allerdings erheblich und erschweren dadurch auch hier die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen [de Lepelaire et al., 2009; Romero-Ortuno et al., 2011]. Die komplexen Zusammenhänge zwischen Mehrfacherkrankungen, Gebrechlichkeit auf der Ebene der Körperfunktionen und Behinderung bei Alltagsaktivitäten sind bislang in epidemiologischen Studien kaum untersucht worden. In einer bevölkerungsbezogenen Studie schwedischer Frauen und Männer im Alter von 77 – 100 Jahren erfüllten rund 52 % das Kriterium Multimorbidität (zwei und mehr vorliegende Erkrankungen). Dahingegen wiesen nur rund 12 % Einschränkungen in der Ausübung basaler Alltagsaktivitäten (Körperpflege; Essen; Toilettengang etc.) auf. Bestehende Einschränkungen im Alltag waren, unabhängig von der Anzahl der vorliegenden Erkrankungen, prognostisch relevant im Hinblick auf weitere funktionelle Verschlechterungen und der alleinig prognostisch relevante Faktor im Hinblick auf das Mortalitätsrisiko [Marengoni, 2009b]. Eine Analyse von Daten der Gmünder ErsatzKasse im Rahmen des vom BMBF geförderten MULTICARE-Projektes zeigte, dass die Anzahl der ambulanten Ärztekontakte und die Anzahl der für ein bestimmtes Gesundheitsproblem kontaktierte Ärztinnen und Ärzte mit der Anzahl und Art der vorliegenden chronischen Erkrankungen korrelierte. Den stärksten Einfluss auf die Anzahl der Ärztekontakte hatte jedoch bereits vorliegender Pflegebedarf aufgrund von Einschränkungen bei basalen Alltagsaktivitäten [van den Bussche, 2011b].

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Multimorbidität geht mit besonderen Herausforderungen an die medizinische und soziale Versorgung sowie an die Gesundheitsforschung einher.

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung multimorbider älterer Menschen und zur Minderung von Krankheitsfolgen im Zusammenhang mit Multimorbidität müssen bestehende Versorgungsstandards und Versorgungsformen auf die besonderen Bedarfe von Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen abgestimmt und Lücken in der Evidenz- und Datengrundlage geschlossen werden. Dies umfasst in erster Linie folgende Maßnahmen:

- Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen und ganz bestimmten Begleiterkrankungen in evidenzbasierten Leitlinien und die Überarbeitung existierender Leitlinien insbesondere zu wichtigen chronischen Erkrankungen, z. B. Diabetes mellitus, Osteoporose, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz.

- Eine Verstärkung der Evaluations- und Implementierungsforschung zur Identifizierung und Umsetzung von „Best-Practice-Modellen“ zur integrativen Versorgung älterer multimorbider Patientinnen und Patienten unter Einschluss einer systematischen und multidimensionalen Erfassung von Risiken und Ressourcen („Geriatrisches Assessment“) und unter Berücksichtigung der Patientenperspektive.

- Die Verbesserung der Evidenz- und Datengrundlage im Hinblick auf die Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln bei älteren Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen durch Berücksichtigung dieser Zielgruppe in randomisierten und kontrollierten Studien und durch den Ausbau von Anwendungsbeobachtungen unter Praxisbedingungen,

- Eine Verbesserung der epidemiologischen Datenlage durch Konsentierung von Standards zur Definition von Multimorbidität, altersassoziierten Funktions- und Fähigkeitsstörungen und prognostisch relevanten Vulnerabilitätskriterien sowie eine Abstimmung des Indikatorensystems für das kontinuierliche bundesweite Gesundheitsmonitoring.

Ziel 12: Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von Multimorbidität sind gemindert

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
12.1 Ältere Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen sind in evidenzbasierten Leitlinien zu relevanten chronischen Erkrankungen unter Eingehen auf konkrete klinische Szenarien und Versorgungskontexte berücksichtigt. Forschungslücken sind explizit benannt.	Untersuchungen bestehender Leitlinien daraufhin, inwieweit sie auf Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen eingehen, als Basis für entsprechende Anpassung und Weiterentwicklung.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
12.2 Die Evaluations- und Implementierungsforschung zu integrierten Versorgungsmodellen älterer multimorbider Personen ist intensiviert, unter besonderer Berücksichtigung von Patientenautonomie, besonderen Bedürfnisse spezifischer Zielgruppen und regionaler Besonderheiten. Projekte werden zur Identifizierung von „Best-Practice-Modellen“ systematisch erfasst und die Ergebnisse gesichtet.	Initiativen zur institutions- und sektorenübergreifende Koordinierung der Versorgungsforschung (Beispiel: versorgungsnahe Forschung zu chronischen Krankheiten).	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
12.3 Informationsangebote zu den Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten sind aktuell, vollständig, verständlich und leicht für alle zugänglich.	Registrierung und Zusammenführung laufender Projekte und Projektergebnisse zur Versorgung chronischer Krankheiten an zentraler Stelle.	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
12.4 Informations- und Unterstützungsangebote im Versorgungsalltag für professionelle und informelle Helferinnen und Helfer werden vermehrt angeboten.	Allokation von Ressourcen zur kontinuierlichen Aktualisierung und zielgruppengerechten Aufbereitung von Informationen (z. B. Patientenleitlinien).	Bundesärztekammer/Landesärztekammer
12.5 Qualitätsindikatoren für die ambulante medizinische Versorgung von multimorbiden Älteren liegen vor und werden eingesetzt.	Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität.	Bundesministerium für Gesundheit
12.6 Definitionsstandards zur Erfassung von Multimorbidität, Gebrechlichkeit/ Vulnerabilität und assoziierten Krankheitsfolgen in der Bevölkerung in Privathaushalten ab 65 Jahren sind abgestimmt. Ein Set von Kernindikatoren für den Einsatz in bundesweiten Gesundheitssurveys ist entwickelt.	Anreize für Organisationen, zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen mit Mehrfacherkrankungen organisationspsychologische, sozialpädagogische und IT-technische Unterstützungsangebote zur Optimierung der Organisationsstrukturen und der Versorgungsabläufe anzubieten.	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
12.7 Sozial benachteiligte multimorbide ältere Menschen sind angemessen versorgt.	Förderung von Evaluationsstudien zur Identifikation von „Best-Practice-Modellen“ der Versorgung von älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen.	Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
	Entwicklung eines Sets von Kernindikatoren zur Messung der Qualität der Versorgung von älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen.	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
	Förderung freiwilliger Maßnahmen der Sicherung der Qualität der Versorgung älterer Menschen mit Mehrfacherkrankungen (feedback-gestützte Qualitätszirkel und Benchmarking, Zertifizierungsverfahren, Qualitätssiegel) durch finanzielle Anreize und organisatorische Unterstützung.	Forschungsförderer
		Gemeinsamer Bundesausschuss
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
		Gesundheitswissenschaftler und Gesundheitsökonomen
		Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
		Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
		IT-Wissenschaftler und Softwareentwickler
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	Durchführung von Konsensus-Verfahren (einschließlich notwendiger Recherchearbeiten) zur Abstimmung von Definitionsstandards zur Erfassung von Multimorbidität für die Gesundheitsberichterstattung.	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Krankenhaus- und Pflegeheimleitungen; Praxisnetzwerke
	Entwicklung eines Sets von Kernindikatoren für den Einsatz im bundesweiten Gesundheitssurvey.	Pflegeberatung (z. B. Pflegestützpunkte)
		Pharmaunternehmen
		Robert Koch-Institut
		Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung
		Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler und Sozialpädagoginnen und -pädagogen
		Stiftungen
		Verbände und Vereine

Ziel 13:
Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt

Ausgangslage

Infolge des voranschreitenden demografischen Wandels wird auch die Zahl Pflegebedürftiger künftig deutlich zunehmen, wie zahlreiche Expertenberichte zeigen [SVR, 2009]. Prognostiziert wird, dass sie bis zum Jahr 2050 auf 4,35 Mio. Personen ansteigen und sich damit verdoppeln wird [ebd.].

Schon heute sind 2,3 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinn des SGB XI. Laut der Pflegestatistik 2009 ist die Mehrheit von ihnen – 67 % – weiblich, 83 % der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter sind 35 %. Bei den 90-Jährigen und Älteren sind sogar fast 60 % betroffen [Statistisches Bundesamt, 2011c]. Große geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich, wenn die Dauer der Zeit mit häuslicher Pflegebedürftigkeit betrachtet wird: bei Männern beträgt sie heute durchschnittlich 2,7 Jahre, bei Frauen dagegen 3,2 Jahre [Müller, Unger & Rothgang, 2010].

Umsetzungsstrategien und Maßnahmen

Um dem künftig zu erwartenden Anstieg des Pflegebedarfs zu begegnen, sind erhebliche Anstrengungen erforderlich. Neben einer Intensivierung der Prävention von Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsförderung in der Pflege ist es notwendig, eine bedarfsangemessene und demografiefeste pflegerische Versorgung sicherzustellen. Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) und dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind dazu in der Vergangenheit zahlreiche Anreize gesetzt worden. Vor allem der international seit langem geforderte Ausbau und die finanzielle Absicherung einer pflegerischen Langzeitversorgung erhielten dadurch entscheidende Impulse, ebenso die Diskussion über Prävention und Rehabilitation als Strategien zur Vermeidung, Verzögerung oder Verkürzung der Zeit von Pflegebedürftigkeit. Dennoch zeigt sich heute, dass viele der eingeleiteten Schritte nicht weitreichend genug sind, um dem demografischen Wandel und seinen Konsequenzen zu genügen. Das gilt etwa für den im Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) festgeschriebenen Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“, der aufgrund struktureller Defizite bislang bestenfalls ansatzweise umgesetzt ist. [Bartholomeyczik et al., 2008; BMFSFJ, 2002; FES, 2009, Garms-Homolová, 2008; Landtag NRW, 2005; Schaeffer & Kuhlmey, 2012; SVR, 2009]. Ferner sind weitere zielgruppenspezifische Konzepte und Modelle erforderlich, die sich an Menschen im höheren Alter wenden, denn die meisten der bislang vorliegenden Konzepte konzentrieren sich auf die Gruppe der „jüngeren“ Alten. Sie sollten zugleich nicht allein auf Monitoring, sondern Aktivierung und Ressourcen- bzw. Selbstmanagementförderung setzen [Schaeffer & Büscher, 2009] und sich außerdem gezielt dem Training körperlicher und mentaler Funktionen, vor allem der Bewegungsförderung, widmen (siehe Ziel 3) [ebd. Walter, 2008; Horn et al., 2010]. Inzwischen ist belegt, dass Bewegungsförderung auch im höheren Alter und ebenso bei bereits vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen noch zu Gesundheitsgewinn führen kann [ebd.; Kuhlmey & Schaeffer, 2008; Garms-Homolová, 2008]. Größerer Beachtung bedürfen auch das Thema Gewaltprävention in der Pflege sowie die Integration präventiver Gesichtspunkte in das Handeln der Pflege, in der präventive Orientierung – wiewohl im PflegeVG festgeschrieben – bislang noch eher Postulat denn Realität ist [ebd.].

Festzustellen ist, dass eine bedarfsgerechte Versorgung, die sich zudem der Sicherung der Rechte der Pflegebedürftigen entsprechend der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen verschreibt, vor zahlreiche Herausforderungen gestellt ist. Das gilt auch für die geriatrische Rehabilitation, in der es an niedrigschwelligen zielgruppengerechten Angeboten fehlt (dritter und vierter Altenbericht) und ebenso für den Bereich des betreuten Wohnens bzw. neuer Wohnformen.

In der stationären Langzeitversorgung, in der gegenwärtig 30,7 % der Pflegebedürftigen versorgt werden (75 % von ihnen sind Frauen), hat sich infolge des demografischen Wandels und veränderter Rahmenbedingungen durch das PflegeVG die Nutzerstruktur stark verändert. Hochaltrige in der letzten Lebensphase machen dort heute die Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer aus: vor allem Menschen mit Demenz, mit chronischen Erkrankungen, mit Multimorbidität und vielfältigen Funktions- und Selbstversorgungseinbußen – eine Entwicklung, an die die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung vielerorts konzeptionell (und qualifikatorisch) nicht hinreichend angepasst sind [Wingenfeld, 2008]. Das zeigt

sich u. a. auch darin, dass es dort an adäquaten rehabilitativen Strategien und Modellen mangelt, ebenso an Konzepten für die Begleitung am Lebensende [Heller & Pleschberger, 2008]. Parallel zur Veränderung der Nutzerstruktur und Verweildauer sind dort die Personal- und Arbeitsbedingungen in den vergangenen Jahren schwieriger geworden. Verstärkt wird dies durch den drohenden Fachkräftemangel [GVG, 2011].

Vergleichbar ist die Situation in der ambulanten Pflege, deren Bedeutung künftig weiter wachsen wird. Schon heute werden 69 % aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt [Statistisches Bundesamt, 2011c], ca. die Hälfte von ihnen unter Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste. Durch das PflegeVG haben sich im ambulanten Pflegesektor zwar eine bemerkenswerte Kapazitätsausweitung und Infrastrukturverbesserung vollzogen, doch sind eine bedarfsgerechte qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung, wie sie mit dem PflegeVG ebenfalls intendiert waren, weitgehend ausgeblieben [Schaeffer, 2002; Schaeffer et al., 2008; Schaeffer & Kuhlmey 2012]. Nach wie vor wird die ambulante Pflege mit ihrem engen Angebots- und Leistungsprofil nur einem Teil der im ambulanten Sektor vorfindbaren Bedarfslagen gerecht. Besonders demenziell Erkrankte, aber auch Menschen in den Spätstadien chronischer Krankheit, mit technikintensivem Pflegebedarf, Sterbende, ebenso Alleinlebende, Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit Behinderung stoßen auf Probleme [ebd.]. Die qualitative Weiterentwicklung anzustoßen und die ambulante Pflege an das ganze Spektrum an (potenziellen) Nutzergruppen mit ihren unterschiedlichen Bedarfslagen anzupassen, gehört daher zu den dringenden Aufgaben [ebd.].

Notwendig ist auch die Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit. Der im SGB XI festgeschriebene Begriff ist zu eng, um der Bandbreite der in der Pflege vorfindbaren Bedarfslagen zu entsprechen [Wingenfeld et al., 2008]. Daher sollten die mit einer Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Fragen zügig geklärt werden.

Auch mit Rücksicht darauf, dass Angehörige die Hauptlast der Pflege tragen, ist es erforderlich, zu einem anderen Pflegeverständnis zu gelangen, das die Interessen der Angehörigen mehr als bisher beachtet (s. hierzu Ziel 9). In ihrem eigenen und im Interesse der zu Pflegenden sollten sie über die nötigen (Fach-)Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen. Information und Beratung mit dem Ziel der Kompetenzförderung, sei es von Pflegekompetenzen oder Fähigkeiten und Kenntnissen, die dazu benötigt werden, um sich ohne langes, belastendes Suchen in der Instanzenvielfalt des Versorgungswesens zu bewegen, sind daher unerlässlich. Mit dem im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 explizit eingeführten Anspruch auf individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekassen bzw. Dritte und die beschlossene Einrichtung von Pflegestützpunkten wurden dazu wichtige Impulse gesetzt. Denn mit ihnen sollten flächendeckend wohnort- bzw. quartiersnahe Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Familien geschaffen werden, in denen sie Information und Beratung bei allen Fragen zur Pflege und pflegerischen Versorgung erhalten [Michell-Auli, 2011]. Die Umsetzung gestaltet sich jedoch schwierig, weil sie länderspezifisch, ja sogar regional unterschiedlich ausfällt und weil zu viele Akteure mit unterschiedlichen Interessen beteiligt sind, die oft eher professionellen Interessen folgen als patienten- und nutzerorientierten Gesichtspunkten. Zudem geraten die ursprünglichen mit den Pflegestützpunkten verbundenen Ziele bei der Umsetzung vielerorts aus dem Blick [Schaeffer & Kuhlmey, 2012]. Eine weitere Evaluation der Implementation und eine systematische Begleitung/Supervision, die Sorge für eine zielkonforme Umsetzung trägt, werden als erforderlich erachtet.

Zugleich gewinnen Information, Beratung und Kompetenzförderung von Angehörigen und auch Pflegebedürftigen als integrale Bestandteile des Pflegehandelns immer mehr an Bedeutung, um dem zu erwartenden Bedarfszuwachs standzuhalten. Allerdings kollidieren auch sie bislang mit dem verengten Pflegeverständnis, ebenso mit dem Qualifikationsprofil in der Pflege, das dringend der Veränderung bedarf – dies umso mehr, als viele der mit dem demografischen Wandel auf die Pflege zukommenden neuen Aufgaben spezialisierte Kompetenzen erfordern [Bryant-Lukosius et al., 2004; DBfK, 2011]. Exemplarisch zeigt sich hier, dass eine demografiefeste bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zwingend auf eine Förderung und Forcierung der Professionalisierung der Pflege angewiesen ist.

Ziel 13: Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt

Teilziele	Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung	Adressaten (alphabetisch sortiert)
13.1 Beratung und Information zu den mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Fragen sind niedrigschwellig, nutzerfreundlich, wohnortnah und zielgruppengerecht ausgebaut.	Schaffung und Ausbau sowohl flächendeckender, wohnortnaher, nutzerfreundlicher Informations- und Beratungsstrukturen als auch von Online-Beratungsstrukturen sowie deren systematischer wissenschaftlicher Begleitung (insbesondere der Pflegestützpunkte) zur Sicherung einer zielkonformen Umsetzung und einer qualitätsgesicherten Arbeitsweise.	Betreuungsbehörden, Betreuungsvereine
13.2 Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigen werden in allen Settings der Pflege zielgruppengerecht angewandt, (weiter) -entwickelt, erprobt und evaluiert.	Evaluation der bestehenden Beratungsstrukturen und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige mit Fokus auf Akzeptanz und Effektivität.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
13.3 Die (ambulante und stationäre) pflegerische Versorgung und die Rehabilitation Pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sind (bedarfs-) angemessen ausgebaut.	Zusammenführung der fragmentierten Beratungsstrukturen.	Bundesärztekammer/Landesärztekammern
13.4 Neue Konzepte für die stationäre Langzeitversorgung sind entwickelt, erprobt und flächendeckend umgesetzt.	Entwicklung und Umsetzung von bedarfsgerechten Konzepten der Information, Beratung und Kompetenzförderung für ältere Menschen mit erhöhtem Risiko der Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen.	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
13.5 Neue Wohnformen für Pflegebedürftige stehen bundesweit zur Verfügung.	Identifizierung von Personengruppen mit erhöhtem Risiko der Pflegebedürftigkeit (auf der Basis systematischer Assessments) und Umsetzung gezielter Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für diese Gruppe.	Bundesministerium für Gesundheit
13.6 Die Professionalisierung der Pflegefachberufe wird weiter ausgebaut.	Entwicklung und Erprobung zielgruppenspezifischer Maßnahmen zur Förderung der Mobilität sowie der Resilienz und des Selbstmanagements im Rahmen der aktivierenden Pflege.	Bundes-/Landespsychotherapeutenkammer
13.7 Sozial benachteiligte Pflegebedürftige sind gut versorgt.	Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI.	Bundeszahnärztekammer/ Landeszahnärztekammern
	Schaffung zielgruppengerechter niedrigschwelliger (ambulanter) Rehabilitationsangebote.	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
		Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung
		Gesundheits- & Sozialministerien der Länder
		Gesundheitsfachberufe
		Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigungen
		Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen
		Landkreise und Kommunen
		Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
		öffentliche, private und kirchliche Dienstleistungsanbieter der Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfe
		Pflegeberatung (z. B. Pflegestützpunkte)
		Richter
		Soziale Pflegeversicherung/ Private Pflegeversicherung

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	Ausdifferenzierung des Leistungsangebots und des Aufgabenprofils der ambulanten Pflege sowie konzeptionelle Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung entsprechend den unterschiedlichen Bedarfslagen der Nutzerinnen und Nutzer.	
	Verbesserung der häuslichen Pflege und Versorgung und Anpassung des Angebots- und Leistungsprofils der ambulanten Pflege an die gesamte Bandbreite des ambulant vorfindbaren Bedarfs und unter Berücksichtigung unterversorgter Nutzergruppen (z. B. demenziell Erkrankte, chronisch Kranke in den Spätstadien des Krankheitsverlaufs, Menschen mit komplexem und/oder technikintensivem Pflegebedarf, alleinlebende Ältere, ältere Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund).	
	Forcierung der Umsetzung familienorientierter Pflegekonzepte und Ausbau angemessener Unterstützungsstrukturen für die unterschiedlichen Gruppen pflegender Angehöriger sowie Förderung gemischter Pflegearrangements.	
	Anpassung der stationären pflegerischen Versorgung an den Bewohnerwandel und an die Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern (z. B. Einführung palliativer Versorgungs- und Pflegekonzepte im Heimsektor).	
	Implementation eines systematischen Qualitätsmanagements in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung.	
	Ausbau wohnort- bzw. quartiersnaher Versorgungsstrukturen und Verankerung der ambulanten Pflege in wohnortnahe Versorgungsstrukturen.	
	Maßnahmen gegen einen drohenden Fachkräftemangel (Sicherung des Berufsnachwuchses und Verbesserung der Fachkräftesituation).	

Teilziele	**Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung**	**Adressaten** (alphabetisch sortiert)
	Weitere Entwicklung und Erprobung neuer Wohnformen (z. B. Hausgemeinschaften, Wohngemeinschaften).	
	Stärkung der Position der Pflege unter den Gesundheitsprofessionen, Förderung der Professionalisierung der Pflege.	
	Anpassung der Qualifizierung in der Pflege an die gewandelten Bedarfslagen und Versorgungsstrukturen sowie Einführung von „Advanced Nursing Practice“ (z. B. spez. geriatrischen, gerontopsychiatrischen und palliativen Pflegerollen/-aufgaben).	
	Förderung gleichrangiger Formen der Kooperation von professioneller Pflege mit pflegenden Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfer.	
	(Weiter) -entwicklung von Modellen der Personal- und Arbeitsorganisation.	

Startermaßnahmen

1. Start einer Kampagne zur Vermittlung eines realistischen **Altersbildes**, aufbauend auf dem BMFSFJ-Programm „Alter neu denken – Altersbilder“.

2. Entwicklung eines kommunalen Modells zur **bewegungsförderlichen Gestaltung** des öffentlichen Raums mit einem Schwerpunkt gesellschaftlich aktives Altern **benachteiligter Personen**.

3. Modell von **Wohnraumanpassungen** – z. B. durch eine öffentliche Wohnungsbaugesellschaft –, mit denen der Eintritt von Pflegebedarf gemindert wird.

4. Weiterentwicklung und Ausbau **wohnortnaher Strukturen** zugehender und aufsuchender Maßnahmen für ältere Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelten sozial oder gesundheitlich **benachteiligter Personen**.

5. Entwicklung eines kommunalen Modells zur Erhöhung der **Lesefreundlichkeit** von Hinweisen, Angaben und Erläuterungen in allen Bereichen des öffentlichen Raums (z. B. in Verwaltungen oder in Museen).

6. Durchführung von Veranstaltungen zur **Mundgesundheit** älterer Menschen, z. B. Gesundheitsmessen, Tagen der offenen Tür, Tagen der Zahngesundheit.

7. Aufbereitung und Verbreitung von Informationen über **psychische Störungen im Alter**, beispielsweise über Broschüren, Internet, insbesondere für Hausärztinnen und Hausärzte, Betroffene und Angehörige.

8. Verbreitung – vor allem in Hausarztpraxen – von **Arzneimittellisten** (zum Beispiel PRISCUS- Liste), die unerwünschte Arzneimittelwirkungen anzeigen.

9. Entwicklung, Erprobung und Implementierung **evidenzbasierter Leitlinien** für häufige Krankheitskombinationen und häufige **Komorbiditäten** bei älteren Menschen.

10. Anerkennung der Arbeit pflegender **Angehöriger**, z. B. durch die Umsetzung eines „Tages der pflegenden Angehörigen“.

11. Verbesserung der wissenschaftlichen Befundlage zur Gesundheit und Lebensweise über 70-Jähriger, dazu verstärkte Befragung der über 70-Jährigen im Rahmen des Deutschen **Alterssurveys** (DEAS).

4. „Gesund älter werden“ in den Bundesländern – Zielprozesse und prioritäre Handlungsfelder der Länder

Mitte der 1990er-Jahre haben einige Bundesländer systematisch begonnen, Gesundheitsziele zu entwickeln. 1999 hat die Gesundheitsministerkonferenz dazu aufgerufen, Gesundheitspolitik an Gesundheitszielen zu orientieren. Die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden wurden aufgefordert, tragfähige Gesundheitsziele zu entwickeln.

Bei aller Verschiedenheit der Prozesse in den Bundesländern und auch unter voneinander abweichenden Benennungen (z. B. prioritäre Handlungsfelder) ist den Zielprozessen in den Ländern gemeinsam, dass jeweils viele gesundheitsrelevante Akteure die Zielentwicklungsprozesse eingebunden und die Aufgaben kooperativ bearbeitet werden und dass in mehr oder weniger großem Ausmaß mit länderspezifischen, empirischen Daten aus dem Gesundheitswesen bzw. aus der Gesundheitsberichterstattung gearbeitet wird. Das Themenspektrum ist breit gefächert, wobei Kindergesundheit in vielen Ländern auf der Agenda steht. Die Organisation und Moderation der Zielprozesse, die Umsetzung und Evaluation sowie die Finanzierung sind im föderalen System unterschiedlich. Diese Vielfalt kann *gesundheitsziele.de* nutzen, um die Vernetzung zwischen Bund und Ländern in Bezug auf die Zielsetzungen der Gesundheitspolitik zu stärken. In diesem Sinne stehen die Fachverantwortlichen in den Länderministerien im Austausch mit Akteuren von *gesundheitsziele.de*, dem Bundesgesundheitsministerium und dem Robert Koch-Institut. 2010 fand in Stuttgart ein Erfahrungsaustausch statt, der Bundes- und Länderseite zusammenführte. Hierbei standen die Gesundheitsziele „Nichtrauchen fördern“ sowie „Gesund älter werden“ im Mittelpunkt.

Bei teilweise sehr unterschiedlichen Ausgangslagen auf Länder- und Bundesebene ergeben sich eine Vielzahl von Parallelen und Anknüpfungspunkten, sowohl inhaltlicher als auch organisatorischer Art. Eine dieser inhaltlichen Parallelen bildet das Schwerpunktthema „Gesund älter werden“. So wird das Thema in den Ländern Bayern, Berlin, Brandenburg (2011 in Vorbereitung), Hamburg, Hessen, Sachsen und Thüringen im Rahmen eines eigenständigen Gesundheitszieles berücksichtigt. In Nordrhein-Westfalen stellt die Gesundheit älterer Menschen ein Querschnittsthema dar, welches bei der Konkretisierung und praktischen Umsetzung der zehn Gesundheitsziele beachtet wird. In Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt sind Ältere eine explizit genannte Zielgruppe der gesundheitlichen Schwerpunktthemen bzw. Gesundheitsziele.

Ältere Menschen und ihre Gesundheit werden in einigen Bundesländern nicht explizit und unter der Benennung Gesundheitsziele behandelt, sondern eher als wichtige Akzentuierung der gesundheitspolitischen Maßnahmen. Beispielsweise führt Mecklenburg-Vorpommern „Gesund älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ als Handlungsfeld im Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention auf.

Im Folgenden werden einige weitere Beispiele für Gesundheitszielprozesse in den Bundesländern bzw. für gesundheitspolitische Maßnahmen in Bezug auf ältere Menschen aufgeführt (Auswahl):

Baden-Württemberg
Im Rahmen der Umsetzung der „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ wurde auf Basis des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ das Ziel „Gesund und aktiv älter werden: Altern in Gesundheit, Autonomie erhalten und Selbstbestimmung stärken“ als eigenständiges Ziel formuliert und es wird derzeit entwickelt.

Bayern
In Bayern wurde das Thema „Gesundheit im Alter“ zu einem Schwerpunktthema der Bayerischen Gesundheitsinitiative. Das Ziel ist ein Älterwerden bei möglichst guter Gesundheit bzw. die Erhöhung der gesundheitlichen Lebensqualität im Prozess des Alterns bzw. im Alter selbst. Als wichtiges Handlungsfeld für Gesundheitsförderung und Prävention liegt der Übergang in die „Nacherwerbsphase“ im Blickfeld.

Im Mittelpunkt aller Maßnahmen der Bayerischen Gesundheitsinitiative stehen die Aufrechterhaltung eines selbstständigen eigenverantwortlichen Lebens und die Teilhabe an der Gesellschaft im Zusammenspiel der verschiedenen Aktivitäten für ältere Menschen. Ein wesentli-

cher Ansatz ist hierbei die Stärkung vorhandener Potenziale sowie von Bewältigungsstrategien, um auch mit eingeschränkten Fähigkeiten angemessen umgehen zu können. Dabei ist die besondere Situation spezieller Zielgruppen, z. B. von Menschen mit sozialer Benachteiligung, zu berücksichtigen. Handlungsfelder in diesem Bereich sind u. a. Bewegung im Alter, Sturzprävention, Alter und Sucht, Demenzprävention.

Berlin
Die Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) verständigte sich am 14. Juni 2011 im Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“ auf folgende Ziele:

1. Strategien und Maßnahmen der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe ausbauen.

2. Maßnahmen der Bewegungsförderung ausbauen und ältere Menschen motivieren und fördern, sich regelmäßig zu bewegen.

3. Die gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihrer Angehörigen fördern und adäquate Versorgungsstrukturen weiterentwickeln.

Bei der Konkretisierung und Umsetzung werden die Querschnittsthemen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (einschließlich der Situation älterer Migrantinnen und Migranten) und „Gendermainstreaming“ berücksichtigt. Die LGK wird das von einer Arbeitsgruppe „Gesundheit im Alter“ vorgelegte Strategiepapier im Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“ als Ausgangspunkt für die weitere Ausgestaltung des Zielprozesses nehmen.

Brandenburg
Seit 2010 bereitet das Land Brandenburg einen Gesundheitszieleprozess vor, der Anfang 2012 als „Bündnis gesund älter werden in Brandenburg“ starten soll. Gesundheitsziele zum Thema Alter sollen ähnlich wie die bereits in Brandenburg bestehenden und bewährten Gesundheitsziele verfolgt werden (Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg und Landessuchtkonferenz). Das heißt, das für Gesundheit zuständige Ministerium wirkt als Initiator und Moderator. Die Gesundheitsberichterstattung wird den Prozess begleiten. Absehbar ist, dass das Thema Bewegung/Mobilität einen Zielbereich darstellen wird.

Niedersachsen
In Niedersachsen sind derzeit noch keine Gesundheitsziele für das höhere Lebensalter formuliert. Jedoch bestehen Leitlinien zur Seniorenpolitik. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf den ersten landesweiten Bericht zur gesundheitlichen und sozialen Situation älterer Menschen „60+: Alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt leben“, der im ersten Quartal erschienen ist. Da in Niedersachsen die bisherigen Gesundheitsziele auf Grundlage eines Basisberichtes mit allen relevanten Akteuren aus dem medizinischen Versorgungsbereich, der Prävention und der Politik gemeinsam entwickelt wurden, kann dieser Bericht als Grundlage für eine mögliche Zielvereinbarung dienen.

Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen hat mit den Entschließungen der Landesgesundheitskonferenz (LGK) in den Jahren 2007 und 2008 in wesentlichen Bereichen konkrete Umsetzungsempfehlungen beschlossen, die die Versorgung älterer Menschen in Zukunft verbessern werden, z. B. in

- der Prävention,
- der ambulanten und stationären Versorgung,
- der Palliativmedizin,
- der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe,
- dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und
- auch für die sektorübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Das gemeinsam in der LGK verfolgte Ziel, die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen zu verbessern, wird derzeit durch strukturelle, zielgruppenspezifische Maßnahmen kontinuierlich verfolgt. Ein in den Jahren 2008 und 2009 ausgelobter Wettbewerb mit Verleihung des Gesundheitspreises NRW hat die Umsetzung der Entschließungen flankiert. In einem ersten Monitoring wird dokumentiert, dass die Beschlussfassungen der LGK die Verantwortlichen im Gesundheitswesen dazu angeregt hat, neue Wege in der Prävention, Kuration und Rehabilitation zu beschreiten und bereits initiierte Projekte zu verstetigen.

Rheinland-Pfalz

Im Rahmen des Aktionsplanes „Gut leben im Alter“ werden in Rheinland-Pfalz unterschiedliche Handlungsfelder bearbeitet, so u. a. das Handlungsfeld „Demenz: Früherkennung, Versorgung verbessern“. Im Rahmen dieses Handlungsfeldes erfolgt derzeit die Umsetzung durch eine Kampagne der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. Ziele dieser Kampagne sind die Information und Aufklärung über den Krankheitsverlauf einer Demenz, die Enttabuisierung der Krankheit sowie die Unterstützung von Angehörigen (etwa durch Schulungen). Gleichzeitig wurde in Rheinland-Pfalz ein hausarztbasiertes Modellprojekt zur besseren Demenzversorgung gestartet. Ziel des Modellprojektes ist eine landesweite fachgerechte Anwendung standardisierter Diagnoseverfahren, um eine Demenzerkrankung so früh wie möglich zu erkennen und fachgerecht zu behandeln.

Saarland

Gesundes Älterwerden wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, ist im Saarland aber nicht als eigenständiges Gesundheitsziel definiert.

Zu den Handlungsfeldern/Schwerpunkten gehören:

1. Gesundheitsförderung und Prävention zur Erhaltung einer möglichst langen Eigenständigkeit,
2. Verbesserung der Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich,
3. Förderung der sozialen Sicherheit, Nutzung der Potenziale älterer Menschen in unserer Gesellschaft,
4. Förderung des Generationen-Miteinanders.

Wesentliche Unterpunkte sind:

- Kontinuierlicher und prozesshafter Dialog mit den relevanten Akteuren aus den Bereichen Soziales, Seniorenarbeit und Wirtschaft mit dem Ziel, zu einer besseren Vereinbarung von Pflege, Betreuung, Beruf und Familie zu gelangen,
- Sensibilisierung bei den Sozial- und Wirtschaftspartnern für die mit dem demografischen Wandel verbundenen Veränderungen.

Diese Ziele sind festgehalten im Landesseniorenplan.

Sachsen

Der Freistaat Sachsen war das erste Bundesland, das ein Gesundheitsziel zum Alter(n) entwickelt hat. Das Konzept zum Gesundheitsziel „Aktives Altern“ wurde im März 2009 vom Steuerungskreis „Gesundheitsziele Sachsen“ verabschiedet. Im Rahmen eines Abstimmungsprozesses wurden einige Teilziele als sogenannte Startermaßnahmen für die Umsetzung des Gesundheitsziele-Konzeptes ausgewählt; die Umsetzung anderer Teilziele wurde aus inhaltlichen und/oder pragmatischen Überlegungen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Mit Hilfe von sieben Implementierungsgruppen (IG) werden die zuvor ausgewählten Teilziele gegenwärtig umgesetzt:

- IG 1: Stürze und Frakturen im Alter verhindern,
- IG 2: Nicht-akademische Pflegeausbildung,
- IG 3: Akademische Pflegeausbildung,
- IG 4: Subjektive Gesundheit und Arbeit im Alter,
- IG 5: Pflegende Angehörige,
- IG 6: Nachbarschaftshilfe im ländlichen Raum,
- IG 7: Intergenerationale Solidarität in Organisationen.

Ziel der Implementierungsgruppen sind die weitere Abklärung inhaltlicher Fragen aus dem Zielekonzept sowie das Erreichen einer finanziellen Förderung für die Umsetzung der Teilziele zum Beispiel in Form von Modellprojekten. Dieser Prozess läuft derzeit.

Sachsen-Anhalt
In Sachsen-Anhalt wird die Gesundheit älterer Menschen als Querschnittsthema in allen Gesundheitszielen betrachtet und mit konkreten Projekten untersetzt. Initiativen und Projekte beziehen sich auf die Förderung eines gesunden Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, die Zahngesundheit und den Impfstatus älterer Menschen. Beispielsweise wird im Projekt „Gut geimpft – Auch im Alter wichtig“ auf eine Verbesserung des Impfwissens abgezielt. Gleichzeitig werden konkrete Angebote zur Erhöhung der Inanspruchnahme empfohlener Impfungen bei älteren Menschen unterbreitet. Ein weiteres Projekt, „Altern mit Biss“, richtet seinen Fokus auf die Erhöhung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Individualprophylaxe durch ältere Menschen und die Anwendung geeigneter Maßnahmen zur Zahn- und Mundpflege.

Schleswig-Holstein
Schleswig-Holstein verfügt bisher über kein eigenständiges Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Jedoch wurden vom Arbeitskreis „Gesundheitsförderung für ältere Menschen und Senioren und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ unterschiedliche Programme und Projekte entwickelt. Dazu zählt u. a. „Happy Hearts – Herzgesund leben und essen“, ein Programm zur Prävention der koronaren Herzkrankheit. Das Programm „Aktiv 70 plus“, das gemeinsam mit dem Landessportbund Schleswig-Holstein entwickelt wurde, kombiniert die Vermittlung einer altersgruppengerechten Bewegung mit Informationsveranstaltungen zur ausgewogenen Ernährung und der geeigneten Lebensmittelauswahl. Darüber hinaus gibt es in Schleswig-Holstein zahlreiche weitere Kooperationen im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen, in denen gesundheitsrelevante Akteure unterschiedliche Programme und Projekte gemeinsam umsetzen.

Thüringen
Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte“ des Thüringer Gesundheitszieleprozesses ist strategisch an den Gesundheitszielebereich „Gesund aufwachsen“ gebunden und erfüllt durch die Anbindung an die AG „Entwicklung von bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Angeboten der Gesundheitsförderung“ eine Brückenfunktion im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung auf Länderebene.

Die Arbeitsgruppe formulierte in Anlehnung an die von der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) erstellten Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte das langfristige Ziel *der Erhaltung der Lebensqualität durch Förderung von Autonomie und Unabhängigkeit im Verlauf des Alterns unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit.* Eine detaillierte Teilzielformulierung befindet sich derzeit noch im Prozess, dennoch wurden durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Akteure folgende länderspezifische Schwerpunktbereiche festgehalten:

1. Bewegungsförderung,
2. Altersgerechte Ernährungsversorgung,
3. Soziale Integration und Teilhabe,
4. Verbesserung der oralen Gesundheit,
5. Reduzierung der Pflegebedürftigkeit zur Erhaltung der Lebensqualität,
6. Wertschätzung der Älteren in der Gesellschaft.

Neben Aspekten der gesunden Ernährung und Bewegungsförderung umfasst die Arbeitsweise der AG weitere Handlungsfelder, die zum Erhalt und zur Steigerung der Lebensqualität bis ins hohe Alter beitragen.

Anhang

Autorenverzeichnis

Dr. Stefan Blüher
Institut für Medizinische Soziologie
Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. Andreas Böhm
Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam

Gunnar Geuter
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bielefeld

Dr. Beate Grossmann
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Bonn

Rudolf Herweck
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., Bonn

Dr. Hans Peter Huber
Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V., Leipzig

Dr. Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
Institut für Medizinische Soziologie
Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
der Charité – Universitätsmedizin, Berlin

Dr. Susanne Kümpers
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH, Berlin

Lissy Nitsche-Neumann
Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Dresden

Sonja Nowossadeck
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Dr. Anke-Christine Saß
Robert Koch-Institut, Berlin

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Institut für Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Dr. Christa Scheidt-Nave
Robert Koch-Institut, Berlin

Andreas Schumann
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden

Martina Thelen
Geschäftsstelle *gesundheitsziele.de*
c/o Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln

Prof. Dr. Ulla Walter
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Petra Weritz-Hanf
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Prof. Dr. Susanne Zank
Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie, Universität Köln, Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Dr. Jochen P. Ziegelmann
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Mitglieder AG 10 „Gesund Älter werden“

Rudolf Herweck
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO), Bonn (Vorsitz)

Rebecka Andrick
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Dr. Stefan Blüher
Institut für Medizinische Soziologie, Berlin

Dr. Andreas Böhm
Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam

Dr. Thomas Brockow
Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Bad Elster

Karin Brösicke
Bundesärztekammer, Berlin

Erwin Dehlinger
AOK Bundesverband, Berlin

Uwe Dresel
DAK, Hamburg

Wiebke Flor
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Gunnar Geuter
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bielefeld

Dr. Beate Grossmann
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), Bonn

Dr. Hans Peter Huber
Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ), Leipzig

Dr. Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
Institut für Medizinische Soziologie, Berlin

Dr. Susanne Kümpers
Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)

Karin Niederbühl
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Lissy Nitsche-Neumann
Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Bad Elster

Dr. Horst Peretzki
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Dr. Stephan Pitum-Weber
Innungskrankenkasse (IKK) e.V., Berlin

Dr. Anke-Christine Saß
Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Institut für Pflegewissenschaften, Universität Bielefeld

Dr. Christa Scheidt-Nave
Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Prof. Dr. Heiko Schneitler
Deutscher Städtetag, Köln (bis Juni 2011)

Andreas Schumann
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., Berlin

Martina Thelen
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), Köln

Literatur

Prof. Dr. Ulla Walter
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Petra Weritz-Hanf
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Dr. Susanne Wurm
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Prof. Dr. Susanne Zank
Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie, Universität Köln, Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Dr. Jochen P. Ziegelmann
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Besonderer Dank im Rahmen der Ausarbeitung geht an:

Anne v. Laufenberg-Beermann
Projektmanagement für Menschen im ländlichen Raum, Düsseldorf

Dr. Andreas Mielck
Helmholtz Zentrum, München

Abel T, Abraham A, Sommerhalder K. Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven). Wiesbaden: VS Verlag; 2009. 195-208.

Abu-Omar K, Rütten A. Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2006; 49(11):1162-1168.

Adams K, Sanders SS, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. Aging & Mental Health. 2004; 8(6): 475-485.

Adler C, Gunzelmann T, Machold C, Schumacher J. Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. Z Geront Geriat. 1996; 29(2):143-149.

Aldwin CM, Gilmer DF. Health, Illness and Optimal Aging. Thousand Oaks, CA: Sage Publication Inc; 2004.

Anderson G, Horvath J. The growing burden of chronic disease in America. Public Health Reports 2004; 119: 263-270

Avlund K, Damsgaard MT, Osler M. Social position and functional decline among non-disabled old men and women. European Journal of Public Health. 2004; 14(2):212-216.

Avlund K, Holstein BE, Osler M, Damsgaard MT, Holm-Pedersen P, Rasmussen NK. Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. Scandinavian Journal of Public Health. 2003; 31(2):126-136.

Bacon WE, Wilbur CH. Occurrence of hip fractures and socioeconomic position. Journal of Aging and Health. 2000; 12(2):193-203.

Backes GM, Clemens W. Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung. Weinheim: Juventa; 2008

Balfour J, Kaplan G. Neighbourhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study. American Journal of Epidemiology. 2002; 155(6):507-515.

Baltes PB, Smith J. New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. Gerontology. 2003; 49:123-135.

Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) – an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age and Ageing 2007;36:632-638.

Bartholomeyczik S, Brieskorn-Zinke M, Eberl I, Schnepp W, Weidner F, Zegelin A. Prävention als Aufgabe der Pflege: Konzepte und Projekte. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H, Hrsg. Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg: Springer Medizn Verlag; 2008. S. 39-548.

Bartmann P. Krankheit als finanzielle Belastung. Private Gesundheitsausgaben als Indikator für unerwünschte Wechselwirkungen zwischen Armut und Krankheit. Krankheit als finanzielle Belastung. Herausforderungen für Privathaushalte und die soziale Sicherung. Tagungsbericht (18.06.2008). Berlin: WZB und Diakonie-Bundesverband Berlin; 2008.

Bauer J, Neumann Th, Saekel R. Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme. Bern: Huber; 2009.

Ben-Shlomo Y. Rising to the challenges and opportunities of life course epidemiology. International Journal of Epidemiology. 2007; 36:482-483.

Benyamini Y, Idler EL. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. Research on Aging. 1999; 21(3):392-401.

Benz C, Haffner C. Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt –. IDZ Information 4/09 [Internet]; 2009 [zitiert: Jun 2011]. verfügbar unter: http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/7e45a819c635ced4c125733700365704/d3c88e1b2e3583d4c125768500491236/$FILE/IDZ_0409.pdf

Berkman CS, Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. Journal of Aging and Health. 1998; 10(1):81-98.

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, editor. Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin; 2009.

Beswick A D, Reesa K, Dieppe P, Ayia S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2008; 371:725-735.

Biffar R. Orale Gesundheit – Verschiebung im Behandlungsbedarf durch Prävention. In: Institut der deutschen Zahnärzte, editor. Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und gesundheitspolitische Konsequenzen. Band 26. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag; 2002.

Boerner K, Wortman CB, Bonanno G. Resilient or at risk? A four-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 2005; 60B(2):67-73.

Borchelt M, Wrobel N, Trilhof G. Geriatrietypische Multimorbidität und geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Kodierleitfaden Altersmedizin. [zitiert: 22. Nov. 2011]; verfügbar unter: http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/kodierleitfaden-2010.html

Borchert L, Rothgang H. Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer U, Büscher A, Hrsg. Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. S. 215–237.

Born G, Baumeister SE, Sauer S, Hensel E, Kocher T, John U. Merkmale von Risikogruppen einer unzureichenden Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen – Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). Gesundheitswesen. 2006; 68(4):257-264.

Brauckhoff G, Kocher Th, Holtfreter B, Bernhardt O, Splieth C, Biffar R, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47, Mundgesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut, 2009.

Breeze E. Health inequalities in old age in Britain. In: Dangour A, Grundy E, Fletcher A, editors. Ageing well. Nutrition, health, and social interventions. London: CRC Press; 2007. S. 85-126.

Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Brown G, Pinell J. Advanced practice nursing roles; development, implementation and evaluation. Journal of Advanced Nursing. 2004;48(5):519-5-29.

Bryant MacLean L, Vandenbeld L, Miller J. Interior Health. Managing the frail elderly in the community and preventing admission to hospital. An overview of the peer-reviewed evidence. [zitiert: 20. Nov. 2011]; verfügbar unter: http://www.interiorhealth.ca/uploadedFiles/Information/Research/Managing_Frail_Elderly_Community.pdf

Bucksch J, Finne E, Geuter G. Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen; 2010.

Büker C. Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart: Kohlhammer; 2009.

Bukov A, Maas I, Lampert T. Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 2002; 57B(6):510-517.

Bukov A. Individuelle Ressourcen als Determinanten sozialer Beteiligung im Alter. In: Backes GM Clemens W, Hrsg. Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen: Leske + Budrich; 2000. S.187-214.

Bundesamt für Statistik (BFS). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Bern; 2002.

Bundesärztekammer, Hrsg. Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. [zitiert 2010]. Verfügbar unter:http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/FachberufeProzessverbesserung.pdf

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), Hrsg. Raumordnungsprognose 2025/2050. Berichte Band 29. Bonn; 2009.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). „einfach machen". Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2011.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland [Internet]. August 2011;[zitiert: Jul. 2011]. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/staatenbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009[Internet]. 2010a. verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/3._20Freiwilligensurvey-Hauptbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Monitor Engagement. Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement [Internet]. 2010b. verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-2,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin; 2010c.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick: Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Pressetexte der Bundesregierung [Internet] Aug. 2005. [zitiert: 13. Nov 2008]. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag der älteren Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin: Deutscher Bundestag; 2006.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. 2002.

Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.). Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2010.

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG). Gesund altern: Beiträge - 2009: Interview mit Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey über die Bedingungen gesunden Alterns. [zitiert: 31. Aug. 2009]. Verfügbar unter: http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7480

Büscher A. Ambulante Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K, Hrsg. Handbuch Pflegewissenschaft Neuausgabe. Weinheim: Juventa; 2011. S. 491-512.

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Aging populations: the challenges ahead. Lancet 2009; 374:1196-208

Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. Gesundheitswesen 2008; 70:47-56

Cirkel M, Juchelka R. Gesundheit und Mobilität im Alter. Public Health Forum. 2007; 15(3): 24-26.

Coca V, Nink K. Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungs-Report; 2009. S. 901 – 914.

Conn VS, Minor MA, Burks KJ, Rantz MJ, Pomeroy SH. Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. Journal of American Geriatrics Scociety. 2003; 51(8):1159-1168.

Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there a compression of morbidity? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2011;66:75-86

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Berlin: DBfK Bundesverband; 2011.

de Jong J, Lemmink KA, King AC, Huisman M, Stevens M. Twelve-month effects of the Groningen active living model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and underactive older adults aged 55-65. Patient Education and Counseling. 2007 May; 66(2):167-176.

Deinzer R, Micheelis W, Granrath N, Hoffmann T. Parodontitisrelevantes Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. IDZ-Information 1/08, 2008. Verfügbar unter: http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/7e45a819c635ced4c125733700365704/aec7059cf8bc12e5c12573d80031570b/$FILE/IDZ-%20Information_1-2008-neu.pdf

De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse J.M. Frailty: an emerging concept for general practice. Br J Gen Pract 2009; 59:177-182

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(3):267-275.

Deschner J, Haak T, Jepsen S, Kocher T, Mehnert H, Meyle J, Schumm-Draeger PM, Tschöpe D. Diabetes mellitus und Parodontitis, Wechselbeziehung und klinische Implikationen. Ein Konsensuspapier. Der Internist. 2011; 52(4): 466–477.

Deschner J, Jepsen S. Wechselwirkungen zwischen Parodontitiden und Diabetes. zm. 2008; 98(18): 28-40.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) [Internet]. Mangelernährung; 2011. verfügbar unter: http://www.fitimalter-dge.de/wissenswertes/ernaehrung-im-alter/ernaehrungsrisiken-im-alter/mangelernaehrung.html

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). DGE-Ernährungsbericht 2008: Ernährung in Stationären Einrichtungen für Senioren und Seniorinnen (ESTESS/ErnSTES –Studie 2006-2008). Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung; 2008.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2010

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Hrsg. Wissenschaftliche Stellungnahmen der DGZMK. Grundsätze bei der zahnärztlichen Behandlung von Personen mit Behinderungen [Internet]. 2004. [zitiert: Jul. 2011]; verfügbar unter: :http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Grundsaetze_bei_der_zahnaerztlichen_Behandlung_von_Personen_mit_Behinderungen.pdf.

Diederichs C, Berger K, Bartels DB.The measurement of multiple chronic diseases--a systematic review on existing multimorbidity indices. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2011; 66:301-311

Doblhammer G, Kreft D. Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54:907-914

Döhner H, Kofahl C, Lüdecke D, Mnich E. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe. Characteristics, Coverage and Usage – Eurofamcare. The National Survey Report for Germany[Internet]. 2007; verfügbar unter: http://www.uni-hamburg.de/eurofamcare.

Dörfer C. Parodontitis und Allgemeingesundheit. Zm [Internet]. 2007 [zitiert: Jul. 2011]; 97(22):54-62. verfügbar unter: http://www.zm-online.de/zm/22_07/pages2/titel4.htm. Stand: Juli 2011.

Dräger D, Blüher S. Lebenswelt und Gesundheit älterer Menschen. In: Schott T, Hornberg C, Hrsg. Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag; 2011. S. 525-545.

Dräger, D. Rehabilitation im Alter – Braucht die Praxis Theorie? Entwicklung eines Theoriemodells der Rehabilitation für geriatrische Patienten (Dissertation) [Internet]. 2006. Verfügbar unter: http://www.diss.fu-berlin.de/2006/328/index.html.

Du Y, Scheidt-Nave C. Knopf H. Use of Psychotropic Drugs and Alcohol among Non-Institutionalised Elderly Adults in Germany. Pharmacopsychiatry.2008; 41(6):242-251.

Ellert U, Wirz J, Ziese T. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch Instituts (2. Welle). Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Robert Koch-Institut; 2006.

Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements". Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Gesellschaft. Berlin: Deutscher Bundestag; 2002.

Fendrich K, van den Berg N, Siewert U, Hoffmann W. Demografischer Wandel. Anforderungen an das Versorgungssystem und Lösungsansätze am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2010; 53:479-485

FES. Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2009.

Fitzpatrick KE, Vacha-Haase T. Marital satisfaction and resilience in caregivers of spouses with dementia. Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health. 2010;33(3):165-180.

Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges – time to focus on the needs of this vulnerable and growing population. BMJ 2007; 334:1016-1017

Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. The Cochrane Collaboration; 2009.

Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Baldauf A, Gerlach FM, Szecsenyi J. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. Trials [Internet]. 2011a, 12:163 [zitiert: 14 Sep 2011]. verfügbar unter: http://www.trialsjournal.com/content/12/1/163

Freund T, Geißler S, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. Case Management in der Hausarztpraxis – alter Wein in neuen Schläuchen? Z Allg Med. 2011b; 87(7/8)

Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. NEJM. 1980; 303:130-135.

Fries JF. Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. Annals of Internal Medicine. 2003; 139:455-459

Fuchs J, Busch M, Lange C, Scheidt-Nave C. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany – results of the German Telephone Health Interview Survey „German Health Update (GEDA) 2009" (In Vorbereitung)

Füsgen I. Integrierte geriatrische Versorgung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2011; 54: 922-925

Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beer's criteria. Age and Ageing. 2008; 37:96-101.

Garms-Homolová V. Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber; 2008. S. 263-75.

Gaziano J M. Fifth phase of the epidemiological transition. The age of obesity and inactivity. JAMA. 2010; 303: 275-276

Gemidas-QM. Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung. [zitiert: 22 Nov 2011]; verfügbar unter: http://www.gemidas-qm.net

Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, de Cornejo GM, Beyer M, Härter M, Müller UA, Angermann CE, Gerlach FM, Wagner E: Die Zukunft ist chronsich: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Z Arztl Fortbild Gesundheitswes. 2006; 100:365-74

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG). Ziele auswählen, entwickeln und evaluieren. Zentrale Konzepte von *gesundheitsziele.de*. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.; 2008

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG). Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege. Teil 1, Deutschland. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.; 2011.

Geuter G, Hollederer A. Bewegungsförderung im Alter in Deutschland. Prävention. 2011a; 34(1): 2-4.

Geuter G, Hollederer A. Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Hrsg. Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis.; 2011b. S. 47-50.

Glaeske G, Janhsen K. GEK-Arzneimittelreport 2006. St. Augustin: Asgard; 2006.

Glaeske G, Schicktanz C, Janhsen K. GEK-Arzneimittel-Report 2008. Asgard-Verlag, St.Augustin; 2008.

Glockmann E, Panzner KD, Huhn P, Sigusch BW, Glockmann K. Ursachen des Zahnverlustes in Deutschland – Dokumentation einer bundesweiten Erhebung. IDZ Information [Internet]. 2007 [zitiert: Feb. 2011]. verfügbar unter: http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/7e45a819c635ced4c125733700365704/4de6a13830ae2b15c125785c00345abb/$FILE/IDZ_0211_web.pdf

Gräßel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach, Frankfurt am Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen; 1998.

Greve W, Leipold B, Meyer T. Resilienz als Entwicklungsergebnis: Die Förderung der individuellen Adaptivität. In: Linden M, Weig W, Hrsg. Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009. S. 173-184.

Grob D. Siebzig Jahre geriatrisches Assessment – wo stehen wir heute? Schweiz Med Forum. 2005; 5:1280-1282

Gülzow HJ, Hellwig E, Hetzer G. Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen" [Internet]. 25 Jul 2005 [zitiert 2011 Jul]. verfügbar unter: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Fluoridierungsmassnahmen_Langversion.pdf?PHPSESSID=0635c29f58506e069618eab0f029136a

Guthrie B, McCowan C, Davey P, Simpson CR, Dreischulte T, Bernett K. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. BMJ. 2011; 342:d3514 doi; 10.1136/bmj.d3514

Hager K. Das geriatrische Assessment. Ärzteblatt Thüringen [Internet]. Apr. 2009. [zitiert 2011 Nov 22]; verfügbar unter: http://www.aerzteblatt-thueringen.de/pdf/thu09_245.pdf

Hall KS, McAuley E. Individual, social environmental and physical environmental barriers to achieving 10 000 steps per day among older women. Health Education Research. 2010; 25(3):478-488.

Hallauer JF, Kurz A, Hrsg. Weißbuch Demenz Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2002.

Hank K, Erlinghagen M, Lemke A. Ehrenamtliches Engagement in Europa: Eine vergleichende Untersuchung am Beispiel von Senioren. Sozialer Fortschritt. 2006; 1:6-11.

Heilf T. Zur Wirkung individueller oralhygienischer Unterweisung auf die Prothesenhygiene von Patienten in Alten- und Pflegeheimen. Med. Diss. [Internet]. 2008 [zitiert: Jul 2011]. verfügbar unter: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-4441/diss_heilf_tanja.pdf

Heller A, Pleschberger S. Palliative Versorgung im Alter. In: Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber; 2008. S. 382-399.

Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B, Kanowski S, Linden M, Reischies F et al. Psychische Erkrankungen im Alter. In: Lindenberger U, Smith S, Mayer KU, Baltes PB, Hrsg. Die Berliner Altersstudie. 3. erw. Aufl. Berlin: Akademie Verlag; 2010. S. 209-243.

Heusinger J. Freundin, Expertin oder Dienstmädchen – zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Funktion professioneller Pflegekräfte in häuslichen Pflegearrangements. Pflege und Gesellschaft. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. 2007; 12(4):318-330.

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. London: The Cochrane Collaboration; 2005.

Hoffmann E, Menning S, Schelhase T. Demographische Perspektiven zum Altern und zum Alter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, Hrsg. Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2009.

Hofreuter-Gätgens K, Mnich E, Thomas D, Salomon T, von dem Knesebeck O. Gesundheitsförderung für ältere Menschen in einer ländlichen Region. Teilnehmerstruktur, Akzeptanz und Durchführung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2011; 54:933-941

Holt S, Schmiedl S, Thürmann P. Potentiell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Dtsch Arztebl Int. 2010; 107:543-551

Holtfreter B, Kocher T, Hoffmann T. Desvarieux M, Micheelis W. Prevalence of periodontal disease and treatment demands based on a German dental survey (DMS IV). J Clin Periodontol. 2010;37:211–219.

Holzhausen, M., Fuchs, J., Busch, M., Ernert, A., Six-Merker, J., Knopf, H., Hapke U, Gaertner B, Kurzawe-Seitz I, Dietzel R, Schödel N, Welke J, Wiskott J, Wetzstein M, Martus P, Scheidt-Nave C. Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations - the OMAHA study. BMC Health Services Research. 2011; 11:47 doi: 10.1186/1472-6963-11-47

Holzhausen M., Scheidt-Nave C. Multimorbidität als Interventionsherausforderung. In Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP, Hrsg. Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2012

Horn A, Brause M, Schaeffer D, Büscher A. Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Teil 1. Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld [Internet]. 2010. verfügbar unter: http://lbihpr.lbg.ac.at/webfm_send/400

Huber HP, Nitschke I. In: Müller F, Nitschke I, Hrsg. Der alte Patient in der zahnärztlichen Praxis. Berlin: Quintessenz. 2010; 115-123.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior. 1997; 38:21-37.

Institut der Deutschen Zahnärzte IDZ, Hrsg. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte-Verlag; 2006.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) [Internet]; 2011 [zitiert: 2 Nov 2011]. verfügbar unter: http://www.kbv.de/ebm2011/EBMGesamt.htm

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, Hrsg. Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen [Internet]. 2010 [zitiert: Jul. 2011]. verfügbar unter: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/AuB_Konzept.pdf

Kessler EM, Lindenberger U, Staudinger UM. Stichwort: Entwicklung im Erwachsenenalter. Konsequenzen für Lernen und Bildung. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. 2009;12:361-381.

Kessler EM, Staudinger UM. Emotional resilience and beyond: A Synthesis of findings from lifespan psychology and psychopathology. In: Frey PS, Keyes CLM , Hrsg. Frontiers of Resilient Aging. Life-Strengths and Well-Being in Late Life. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2010. S. 258-282.

Klenk J, Rapp K, Büchele G, Keil U, Weiland SK. Increasing life expectancy in Germany: quantitative contributions from changes in age- and disease-specific mortality. Eur J Public Health 2007; 17: 587-592

Kliegel M, Zinke K, Hering A. Plastizität. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP, Hrsg. Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer; 2012.

Knauf W. Das geriatrische Assessment. Hessisches Ärzteblatt [Internet]. 2011 Apr. [zitiert 2011 Nov 22]. Verfügbar unter: http://www.laekh.de/upload/Hess._Aerzteblatt/2011/2011_04/2011_04_05.pdf

Kocher T, Schwahn C, Gesch D, Bernhardt O, John U, Meisel P, Baelum V. Risk determinants of periodontal disease – an analysis of the Study of Health in Pomerania (SHIP 0). J Clin Periodontol. 2005; 32:59–67.

Kohler M, Ziese T. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin: Robert Koch-Institut; 2004.

Kohli M, Künemund H, Motel A, Szydlik M. Soziale Ungleichheit. In: Kohli M, Künemund H, Hrsg. Die zweite Lebenshälfte - Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich; 2000. S. 318-336.

Kreissl ME, Eckardt R, Nitschke I. Mundgesundheit und Pneumonie. Der Mund als Keimreservoir für Pneumonien bei pflegebedürftigen Senioren. Quintessenz. 2008; 59:1089-1096.

Kroll LE, Lampert T, Lange C, Ziese T. Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. Berlin: WZB-Discussion-Paper; 2008.

Kruse A, Wahl HW. Ausgewählte Konstrukte zur Psychologie des Alterns. In: Kruse A, Wahl HW, Hrsg. Zukunft Altern: Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Spektrum; 2010. S. 115-197.

Kruse A. Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. Bildungsforschung. 2006a; 3(2):1-25.

Kruse A. Alterspolitik und Gesellschaft. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2006b; 49:513-522.

Kruse A. Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146. Baden- Baden: Nomos; 2002.

Kuhlmann A, Koch K. Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2009.

Kuhlmey A. Teilhabe ist ein Teil von Gesundheitsförderung. Interview mit Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey über die Bedingungen gesunden Alterns. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. [Internet]; 2009 [zitiert: 25 Aug. 2011]; verfügbar unter: www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7480

Kuhlmey A. Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54:915-921

Kuhlmey A. Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber; 2008. S. 85-97.

Kuhlmey A, Alscher MD, Büscher A, Dielmann G, Hopfeld M, Igl G et al.. Die Idee des Memorandums „Kooperation der Gesundheitsberufe". Gesundheits- und Sozialpolitik. 2011(2).

Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber; 2008.

Kühnemund H. Gesellschaftliche Partizipation und Engagement in der zweiten Lebenshälfte: empirische Befunde zu Tätigkeitsformen im Alter und Prognosen ihrer zukünftigen Entwicklung. Berlin: Weißensee-Verlag; 2001

Kujipers MAJ, van Marum RJ, Egbers ACG, Jansen PAF. Relationship between polypharmacy and underprescribing. Br J Clin Pharmacol. 2008; 65(1): 130–133.

Lampert T. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, Hrsg. Gesundheit und Alter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009. S. 121-133.

Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A. Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte. 2007; (42):11-18.

Lampert T, Mensink GBM, Ziese T. Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2005; 48:1357-1364.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Hrsg. Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen; 2011.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Hrsg. Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen; 2010.

Landt H, Fransson B. Oral ability to recognize forms and oral muscular coordination ability in dentulous young and elderly adults. J Oral Rehabil. 1975; 2:125-138.

Landtag NRW. Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag Nordrhein-Westfalen; 2005.

Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Luppa M, Ridel-Heller, S, König HH. Review Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. Med Care Res Rev [Internet]. 2011[zitiert 2011 Nov 04]; 68:387. Verfügbar unter: http://mcr.sagepub.com/content/68/4/387

Lehr U. Beruf oder Pflege? – Eine falsche Alternative. Die BAGSO Nachrichten - Das Magazin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.. 2010; 19(4):10.

Levy BR, Slade M, Kunkel S, Kasl S. Longitudinal benefit of positive Self-perceptions of aging on functioning health. Journals of Gerontology: Psychological Sciences. 2002; 57 (5):409-417.

Linden M. Versorgungsepidemiologie. Umfang und Bedingungen der Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Hilfen. In: Maercker A, Hrsg. Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin: Springer; 2002. S. 73-86.

Lindenberger U. Erwachsenenalter und Alter. In: Oerter R, Montada L, Hrsg. Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz; 2002. S. 381-391.

Löe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care. 1993; 16:329–334.

Löllgen H, Bockenhoff A, Knapp G. Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. International Journal of Sports Medicine. 2009; 30(3):213-224.

Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comnorbid conditions: a systematic analysis of eviden-based guidelines. PLOS One. 2011; 6: e25987. doi:10.1371/journal.pone.0025987

Mack F, Mundt T, Budtz-Jørgensen E, Mojon P, Schwahn C, Bernhardt O, et al. Prosthetic status among old adults in Pomerania, related to income, education level, and general health (results of the Study of Health in Pomerania, SHIP). Int J Prosthodont. 2003; 16:313-318.

Mackenbach JP, Bakker MJ, Kunst AE, Diderichsen F. Socioeconomic inequalities in health in Europe. An overview. In: Mackenbach JP, Bakker MJ, Hrsg. Reducing inequalities in health: a European perspective. London, New York: Routledge; 2002. S. 3-24.

Marengoni A, Rizzuto D, Wang HX, Winblad B et al. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. Journal of the American Geriatrics Society. 2009a; 57(2):225-230.

Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. J Intern Med. 2009b; 265:288-295

Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011; doi:10.1016/j.arr. 2011.03.003

Menning S, Nowossadeck E, Maretzke St. Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Report Altersdaten. Heft 1-2. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen; 2010.

Meyer M. Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und zukünftige Entwicklungen. Deutsche Überarbeitung des „National Background Report of Germany“ [PDF Dokument im Internet]. 2006 [zitiert: 31.03.2009]. verfügbar unter: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf

Michell-Auli P. Was leisten Pflegestützpunkte? In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S, Hrsg. Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber; 2011. S. 245-254.

Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Roemer C, Hrsg. Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer; 2010.

Müller R, Unger R, Rothgang H. Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Soziale Sicherheit. 2010; (6-7):230-237.

Nicholson A, Bobak MM, Michael Rose R, Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. Social Science & Medicine. 2005; 61:2345-2354.

Nitschke I. Zur Mundgesundheit von Senioren – Ein epidemiologischer Überblick über ausgewählte orofaziale Erkrankungen und ihre longitudinale Betrachtung (Habilitation). Berlin: Quintessenz; 2006.

Nitschke I, Hopfenmüller W. Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In: Meyer KU, Baltes PB, Hrsg. Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag: Berlin; 1996. S. 429-448.

Nowossadeck E. Morbiditätsprognosen auf Basis von Bevölkerungsprognosen. Welchen Beitrag kann das Gesundheitsmonitoring leisten? Bundesgesundheitsblatt. 2010; 53(5):427-434.

Paquette DW, Brodala N, Nichols TC. Cardiovascular disease, inflammation and periodontal infection. Periodontol 2000. 2007;44:133-126.

Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. Gerontologist 2007; 47(2):150-158.

Plochg T, Klazinga NS, Starfield B. Transforming medical professionalism to fit changing health needs. BMC Medicine 2009; 7: 64 doi:10.1186/1741-7015-7-64.

Porter ME. What is value in health care? NEJM 2010; 363: 2477-2480.

Porter ME. A strategy for health care reform – toward a value-based system. NEJM 2009; 361:109-112.

Raghavendran K, Mylotte JM, Scannapieco FA. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia, the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. Periodontol 2000. 2007; 44:164-177.

Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. Social Science & Medicine. 2005; 60(11):2405-2416.

Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen RL. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2001; 33:163-178.

Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. Community Dent Oral Epidemiol. 2000; 28:390-398.

Rejeski WJ, Ip EH, Katula JA, White L. Older adults‘ desire for physical competence. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2006; 38(1):100-105.

Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russel A, Reeves S. An Intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. Journal of Interprofessional Care. 2010; 24(4):350-361.

Richter M, Mielck A. Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 2000; 8(3):198-215.

Robert Koch-Institut (RKI). Schätzung der Krebsneuerkrankungen in Deutschland durch das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) [Internet]. Datenbankabfrage 2011 [zitiert: 08. Apr. 2011]. verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_169/nn_204124/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/Datenbankabfragen/datenbankabfragen__node.html?__nnn=true

Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51 – Depression. Berlin: RKI; 2010.

Robert Koch-Institut (RKI), Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Hrsg. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009.

Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008

Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 39 – Harninkontinenz. Berlin: Robert Koch-Institut; 2007.

Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28 – Altersdemenz. Berlin: Robert Koch-Institut; 2005.

Robert SA. Community-level socioeconomic status effects on adult health. Journal of Health and Social Behavior. 1998; 39:18-37.

Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). BMC Geriatr.[Internet]. 2010 [zitiert: 20. Oct. 2011];10:57. verfügbar unter: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20731877

Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. J Eval Clin Pract 2007;13:806-813.

Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Bern: Huber; 2006.

Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. Pflege-Report der Barmer GEK 2010 Schwerpunktthema: Demenz und Pflege Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Schwäbisch-Gmünd: Barmer GEK; 2010

Rütten A, Abu-Omar K, Adlwarth W, Meierjürgen R. Bewegungsarme Lebensstile. Zur Klassifizierung unterschiedlicher Zielgruppen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivierung. Gesundheitswesen. 2007; 69:393-400.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache 16/13770. Berlin: Deutscher Bundestag; 2009.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007. Band I – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 16-6339. Berlin: Deutscher Bundestag; 2007.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2006.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten Band III (Über-, Unter-, Fehlversorgung). Bundestags-Drucksache 14-6871. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; 2001.

Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. Annual review of public health. 2006; 27:297-322.

Saß AC, Wurm S, Scheidt-Nave C. Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsbl. 2010; 53:404-416.

Schaeffer D, Kuhlmey A. Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen und Perspektiven in der ambulanten Pflege. In: Günster C, Klose J, Schmacke N, Hrsg. Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer; 2012.

Schaeffer D, Büscher A. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2009; 42(6): 441-451.

Schaeffer D, Büscher A, Ewers M. Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber; 2008. S. 352-69.

Schaeffer D. Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer D, Ewers M, Hrsg. Ambulant vor stationär Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber; 2002. S. 17-44.

Schäfer I, von Leitner EC, Schön G, Koller D, Hansen H, Kolonko T, Kaduszkiewicz H, Wegscheider K, Glaeske G, van den Bussche H. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. PLoS One 2010; 5:e15941.

Schäufele M, Weyerer S, Zimber A. Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Heimbewohnern. Eine Studie in 20 Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen. In: Havemann-Reinecke U, Weyerer S & Fleischmann H, Hrsg. Alkohol und Medikamente-Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg: Lambertus; 1998. S. 148-155.

Scheidt-Nave C. Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Public Health Forum 2010; 18 (66): 2.e1-2.e4

Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs, J, Kuhlmey A. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität". Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010; 53: 441-450.

Schmidtke A, Sell R, Löhr C. Epidemiologie von Suizidalität im Alter. Z Gerontol Geriat. 2008; 43: 3-13.

Schneekloth U, Wahl HW, Hrsg. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (MUG IV). München; 2007.

Schneekloth U, Wahl HW, Hrsg. Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; München; 2005.

Schneider KM, O'Donnell BE, Dean D. Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. Health Qual Life Outcomes 2009; 7:82

Schneider NF, Häuser JC, Ruppenthal SM, Stengel S. Familienpflege und Erwerbstätigkeit. Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz; 2006.

Schulz R, Beach RS. Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. Journal of the American Medical Association. 1999; 282:2215-2219.

Sheiham A, Spencer J. Health needs assessment. Community Oral Health Oxford 1997; 10:39-54.

Siegel A; Stößel U, Schubert I, Erler A. Probleme der Evaluation eines regionalen integrierten Vollversorgungssystems am Beispiel "Gesundes Kinzigtal". Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2011; doi.10.1016/j.zefq.2010.12.026

Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. Gerontologist. 2002; 42(3):356-72.

Spielberg P. Innovationspartnerschaft Gesundes Altern. Das Problem gemeinsam angehen. Dtsch Aerztebl 2011; 108(34-35): A-1778.

Starfield B. Chronic illness and primary care. In: Canadian Academy of Health Sciences, editor. Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results [Internet]. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences; Fall 2010 [zitiert: 29. Aug. 2011]; verfügbar unter: http://www.cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-English.pdf

Statistisches Bundesamt. Todesursachenstatistik 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2011a.

Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2011b.

Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2011c.

Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2009: Fragen zur Gesundheit. Körpermaße der Bevölkerung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2011d.

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009.

Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M. Morbidity, medication, and functional limitations in very old age. In: Baltes PB, Mayer KU, Hrsg. The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press; 1999. S. 131-166.

Steinhagen-Thiessen E, Gerok W, Borchelt M. Innere Medizin und Geriatrie. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger U, Hrsg. Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin, New York: Walter de Gruyter; 1994.

Stevens M, Lemmink KA, van Heuvelen MJG, de Jong J, Rispens P. Groningen Active Living Model (GALM): Stimulating physical activity in sedentary older adults; validation of the behavioral change model. Preventive Medicine. 2003; 37(6) pt 1:561-570.

Stoppe G. Alte. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW, Hrsg. Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2006. S. 245 – 256.

Techniker Krankenkasse (TK). TK Gesundheitsreport 2010: Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000 bis 2009. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Bd. 24; Hamburg: Techniker Krankenkasse; 2010

Thiem U, Theile G, Junius-Walker U, Holt S, Thürmann P, Hinrich T, Platen P, Diederichs C, Berger K, Hodel JM, Greiner W, Berkemeyet S, Pientka L, Trampisch HJ. Prerequisites for a new health care model for elderly people with multimorbidity. The PRISCUS research consortium. Z Gerontol Geriat 2010; 44:115-120.

Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Slade GD. Medication and dry mouth. Findings from a cohort study of older people. Public Health Dent. 2000; 60:12-20.

Titze S, Ring-Dimitriou S, Schober PH, Halbwachs C, Samitz G, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich; 2010.

TNS Infratest Sozialforschung. Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2005.

U.S.Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report; 2008. Washington DC: U.S.Department of Health and Human Services [Internet]; 2008 [zitiert: 30 Jan. 2011]. verfügbar unter: http://www.health.gov/paguidelines

Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. Ann Fam Med 2009; 7: 357 – 363.

van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. J Clin Epidemiol 2001; 54:675-679.

van der Bij AK, Laurant MG & Wensing M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. American Journal of Preventive Medicine. 2002; 22(2):120-133.

van den Bussche H, Koller D, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, von Leitner EC, Schäfer I, Schön G. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health [Internet]. 2011a; 11:101. verfügbar unter: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/101

van den Bussche H, Schön G, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske, Koller D. Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic disease and multimorbidity – Results from a claims data based observational study in Germany. BMC Geriatrics 2011b; 54:11.

Vitry AI, Zhang Y. Quality of Australian clinical guidelines and relevance to the care of older people with multiple comorbid conditions. Medical Journal of Australia 2008; 189(7):360-5.

Voelcker-Rehage C, Godde B & Staudinger UB. Physical and motor fitness are both related to cognition in old age. Eur. J. Neurosci. 2010; 31:167-176.

Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. Hrsg. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. Journal of American Geriatric Society. 2006; 54(6):991-100.

Walter U. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber; 2008. S. 245-262.

Weyerer S, Bickel H. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie. Band. 14. Stuttgart: Kohlhammer; 2007.

Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl Ch, Sattel H, Jantzen B. et al., Hrsg. Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg [Internet]. Jul. 2004; verfügbar unter: http://www.uke.de/institute/medizin-soziologie/downloads/Internetbericht.pdf

WHO. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Word Health Organization. 2010 [zitiert: 30. Jan 2011]. verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Care. Health Professions Networks. Geneva: WHO; 2010.

WHO. Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy [Internet]. Word Health Organization, Report by the Secretariat [Internet]. Word Health Organization. 18 Apr. 2008. [zitiert: 29. Aug. 2011]; verfügbar unter: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-en.pdf

WHO. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO: Genf; 2005.

Wichmann M. Der Wert der Patientenaussage bei der Beurteilung des Prothesenhaltes. Dtsch Zahnärztl Z. 1994; 49: 459-60.

Wilson J. Volunteering. Annu. Rev. Sociol. 2000. 26:215-40.

Wingenfeld K. Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber; 2008. S. 370-381.

Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Bielefeld/Münster; 2008.

Wolter D. Sucht im Alter – Altern und Sucht. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.

Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer, C. Gesundheit [Health]. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C, Hrsg. Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, Germany: Kohlhammer; 2010. S. 90-117.

Wurm S, Tesch-Römer C. Prävention im Alter. In: Bengel J, Jerusalem M, Hrsg. Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe; 2009. S. 317-327.

Wurm S, Tesch-Römer C, Tomasik MJ. Longitudinal finding aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences. 2007; 62B:156-164.

Wurm S, Wiest M, Tesch-Römer C. Theorien zu Alter(n) und Gesundheit: was bedeuten Älterwerden und Altsein und was macht ein gutes Leben im Alter aus? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2010; 53(5):498-503.

Zahnärztliche Mitteilungen. Bundeszahnärztekammer (BZÄK) verabschiedet neue Mundgesundheitsziele. Global denken, lokal handeln[Internet]. 2004 [zitiert: Jun 2011]; verfügbar unter: http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/14_04/pages2/bpol2.htm

Zank S. Leander III: Prädiktoren der Morbidität und Mortalität von Demenzpatienten und pflegenden Angehörigen[Internet]. 2007. [zitiert 2011]. verfügbar unter: http://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Praediktoren%20der%20Morbiditaet%20und%20Mortalitaet.pdf

Zank S, Peters M, Wilz G. Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters. Grundriss Gerontologie. Band 19. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.

Zelewski H. Grundlagen. In: Corsten H, Reiß M, Hrsg. Betriebswirtschaftslehre. 1. Aufl. München/Wien: Oldenbourg; 1994. S. 127-132.

Zeman P. Informelle Netze und Selbsthilfe und ihr Beitrag zur Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmey A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber; 2008. S. 297-308.

Ziegelmann JP, Scholz U, Martin M. Entwicklung von Gesundheit und Alltagskompetenz im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In: Lang F, Pinquart M, Martin M, Hrsg. Entwicklungspsychologie: Erwachsenenalter. Göttingen: Hogrefe; 2011. S. 201-219.

Ziegler U, Doblhammer G. Prevalence and Incidence of Dementia in Germany - A Study Based on Data from the Public Sick Funds in 2002. Gesundheitswesen. 2009; 71: 281-290.

Ziller S, Oesterreich D. Dental Public Health in Deutschland. Präv Gesundheitsf. 2007; (2):31-38.

Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online). 2000; (2):CD000072.

gesundheitsziele.de ist die gemeinsame Plattform der relevanten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Mehr als 100 Organisationen engagieren sich hier für die Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Im Konsens werden Gesundheitsziele formuliert, Maßnahmen zur Zielerreichung empfohlen und Selbstverpflichtungen der verantwortlichen Akteure angestoßen.

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* ist bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. angesiedelt. *gesundheitsziele.de* wird finanziell unterstützt durch:

- das Bundesministerium für Gesundheit,
- die Gesundheitsministerien der Länder,
- die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung,
- der Verband der privaten Krankenversicherung,
- die Deutsche Rentenversicherung Bund,
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
- die Bundesärztekammer und
- die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung.

Bundesministerium für Gesundheit

GMK Gesundheitsministerkonferenz

AOK Die Gesundheitskasse Bundesverband

vdek Die Ersatzkassen

IKK e.V.

BKK

LSV Spitzenverband

Deutsche Rentenversicherung Bund

Knappschaft Bahn See

PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft DKG

Bundesärztekammer

KBV

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. GVG

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab (Öffentlichkeitsarbeit)
11055 Berlin

Gestaltung: Atelier Hauer + Dörfler
Fotos: plainpicture/Cultura
Druck: Silber Druck oHG
Stand: März 2012

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:
Bestell-Nr.: BMG-V-10018
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 0 18 05 / 77 80 90*
Fax: 0 18 05 / 77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

*Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon
Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr (kostenpflichtig) unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen
Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: **www.bmg-gp.de**

GP_Infoblätter
Die „GP_Infoblätter" bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Abonnement unter: **www.bmg-gp.de**

GP_aktuell
Der Newsletter „GP_aktuell" informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter **www.bmg-gp.de**

Publikationsverzeichnis
Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestell-Nr.: BMG-G-07014
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 0 18 05 / 77 80 90*
Fax: 0 18 05 / 77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Internetportal
Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de

Fragen zum Versicherungsschutz
0 18 05 / 99 66 - 01*

Fragen zur Krankenversicherung
0 18 05 / 99 66 - 02*

Fragen zur Pflegeversicherung
0 18 05 / 99 66 - 03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention
0 18 05 / 99 66 - 09*

Fragen zur Suchtvorbeugung
02 21 / 89 20 31**

Schreibtelefon
0 18 05 / 99 66 - 07*

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon
0 18 05 / 99 66 - 06*

Gebärdentelefon Video over IP
gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice-bund.de

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.
** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo – Do 10 bis 22 Uhr, Fr – So 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.