

Fachtagung 2010

der Kommunalen Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr

Gesundheit im Alter

Mittwoch, 24. März 2010
Stadthalle Mülheim an der Ruhr

Dokumentation



KGK
Kommunale
Gesundheitskonferenz
Mülheim an der Ruhr



Impressum

Herausgegeben von der Kommunalen Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr
Oktober 2010

Verantwortlicher Fachbereich:

Gesundheitsamt der Stadt Mülheim an der Ruhr,
Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Inhaltliche und redaktionelle Bearbeitung:

Gabriel Melloch

Gesundheitsamt · Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz
Heinrich-Melzer-Straße 3 · 45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208 / 455-5306 · E-Mail: Gabriel.Melloch@stadt-mh.de

Erdmuthe Luhr-Antons, Dr. Damir Puac

Gesundheitsamt, Stabstelle Gesundheitsförderung / Gesundheitsberichterstattung
Heinrich-Melzer-Str 3 · 45468 Mülheim an der Ruhr

Theoretische Ausarbeitung · Auswertung der Handlungsempfehlungen · Text:

Annegret Saha, B. A.

Masterstudiengang Sozialwissenschaften · Schwerpunkt Gesundheitssysteme (Ruhr-Universität Bochum)
Im Rahmen des studentischen Praktikums beim Gesundheitsamt der Stadt Mülheim an der Ruhr
Stabstelle Gesundheitsförderung / Gesundheitsberichterstattung

Fotos:

Walter Schernstein und privat

Inhaltsverzeichnis

I	Vorwort zur Fachtagung	5
II	Methodisches Vorgehen	6
	1. Einleitung	7
	2. Theoretische Erläuterungen zum Policy-Cycle	9
	Exkurs Praxisforschung	12
2.1.	Problemwahrnehmung zum Thema Gesundheit im Alter	14
2.1.1.	Weltweite Entwicklung des Bevölkerungsaufbaues	14
2.1.2.	Bevölkerungsstruktur in Mülheim an der Ruhr	15
2.1.3.	Antizipierte Folgen des Bevölkerungswandels	17
	Exkurs Alter	19
2.1.4.	Zusammenfassung allgemeine Problemwahrnehmung	21
2.2.	Agenda Setting – Gesundheit im Alter	22
2.2.1.	Gesundheitsförderung in Mülheim an der Ruhr	23
	Exkurs Gesundheit	24
2.2.2.	Seniorenwirtschaft	27
2.2.3.	Fachtagung: Gesundheit im Alter	29
F. 1.	Eröffnungsrede der Bürgermeisterin Renate aus der Beek	33
F. 2.	Inhaltliche Darstellung der Einführungsvorträge	34
F. 2.1.	Vergleichende regionale Analyse und Prognose	34
F. 2.2.	Bericht aus der Praxis	38
F. 3.	Gestaltung der Workshops	43
F. 3.1.	Prävention durch Bewegung und Sport	44
F. 3.2.	Integrierte Versorgung in Pflegeheimen	50
F. 3.3.	Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?	58
F. 3.4.	Sucht und Alter	65
	Exkurs Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)	72
	Exkurs 17. Entschließung der Landesgesundheitskonferenz NRW	76
	Exkurs Öffentlicher Gesundheitsdienst	78
2.3.	Einteilung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen	79
2.3.1.	Einteilung der abschließenden Vorschläge	79
2.3.1.1.	Thema „Prävention durch Bewegung und Sport“	80
2.3.1.2.	Thema „Integrierte Versorgung in Pflegeheimen“	82
2.3.1.3.	Thema „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?“	83
2.3.1.4.	Einteilung der Beiträge zum Thema „Sucht und Alter“	85
2.3.1.5.	Zusammenstellung der Ergebnisse	86
	Exkurs Einflusschema Matthies (2005)	87
2.3.2.	Kategorisierung der Handlungsempfehlungen	89
III	Fazit	92
IV	Literaturliste	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Policy Cycle	11
Abbildung 2:	Ansicht Alterspyramiden	15
Abbildung 3:	Verteilung Altersstruktur NRW	16
Abbildung 4:	Tagungsflyer	32
Abbildung 5:	Einteilung Moderationskärtchen „Prävention durch Bewegung und Sport“	80
Abbildung 6:	Einteilung Moderationskärtchen „Integrierte Versorgung in Pflegeheimen“	82
Abbildung 7:	Einteilung Moderationskärtchen „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?“	83
Abbildung 8:	Einteilung Moderationskärtchen „Sucht und Alter“	85
Abbildung 9:	Zusammenfassung Einteilung Handlungsanregungen	86
Abbildung 10:	Einflusschema nach Matthies (2005)	87
Abbildung 11:	Einteilung Handlungsempfehlungen nach Interventionstyp	91



I Vorwort zur Fachtagung

Sehr geehrte Herren und Damen,

alt werden, gesund bleiben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben, das ist der Wunsch der meisten Menschen auch bei uns.

Mülheim an der Ruhr ist die „älteste Stadt“ in NRW. Rund 30 Prozent unserer Bürgerschaft ist 60 Jahre oder älter. Wir freuen uns darüber, dass ältere Menschen sich bei uns besonders wohl fühlen und möchten mit ihnen gemeinsam ein modernes und generationengerechtes Mülheim gestalten. Altengerechte Wohnungen, Einkaufsmöglichkeiten vor Ort und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Wohnumfeld haben für ältere Menschen eine genau so große Bedeutung wie eine gute Infrastruktur, die es ihnen ermöglicht, ihre Gesundheit eigenverantwortlich zu erhalten.

Die Mülheimer Gesundheitskonferenz möchte ihren Beitrag dazu leisten, die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen in unserer Stadt weiter zu verbessern. Mit der Tagung „Gesundheit im Alter“ möchten wir deshalb mit Ihnen als lokale ExpertInnen und PraktikerInnen ins Gespräch kommen und weitere Handlungsschritte diskutieren. Die Tagungsergebnisse werden von der Kommunalen Gesundheitskonferenz beraten und in die weitere Maßnahme- und Projektplanung einfließen.

Wir laden Sie herzlich ein: Diskutieren Sie mit, und lassen Sie uns an Ihren Erfahrungen und Vorschlägen teilhaben.

Ihre



Dagmar Mühlendorf
Oberbürgermeisterin



II Methodisches Vorgehen

Der in dieser Tagungsdokumentation betrachtete Prozess der Ein- und Umsetzung einer Fachtagung für „Gesundheit im Alter“ in der Stadt Mülheim an der Ruhr wird entlang der Stationen **Problemwahrnehmung** und **Agenda Setting** des Policy-Cycles strukturiert. Theoretische Erläuterungen zu diesen Fachbegriffen erfolgen unter den jeweiligen Gliederungspunkten.

Neben der theoretischen Einbindung werden in Form von Exkursen vertiefend Informationen zu relevanten Begriffen und Institutionen angeboten.

In der Gliederung farbig markiert sind die Punkte, die eine inhaltliche Wiedergabe und Ausarbeitung der Fachtagung darstellen.

Weiter werden die auf der Tagung gesammelten Anregungen zu den thematischen Schwerpunkten:

- Prävention durch Bewegung und Sport
- Integrierte Versorgung in Pflegeheimen
- Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?
- Sucht und Alter

kategorisiert und nach dem Einflusschema von Matthies (2005) verschiedenen Interventionstypen zugeordnet und tabellarisch dargestellt.

Die Ergebnisse dieser Einordnung bieten den politischen Verantwortlichen der Stadt Mülheim an der Ruhr eine Grundlage für die weitere Maßnahmenplanung und Handlungsimplementierung.

Im Fließtext wird die Verknüpfung des im Bereich der Politikfeldanalyse angesiedelten Policy-Cycle mit dem Einflusschema (Matthies, 2005) laufend erläutert.

1. Einleitung

1960 wurde in Mülheim an der Ruhr die erste Altentagesstätte Deutschlands eröffnet. Je nach Standpunkt des Betrachters klingt das in Anbetracht der aktuell zu beobachtenden Bevölkerungsentwicklung eher spitzzünftig oder nach weitsichtiger politischer Planung.

Denn heute lebt in Mülheim ein hoher Bevölkerungsanteil von Senioren. Die damit verbundenen Herausforderungen hat man früh erkannt. Sie liegen neben der Finanzierbarkeit und Steuerung der gesundheitlichen Versorgung auch in der Gestaltung der zunehmend länger werdenden Phase des Rentenalters, die nur zum Teil ohne gesundheitliche Einschränkungen verbracht werden kann. Nach heutigem Wissensstand wird mit steigendem Lebensalter die Zahl chronisch kranker und multimorbider Menschen zunehmen.

Generell ist die Planung und Gestaltung hinsichtlich der Pflege, Betreuung und Sinnstiftung eines langjährigen Lebensabends eine Herausforderung für die deutsche Gesellschaft, aber auch anderer Industrienationen. Die Einbindung der berenteten, aus dem Arbeitsprozess bereits ausgeschiedenen Mitbürger in gesellschaftliche Prozesse gehört zu diesem Problemfeld. Schwierigkeiten entstehen durch die Neuartigkeit der Herausforderung, da bis jetzt keine Erfahrungen im Umgang mit einer solch langen Phase des Ruhestandes vorliegen.

Im Zusammenhang mit der Versorgung der Bevölkerung ist der gesundheitliche Status ein zentrales Thema. In den Industriestaaten ist die gesundheitliche Sicherung der Bevölkerung eine staatliche Aufgabe (Wendt, 2003).

Daneben geht ein in langer Gesundheit verbrachtes Rentenalter mit einer höheren Lebensqualität einher, es entlastet die Gesundheitssysteme finanziell sowie organisatorisch und ist für eine selbst bestimmte Gestaltung der letzten Lebensjahre unabdingbar.

In Mülheim an der Ruhr werden schon seit geraumer Zeit Strategien, Datenerhebungen und Maßnahmen mit dem Ziel einer altengerechten Stadtentwicklung umgesetzt. Ein wichtiger Aspekt dabei ist auch die Auswirkung der sich in städtischen Gebieten ausbreitenden sozialen Ungleichheit zwischen verschiedenen Bewohnergruppen auf die Verschiebung des Altersaufbaus.

Zur Gesundheitssicherung der älteren Bewohnergruppen ist auf kommunaler Ebene eine Politik notwendig, die Entscheidungen entlang den Gesundheitsbedürfnissen ausrichtet. Dies bedeutet nach Hurrelmann (2006) die Gestaltung gesunder Lebensumwelten und nicht nur die Systemveränderung unter dem Verdikt der Kostenersparnis.



Im Rahmen der oben geschilderten Entwicklung wurde von der Kommunalen Gesundheitskonferenz in Mülheim an der Ruhr und dem Gesundheitsamt am 24.03.2010 eine Fachtagung mit dem Thema Gesundheit im Alter ausgerichtet.

Die politischen Entscheidungswege, Hintergrundinformationen und Ergebnisse der Tagung werden in vorliegendem Tagungsband fortlaufend diskutiert und unter theoretischen Gesichtspunkten erörtert. Entgegen anderer Dokumentationen ordnet der aktuelle Band das politische Geschehen in einen theoretischen Rahmen. Dieses strukturierende Vorgehen wird gewählt, um eine Verbindung zwischen aktuellem politischem Tagesgeschäft und wissenschaftlichem Arbeiten zu erlangen. Dabei wird allgemein die Vergleichbarkeit der praktischen Politikprozesse erhöht und gleichzeitig neuen Blickwinkeln für weitergehende Problemstellungen und offenen Fragen Raum gegeben.

Zur sozialwissenschaftlichen Strukturierung des politischen Gestaltungsprozesses werden Elemente der Politikfeldanalyse, genauer des Policy-Cycles, verwendet.

2. Theoretische Erläuterungen zum Policy-Cycle

Zum besseren Verständnis folgen vorab einige Ausführungen zum Thema der Politikfeldanalyse. Diesem Bereich ist der Policy-Cycle zuzuordnen.

Die Begrifflichkeit „Politik“, hergeleitet vom griechischen Wort „polis“, der Bezeichnung des Stadtstaates der Antike, ist bis heute in der wissenschaftlichen Literatur nicht klar, abgegrenzt definiert (Blum & Schubert, 2009). Nach Schubert und Bandelow (2009) kennzeichnet Politik allerdings, dass sie von Menschen mit Zielen und Machtpositionen gestaltet wird.

In modernen Demokratien kann aber keiner der Handelnden seine Positionen unbeeinflusst von den Zielen und Interessen der anderen durchsetzen. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten gelangen so je nach Akteurskonstellation unterschiedliche Interessenschwerpunkte und Problemwahrnehmungen in den Blickpunkt des politischen und öffentlichen Lebens und damit auf den Zielkatalog politischer Entscheidungsträger.

Neben der Umsetzung abgegrenzter Ziele, gleicht politisches Handeln deshalb eher einem Prozess unter Berücksichtigung vielfältigster Interessen, Machtpositionen und Individualzielen. Politische Entscheidungen entstehen heute vermehrt im Diskurs. Nach Jann und Wegrich (2009) spricht man in diesen Zusammenhang auch vom „Policy Making“. Die beiden Autoren sehen darin eine normative Form des politischen Vorgehens. Es umfasst die Programmentwicklung, die politisch und führungsbetont erfolgt, langfristige Perspektiven verfolgt und die ursächliche Thematik möglichst breit abdeckt. Zudem wirkt die Programmentwicklung verändernd auf Strukturen und öffnet sich auch für randständige Meinungen. Einen weiteren Schwerpunkt dieses aktuellen Politikverständnisses stellt die aktive Beteiligung der Verwaltung an Entscheidungsprozessen und der Ausgestaltung von politischer Umsetzung dar (Jann & Wegrich, 2009).

Die neuere Politikwissenschaft bedient sich bei ihren Untersuchungen des Instrumentes der Politikfeldanalyse. Damit wird eine Erklärung zur Entstehung konkreter politischer Ergebnisse angestrebt. Ältere Theorien haben im Gegensatz dazu vorrangig nach dem Grund der Durchsetzung bestimmter Akteurspositionen gefragt.

Innerhalb des Bezugsrahmens der Politikfeldanalyse wird dagegen entlang der Fragen „Was haben politische Akteure getan?“, „Aus welchen Beweggründen wurde gehandelt?“ und „Was wurde bewirkt?“ vorgegangen.

Die Untersuchungen folgen dabei den Dimensionen „policy“, „politics“ und „polity“. Policy bezieht sich auf die inhaltliche Darstellung. Sie umfasst Aufgaben, Ziele und politische Programme. Konkrete politische Elemente der „policy“ sind Gesetze, Verordnungen oder Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen. Die formale Dimension wird unter dem Begriff

der „polity“ gefasst. Er bezieht sich auf die zugrunde liegende Verfassung sowie Normen und institutionelle Ausprägungen. Die dritte Dimension erfasst das prozesshafte Geschehen und wird als „politics“ bezeichnet. Merkmale hierfür sind Durchsetzungsmittel u. a. Macht oder Konsens.

In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, auch die theoretische Verwendung des Begriffes Akteur zu beleuchten. Anders als im traditionellen Sinne sind Akteure im Rahmen der Politikfeldanalyse nicht nur auf Regierungen eingegrenzt, sondern umfassen neben Individuen, wie Wissenschaftlern, Betroffenen und Politikern, auch Organisationen. Im kommunalen Bereich fallen darunter zum Beispiel die örtlichen Krankenkassen oder der Stadtrat. Dies hat direkte Auswirkungen z. B. beim weiter oben geschilderten Einbezug der Verwaltung an Entscheidungsprozessen. Ebenfalls zu beachten gilt, dass es dabei unterschiedlichste Interdependenzen der Akteure untereinander gibt.

Im Rahmen der Steuerung und Planung politischer Prozesse fanden zunehmend Größen wie Output, klare Zieldefinition und Etablierung sowie die Notwendigkeit Effizienz und Effektivität politischer Programme zu messen, Eingang in die theoretische Betrachtung. Output heißt in diesem Zusammenhang auch staatliche Intervention. Konkret im Zusammenhang mit dieser Dokumentation bezieht sich Output auf den Gesundheitszustand der Einwohner von Mülheim an der Ruhr.

Der Begriff „Intervention“ wird in der Onlineversion des Meyers Lexikon als Einmischung, Vermittlung oder steuernder Eingriff definiert. Daneben werden im „Wörterbuch Psychologie“ des Deutschen Taschenbuch Verlages (Fröhlich, 2000) allgemein unter Interventionen Maßnahmen verstanden, die Störungen in Systemen verhindern, beseitigen oder vermindern sollen. Speziell auf die Psychologie bezogen, werden Interventionen als Maßnahmen definiert, die das Erleben und Verhalten ansprechen und verändern wollen.

Der Output stellt im politischen Sprachgebrauch eine Zielgröße dar, die auch Verhaltensänderung bei den Betroffenen anregt, bewirkt und umfasst (Jann & Wegrich, 2009). Bezogen auf die Fachtagung „Gesundheit im Alter“ bedeutet dies, dass Handlungsempfehlungen der Akteure vor Ort abgefragt werden, die den Output „Förderung und Erhaltung der Gesundheit“ der älteren Bevölkerung in Mülheim an der Ruhr ansteuern. Diese konkreten Handlungsempfehlungen werden am Ende der Tagungsdokumentation mittels des Einflusschemas von Matthies (2005) kategorisiert.

Die folgenden Ausführungen werden entlang den Stationen des Policy-Cycle gegliedert, um so ein besseres Verständnis zu erreichen. Der Policy-Cycle ist, wie einführend bereits angemerkt, ein Modell zur Darstellung politischer Prozesse. Das Modell ermöglicht einerseits die Strukturierung und Systematisierung politischer Prozesse und dient andererseits als Gliederungselement und Abbildungsmodell dynamischer Anteile im politischen Geschehen.

Neben der **Problemwahrnehmung** (Problemdefinition) und des **Agenda Settings** sind die **Politikformulierung** (policy development) und **Entscheidungsfindung** die Prozessmodule des Policy-Cycle. Weiter werden im Ablauf die **Implementierung** (implementation) und Evaluierung (policy evaluation) beschrieben. Diese Unterscheidung der Abfolge innerhalb des Policy-Cycles wird von Blum und Schubert (2009) in der Literatur verwendet.

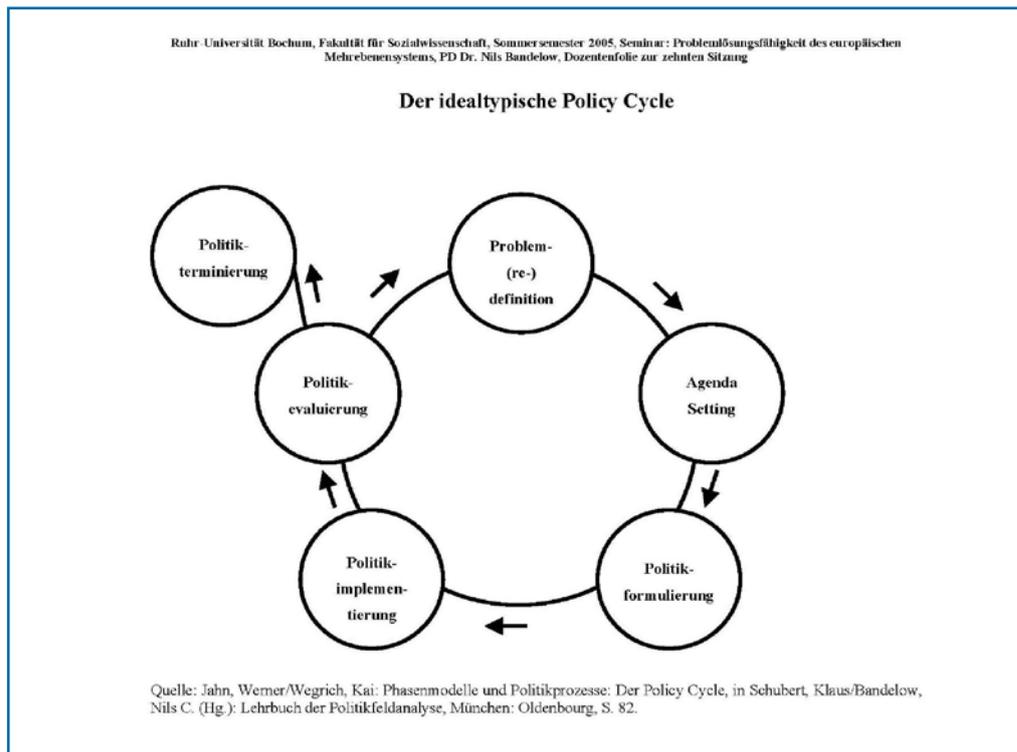


Abbildung 1: Policy Cycle

Die Stationen des Policy-Cycles sind im realen Alltag nicht derart klassisch nachvollziehbar und voneinander zu differenzieren. Die idealtypische Darstellung unterstützt vor allem die Kategorisierung und nachfolgende Analyse des politischen Geschehens. Im Rahmen dieser Dokumentation wird der Policy-Cycle zur reinen Beschreibung des Prozesses gewählt. Eine Begründung oder Analyse von Machtpositionen oder Durchsetzungsstrategien erfolgt nicht. Mit Abschluss der Fachtagung „Gesundheit im Alter“ sind die Prozessphasen des Cycles **Problemwahrnehmung** und **Agenda Setting** durchlaufen. Zur weiteren Erarbeitung einer Maßnahmenplanung werden im Rahmen dieser Tagungsdokumentation die Anregungen der Workshopteilnehmer kategorisiert. Diese Einteilung kann beim weiteren Vorgehen des Prozesses als Arbeitsgrundlage zur Entscheidungsfindung und Handlungsimplementierung genutzt werden.

Im Zusammenhang mit der Politikfeldanalyse ist weiter vertiefend die Praxisforschung beachtenswert, da dieser Wissenschaftszweig besonders in diesem Bereich vermehrt Anwendung findet. Dementsprechend verändern sich Umgang und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der politischen Problemwahrnehmung und der sich daran anschließenden Generierung von Lösungsansätzen sukzessive. Nähere Informationen dazu finden Sie in folgendem Exkurs.

Mit Gliederungspunkt 2.1. beginnt die Darstellung des politischen Prozesses zum Thema Alter und Gesundheit mit dem Punkt der Problemwahrnehmung.

Exkurs Praxisforschung

Nach Flick (2006) führt der rasche Wandel und die Pluralisierung unserer modernen Lebenswelten zu unterschiedlich differenzierten sozialen Kontexten. Deshalb kann das klassische Vorgehen der Ableitung von Fragestellungen aus theoretischen Modellen nicht mehr in allen Bereichen zu adäquaten Lösungen praxisrelevanter Probleme führen. Denn diese Ableitungen werden heute der differenten Realität moderner Gesellschaften nicht ausreichend gerecht. Zunehmend werden deshalb in praxisnahen Forschungsfeldern, wie beispielsweise der Politikwissenschaft, aber auch der Unterrichtsforschung oder Sozialarbeit, vermehrt Fragestellungen und Lösungen im Rahmen der Praxisforschung gestellt.

Ausgangspunkt hierbei ist die Datenerhebung und darauf aufbauend die Suche nach Problemlösungen. Die Auswertung der vorhandenen Daten deckt bestimmte Probleme auf, deren Lösung individuell im prozessualen Handeln erfolgen soll. Im Vordergrund steht das aktive Handeln, welches die Wissensbasis dieser Forschungsrichtung bildet. Die Kontextualität, die Abhängigkeit der Handlung vom jeweiligen sozialen, historischen und kulturellen Umfeld, wird hierbei im Forschungsprozess offen gelegt. Praxisforschung versteht sich als Reflexion und Erfassung vorhandener Realität. Dieses Vorgehen bildet die Grundlage des theoretischen Verständnisses. Daran anschließend werden Fragestellungen sowie Lösungsvorschläge bestehender Probleme abgeleitet. Die nötigen Erhebungsmethoden können dabei den Erfordernissen der Situation angepasst werden. Der Forscher selber ist Teilnehmer und nicht nur Beobachter. Seine aktive Rolle wird auch vom Bestreben getragen, Einfluss auf die vorgefundenen Verhältnisse zu nehmen. Ein klassisches Beispiel hierzu ist die Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 2009).

Das Vorgehen gleicht einer systematischen Analyse der vorgefundenen Realität. Dadurch wird neues Wissen generiert. Theoriebildung erfolgt hier aus der Datenlage. Dies widerspricht erst einmal gängigen wissenschaftlichen Prinzipien. Innerhalb der Praxisforschung entstehen neue Theorien im Rahmen praxisrelevanter Fragen.

Im Gegensatz dazu verfolgt die empirische Forschung das Ziel, Ergebnisse objektiv, verallgemeinernd und aus neutraler Forschersicht zu erreichen. Theorien in diesem Umfeld entstehen aus logischer Ableitung bestehender Annahmen. Objektive Theorie folgt dem Anspruch der Allgemeingültigkeit und Kausalität. Dies steht oft mit der komplexen Wirklichkeit und ihren widersprüchlichen Ausformungen im Widerspruch.

Ein Beispiel aus der Gesundheitsökonomie wird zur Verdeutlichung des Sachverhaltes hier kurz angeführt. Aufgrund der theoretischen Annahme eines rational handelnden Individuums, dem Menschen, Arbeitsmodell des so genannten Homo Öconomicus, erwartet man eine Entscheidung des Bürgers unter Kosten-Nutzenmaximierung aufgrund rein rationaler Erwägungen. Real aber werden bei jedem Menschen subjektive, individuelle und manchmal anscheinend irrationale Maßstäbe angelegt, wenn es um Entscheidungen für die eigene Gesundheit geht. Demzufolge kann ein Gesundheitssystem, das ausschließlich sachliche, monetäre und rationale Erwägungen in seinen Behandlungsrichtlinien berücksichtigt, an den Bedürfnissen der Konsumenten vorbeiplanen. Denn nicht immer ist die günstigste Kosten-Nutzen-Kalkulation als Handlungsmotivation ausreichend. Beim Abwägen von Kosten-Nutzen-Vergleichen sind monetäre Aspekte nur ein Teilbereich, der auf die Entscheidungsfindung einwirkt. Kosten und Nutzen können interindividuell höchst unterschiedlich belegt sein.

Deshalb wird es zukünftig wichtig sein, auf Grundlage allgemeiner Theorien zur Gesundheit, dem Wissen zur künftigen Bevölkerungsentwicklung und den erwarteten Problemlagen, den Bedürfnissen der Bürger vor Ort Gehör zu verschaffen und Mitsprachmöglichkeiten zu etablieren, um angepasste Maßnahmen erarbeiten zu können.

Dies gilt perspektivisch betrachtet konkret auf die zu erwartende lange Pflegebedürftigkeit der eigenen Eltern und der Frage nach einem würdigen Lebensende. Hierfür gibt es aktuell keine gesellschaftlichen Modelle (siehe dazu Einführungsvortrag von Herrn Professor Nehen auf der Fachtagung) zur Handreichung individuellen Ausgestaltens.

Praxisforschung kann hier gewinnbringend angewendet werden. Das Erheben subjektiver Erfahrungen der Betroffenen und die Auswertung objektiver Daten können direkt in theoretische, heuristische Annahmen überführt und zu ersten Handlungsanleitungen genutzt werden.

2.1. Problemwahrnehmung zum Thema Gesundheit im Alter

Überalterung und Belastung des Gesundheitssystems sind allgemein bekannte Schlagworte im öffentlichen Diskurs. Knapp formuliert wissen wir alle, dass wir älter werden, länger arbeiten müssen und die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen auf wackligen Füßen steht. Im Folgenden werden vertiefend Fakten zu diesem Problemkreis aufbereitet. Unterschieden werden hier allgemein öffentlich publiziertes und diskutiertes Wissen und das direkt vor Ort, kommunal vorhandene Wissen in Mülheim an der Ruhr.

Unter Problemwahrnehmung, einem Abschnitt des Policy Cycles wird nach Blum und Schubert (2009) ein sozial konstruierter Prozess verstanden. Frühere politische Theorien haben dem hingegen von objektiv vorhandenen Problemen gesprochen. Die Problemwahrnehmung ist ein Vorgang, an dessen Ende die öffentliche, gesellschaftliche und politische Erkenntnis eines wirtschaftlichen, sozialpolitischen, die Umwelt belastenden oder anderweitigen Problems steht. Faktenwissen und statistische Erhebungen helfen hier die Komplexität der sozialen Welt zu strukturieren. Verschiedene Personen können aber dabei aus vorhandenen Daten oder Fakten unterschiedliche Schlüsse ziehen. Ein objektives Problem lässt sich aus wissenschaftlichen Untersuchungen und Analysen nicht ohne weiteres ableiten. Zusätzlich ist für die Problemwahrnehmung eine Unterscheidung zwischen Ist- und Sollzustand notwendig. Bestehende normative Vorgaben sind Voraussetzung dieser Zustandsparameter.

2.1.1 Weltweite Entwicklung des Bevölkerungsaufbaues

Mit der Beobachtung zur Veränderung der Bevölkerungsentwicklung erhält der Aspekt Gesundheit zunehmende Bedeutung. Fragen zur finanziellen und versorgungstechnischen Gewährleistung der Leistungen des Gesundheitssystems stehen dabei im Fokus der Problemwahrnehmung.

Weltweit wird ein Anstieg der Bevölkerungsanteile älterer Menschen in allen Gesellschaften beobachtet. Es vollzieht sich ein demografischer Wandel innerhalb der Weltbevölkerung. Als Ursachen dieser so genannten demografischen Alterung werden die gestiegene Lebenserwartung sowie der gleichzeitige Rückgang der Geburtenzahlen (Thieme, 2008) diskutiert. Für deutsche Verhältnisse ist diese Veränderung gleichzeitig von einer höheren Frauenquote gekennzeichnet. Zukünftig werden zudem viele Menschen mit Einwanderungsgeschichte ihren Lebensabend bei uns verbringen (Böhm, Tesch-Römer & Ziese, 2009).

Anschaulich zeigt sich der Wandel der Bevölkerungsstruktur auch in der Abbildung von Alterspyramiden. Gleich der Aufbau des Jahres 1900 einer Tanne, wandelte sich dieses Bild. mit deutlichen Einschnürungen bei den 60-Jährigen und Ausdünnung bei den jüngeren unter 30 Jahren. Nach Prognosen für das Jahr 2050 erinnert die bildliche Darstellung an einen Pilz (Thieme, 2008).

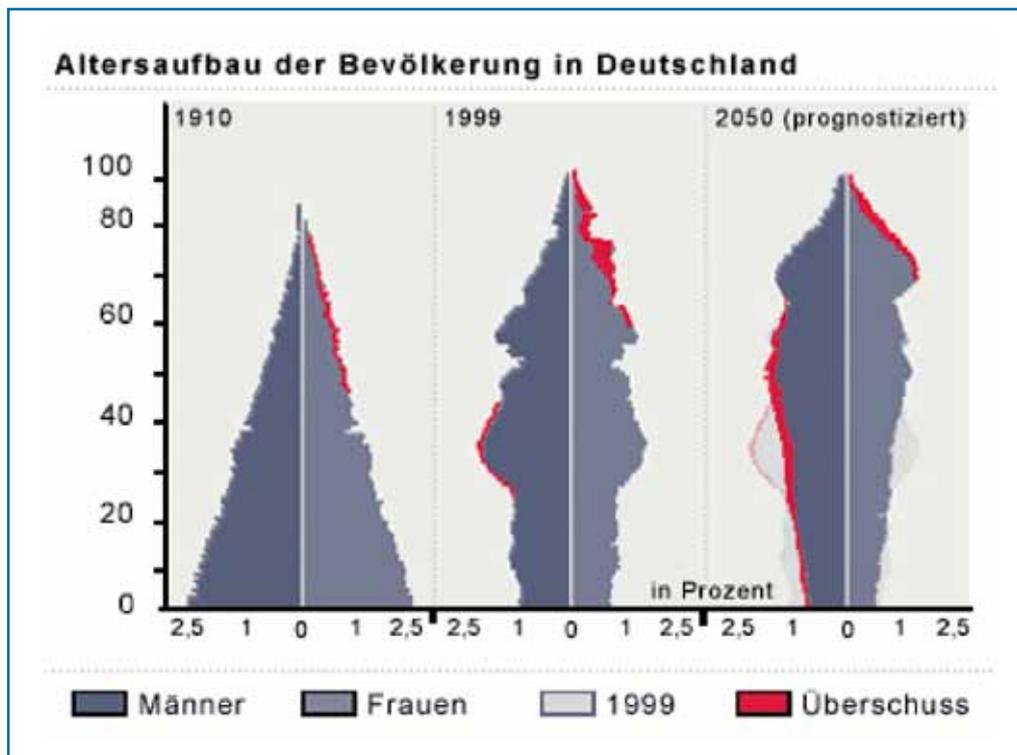


Abbildung 2: Ansicht Alterspyramiden - Quelle: statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Die Folgen, die sich dadurch für die Betroffenen selbst und die Gesellschaft insgesamt ergeben, werden weiter fortlaufend skizziert.

2.1.2. Bevölkerungsstruktur in Mülheim an der Ruhr

Der oben dargestellte allgemeine Trend der veränderten demografischen Entwicklung, ist auch in Mülheim an der Ruhr zu erkennen. Die Zahl der Hochbetagten liegt hier im NRW-Vergleich mit an höchster Stelle. Im Allgemeinen werden Menschen ab dem vollendeten 80. oder 85. Lebensjahr als Hochaltrige bezeichnet (Thieme, 2008). Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit kurz LIGA bezeichnet Personen ab dem 80. Lebensjahr als hochbetagt.

Die Stadt Mülheim an der Ruhr ist im Landesvergleich 2007 die Kommune mit dem höchsten Altenquotienten und wird dies, nach Prognosen, auch noch im Jahr 2025 sein (Iögd, 2009). Der Altenquotient erfasst das statistische Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren bezogen auf die 18- bis 64-Jährigen in Prozent (Altenquotient, Iögd, 2009). Der dargestellte Wandel der Bevölkerung macht Veränderungen gesellschaftlicher Strukturen und politischer Richtlinien notwendig.

Zur Veranschaulichung des Sachverhaltes sind folgende Grafiken eingefügt:

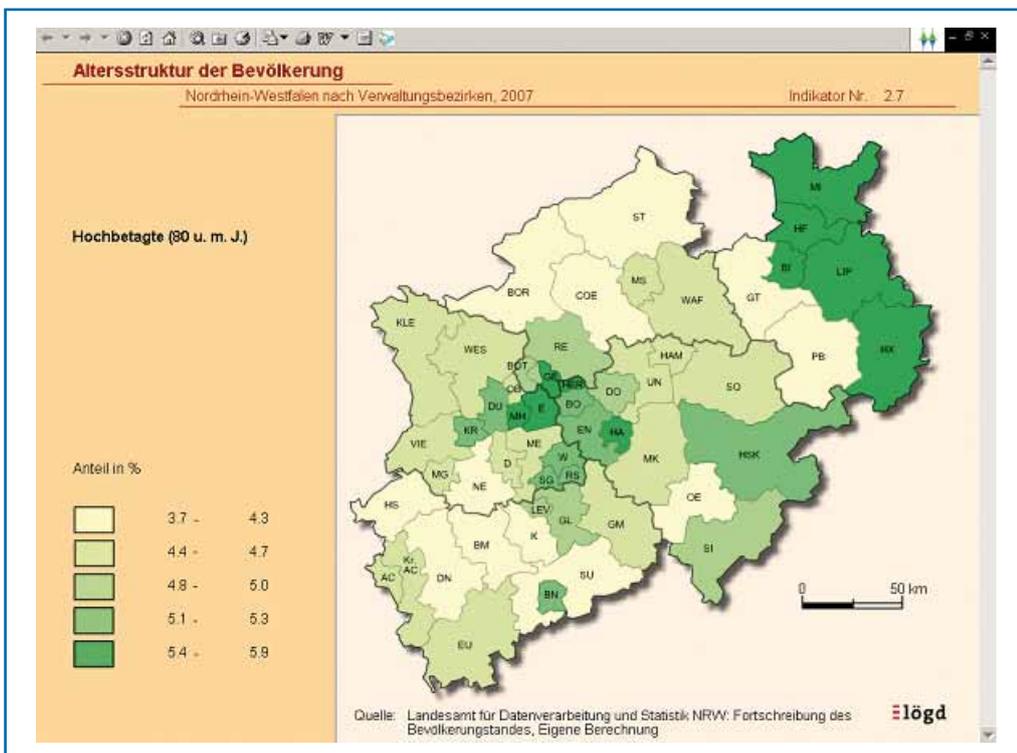
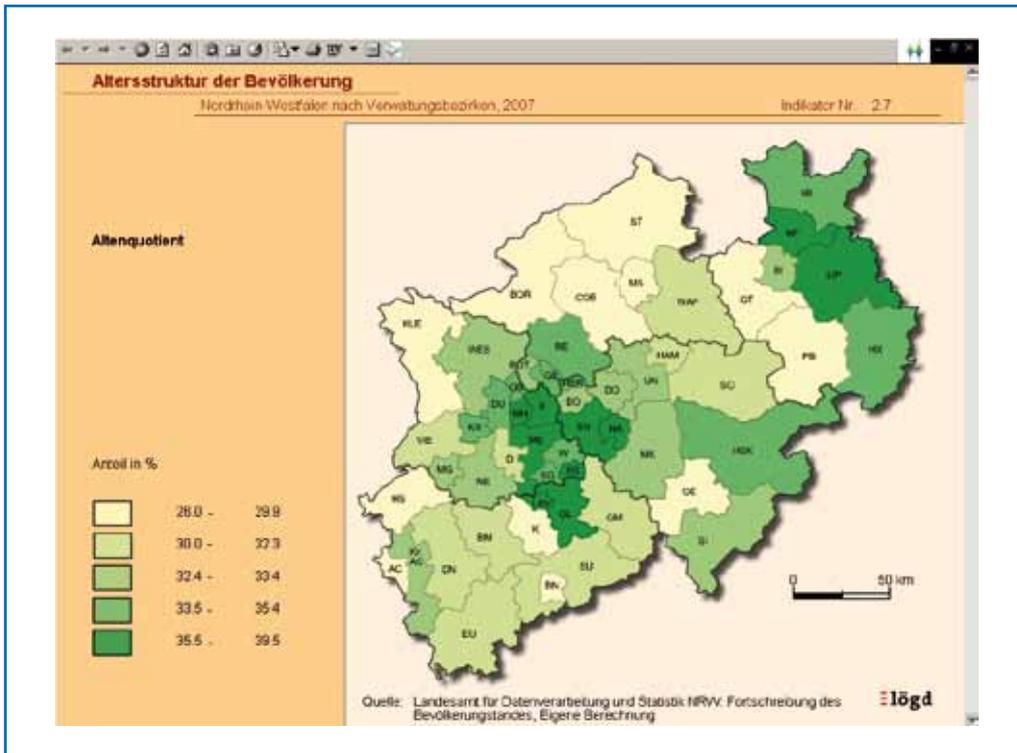


Abbildung 3: Verteilung Altersstruktur NRW - Quelle: LIGA.NRW, Bielefeld

2.1.3. Antizipierte Folgen des Bevölkerungswandels

Mit Zunahme der älter werdenden Bevölkerung wird rein numerisch eine höhere Krankheitshäufigkeit erwartet. Auch die Multimorbidität und chronische Erkrankungen stellen im Rahmen des demografischen Wandels ein vermehrtes Problem dar. Dabei stellt sich schon seit längerem das gesellschaftliche Problem der Finanzierung und Organisation der zukünftig zu erwartenden Mehrbelastung für das deutsche Gesundheitssystem.

Längere Rentenzeiten führen zu höheren Ausgaben der Renten- und Krankenversicherungen, die, heutige Organisation vorausgesetzt, aus der Solidargemeinschaft finanziert werden. Gleichzeitig sinken die Einnahmen, da sich der Anteil junger und jüngerer Erwerbstätiger verringert.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, lautet damit vor allem: Bleibt Gesundheit bezahlbar?

Aus Sicht der Gesundheitsökonomie stellt Gesundheit aber nicht nur einen Kostenfaktor dar, sondern wird ebenfalls als Wertschöpfung betrachtet.

Um die Kostenseite zu minimieren, spielt die Förderung und Erhaltung der Gesundheit von älteren Arbeitnehmern und der berenteten Bevölkerung eine wichtige Rolle. Gesunde Arbeitnehmer können beispielsweise länger am Erwerbsleben teilnehmen.

Gesunde Rentner und Pensionäre benötigen weiter geringere Zuwendungen aus der Krankenversicherung. An diesem Punkt wird auf zwei unterschiedliche Hypothesen zur künftigen Kostenentwicklung aufgrund der längeren Lebenserwartung und der mit dem Alter einhergehenden höheren Morbidität verwiesen (Böhm, Tesch-Römer & Ziese, 2009, S.105). Unter dem Stichwort Expansion wird eine Ausweitung von Lebenszeit mit chronischen Krankheiten bei steigender Lebenserwartung prognostiziert. So wird neben einer längeren Behandlungsdauer chronisch, degenerativer Erkrankungen u.a. auch mit der Zunahme psychischer Störungen (Demenz) gerechnet. Eine anders gelagerte Entwicklung der Morbidität im höheren Lebensalter wird unter der Kompressionshypothese abgehandelt. Die Vertreter dieser Hypothese erwarten eine Stagnation der Zunahme an Lebensverlängerung, da organische Systeme nach heutigem Kenntnisstand nicht unendlich regenerierbar seien. Daher wird im Kreise dieser Denkrichtung die Verbesserung der gesundheitlichen Aufklärung und Behandlung bestehender Erkrankungen zu einer Verlagerung der Krankheiten in spätere Lebensabschnitte führen, die dann aber verdichtet auftreten. Unter einer Expansion der Morbidität ist eine langfristig ansteigende Kostenentwicklung für die Krankenkassen zu erwarten. Kompression bedeutet kurze, aber kostenintensive Gipfel in der Krankenkassenleistung.

Unter dem Stichwort „Gesundheit als Wertschöpfung“ erwartet man aufgrund der Zunahme älterer Menschen eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Unterschieden werden hierbei gesundheitsfördernde und regenerative oder präventive Maßnahmen. Dieses wachsende Potenzial steigert die Marktnachfrage im Bereich der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge sowie Prävention, aber auch im Bereich der Pflege, Kuration und Regeneration (Europäische Kommission, 2006).

In diesem Zuge ist an die Einführung einer Regulierung des Gesundheitsmarktes gedacht, die sich an der Nachfrage orientiert. Dies erfordert aber enorme Veränderungen des deutschen Gesundheitssystems. Bisher überwiegt im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen traditionell das Machtpotenzial auf der Anbieterseite. Den Nachfragern gelingt es aufgrund des eigenen Wissensdefizits nur schwer, ihre individuellen Bedürfnisse gezielt, selbst bestimmt und ausreichend zu erfüllen. Das ist ein klares Manko für eine wettbewerbsorientierte Marktentwicklung. Daher wird schon seit mehreren Jahren von Seiten der Politik der Versuch unternommen, mehr Wettbewerb einzuführen.

Zum Gelingen eines solchen gesellschaftlichen Wandels, benötigen wir eine vertrauensvolle Kommunikation (Luhmann, 2001) aller am Diskurs Beteiligten. Die Herausbildung und das Verfestigen vertrauensvoller Strukturen und Handlungsskripte erfordert vor allem im gemeinsamen Austausch die gleichberechtigte Berücksichtigung der Macht- und Interessenlagen aller im Gesundheitswesen beteiligten Gruppierungen.

Exkurs Alter

Nach Tesch-Römer (2005) sowie Phillip und Schmidt (1998) ist das Alter ein integraler Bestandteil des Lebenslaufes. Mit Austritt aus dem Berufsleben beginnt diese Endphase des Entwicklungsprozesses. In der modernen Entwicklungspsychologie wird Altern als ein lebenslanger Prozess verstanden, der die gesamte Lebensspanne von der Geburt bis zum Tod, umfasst. Deshalb wird menschliche Entwicklung heute nicht mehr nur auf die Phasen von Kindheit und Jugend bezogen.

Altern wird multidisziplinär innerhalb verschiedener Fachdisziplinen erforscht. Die Soziologie betrachtet den Alterungsprozess aus sozialhistorischer Sicht oder im Rahmen gesellschaftlicher Systemvergleiche. Dabei werden Einflüsse von Familienstruktur, Gesundheits- oder Erziehungssystemen in die Untersuchungen mit einbezogen. Typische, mit einem hohen Lebensalter einhergehende Einschränkungen sind der begrenzte Bewegungsradius, die Mobilität, die körperliche Belastbarkeit, die geistige Flexibilität und das verminderte Hör- bzw. Sehvermögen. Zum Erhalt der Selbstständigkeit sind deshalb wohnortnahe Versorgungsstrukturen nötig, in denen z.B. die ärztliche Versorgung fußläufig zu erreichen ist, haushaltsnahe Dienstleistungen und Einkaufsmöglichkeiten „um die Ecke“ liegen und soziale Kontakte „vor der Haustür“ gepflegt werden können. Es gilt, das Lebensumfeld seniorengerecht zu gestalten. In der wissenschaftlichen Theorie wird der Begriff des „Setting“ für das Lebensumfeld verwendet.

Alt werden wir doch alle einmal!

Abgrenzungen

Alter:

- chronologisch ab 60. oder 65. Lebensjahr
- allgemein mit dem Wechsel in den Ruhestand
- ein lebenslanger Prozess

Denkanstöße

Weisheit ? Sterben Gebrechen Armut Einsamkeit

fitte Alte Lebensalter ?? gefühltes Alter Grad der

Einschränkung ? Abhängigkeit ? Ruhestand Freizeit Sinn

Freiheit Lebensausklang Entwicklungsprozess? Last

Aktivität Ruhe ?? Hochbetagt Gewinn Verlust

Altersbedingt

Einschränkungen:

- Bewegungsradius
- Mobilität
- körperliche Belastbarkeit
- geistige Flexibilität
- Hör- bzw. Sehvermögen

seniorengerechtes Lebensumfeld:

- Erhalt der Selbstständigkeit
- wohnortnahe Versorgungsstrukturen
- Möglichkeit soziale Kontakte zu pflegen
- ärztliche Versorgung fußläufig zu erreichen
- Einkaufsmöglichkeiten um die Ecke

Fragen

In welchem Setting findet sich ein rüstiger Rentner wieder?

- Für fitte Rentner fehlen solche Bezugsorte.
- Damit geht dieser Gruppe der Zugang zu wichtigen Teilsystemen und Einflussnahme auf gesellschaftliche Prozesse verloren.
- Die Einbindung zu gestalten ist eine wichtige Aufgabe der Gegenwart.
theoretischer Bezugsrahmen:
- Settingansatz nach Bronfenbrenner (1979)

Gesundheitsbegriff

funktionales Gesundheitsverständnis:

- Teilhabe am Leben im Mittelpunkt
- Fähigkeit Alltagsanforderungen gerecht zu werden
- am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben
- Maß der Selbstständigkeit

subjektives Gesundheitsempfinden:

- eigenes, innerliches Erleben von Gesundheit
- bei Betagten durchschnittlich besser als aufgrund objektiver, körperlicher Befunde zu erwarten ist
- geprägt durch erfahrbare Lebensqualität

Gesundheitsförderung

notwendig in den Bereichen:

- Ernährung
- Bewegung
- Sucht
- Sturzprophylaxe
- kognitive Aktivitäten
- soziale Aktivitäten
- Vorstellungen zum Alter
- gesund am Arbeitsplatz

nach Kolip, Lademann & Weerts, 2005



2.1.4. Zusammenfassung allgemeine Problemwahrnehmung

Der sich abzeichnende Bevölkerungswandel führt zu einem wesentlich längeren Lebensabend für viele Menschen. Dies stellt alle Gesellschaften vor neue Herausforderungen. Aufgrund dieser prognostizierten Veränderungen der Bevölkerungsstruktur sind finanzielle und versorgungstechnische Engpässe auch im deutschen Gesundheitssystem zu erwarten. Begründet wird dies mit der zahlenmäßigen Zunahme multimorbider und chronisch kranker Menschen im späten Lebensalter. Eine Möglichkeit hier aktiv gegen zu steuern, ist die Veränderung des Gesundheitsverhaltens des Einzelnen. Damit erhofft man Erkrankungen im Verlauf zu mildern, den Ausbruch zu verzögern oder gar zu verhindern.

Nach gesundheitsökonomischer Betrachtung wird der Output Gesundheit über die Inputfaktoren erzeugt. Einflüsse finden sich auf der körperlich, psychischen Ebene des Menschen, den sozioökonomischen Faktoren, denen ein Individuum ausgesetzt ist, der Effizienz des jeweiligen gesellschaftlich vorhandenen Gesundheitsdienstes, dem sozialen und kulturellen Kapital der Betroffenen und der Qualität der Lebensgrundlagen: Wasser, Boden und Luft. Kommunen können auf die Inputfaktoren vor allen Dingen im Rahmen der Gestaltung der direkten Lebensumwelten und der Veränderung des Gesundheitsverhaltens einwirken.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Mülheim an der Ruhr hat aus diesem Grund unter anderem das Thema „Gesundheit im Alter“ im März 2010 auf einer Fachtagung behandelt. Die Ausrichtung einer solchen Veranstaltung wird in diesem Bericht unter den Punkt des Agenda-Setting im Rahmen des Policy-Cycles eingeordnet.

Begründet wird diese Einordnung im folgenden Gliederungspunkt.

2.2. Agenda Setting – Gesundheit im Alter

Im Rahmen des Policy-Cycles werden beim Agenda-Setting konkrete Probleme auf die Tagesordnung gesetzt, für die es gilt, im weiteren Verlauf des Prozesses geeignete Maßnahmen zu implementieren. Unter Agenda wird hier eine Anzahl von Problemen und Themen verstanden, denen Regierungen und politische Entscheidungsträger ihre Aufmerksamkeit zuwenden. Die Aufnahme des Problems im politischen Feld ist der entscheidende Unterschied zum vorherigen Baustein des Policy-Cycles. Denn die Problemwahrnehmung untersucht die Erkennung und Erörterung von Fragen im Bezug auf die gesamte Gesellschaft. Die Menge der gesellschaftlich bestehenden Probleme wird beim Agenda Setting damit deutlich eingeschränkt. Die Fragestellungen belaufen sich schwerpunktmäßig auf die Mechanismen, die die Aufmerksamkeit auf bestimmte Probleme lenken und darauf, wie die Selektion von Problemen erfolgt. Nach Jann und Wegrich (2009) können folgende Formen der Agenda differenziert werden:

Die öffentliche Agenda, hierunter werden Massenmedien und die Fachöffentlichkeit gefasst, wird von der politischen Agenda abgegrenzt. Dabei werden nochmals zwei Ausprägungen unterschieden. Informale und formale Formen sind weitere Klassifizierungen der politischen Agenda. Unter informalen Formen werden allgemein Teile der politischen Arena bezeichnet. Dem gegenüber ist die Agenda der Regierung oder des Parlaments, eine formale Form. Im Folgenden wird skizziert, wie das Problem der gesundheitlichen Versorgung eines immer größer werdenden Anteils der älter werdenden Bevölkerung in Mülheim an der Ruhr auf die politische Agenda kam.

Für den vorliegenden Tagungsband ist die Priorisierung des Problems für die kommunale Agenda ausschlaggebend. Konkret wird dargestellt, wie im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGGK) das Problem von den Beteiligten verbalisiert und in den politischen Prozess eingebracht worden ist.

Zunächst erfolgt eine Beschreibung der bereits implementierten, verhältnisbezogenen Maßnahmen zum Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes in Mülheim an der Ruhr. Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, ist die Förderung der Gesundheit ein Lösungsansatz, der aufgrund der demografischen Veränderungen nötig ist. (siehe dazu auch Unterpunkt 2.1.3.).

2.2.1. Gesundheitsförderung in Mülheim an der Ruhr

Vor der Beschlussfassung der KGK zur Durchführung einer Fachtagung mit dem Thema „Gesundheit im Alter“ wurden in Mülheim an der Ruhr bereits verschiedene Maßnahmen initiiert, die sich vor allem auf die Gestaltung des Umfeldes bezogen, um altengerechte Lebensbezüge zu schaffen. Will man diese Schritte theoretisch abgrenzen, so handelte es sich nach der Theorie zur Gesundheitsförderung um ein verhältnisbezogenes Vorgehen. Gesundheit kann, nach Hurrelmann (2009), intervenierend verhaltens- oder verhältnisbezogen stabilisiert werden (siehe dazu auch Faltermaier, 2005; Schwarzer, 2004). Verhältnisbezogene Maßnahmen zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens setzen im Umfeld an. Verhaltensbezogene Maßnahmen hingegen zielen auf die Änderung von Verhalten durch Wissensvermittlung oder das Aktivieren sozialer Motive ab, wodurch sie unmittelbar auf den Gesundheitsstatus einwirken. Sie erhöhen die Kontrolle und das Selbstwirksamkeitsgefühl des Individuums und verringern dadurch Ohnmachtserfahrungen (Hurrelmann, 2006).

Die Beeinflussung und Veränderung von Verhalten ist erklärtermaßen (Punkt 2.1.) Ziel politischer Programme.

Solche Verhaltensänderungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge haben mehrere Workshops der Fachtagung Gesundheit im Alter thematisch aufgegriffen. Konkretes Ziel der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Mülheim an der Ruhr war es, von und mit den fachlichen Akteuren vor Ort zu den einzelnen Themenfeldern Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Exkurs Gesundheit

Gesundheit ist neben historischen Entwicklungen, den weltanschaulichen und kulturellen Vorstellungen auch geprägt von einer naturwissenschaftlichen Sicht auf die organische Funktion des menschlichen Körpers (Franck, 2007). Die Relativität des Krankheits- und Gesundheitsbegriffes der interkulturell verschieden ist (Hornung, 2009), zeigt sich im Ausdruck körperlicher Beschwerden. Abhängig vom kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund nehmen Menschen Schmerz oder die Einschränkungen körperlicher Funktionsfähigkeit sowie emotionaler Zuständen anders wahr.

Dieser kulturell bedingte unterschiedliche Umgang beeinflusst auch die Entscheidung, ab welchem Zeitpunkt eine Abweichung vom gesellschaftlich geteilten „Normalzustand“ als krank definiert wird.

In den westlich orientierten Kulturen ist diese Festlegung traditionell dem Bereich der Humanmedizin vorbehalten.

Gewöhnlich wird wie in der bekannten Definition der WHO (1946), Gesundheit als Endpunkt idealisiert. Die WHO versteht Gesundheit als Zustand völliger psychischer, körperlicher und sozialer Beschwerdefreiheit. Nach heutigem wissenschaftlichem Verständnis entsteht Gesundheit eher innerhalb eines Fließgleichgewichtes zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit hat demzufolge einen Prozesscharakter und wird zu jedem Lebenszeitpunkt neu hergestellt (Franck, 2007; Hurrelmann, 2006; Bengel, Strittmacher & Willmann, 2001).

Ein einfaches Ursache-Wirkungs-Denken im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankenversorgung ist mit den heutigen Theorien zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit daher nicht mehr vereinbar.

In der Ottawa-Charta sind 1986 die Ziele der WHO im Bereich Gesundheit konkretisiert und verabschiedet worden.

Oberstes Ziel der Charta ist es, „Gesundheit für alle“ zu verwirklichen. Dies bedeutet, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung für die eigene Gesundheit zu ermöglichen. Die WHO empfiehlt daher verhaltenssteuernde Maßnahmen, die die persönliche Gesundheit stärken. Aber auch Informationskampagnen, die das individuelle Wissen erweitern, wann, wie und wo unterstützende Hilfe zum gesundheitlichen Wohlbefinden eingefordert werden kann, gehören zum Maßnahmenkatalog. Denn gerade solches Wissen stärkt die Fähigkeit des Individuums, sich seiner Gesundheit selbst anzunehmen.



Eine Selbstregulation der eigenen Bedürfnisse wird eingeräumt, indem für die Betroffenen Möglichkeiten geschaffen werden, auf ihre Sozialräume gestalterisch Einfluss zu nehmen. Innerhalb eines solchen Ansatzes werden dann auch Angebote zur Veränderung auf der Verhaltens- und Verhältnisebene angeschlossen.

Ausgehend von dem Grundsatz, dass Gesundheit ein allgemeines Menschenrecht ist, sieht die Ottawa-Charta (1986) Gesundheit als Bestandteil des alltäglichen Lebens an. Sie ermöglicht jeder Person das entsprechende Maß an gesellschaftlicher Teilhabe.

Gleichzeitig wird Gesundheit durch die Umfeldbedingungen im Sinne der vorgefundenen sozialen und räumlichen Strukturen sowie durch Umwelteinflüsse, bezogen auf die Qualität von Luft, Wasser und Boden als Lebensgrundlage, beeinflusst. Auch personale Ressourcen und die genetische Ausstattung sind Bedingungsvariablen des individuellen Gesundheitszustandes.

Die Ausführungen der Ottawa Charta (1986) fordern die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Eine Konkretisierung erfolgt z.B. in der Umsetzung im Rahmen der „Gesunde-Städte“ Bewegung (Health friendly Cities).

Auch die Empfehlung der Vernetzung aller beteiligten Akteure des Gesundheitswesens im Sinne einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ist Bestandteil der Charta. Weiter gehört die Förderung der Patientenorientierung sowie der Patientenselbstbestimmung zu den Beschlüssen.

Herausforderung Leben

Gesund sein – trotz allem!

individueller Gesundheitszustand:

- ⊗ Fließgleichgewicht zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit
- ⊗ selbstregulativ beeinflussbar
- ⊗ variiert lebenslang

ein komplexes Wechselspiel zwischen:

- ⊗ Mensch (Genetik, Körper, Temperament, Wille, Psyche)
- ⊗ seiner Mitwelt (sozial, historisch)
- ⊗ bewohnter Umwelt (räumlich, materiell)
- ⊗ Umweltfaktoren (Luft, Wasser, Boden)
- ⊗ ist mit monokausaler Denkweise nicht ausreichend zu erfassen

subjektives Gesundheitserleben:

- ⊗ ist interindividuell verschieden
- ⊗ dabei eingebettet innerhalb eines Bezugsrahmens:
 - ⊗ gesellschaftlich, normativer Vorgaben
 - ⊗ vorhandenem Ressourcenkontingent
 - ⊗ allgemein Machbarem
 - ⊗ gemeinschaftlich Tragbarem
- ⊗ Aushandlung des Rahmens in gesellschaftlich, partizipativen und demokratischen Prozessen

Ergebnisse der Aushandlungsprozesse:

- ⊗ Ausgangspunkt politischer Maßnahmen für gruppenbezogene Interventionen
- ⊗ erneute gesellschaftliche Diskussionen

zwei Seiten

Salutogenese:

- ⊗ Aspekt der Gesundheit im Mittelpunkt
- ⊗ Maßnahmen zur Stärkung und Erhaltung von Gesundheit
- ⊗ Anwendung
 - ⊗ Gesundheitsvorsorge
 - ⊗ Gesundheitsförderung
 - ⊗ Primärprävention

Pathogenese:

- ⊗ Ziel ist die organische Genesung, d.h. Heilung veränderter:
 - ⊗ Gewebe (Krebs)
 - ⊗ Organe (Niereninsuffizienz)
 - ⊗ Stoffwechselprozesse (Diabetes)
 - ⊗ psychischer Vorgänge (Depression)

Ottawa-Charta (1986)

globales Verständnis von Gesundheit:

- ⊗ Gesundheit ist ein Menschenrecht
- ⊗ entsteht dort wo Menschen leben und lieben

Ziele:

- ⊗ gesundheitsförderliche Lebenswelten, z. B. healthy cities
- ⊗ Vernetzung der beteiligten Akteure
- ⊗ Selbstbestimmung und Selbstregulation der Betroffenen erweitern
- ⊗ gesunde Lebensgrundlagen Wasser, Boden und Luft

politische Umsetzung:

- ⊗ in NRW durch das MAGS, LIGA und die untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt)



Text und Layout:
Anne Saha
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

RUB

2.2.2. Seniorenwirtschaft

Die Notwendigkeit zum aktiven Handeln ist in Mülheim an der Ruhr erkannt, und es wurden bereits erste politische Maßnahmen initiiert. Bezogen auf das Thema Gesundheit bewirken die im Folgenden vorgestellten Schritte eine Stärkung von sozialem Kapital, Partizipation und Veränderungen des Lebensumfeldes. Sie sind nicht direkt im Bereich der Gesundheitspolitik angesiedelt, wirken eher implizit und erfolgen im Rahmen z. B. sozialplanerischer Entscheidungen.

2006 wurde in Mülheim an der Ruhr eine Fachtagung zum Thema „Seniorenwirtschaft – Eine Entwicklungsperspektive für Mülheim an der Ruhr“ durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem Institut „Arbeit und Technik“ wurden dort Handlungsempfehlungen zur Förderung der wirtschaftlichen Entwicklung, bezogen auf die älter werdenden Verbraucher erstellt (Institut Arbeit und Technik, kurz IAT, 2006). Die Schwerpunkte liegen im Bereich der Wohnungswirtschaft, der Rehabilitation und des Pflegebedarfes. Zur Angebotsoptimierung wird empfohlen, im Vorfeld kleinräumig, z. B. auf der Ebene der Stadtteile, Daten zur bestehenden Nachfragesituation zu erheben.

Im Bereich des Wohnens ist es ein zentrales Anliegen der Senioren, in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können. Hier stellt sich der Wohnungswirtschaft die Aufgabe, geeigneten Wohnraum sowie ein altengerechtes Umfeld bereitzustellen. So werden Strukturen implementiert, die es den Betagten ermöglichen, möglichst lange gesund, aktiv und vor allem selbst bestimmt zu leben.

Die auf der Tagung 2006 geplante Restrukturierung und Vernetzung der kommunalen Altenheime in Mülheim mit den ambulanten Diensten, einem Angebot an seniorengerechten Wohnungen und dem Seniorenservice ist unter dem Dach der Mülheimer Sozialholding bereits erfolgt.

Ein Angebot an wohnortnahen Dienstleistungen für die Senioren ist in diesem Zusammenhang ebenfalls umgesetzt worden.

Aus der damaligen Fachtagung hervorgegangen ist zusätzlich die Idee, in Zusammenarbeit mit dem Forschungsinstitut für Gerontologie in Dortmund ein Handlungskonzept „Seniorengerechte Stadt“ (Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, kurz FfG, Erscheinungsjahr unbekannt) zu entwickeln.

Die weitere Bedarfsplanung, Gestaltung des Lebensumfeldes und Einbindung des wirtschaftlichen Potenzials der zunehmend älter werdenden Bevölkerung wurden dabei unter Mitwirkung der Betroffenen erarbeitet.

Im ersten Teil erfolgte eine Bestandserhebung der städtischen Bevölkerung durch das FfG in Zusammenarbeit mit dem statistischen Amt der Stadt Mülheim an der Ruhr. Ausgewertet wurden Daten über die Anzahl der über 60-Jährigen, die Verteilung der Hochaltrigkeit, den Anteil von Frauen unter den über 60-Jährigen, die Anzahl der Haushalte mit älteren Personen, sowie die Einkommenssituation und den Ausländeranteil je Stadtteil.

Basierend auf der Datenauswertung wurde die räumliche Zuordnung für die Workshopreihe festgelegt. Bedarf dafür zeigte sich in den Stadtteilen Saarn, Stadtmitte (Altstadt I) und Espinghofen (Altstadt II), Heißen, Dümpten und Styrum.

Die Teilnehmer haben in den Arbeitskreisen die Themen Wohnen im Alter, Alltagshilfen und Pflege zur Diskussion gebracht. Im weiteren Prozess erfolgte eine Auffächerung der Themenfelder z. B. der Ausbau von Beratungsleistungen und die Förderung der Eigenbeteiligung. Weiter wurden die Vernetzung vorhandener Aktivitäten und die Zusammenarbeit der Akteure aus den professionellen Bereichen mit ehrenamtlich Tätigen angeregt. Auch eine ergänzende Anpassung des Wohnumfeldes, das Angebot von Alltagshilfen und die Erweiterung von Kontaktmöglichkeiten wurde im Rahmen der Workshopreihe diskutiert.

In Planung ist die Qualifizierung von Ehrenamtlichen zu Beratern im Altenbereich. Die genannten Aktionen gelten der Verbesserung von Beratungs- und Informationsstrukturen.

Nach Empfehlung des FfG, sind zukünftig Themen in diesem Handlungsfeld gezielt im Bereich der Gesundheitsförderung zu suchen. Angeregt wurde insbesondere eine Erweiterung der in den Foren bearbeiteten Themen auf die besondere Bedürfnislage der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken sowie älteren Personen mit Einwanderungsbiographie.

Die Ausführungen sind dem Bericht zum Handlungskonzept „Seniorengerechte Stadt“ (Stadt Mülheim, 2009a) entnommen.

2.2.3. Fachtagung: Gesundheit im Alter

Aufbauend auf die im Abschlussbericht des FfG genannten Empfehlungen erfolgte im nächsten Schritt der politischen Gestaltung der Stadt Mülheim an der Ruhr zum Thema Sicherstellung der Gesundheit der älteren Bevölkerungsteile die Aufnahme des Themas durch die Kommunale Gesundheitskonferenz. Parallel zu den Empfehlungen der FfG sind in Nordrhein-Westfalen auf der Landesgesundheitskonferenz zum Thema „Gesundheit im Alter – Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ ebenfalls Maßnahmenbündel formuliert worden. Daneben hat die kommunale Gesundheitsberichterstattung in verschiedenen Berichten und Auswertungen auf die dringende Notwendigkeit aufmerksam gemacht, den Indikator „Alter“ als wesentliches, gesundheitsrelevantes Merkmal zu berücksichtigen.

Zu den Inhalten des Landesbeschlusses referierte Herr Werse, Mitarbeiter des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, kurz LIGA, am 25.03.2009 den Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz in Mülheim an der Ruhr.

Daraufhin haben diese die Umsetzung des Themas Alter und Gesundheit beschlossen. Erste Zielformulierung war, dass Wissen aus bestehenden Arbeitsgruppen zur Identifizierung von Versorgungslücken zu nutzen. Allgemein wird angestrebt, die Versorgungsstrukturen für betagte Mülheimer Bürger auszubauen und effizienter zu gestalten.

Im Nachlauf der Konferenz kam es zu einem sondierenden Arbeitstreffen kommunaler Experten im Bereich Seniorengesundheit, um weiterführende Projektideen und nötige Maßnahmen zusammenzutragen.

Auf dem Treffen wurden Projektvorschläge in vier Bereichen gesammelt.

Im Bereich der pflegerischen Versorgung wird von den örtlichen Fachleuten vorgeschlagen:

- Anpassung der Funktionen der Seniorenbegegnungsstätten
- Einführung eines Überleitungs-/Entlassmanagements anzuregen
- Projekte zur Schaffung altersgerechten Wohnraums zu verbessern

Der zweite Bereich erarbeitete unter Federführung der örtlichen Krankenkassen folgende Ratschläge:

- Notwendigkeit, Multiplikatoren für eine Ausweitung der Sturzprävention zu schulen
- Integrierte Versorgungsformen im Bereich der Krankenversorgung benötigen eine weitere Förderung

Von ärztlicher Seite wird Handlungsbedarf gesehen bei

- Sportangeboten für Demenzpatienten
- Angebote zum Gedächtnistraining
- Ausbau der Sturzprävention

Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes regten an:

- Interkommunale Gesundheitsberichterstattung zu fördern
- Versorgung von gerontopsychiatrischen Patienten durch Einrichtung eines gerontopsychiatrischen Zentrums zu verbessern
- Erstellung von Patientenverfügungen zu fördern und umzusetzen

Im Anschluss daran wurde die Planung einer Fachtagung „Alter und Gesundheit“ zur Beschlussfassung durch die Kommunale Gesundheitskonferenz in Mülheim vorbereitet.

Aus den gesammelten Projektvorschlägen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Senioren wurden folgende untergeordnete Themen ausgewählt:

- **Gerontopsychiatrie** (Referent: Prof. Dr. Hans Georg Nehen): Inhaltlich erstreckt sich der Schwerpunkt auf die Einrichtung von Informationsmöglichkeiten und Unterstützungsbedarf für Personen, die demenzkranke Angehörige pflegen. Ziel ist es, die vorhandene Belastung der Laienpfleger durch Beratung und soziale Netzwerke zu mildern. Weiter werden Angebote für Demenzkranke zum Gedächtnistraining und der Bewegungsförderung aufgegriffen. Auch die Förderung des Gebrauchs von Patientenverfügungen fällt in diesen Bereich.
- **Integrierte Versorgung** (Referent: Dieter Hillemacher): Hierunter wird die Einrichtung einer hausärztlicher Betreuung in Pflegeheimen zu Randzeiten, also am Wochenende und nachts gefasst. Weiter wird diesem Themenaspekt die Einführung eines Überleitungs- und Entlassmanagements in Mülheim zugeordnet.
- **Sturzprävention** (Referent: Dr. Andreas Schöpf): Ziel ist eine Ausweitung der Sturzprophylaxe in Mülheim an der Ruhr im stationären Bereich. Weiter wird der Aufbau im ambulanten Sektor durch Förderung der Prävention von Stürzen im Bereich des Vereinsports beraten.

Im weiteren Verlauf der Planungen wurde die Einbindung der Pflegekonferenz angeraten. Die Umsetzung dieser Idee erfolgte, und ein viertes Hauptthema für die Fachtagung wurde aufgestellt. Es befasste sich allgemein mit dem Bereich der Pflege:

- **Pflege** (Referent: Klaus Konietzka): Unter diesen Tagesordnungspunkt werden Vorschläge zum Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung in Mülheim an der Ruhr erörtert und gesammelt.
(Aufgrund aktueller Entwicklungen bei den Pflegestützpunkten wurde dieser Themenbereich wieder abgesetzt)

Die ausgewählten Themenbereiche wurden den Mitgliedern der KGK in Mülheim am 23.09.2009 mittels Impulsreferaten vorgestellt.

Im Anschluss hat die KGK die Durchführung einer Fachtagung zum Thema „Gesundheit und Alter“ beschlossen. Geplant ist, zu den einzelnen Schwerpunkten Arbeitsgruppen zu bilden und dort Handlungsempfehlungen zu sammeln. Die weitere inhaltliche und formale Gestaltung der Fachtagung wird vom Gesundheitsamt Mülheim an der Ruhr geleistet. Termin der Fachtagung war der **24.03.2010**. Von 14.00 bis 18.00 Uhr führte die Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Mülheim an der Ruhr in der Stadthalle diese Veranstaltung durch.

Ziel der Fachtagung ist die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zur Implementierung einer hausärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu so genannten Randzeiten, mehr Bewegung für Senioren, ein Angebot zur Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger und die Optimierung der pflegerischen Versorgung. Eine Verknüpfung zu Empfehlungen der LGK findet dabei zahlreich statt. Exemplarisch zur Verdeutlichung der Anknüpfung wird neben der Zusammenarbeit von Pflege- und Gesundheitskonferenz die Unterstützung für Laienpfleger von Demenzpatienten im familiären Bereich herausgegriffen. Neben diesen, in Impulsreferaten vorgestellten Themen für die Fachtagung, erfolgte von Dr. Hans-Jürgen Hallmann, Leiter der ginko Stiftung für Prävention, auf der Gesundheitskonferenz am 23.09.2009 der Vorschlag, auch das Thema Sucht im Alter für die geplante Fachtagung mit aufzunehmen. Im Anschluss an die Konferenz im September fanden weitere Vorbereitungsgespräche und Abstimmungen mit den zuständigen Fachleuten statt. Daraufhin wurden die thematischen Schwerpunkte im Tagungsprogramm wie folgt festgelegt.

Fachtagung 2010: Gesundheit im Alter

Vorwort



Sehr geehrte Herren und Damen,
alt werden, gesund bleiben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben, das ist der Wunsch der meisten Menschen auch bei uns.

Mülheim an der Ruhr ist die „älteste Stadt“ in NRW. Rund 30 Prozent unserer Bürgerschaft ist 60 Jahre oder älter. Wir freuen uns darüber, dass ältere Menschen sich bei uns besonders wohl fühlen und möchten mit ihnen gemeinsam ein modernes und generationengerechtes Mülheim gestalten. Altengerechte Wohnungen, Einkaufsmöglichkeiten vor Ort und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Wohnumfeld haben für ältere Menschen eine genau so große Bedeutung wie eine gute Infrastruktur, die es ihnen ermöglicht, ihre Gesundheit eigenverantwortlich zu erhalten.

Die Mülheimer Gesundheitskonferenz möchte ihren Beitrag dazu leisten, die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen in unserer Stadt weiter zu verbessern. Mit der Tagung „Gesundheit im Alter“ möchten wir deshalb mit Ihnen als lokale ExpertInnen und PraktikerInnen ins Gespräch kommen und weitere Handlungsschritte diskutieren. Die Tagungsergebnisse werden von der Kommunalen Gesundheitskonferenz beraten und in die weitere Maßnahme- und Projektplanung einfließen.

Wir laden Sie herzlich ein: Diskutieren Sie mit, und lassen Sie uns an Ihren Erfahrungen und Vorschlägen teilhaben.

Dagmar Mühlenfeld
Dagmar Mühlenfeld
Oberbürgermeisterin

Programm

14:00 Uhr
Begrüßung und Eröffnung der Tagung
Oberbürgermeisterin Dagmar Mühlenfeld

14:10 Uhr
Gesundheit & Alter – vergleichende regionale Analyse und Prognose
Dr. Claudia Terschüren,
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW

14:40 Uhr
Gesundheit & Alter – Bericht aus der Praxis
Prof. Dr. Hans Georg Nehen,
Geriatrizentrum Haus Berge in Essen

15:10 Uhr
Kaffeepause mit Gelegenheit zum Gespräch



Moderation: Volker Wiebels
Pressesprecher der Stadt Mülheim an der Ruhr



15:30–17:00 Uhr
Arbeitsgruppen

Workshop 1
Prävention durch Bewegung und Sport
Moderation: Dr. Andreas Schöpf, EVK Mülheim

Workshop 2
Integrierte Versorgung in Pflegeheimen
Moderation: Dieter Hillemacher,
Regionaldirektion AOK Mülheim an der Ruhr

Workshop 3
Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?
Moderation: Prof. Dr. Hans Georg Nehen,
Geriatrizentrum Haus Berge

Workshop 4
Sucht & Alter
Moderation: Dr. Jürgen Hallmann,
ginko Stiftung für Prävention
Dr. Bodo Lieb, LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

17:00 Uhr
Ausklang am Buffet mit Gelegenheit zur Diskussion der Workshop-Ergebnisse

ca. 18:00 Uhr
Ende der Veranstaltung

Abbildung 4: Tagungsflyer

Nach der Beschreibung der im Vorfeld der Fachtagung „Gesundheit im Alter“ bereits erfolgten Schritte des Agenda Setting des Themas wird unter den nun folgenden mit F gekennzeichneten Gliederungspunkten die Fachtagung im Ablauf und inhaltlich wiedergegeben.

F. 1. Eröffnungsrede der Bürgermeisterin Renate aus der Beek

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
ich begrüße Sie sehr herzlich zur Fachtagung „Gesundheit im Alter“ unserer Kommunalen Gesundheitskonferenz. Gleichzeitig darf ich im Namen von Oberbürgermeisterin Dagmar Mühlenfeld um Verständnis bitten, dass sie nicht – wie geplant – diese Konferenz eröffnen kann. Gerne tue ich dies aber in ihrer Vertretung.



Die Frage nach der Gesundheit im Alter wird – angesichts des demografischen Wandels – für unsere sozialen Systeme immer bedeutsamer. In einer „Seniorenhochburg“ wie Mülheim wird dies natürlich besonders spürbar. Wir müssen also sehr intensiv darüber nachdenken, wie heutige und künftige Versorgungssysteme den Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft gerecht werden können.

Der Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität bis ins hohe Alter stellt die Menschen und das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen. Vor allem die Prävention und Gesundheitsförderung werden dabei noch stärker als bisher in den Blickpunkt rücken müssen. Wie kann der Einzelne, wie können Familie, Arbeitgeber, das Gesundheitswesen, wie kann unser Gemeinwesen dazu beitragen, ein gesundes Alter zu ermöglichen? Dafür braucht es viele Akteure auf allen gesellschaftlichen Ebenen und Lebensbereichen!

Die Mülheimer Gesundheitskonferenz greift diese Erkenntnis auf und beleuchtet mit dieser Tagung das Thema „Gesundheit im Alter“ aus unterschiedlichsten Blickwinkeln. Die folgenden Vorträge und Workshops mit Experten werden Ihnen, dem Mülheimer Fachpublikum, sicher spannende und nachhaltige Impulse für Ihre weitere Arbeit geben. Sie werden miteinander ins Gespräch kommen, sich mit Ihrer eigenen Erfahrung einbringen, die nächsten Handlungsfelder diskutieren. Ergebnisse, die Sie heute erarbeiten, werden die Grundlagen bilden für neue Maßnahmen und Projekte der Gesundheitskonferenz.

So danke ich Ihnen allen sehr herzlich für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft, diesen Tag engagiert und zielorientiert mitzugestalten!

Ebenso danke ich der Referentin Dr. Claudia Terschüren, dem Referenten Prof. Dr. Hans Georg Nehen, und natürlich den Workshop-Moderatoren, dafür, dass Sie der Einladung der Mülheimer Gesundheitskonferenz gefolgt sind und hier für uns zur Verfügung stehen. Ich wünsche Ihnen allen für den heutigen Tag viel Erfolg, ein anregendes Miteinander und gute Resultate! Was Sie heute erarbeiten, wird allen Mülheimerinnen und Mülheimern irgendwann unmittelbar zugute kommen! Auch dafür herzlichen Dank!

F. 2. Inhaltliche Darstellung der Einführungsvorträge

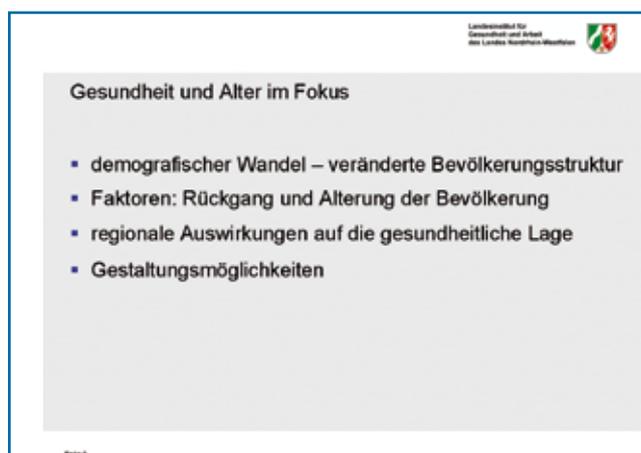
Zu Beginn der Veranstaltung am 24.03.2010 wurden zwei Einführungsvorträge für alle Teilnehmer gehalten. Während Dr. Claudia Terschüren vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Daten zur Bevölkerungsentwicklung, Prognosen der gesundheitlichen Entwicklung und mögliche Gestaltungsempfehlungen referierte, verwies Prof. Dr. Hans Georg Nehen, Geriatriezentrum Haus Berge in Essen, schwerpunktmäßig auf die Herausforderungen dieser Entwicklung in einer Gesellschaft, die kaum über Wissen und Erfahrung mit Hochaltrigkeit und den Umgang mit langen Pflegezeiten kennt.



F. 2.1. Vergleichende regionale Analyse und Prognose

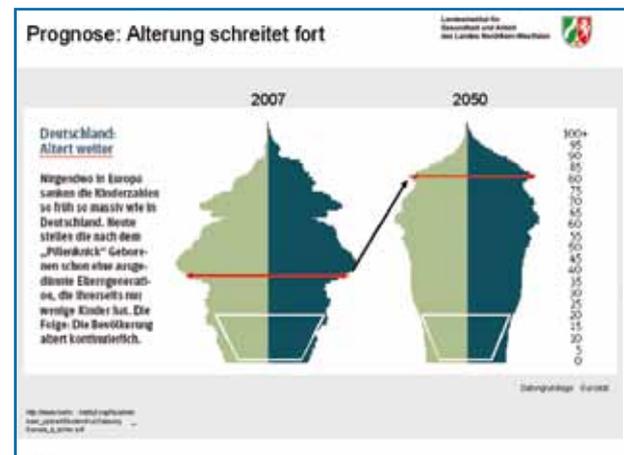
In Ihrem einführenden Vortrag hat Dr. Claudia Terschüren, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Daten und Fakten zur Veränderung der Bevölkerungsentwicklung und dem Bevölkerungsaufbau dargestellt (siehe dazu auch Gliederungspunkte 2.1.1. und 2.1.2.). Ihr Fazit lautet, dass wir in Deutschland in Folge des demografischen Wandels mit einer kontinuierlichen Alterung der Bevölkerung konfrontiert sind.

Dies hat auch regional Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung, wie in folgendem Ausschnitt der Power Point Präsentation von Dr. Claudia Terschüren vertiefend und komprimiert dargestellt ist:

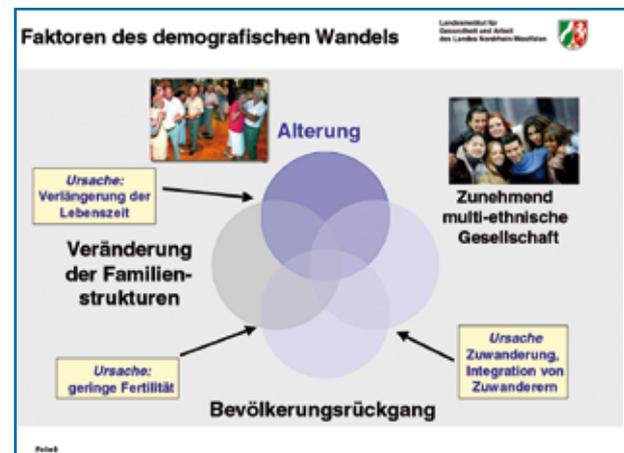


Fachtagung 2010: Gesundheit im Alter

Aus der Datenlage wird von den Experten im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen eine zunehmende Alterung auch der kommunalen Bevölkerung abgeleitet.



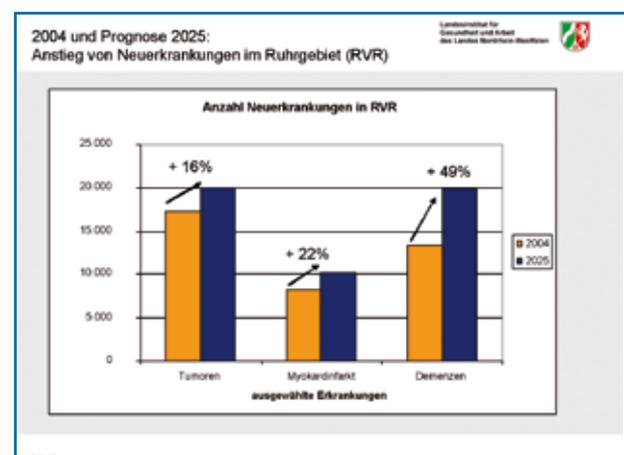
Neben den politischen Gestaltungsmöglichkeiten, die im späteren Verlauf des Vortrages von Dr. Claudia Terschüren aufgezählt wurden, zeichnen verschiedene Faktoren für den demografischen Wandel, der neben der Alterung, auch die Feminisierung des Alters sowie eine Zunahme multi-ethnischer Bevölkerungs-Zusammensetzung umfasst, verantwortlich. Folgende Folie stellt diesen Wirkzusammenhang noch einmal grafisch und bildlich dar:



Die Prognosen der Entwicklung der Bevölkerung der Stadt Mülheim an der Ruhr erwarten im Zeitraum von 2006 bis 2030 eine Abnahme der Einwohnerzahl von 6%. Den Stand der Hochbetagten und der Altersquotient für die Stadt sind bereits unter dem Gliederungspunkt 2.1.2. benannt worden.

Dr. Claudia Terschüren nennt an Auswirkungen dieser demografischen Veränderungen neben der Abnahme der Lebenszeit, die in gesunder Lebenserwartung verbracht werden kann, auch die Zunahme von Neuerkrankungen mit steigendem Lebensalter. Darunter fallen schwerpunktmäßig Diagnosen von Altersdemenz, Krebserkrankungen und Myokardinfarkte. Nach Aussage von Dr. Claudia Terschüren, wird diese Entwicklung besonders ausgeprägt im Ruhrgebiet zu verzeichnen sein.

Zur Veranschaulichung dient folgende Power Point Folie:



Zusammenfassung

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Prognosen zu Gesundheit und Krankheit

- Neuerkrankungsraten nehmen mit dem Lebensalter zu und steigen mit der Alterung der Bevölkerung an
- Prognose 2025: Inzidenz für alle untersuchten, chronischen Krankheiten höher – Bedarf an med. Versorgung
- Diagnostik und Therapien werden individualisiert – Potenzial zur Senkung der Krankheitslast in der Bevölkerung noch unklar

Zusammengefasst ergeben sich durch die Veränderung des Bevölkerungsaufbaus künftig diese Trends:

Daran anschließend referiert Dr. Claudia Terschüren zur zukünftigen Bedeutung von Alter. Unter der Leitfrage:



verweist die Rednerin darauf, dass mit steigendem Lebensalter eine Abnahme des als positiv oder zufrieden erlebten subjektiven Gesundheitszustandes zu verzeichnen ist.

Dies belegen Daten des Robert Koch Institutes aus Berlin, kurz RKI, von 2004. Weiter nimmt mit dem Alter die Pflegebedürftigkeit und dadurch die Abhängigkeit von Unterstützung im alltäglichen Leben zu. Hier verweist Dr. Claudia Terschüren auf Daten des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2005. Der steigende Pflegebedarf wird größtenteils von nahen Angehörigen, z. B. den Lebenspartnern oder Kindern geleistet. 58,6% der Hauptpflegepersonen sind im Alter zwischen 40 und 64 Jahren Frauen. In der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren übernehmen vor allem Männer die Hauptverantwortung für die Pflegearbeit. Da aber bis zum Jahr 2025 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2007, die Zahl der Einpersonenhaushalte in Deutschland insgesamt weiter steigt, wird die Entstehung einer Versorgungslücke für pflegebedürftige alte Menschen vorhergesagt. Die Referentin stellt folgende Lösungsvorschläge vor.

Zum einen besteht die Möglichkeit, gezielt eine Migration von Pflegekräften zu forcieren. Weiter ist die Einführung von Pflegerobotern nach dem Vorbild Japans angedacht.

D 2050 – Endstation Pflegeroboter-Heim? Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen



**Hilfe von RI-MAN:
Prototyp eines japanischen Pflegeroboters.** Foto: Fortschungsmodell Smart

**Der japanische Pflegeroboter
PARO ist bei alten Leuten sehr beliebt.** Quelle: WDR-Fotostudio (16.11.2008) (Johannes) (Dietrich) (Hesse) (Schmidt) (Wahlberg) (16.11.2008)

Eine andere Möglichkeit wird in der Unterstützung von Alterswohngemeinschaften gesehen.

Wohngemeinschaften? Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen



Abschließend benennt die Referentin zwei Praxisbeispiele. Die Einführung des Landesbutton „Sturzpräventive Einrichtung NRW“ ist eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe alter Menschen in Nordrhein-Westfalen. Der Button wird an Altenpflegeeinrichtungen vergeben, die sich von unabhängigen Experten ihr Engagement im Bereich der Vorbeugung von Stürzen in ihren Einrichtungen bescheinigen lassen. Weiter wird ein Projekt von Münchner Studenten vorgestellt, welches die Bewegung alter Menschen durch das Ausrichten eines Wettkampfes mit der Spielkonsole „Wii“ im virtuellen Bowling fördert.



F. 2.2. Bericht aus der Praxis

In dem zweiten Einführungsvortrag vor dem Plenum referierte Prof. Dr. Hans Georg Nehen, Geriatriezentrum Haus Berge in Essen, über typische Kennzeichen des hohen Lebensalters. Darunter fallen die besondere Ausprägung des biologischen Gleichgewichts, der tertiären Sozialisation und die Altersmorbidity. Prof. Dr. Hans Georg Nehen weist in seinem Vortrag daraufhin, dass Altern in freier Natur nicht vorkommt. Im Tierreich altern nur domestizierte Tiere.

Im Anschluss werden vom Referenten komprimiert Fakten zur demografischen Entwicklung und den damit erwarteten Auswirkungen vorgestellt. Von Prof. Dr. Hans Georg Nehen wird insbesondere die Zunahme der Altersmorbidity betont.

Was ist Alter?

somatisch/psychisch

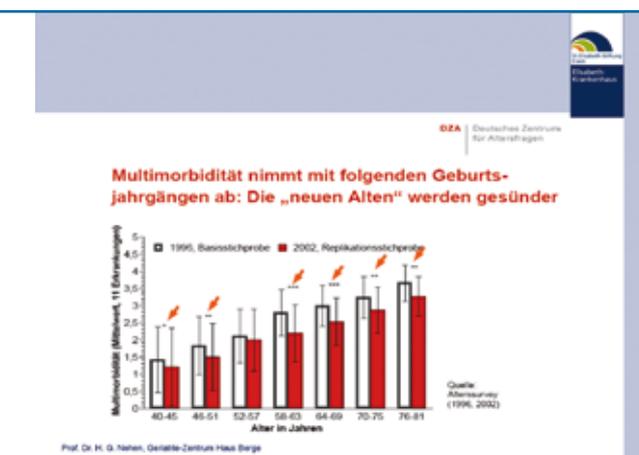
- Körperliche Krankheiten (Multimorbidity)
- Psychische Krankheiten (Demenz, PTBS)
- Tertiäre Sozialisation

Prof. Dr. H. G. Nehen, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

In diesem Zusammenhang verweist er auf die sich in der Datenlage abzeichnende Entwicklung, dass die nächste Generation alter Menschen eine geringere Krankheitslast trägt.

Damit einhergehend werden eine weiter verlängerte Lebenserwartung und längere Pflegezeiten prognostiziert.

Deshalb ist es wichtig, dass im hohen Lebensalter labile biologische Gleichgewicht rechtzeitig zu stabilisieren, um eine Metastabilität zu erreichen.



Im hohen Alter nehmen psychische Beeinträchtigungen insgesamt zu. Neben Angsterkrankungen, Depressionen, Demenz und dem Nachlassen psychischer Abwehrmechanismen wird der alternde Körper auch als narzisstische Kränkung erlebt. Dies führt dann zu psychischen Veränderungen. Weiter werden mit dem Alter insgesamt in unserer Gesellschaft noch zu wenig positive Vorstellungen verknüpft.

Positiv hervorzuheben ist z. B. die mit dem Lebensalter ansteigende kristalline Intelligenz. Diese basiert auf Erfahrungswissen, Allgemeinwissen, dem Sprachverständnis, dem Wortschatz und ist in hohem Maß abhängig von der Bildungsbiografie und der Lebenserfahrung des Individuums.

Positiv zu vermerken sind weiter die im Rahmen der so genannten tertiären Sozialisation erworbenen Kompetenzen des alten Menschen. Die Bestandteile sind auf folgender Folie festgehalten:

Biologisches Gleichgewicht

Hilfsmittel:

metastabil

Prof. Dr. H. G. Helten, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Intelligenz

fluide Intelligenz: Fähigkeit der Umsetzung
Wendigkeit des Denkens
Konfliktsensibilität
Orientierung in neuen
Situations

biologisch-physiologische
Prozesse

kristalline Intelligenz: Erfahrungswissen
Allgemeinwissen
Sprachverständnis
Wortschatz

Bildungsbiografie, lebenslanges
Training

Prof. Dr. H. G. Helten, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Tertiäre Sozialisation:

Konfrontation mit Grenzen: aktives Handeln contra
Resignation

Kompetenz: Auseinandersetzung mit praktischen
Lebenssituationen
differenzierte Wahrnehmung und
Bewertung von Lebensprozessen
sicheres Urteil
Lebensrückblick
kontextuelles Denken

Prof. Dr. H. G. Helten, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Das Morbiditätsrisiko steht in Beziehung zur sozialen Integration,

die Mortalitätsrate variiert mit dem Familienstand,

der Verlauf bestimmter Erkrankungen steht in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung

v. Wedel-Parlow, Fitzner, Nehen 2004

Prof. Dr. H. G. Nehen, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Den hohen Schutzfaktor für die Gesundheit im Alter durch bestehende soziale Ressourcen, im Sinne familiärer und freundschaftlicher Beziehungen, stellt Prof. Dr. Hans Georg Nehen zusammenfassend mit der nächsten Folie vor.

Dies zeigt schlagkräftig in Worten, was nebenstehendes Bild ausdrückt, dass es gemeinsam, um ein vielfaches leichter gelingt, gesund und weitgehend selbstständig zu altern.



Die Beachtung folgender Regeln, von Prof. Andreas Kruse aus Heidelberg, helfen nach Angaben des Referenten dem alternden Individuum zusätzlich ein gesundes, zufriedenes und gelungenes Lebensende zu erreichen.

1. Seien Sie in allen Lebensaltern körperlich, geistig und sozial aktiv
2. Leben Sie in allen Lebensaltern gesundheitsbewußt
3. Nutzen Sie Vorsorgemaßnahmen
4. Es ist nie zu spät, den eigenen Lebensstil zu ändern
5. Bereiten Sie sich auf Ihr Alter vor

Prof. Dr. H. G. Nehen, Geriatrie-Zentrum Haus Berge



6. Nutzen Sie freie Zeit, um Neues zu lernen
7. Bleiben Sie auch im Alter offen für positive Ereignisse und neue Erfahrungen
8. Begreifen Sie das Alter als Chance
9. Pflegen Sie auch im Alter Kontakte
10. Geben Sie der Zärtlichkeit eine Chance

Prof. Dr. H. G. Nehen, Geriatrie-Zentrum Haus Berge



11. Trauen Sie Ihrem Körper etwas zu
12. Gesundheit ist keine Frage des Alters.
13. Nehmen Sie Krankheiten nicht einfach hin
14. Suchen Sie nach guter Hilfe und Pflege
15. Haben Sie Mut zur Selbständigkeit

Prof. Dr. H. G. Nehen, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Diese in gesellschaftliches Bewusstsein zu verankern ist eine wichtige Aufgabe, um Altern wieder als positiven Beitrag zum Leben und der abschließenden Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen.

Der Vortrag endete mit diesem Zitat:



»Nimm die Erfahrung und die Urteilskraft der Menschen über fünfzig heraus aus der Welt, und es wird nicht genug übrigbleiben, um ihren Bestand zu sichern.«

Henry Ford

Prof. Dr. H. G. Nehen, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Prof. Dr. Hans Georg Nehen verweist hier insbesondere auf den Wert des Erfahrungswissens alter Menschen für die Gesamtgesellschaft. Auch das gesammelte Problemlösungswissen und die emotionale Gelassenheit im Angesicht von Krisen, die alte Menschen während ihres Lebens erwerben konnten, indem es ihnen gelungen ist, dies erfolgreich zu meistern, sind für zivilisierte Gesellschaften bedeutsam.

F. 3. Gestaltung der Workshops

Nach einem zu Beginn in das Thema einführenden Impulsreferat wurde in den Workshops ein Erfahrungsaustausch mit den Teilnehmern angeregt. Die Workshopvorträge wurden nur in den kleineren Foren der Arbeitsgruppen gehalten und werden inhaltlich hier jetzt erstmalig einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Ebenfalls dargestellt sind die im Vorfeld mit den Workshop-Moderatoren abgestimmten Poster zu den jeweiligen Fachthemen, die Protokolle der vertieften Diskussion sowie die von den Teilnehmern als Experten aus der Praxis entwickelten Anregungen und Handlungsempfehlungen.

Eine über die reine Dokumentation hinausgehende Differenzierung und Kategorisierung der Handlungsempfehlungen erfolgt unter dem Gliederungspunkt 2.3.

F. 3.1. Prävention durch Bewegung und Sport

Prävention durch Bewegung und Sport

Ziele:

Prophylaxe und Behandlung von:

- Gangstörungen im Alter
- Diabetes und -folgen
- Kognitiven Störungen
- Affektiven Störungen
- Herz-Kreislauf-erkrankungen

Verbesserung der:

- Gesundheit
- Lebensqualität

Verhinderung von:

- Krankheitsentstehung
- Krankheitsprogressionen
- Krankenhausaufenthalten

Vorteile:

- Lebensqualitätsverbesserung
- Eigenständigkeitserhöhung
- Medikamenteneinsparung

Aufgaben:

der Ärzte:

- Screening
- Aufklärung/Beratung
- Koordination der Maßnahmen

der Pflegeheime:

- Risikoabschätzung
- Unterstützung/Förderung der Sturzprävention

der Krankenhäuser:

- Netzwerkengagement
- Wissenstransfer

der Krankenkassen:

- Förderung der Angebote/Maßnahmen
- Netzwerke unterstützen

der Sportvereine:

- Angebote aufzeigen/
anpassen

Die Sportorganisationen

Der organisierte Sport fördert die Bewegung im Alltag der Bürger- und Bürgerinnen und ist Partner und/oder Koordinator des Netzwerkes für Bewegungsförderung bei Älteren.

Die Sportvereine verfügen über differenzierte Angebote und Know-how im Sport mit Älteren.

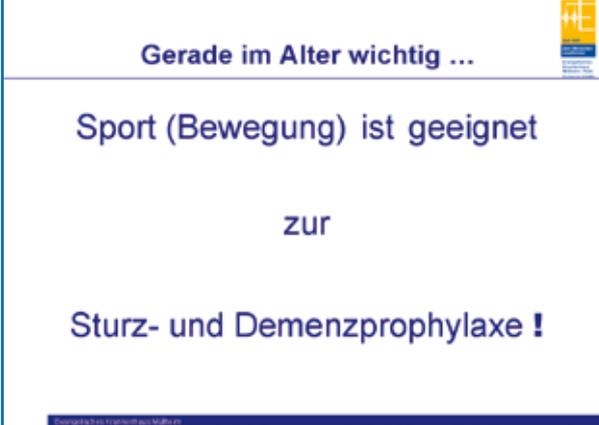
Die Sportvereine gehen in die Lebenswelten der älteren Menschen.



Dr. Andreas Schöpf vom Evangelischen Krankenhaus in Mülheim an der Ruhr verweist einleitend darauf, dass Sport und Bewegung im Alter in vielerlei Hinsicht positiv wirkt und zur Sturzprävention beiträgt.

Sportliche Aktivitäten und anderweitige Bewegungsförderung steigern die Lebenserwartung, das allgemeine Wohlbefinden, die Lebensqualität sowie Kompetenzen zur Alltagsbewältigung. Auf der rein körperlichen Ebene wirken Sport und Bewegung positiv auf das Herz-, Kreislaufsystem ein und senken den Blutdruck. Positiv beeinflusst wird auch der Krankheitsverlauf des Diabetes mellitus. Ebenso verringert sich das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken. Weiter nimmt bei regelmäßiger Bewegung oder Nutzung von Sportangeboten die Knochendichte zu und das Sturzrisiko ab. Auf der psychischen Ebene werden Angsterkrankungen und Depressionen positiv beeinflusst. Wie folgende Power Point Vorlage zeigt, sind Stürze im hohen Lebensalter multifaktoriell verursacht.

Allgemein erhöhen die abnehmenden sensomotorischen Funktionen und verminderte Selbsthilfefähigkeiten alter Menschen die Sturzgefahr. Stürze verursachen schwere Verletzungen bis hin zu bleibenden Behinderungen oder dem Tod. Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich ein Drittel der über 65-jährigen und die Hälfte aller über 80-jährigen stürzen. Die Sturzgefahr kann mittels körperlicher Aktivität minimiert werden. Sport und Bewegung wirken in diesem Bereich stabilisierend.



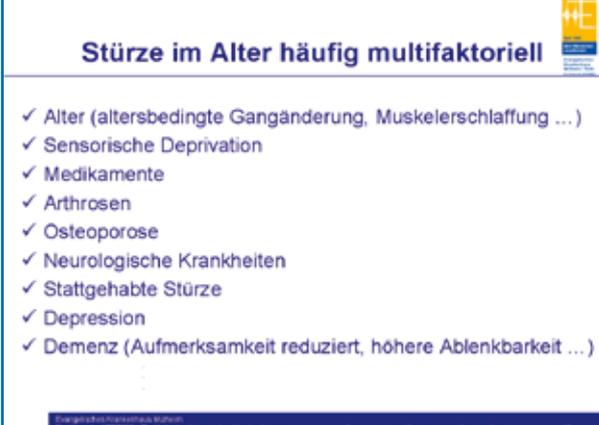
Gerade im Alter wichtig ...

Sport (Bewegung) ist geeignet

ZUR

Sturz- und Demenzprophylaxe !

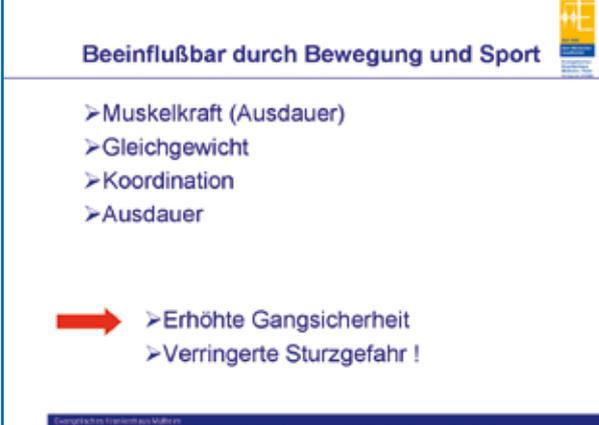
Evangelisches Krankenhaus Mülheim
Zentrum für Alters- und Geriatrie
Prof. Dr. med. Andreas Schöpf



Stürze im Alter häufig multifaktoriell

- ✓ Alter (altersbedingte Gangänderung, Muskelschlaffung ...)
- ✓ Sensorische Deprivation
- ✓ Medikamente
- ✓ Arthrosen
- ✓ Osteoporose
- ✓ Neurologische Krankheiten
- ✓ Stattgehabte Stürze
- ✓ Depression
- ✓ Demenz (Aufmerksamkeit reduziert, höhere Ablenkbarkeit ...)

Evangelisches Krankenhaus Mülheim
Zentrum für Alters- und Geriatrie
Prof. Dr. med. Andreas Schöpf



Beeinflussbar durch Bewegung und Sport

- Muskelkraft (Ausdauer)
- Gleichgewicht
- Koordination
- Ausdauer

➔ ➤ Erhöhte Gangsicherheit

➔ ➤ Verringerte Sturzgefahr !

Evangelisches Krankenhaus Mülheim
Zentrum für Alters- und Geriatrie
Prof. Dr. med. Andreas Schöpf

Die zentrale Botschaft von Dr. Andreas Schöpf lautet:



Grundsätzlich gilt:

**Jede regelmäßige
Bewegungsaktivität
erhält/verbessert die
individuelle Belastbarkeit
und wirkt auch im Sinne
einer Sturzprävention**

Empfehlungstraining für Ärzte
Einfluss der AKE/ÄK - Die Rolle der allgemeinen Hausärzte
Physiologie durch Bewegung und Sport im Alter

Besonders dafür geeignet sind regelmäßiges Tanzen, Tai Chi und Wurfsporarten aus einer Bewegung heraus. Ähnlich hilfreich wirken Muskelaufbau und ein Gehtraining. Trotz der positiven Auswirkungen, dem kostengünstigen Einsatz sind erfolgreiche Interventionen zur Steigerung körperlicher Bewegungen und sportlichen Aktivitäten nicht leicht umzusetzen. Denn Verhaltensänderungen sind anstrengend, erfordern eine hohe Selbstdisziplin, eine große Motivation sowie die Überwindung äußerer und psychischer Barrieren.

Deshalb ist eine Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Beteiligter von Nöten. Besonderes Augenmerk gilt hierbei den Ärzten, Kostenträgern und Sportvereinen.

Vor dem Start eines Bewegungstrainings sollte der ältere Patient immer einer ärztlichen Beratung und medizinischen Untersuchung unterzogen werden. Empfohlen wird, diese während der Aktivierungsmaßnahmen laufend zu wiederholen. Der Einbezug von Sportvereinen verspricht eine besonders gute Wirkung, da nebenbei auch soziale Einbindung hergestellt wird. Neben der stattfindenden sozialen Interaktion gilt es das in den Vereinen vorhandene Fachwissen positiv hervorzuheben.

Abschließend formuliert der Referent dieses Statement:



Sport im Alter...

- ... nützt in vielen medizinischen Bereichen !**
- ... ist effektiv !**
- ... ist preiswert !**
- ... fördert die Lebensqualität !**

Empfehlungstraining für Ärzte
Einfluss der AKE/ÄK - Die Rolle der allgemeinen Hausärzte
Physiologie durch Bewegung und Sport im Alter

Stichwortprotokoll der Diskussion

- Rehammaßnahmen müssten „verschrieben“ werden.
- Die Ansprechpartner für Präventions- oder Bewegungsmaßnahmen der Krankenkassen müssten vor Ort persönlich ansprechbar sein.
- Eigene Erfahrung einer Rentnerin: Kur abgelehnt, da sie der Erhaltung der Arbeitskraft dient.
- Das Programm „Rücken sanft und effektiv“ für Senioren wird sehr erfolgreich durchgeführt.
- Frau Hendricks merkt an, dass hierfür qualifizierte Übungsleiter nötig sind.
- Sport auf Krankenschein wäre der Tod der Pharmaindustrie!
- Prävention wird von der Bundesregierung blockiert.
- Appelle reichen nicht; Sportvereine erreichen sozial benachteiligte Menschen nicht.
- Stadt sollte Gelegenheiten schaffen, um sich zu bewegen. Geräte in der Innerstadt, die Bewegung anregen. Rolltreppen und Aufzüge für Leute verbieten, die sie nicht brauchen.
- Dr. Andreas Schöpf: Sportvereine haben kein Monopol auf Bewegung.
- Frau Hendricks: Ähnliches Projekt für sozial schwache Menschen, wie Sportgutscheinprojekt für Kinder.
- Walking-Angebot im Hexbachtal: es können nicht so viele Gruppen angeboten werden, wie es Interessenten gibt.
- Dr. Andreas Schöpf: Vorschlag: Probestunden.
- Martina Ellerwald (MSB) weist auf die Broschüre „Gesundheit braucht Bewegung. Sportvereine haben Angebote“ hin, in die sich Vereine mit ihren Angeboten eintragen lassen können.
- Ältere Menschen sind gesundheitsbewusst. Kritik an der Generation Spielekonsole.
- Ärzte kennen häufig die Inhalte der Bewegungsangebote nicht und können Patienten nicht beraten.
- Es dauert häufig sehr / zu lange, bis ein Bewegungsprogramm wissenschaftlich anerkannt wird.
- Angebote im Bereich Bewegung gibt es genug, problematisch ist die Motivation des Menschen.

Moderations-Kärtchen Workshop 1: Prävention durch Bewegung und Sport

Bedarf (rosa)	Bestand (grün)
Ansprechpartner der Krankenkassen vor Ort	Seniorenwegweiser enthält komplexe Infos
Sportgutscheine für Ältere: – 1 Jahr beitragsfrei oder – reduzierte Beiträge auf Dauer für sozial Schwache	Es gibt zahlreiche Angebote in Sportvereinen
Bewegungsprogramme in Pflegeeinrichtungen	Angebote in Familienbildungsstätten
Stadtteilbezogene Angebote für Senioren	Broschüre Landessportbund „Überwinde deinen inneren Schweinehund“
Fahrservice für ältere Menschen zum Sport	Angebote in Begegnungsstätten vernetzen
Vernetzung von Ressourcen der Vereine	Begegnungsstätten könnten bei Sportvereinen anfragen
Bäder erhalten!	Trimm-dich-Pfade für Ältere
Vernetzung der Angebote aller Institutionen	
Probestunden in Vereinen für Senioren	
Infos bündeln, Broschüre erstellen – an Ärzte und Apotheken	
Dezentrale Angebote	
Mehr machen als sagen!	
Erhalt von Möglichkeiten zur Bewegung außerhalb von Sportvereinen	

F. 3.2. Integrierte Versorgung in Pflegeheimen

Integrierte Versorgung für Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

Ziel:

- verbessertes Versorgungsmanagement für Menschen in Pflegeheimen

Vertragsinhalte:

- Versorgung auch am Abend und am Wochenende (Visiten)
- Konkrete Behandlungspfade, abgestimmte Arzneimittellisten
- Überleitungsmanagement: zwischen Krankenhaus und Pflegeheim

Verbesserung :

- regelmäßige Visiten in Pflegeheimen
- Vermeidung unnötiger Krankenseinweisungen
- Überleitungsmanagement Pflegeheim/Krankenhaus
- Bildung einer Netzwerk-Struktur durch intensivierte Kommunikation

Einsparungen:

- Krankenhaus- und Fahrtkosten
- Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln

Vorteile

Ärzte

- extrabudgetäre Vergütung ambulanter Leistungen
- abgestimmte Versorgungsabläufe
- geringerer administrativer Aufwand
- vergrößerter und sicherer Patientenstamm

Pflegeheim

- stabilere Pflegeprozesse, weniger „vermeintliche“ Notfalleinweisungen
- Entbürokratisierung und Verschlanung der Pflegeprozesse durch Fokussierung auf bekannte Kooperationspartner (Ärzte, Krankenhäuser)
- Reputations- und Imagegewinn, verbesserte Marktposition
- kostenfreies Angebot von Fortbildungen für Pflegekräfte durch die Krankenkassen
- erhöhte Versorgungsqualität durch Einsatz von Behandlungspfaden
- Vermeidung von Mindererlösen durch weniger (und kürzere) Krankenhausaufenthalte der Bewohner

Krankenhäuser

- Sicherung von Zuweiserströmen
- Reputations- und Imagegewinn
- Weiterentwicklung des Krankenhausprofils
- Vergütungsoptimierung (weniger Mindererlöse, kürzere Verweildauer)
- abgestimmte Versorgungsabläufe durch **Überleitungsbogen** geringerer administrativer und personeller Aufwand (z. B. in der Notaufnahme und Fachstation, insbesondere in Randzeiten)
- Absprache des Entlassungszeitpunktes bietet beiden Seiten viel Gestaltungsspielraum

Aufgaben

Ärzte

- Koordinationsfunktion
- feste, regelhafte Visiten
- Notdienst in Eigenregie (telefonisch oder per Dringlichkeitsbesuch)
- Dokumentation der ärztlichen Anordnungen in Heimunterlagen
- Anwendung der abgestimmten Patientenüberleitung (Überleitungsbogen)
- Erstellung einer **Positivliste** von Arzneimitteln

Pflegeheim

- Unterstützung der abgestimmten Patientenüberleitung (Überleitungsbogen)
- Einsatz der Behandlungspfade
 - Sturzprävention
 - Schlaganfall
 - Austrocknung
 - Lungenentzündung

Krankenhäuser

- Intensivierte Kommunikation mit den Pflegeheimen und Ärzten
- Gezielte Aufnahme in Fachabteilungen (insbesondere Geriatrie)
- Absprache des Entlassungszeitpunktes mit dem Pflegeheim
- Anwendung der abgestimmten Patientenüberleitung (Überleitungsbogen)

Fachtagung 2010: Gesundheit im Alter

Am Anfang seines Vortrages erläutert der Referent Dieter Hillemacher, Regionaldirektor der AOK in Mülheim an der Ruhr, den Begriff „integrierte Versorgung“. Die integrierte Versorgung für Pflegeheime ist ein vertraglich vereinbartes Versorgungsmanagement zwischen den Haus- und Fachärzten, der Pflegeeinrichtung sowie den Krankenhäusern. Sie zielt auf die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen in Pflegeheimen.



Über die Situation pflegebedürftiger älterer Menschen ist 2008 ein Bericht der Gmündner Ersatzkasse veröffentlicht worden. Der Pflegereport wurde von namhaften Wissenschaftlern des Zentrums für Sozialpolitik, der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen erstellt.



**Fachtagung „Gesundheit im Alter“
Workshop 2 – Integrierte Versorgung in Pflegeheimen**

Ergebnisse des GEK Pflegereports 2008

- Pflegebedürftigkeit -
- In Deutschland benötigen 44,1 % aller Bürger spätestens in ihrem letzten Lebensjahr Pflege.
- Zwischen 1995 und 2006 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen fast verdoppelt.
- Derzeit nehmen in Deutschland zwei Millionen Bürger die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch.
- Der Trend zum Pflegeheim ist ungebrochen. Die Zahl der Menschen in Pflegeheimen ist von 1996 bis 2006 von 23 % auf 30 % gestiegen.

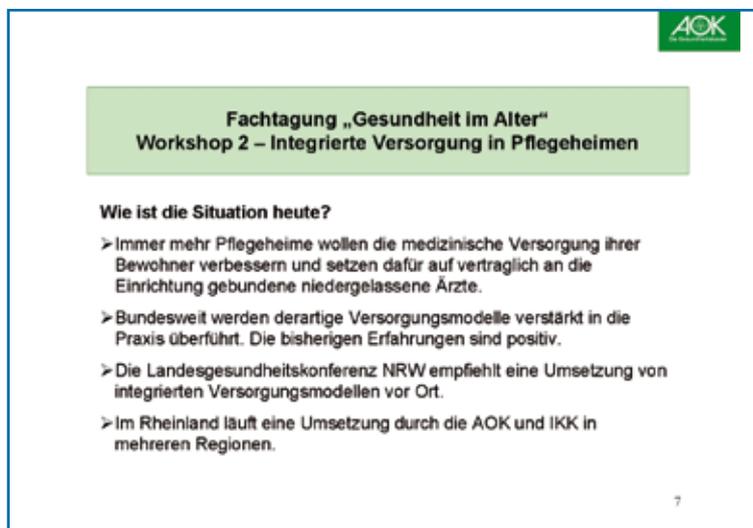
3

Weiter wird über die ärztliche Versorgung berichtet, dass diese in vielen Fällen für Heimbewohner nicht ausreichend ist. Vor allem im Bereich der fachärztlichen Versorgung wird eine Unterversorgung verzeichnet. Darunter fallen schwerpunktmäßig die Betreuung durch Psychiater, Zahn- und Augenärzte oder Kardiologen. Die Situation für die Heimbewohner ist dabei sogar schlechter, als für zu Hause Gepflegte. Auch die medikamentöse Versorgung wird von den Autoren des Pflegereports als unzureichend eingestuft. Insgesamt werden zu wenige Medikamente bei Demenzerkrankungen verabreicht. Gleichzeitig ist aber die Medikation mit Beruhigungsmitteln und Antidepressiva bei Heimbewohnern höher, als bei vergleichbar Erkrankten in häuslicher Pflege. Es wird auf eine starke Überversorgung mit Beruhigungsmitteln verwiesen.

Die integrierte Versorgung möchte in diesem Bereich dazu beitragen, Über- und Unterversorgung zu vermeiden. Sie zielt auf die Kooperation der Pflegeheime mit niedergelassenen Ärzten im Bereich der Allgemeinmedizin oder mit Fachärzten ab. Ideal wäre die Bildung so genannter ärztlicher Netzwerke für ein oder einige wenige Pflegeheime. Wichtiger Bestandteil hier ist es, die medizinische Behandlung mit der Pflegeleitung zu besprechen.

Abschließend verweist Dieter Hillemacher auf die bereits erfolgte Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle für Heimbewohner.

Die Zusammenfassung wurde auf nachfolgender Folie präsentiert.



The slide features the AOK logo in the top right corner. The main title is centered in a green box: 'Fachtagung „Gesundheit im Alter“ Workshop 2 – Integrierte Versorgung in Pflegeheimen'. Below this, the heading 'Wie ist die Situation heute?' is followed by a bulleted list of four points.

AOK

**Fachtagung „Gesundheit im Alter“
Workshop 2 – Integrierte Versorgung in Pflegeheimen**

Wie ist die Situation heute?

- Immer mehr Pflegeheime wollen die medizinische Versorgung ihrer Bewohner verbessern und setzen dafür auf vertraglich an die Einrichtung gebundene niedergelassene Ärzte.
- Bundesweit werden derartige Versorgungsmodelle verstärkt in die Praxis überführt. Die bisherigen Erfahrungen sind positiv.
- Die Landesgesundheitskonferenz NRW empfiehlt eine Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen vor Ort.
- Im Rheinland läuft eine Umsetzung durch die AOK und IKK in mehreren Regionen.

7

Nach dem Impulsreferat von Dieter Hillemacher präsentiert Herr Dierbach, Heim- und Pflegedienstleiter des Hauses Ruhrgarten in Mülheim an der Ruhr, den Teilnehmern weitere Details zur Situation pflegebedürftiger Heimbewohner und deren Nutzen in Folge der integrierten Versorgung. Ein Abdruck seines Vortrages folgt nun.

1. Wechsel des Versorgungsbildes

Mit zunehmendem Maße sind die Bewohner bei Aufnahme in ein Pflegeheim schwer oder schwerst pflegebedürftig. Die damit verbundenen Anforderungen an die Alteneinrichtung haben sich verändert. Die Tendenz der Pflegeintensität ist steigend, so dass zukünftig mit einem noch höheren Anteil an hochgradig pflegebedürftigen Menschen in Alteneinrichtungen zu rechnen ist.

Die starren Vorgaben der DRG (Diagnosis Related Groups – diagnosebezogene Fallgruppen zur Abrechnung durch die Kassen) haben vielfach auch eine frühere Krankenhausentlassung zur Folge. Der versorgungsrelevante Pflegebedarf sei insbesondere bei multimorbiden Bewohnern und nur mit zusätzlicher Belastung des Pflegepersonals zu realisieren. Die integrative Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Pflegeheim ist hier wichtig.

2. Wahlfreiheit

Soviel Wahlfreiheit wie möglich.

Die freie Arztwahl soll und wird weiter im Ermessen des Bewohners liegen. Problematisch gestaltet sich die Situation dann, wenn das Spannungsverhältnis der Versorgungssicherheit in Gefahr ist. Konkret, wenn der behandelnde Arzt des Patienten für eine Behandlung nicht zeitnah zu erreichen ist. Die integrative Versorgung bietet mit ihrem Konzept Chancen für Ärzte und Einrichtungen.

3. Erster Schritt

Das integrative Modell der AOK ist ein sinnvoller, erster Schritt in die Richtung von planbarer und zeitnaher Versorgung der Bewohner/in. Im Laufe des Prozesses bedarf es der Weiterentwicklung und Ergänzung von erforderlichen Maßnahmen.

4. „Konzert der Versorger“

Die langjährigen Versuche von Maßnahmen zur Kosteneinsparung haben nichts nachhaltig Positives für den Menschen zur Folge gehabt. Mit dem Konzept wird erstmals das Zusammenwirken der Versorger gefördert, das zum Wohle des Patienten deutlich positive Effekte erzielen kann. In dem Zusammenhang seien die Apotheken genannt, die im integrierten Konzept einen deutlichen Platz besetzen müssen.

Protokoll

Mit dem Umzug in eine Alteneinrichtung stellt sich dem Bewohner die Möglichkeit, den bisherigen vertrauten Hausarzt weiterhin kontaktieren zu können. Dieser wird dann im Bedarfsfall zur Behandlung in die Einrichtung gebeten. Alternativ kann der Bewohner auf einen im Netzwerk „integrierte Versorgung“ angeschlossenen Ärzte zurückzugreifen.

Die Praxis zeigt, dass insbesondere in den Randzeiten die Konsultation in der Einrichtung häufig verspätet stattfindet. In der akuten Behandlungsbedürftigkeit wird vielfach die Einweisung in ein Krankenhaus verordnet, die bei rechtzeitiger Konsultation und Kenntnis der patientenspezifischen Krankelage vermeidbar gewesen wäre.

Aus Sicht der Krankenkassen entsteht durch die stationären Behandlungskosten ein besonders hoher Kostenfaktor. Mit der vertraglichen Vereinbarung zur „integrierten Versorgung“ ließen sich Einweisungen vermeiden und die damit verbundenen Kosten senken.

Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen ist zudem der psychische Aspekt wesentlich. Die Zeit des stationären Aufenthaltes beinhaltet für den Patienten ein hohes Maß an psychischen Stressfaktoren. Vielfach bedarf es einer langwierigen Therapie und anstrengenden Bemühungen der Alteneinrichtungen, den Patienten wieder in das stabile Gleichgewicht von Gesundheit, Wohlergehen, Beweglichkeit und psychischer Stabilität zu verhelfen.

Entscheidet sich der Bewohner für die ärztliche Versorgung aus dem Netzwerk, schließt er mit der Krankenkasse einen Vertrag. Damit ist sichergestellt, dass u. a. die Evaluation der patientenbezogenen Daten erfolgen kann. Zukünftig soll mit gesicherten Angaben belegt werden, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen bei den Patienten im Netzwerk vermutlich rückläufig sind. Auf die Notwendigkeit der Evaluation wird aus der Teilnehmerrunde ausdrücklich aufmerksam gemacht.

Der Verlust des vertrauten Hausarztes kann negative Auswirkungen auf den Bewohner haben. Hier wird erneut betont, dass der Kontrakt mit der Krankenkasse und damit die Zuteilung eines Arztes aus dem Ärztenetz freiwillig ist und nur auf Wunsch des Bewohners zu Stande kommt. Die eingeschränkte Arztauswahl wird von zahlreichen Teilnehmern dennoch kritisch angemerkt. Hinterfragt wird die Problematik, die auftaucht, sobald der vertraglich gebundene Arzt seiner Verpflichtung nicht oder nur ungenügend nachkommt. Das Regelwerk der Vertragsvereinbarung sei bisher nur unklar definiert. Wünschenswert sei hier ein Kooperationsvertrag wie er vergleichbar zwischen den Apotheken und den gesetzlichen Krankenkassen geschlossen worden ist. Bei Nichteinhalten der Vereinbarungen soll die Kündigung möglich sein. Die Beteiligung der Ärzte am Netzwerk ist freiwillig und ohne Vorgaben. Mehrere Experten betonen, dass die Einweisung in ein Krankenhaus nicht in erster Linie durch die behandelnden Hausärzte verordnet wird, sondern vielmehr von den, in den Rand-

zeiten angeforderten Mediziner, die in der Regel den Patienten bis dahin medizinisch nicht betreut haben. Um ein Risiko auszuschließen, sei die Einweisung dann vielfach die medizinisch sicherere Entscheidung.

Das Konzept ist im Hausärztenetz vorgestellt worden und dort eher verhalten aufgegriffen worden. In der Tendenz möchte die Ärzteschaft die Entwicklung zunächst abwarten. Insbesondere bei den Fachärzten sei zwar der Beteiligungsbedarf groß, die Bereitschaft aber zurückhaltend. Der dringende Wunsch nach einer klaren Absprache wird geäußert, die nicht nur die finanzielle Regelung sicherstellt, sondern auch die vertraglichen Rechte und Pflichten. Wesentlich für die Ärzteschaft sei ein Ansprechpartner, der insbesondere in kritischen Problemfällen maßgeblich sein muss. Hier wird auf das Ärztenetz in Marl verwiesen, in dem diese Faktoren bereits Berücksichtigung gefunden haben und in der Praxis umgesetzt werden.

Kritisch angemerkt wird die Tatsache, dass soziales Engagement von Seiten der Ärzte gefordert wird, der unternehmerische Aspekt aber kaum – keine – Beachtung findet. Abgestellt auf den rein finanziellen Aspekt ist die Konsultation des Arztes in der Einrichtung, zumal wenn sie mehrfach erfolgen muss, auch unter Berücksichtigung von Fahrtkosten, nicht „lohnenswert“. Der finanzielle Anreiz sollte eine nennenswerte Größenordnung erreichen. Beispielhaft wird die derzeitige Abrechnungsmodalität erläutert. Die Ärzte erhalten je Kassenpatient einen Betrag von 31 Euro / je Quartal (max. 50 Euro zu besonderen Randzeiten) unabhängig wie häufig der Patient den Arzt aufsucht bez. benötigt. Bei der mehrfachen Konsultation, wie es bei älteren Patienten häufig vorkommt, sei die leistungsgerechte Bezahlung der Ärzteschaft nicht gewährleistet. Die verhaltene Bereitschaft darüber hinaus noch weiteres Entgegenkommen zu zeigen nachvollziehbar.

Von Seiten der AOK wird darauf hingewiesen, dass die Vergütung für die Ärzte im Netzwerk anpassungsfähig – steigerungsfähig sei. Mit Zunahme der Patientenbetreuung je Arzt steige die Gesamtvergütung, so dass diese Form der Netzwerkbeteiligung für die Ärzte lohnenswerter werde. Wichtig sei, den Start der integrativen Versorgung mit vertraglichem Netzwerk zu beginnen und dann den Verlauf zu gestalten.

Zusammenfassend wird von Seiten der Ärzteschaft mehr Information und verbesserte Kommunikation gewünscht. Allen Beteiligten muss klar sein welcher Handlungsbedarf erforderlich ist. Die Bezahlung der Leistungen braucht eine eindeutige Klärung.

Als Beispiel aus der Apothekerschaft wird erläutert, dass in der Praxis oftmals eine Einrichtung mehrfach je Tag bedient und mit Medikamenten beliefert würde. Die Apotheken wünschen sich hier ein kleineres Netzwerk von Ärzten, um u.a. Doppelverschreibungen zu vermeiden. Aus der Erfahrung sei das Pflegepersonal oftmals mit der Vielzahl der Verordnungen aus der Vielzahl der Ärzte überfordert.

Aus Sicht der Altenpflegeheime ist zum Wohle der Bewohner eine stärkere Vernetzung wünschenswert. Der Bewohner hat bei der Frage der medizinischen Betreuung stets die letzte Entscheidung. Fehlt die Entscheidungskompetenz, wird in Absprache mit den Angehörigen eine zum Wohle des Bewohners orientierte Lösung gefunden. Aus der Praxis hat sich gezeigt, dass bereits jetzt ein Netzwerk von Ärzten besteht, die sich in besonderem Maße um die Betreuung und Behandlung der Senioren in den Einrichtungen bemühen. Seit Jahren wird der Rückgang der dringend benötigten Fachärzte in den Einrichtungen verzeichnet. Man wünscht sich einen kleinen, aber zuverlässigen Kreis von Ärzten.

Die Moderatoren bedanken sich für die angeregte Diskussion. Grundsätzlich scheint die Idee der integrierten Versorgung Zustimmung zu finden. Mit der Bitte um weitere aktive Unterstützung und Kommunikation in den eigenen Gremien werden die Teilnehmer des Workshops gebeten, die Chancen und Probleme des Konzepts „Integrierte Versorgung“ auf den bereitgelegten Moderationskarten schriftlich zu benennen.

Fachtagung 2010: Gesundheit im Alter

Probleme (gelb)	Chancen (blau)
Sinkende Lebensqualität bei Pflege zu Hause (Isolation)	Evaluation – Ergebnisse aus bereits laufenden Projekten einbeziehen
freie Arztwahl	stetige Erhöhung des faktischen Problemdrucks wird zu Lösungen zwingen
Fachärzte	Zielformulierungen, die terminiert und überprüfbar sind.
1. Es ist nie zu spät sich zu ändern. 2. Heilt die Seele der Kranken 3. Jeder Arzt hat auch einen Eid abgelegt, den muss er einhalten.	Lenkungsgruppe (KGG) bilden, die weitere Planung macht.
win win-Situation für alle?	Dok-Net als Chance wahrnehmen!
Unzureichende Finanzierung des Systems angesichts der demographischen Entwicklung	Öffentlich berichten über Erfolge und Hindernisse
Vergütung der Ärzte	die Facharzt-Versorgung ist dadurch ok
Wer bildet das Netzwerk?	Informationen verbessern
klar vereinbarte Absprachen (Vertrag)	Heimpflege – Ausweitung der Pflegeplätze mit sozial zufrieden stellender Betreuung
Kontrolle der Absprachen – durch wen?	Ärzte. Untersuchungsraum + EDV-Arbeitsplatz im Altenheim
	bessere Kommunikation im Netzwerk (EDV)
	bessere Kommunikation zwischen Arzt – Apo – Heim – KH – Kostenersparnis durch Verringerung der KHEinweisung (könnte Ärzten z. T. zukommen)
	Sicherheit + f. Patienten
	Kurze Info-Wege
	kurze Wege
	Bewohner-Gremien einbinden
	Nutzen für Patienten (Heimbewohner) Verringerung der KHEinweisungen

F. 3.3. Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?

Wer hilft den Helfenden?

Der Demenzkranke und seine Angehörigen

Symptome der Demenz:

- Verlust geistiger Fähigkeiten, Abnahme der Intelligenz
- Verschlechterung von
 - Gedächtnisleistung
 - Denkvermögen
 - Sprache
 - praktischem Geschick
- keine Bewusstseinsstrübung
- alterstypische Erkrankung

Folgen der Demenz:

- fortschreitender Verlust alltägliche Aufgaben selbstständig auszuführen

Die Sandwichgeneration

↑ Großeltern: Eltern der Frau und Eltern des Mannes

Pflegegeneration = > Ehepartner
Freunde
↓ Verwandte
Kinder, Enkel

Zahlen:

- ca. 1 Million Erkrankte heute
- in 10 Jahren wird Verdoppelung erwartet

Situation der pflegenden Angehörigen:

- Folgen für die Gesundheit
- 46% mehr Arztbesuche
- 71% höherer Medikamentenkonsum
- 50% höhere Depressionsrate
- Erfahrung der subjektiven Belastung
- ist allgemein sehr hoch
- „Pflegerkrankheit“
- filiale Reife nicht erreicht
- Autonomieverlust
- erlebte Schuldgefühle
- verdrängte Aggression
- Somatisierung

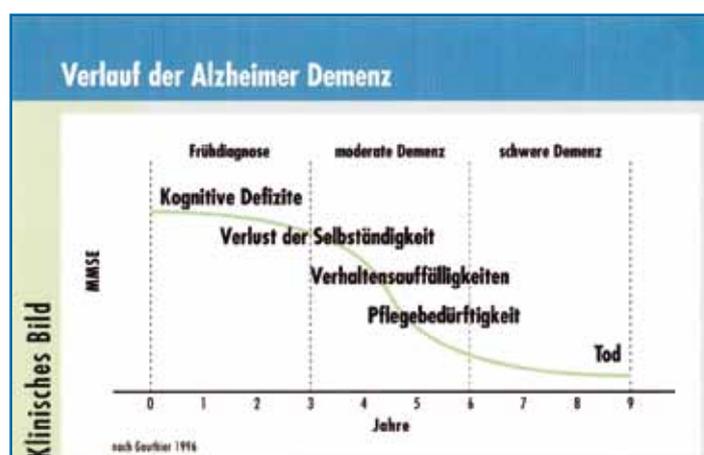
Pflegesituation:

- zwei Drittel der Erkrankten werden zuhause versorgt
- vorwiegend von Frauen
- häusliche Pflege ist physisch, psychisch, finanziell belastend
- familiäre Konflikte
- Tabuisierung
- medizinische Hilfe wird zu spät nachgefragt

Die einführenden Vorträge haben deutlich herausgestellt, dass in Abhängigkeit mit steigendem Lebensalter die Morbidität zunimmt. Eine besondere Stellung nimmt dabei die altersbedingte Demenz ein. Den Zusammenhang stellt folgende Grafik dar:



Demenzkrankungen verlaufen prozesshaft und beginnen mit Symptomen von Hilflosigkeit und Strukturverlust, z. B. Veränderung des regelmäßigen Wach- und Schlafrythmus. Mit der Zeit gelingt die Kommunikation immer seltener auf der rationalen Ebene. Der Betroffene ist, je länger die Krankheit besteht, vorwiegend emotional zu erreichen. Grafisch stellt sich der Krankheitsverlauf wie folgt dar:





Die Pflege eines im Alter so abhängig werdenden Menschen bei fast allen Verrichtungen des täglichen Lebens, wie Nahrungsaufnahme und Regulierung der Ausscheidungsfunktionen, erfordert ein hohes Maß an zeitlicher Zuwendung. Da der Betroffene auch schwer eine eigene Entscheidung fällen kann und dauerhaft auf Schutz und Fürsorge angewiesen ist, werden die Helfenden mit enormen Belastungen und Einschränkungen ihrer eigenständigen Lebensgestaltung konfrontiert.

Wer hilft den Helfenden?

Sandwich-Situation



Prof. Dr. H. G. Nehren, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Weiter kommt es in den meisten Familien bei der Betreuung der schwerstpflegebedürftigen alten Eltern für die pflegenden Helfer zu so genannten Sandwichsituationen. Diese laufen angesichts der erlebten Belastung Gefahr z. B. selber an Depressionen oder anderen psychischen Beeinträchtigungen zu erkranken. Nach Angaben des Referenten Prof. Dr. Hans Georg Nehren zeigt sich diese Belastung in einer höheren Rate von Arztbesuchen, steigendem Medikamentenkonsum und einer zunehmenden Depressionsrate unter pflegenden Angehörigen.

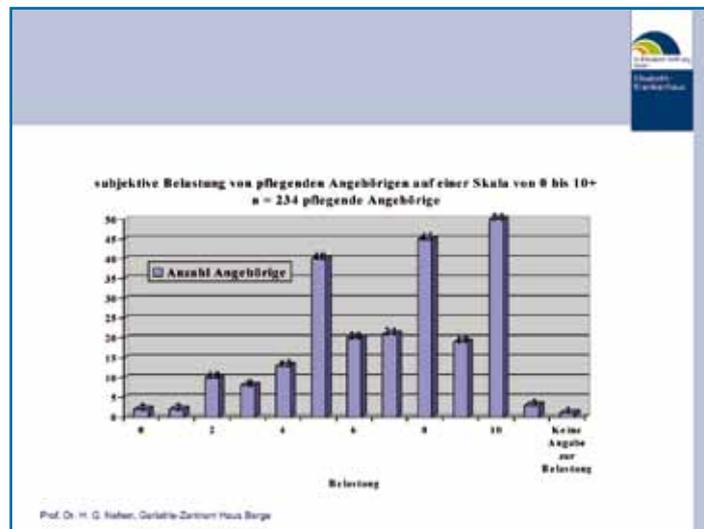
„Pflegekrankheit“

- Filiale Reife nicht erreicht
- Autonomieverlust
- Erlebte Schuldgefühle
- Verdrängte Aggression
- Somatisierung

Prof. Dr. H. G. Nehren, Geriatrie-Zentrum Haus Berge

Es kommt häufig zur Pflegekrankheit, die sich mit nebenstehenden Symptomen manifestiert.

Wie nachfolgende Grafik veranschaulicht, haben in einer Stichprobe von 234 Angehörigen 65% der Befragten ihre subjektive Belastung mit Stufe fünf und höher eingeschätzt.



Eine Möglichkeit, hier Krankheiten vorzubeugen ist das Angebot von Gesprächskreisen für Angehörige. Diese werden seit 1987 im Geriatrie-Zentrum Haus Berge in Essen erfolgreich eingesetzt. Dabei handelt es sich um offene Gruppen mit sechs bis zwölf Teilnehmern, die alle zwei Wochen stattfinden.

Protokoll

In der an den Fachvortrag von Prof. Dr. Hans Georg Nehen anschließenden Aussprache und Diskussion berichten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen von ihren persönlichen, ehrenamtlichen und beruflichen Erfahrungen mit an Demenz erkrankten Menschen und ihren Familien.

In der Versorgungskritik stehen die Kranken- und Pflegekassen und die Begutachtungspraxis des medizinischen Dienstes. Von der mangelnden Beratung und Unterstützung durch die Kassen und die oft nicht sachgerechte Begutachtungspraxis des MDK wird berichtet. Aus Sicht der anwesenden Kassenvertreter ist die vorgebrachte Kritik teilweise unberechtigt und falsch. Die Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser ist schwierig, wird aber besser.

Aus der Selbsthilfe wird berichtet, dass es oft sehr schwer ist, betroffene Familien zu bewegen, die angebotenen Hilfen anzunehmen. Die Familien ziehen sich oft erst einmal zurück.

Im „Mind Mapping“ konkretisieren die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Hilfen, die bereits vorhanden sind und formulieren ihre Wünsche hinsichtlich einer besseren Versorgung.

Vorhanden (grün)	Wünsche (rosa)
MH-Selbsthilfegruppe	Es gibt viele: – Akteure; aber leider sehr wenige verbindliche Absprachen hinsichtlich der Verantwortlichkeit – sehr wenig aufsuchende Hilfen
Ansätze einer entspr. Finanzierung (z. B. niederschwellige Angebote, Tagespflege) – Pflegestützpunkte besetzt von Kassen + Kommune	Fortbildungen weiter ausbauen, sowohl für Angehörige als auch für Profis
Demenzstationen in den Seniorenheimen	umfassende gerontopsych. Versorgung, besonders für Alleinlebende!
Selbsthilfe-Netzwerk	Angebote für Angehörige öffentlicher machen, Fachärzte benennen, mehr Aufklärung Krankheitsbild um Ängste zu reduzieren
Genügend Angebote zur Pflegeübernahme (Dienste)	intensiver Austausch von Selbsthilfegruppen
Netzwerk – Demenz Gerontopsychiatr. Arbeitskreis	mehr niederschwellige Angebote
gute Beratungsstellen + Netzwerke	mehr „Nachbarschaft“, Offenheit, Treffpunkte / Cafés zur Kommunikation, mehr Selbstverständlichkeit/Verständnis um „Hilfe“ anzunehmen
schon etwas bessere Kommunikationsfelder	Ansprechpartner/Fachärzte in MH benennen

Fachtagung 2010: Gesundheit im Alter

Bemühungen aller Beteiligten Fortbildungen	frühzeitige inhaltliche Beratung pflegender Angehöriger, reflektiertes Verhalten bei der Übernahme von pflegerischer Verantwortung
Demenz ist „salonfähig“ – sehr gut!	Demenzberatung für Zuwanderer, Beratungsstellen dahin ausbilden
Ambulante Dienste	Beratung der Pflegenden vor Ort
vielfältige Angebote im Bereich der Altenhilfe	Wissen + Informationsaustausch – WER macht WAS WO? WIE + WO finde ich Hilfe? (Angebote oft vorhanden, nur nicht bekannt)
Alzheimer Gesellschaft e.V. Mülheim bitte publizieren und unterstützen!	Informationen besser koordinieren
Beratungsangebote	Aufklärung für pflegende Angehörige
Netzwerke	bezahlbare Pflegeplätze, mehr Nachbarschaftshilfe und Offenheit
viele Menschen, die sich mit dem Thema auseinandersetzen – und Kräfte bündeln wollen	mehr Tagespflegeplätze, Kurzzeitpflegeplätze
niederschwellige Angebote (Betreuungsleistungen)	finanzierbare Pflegeheimplätze
Die Angebote, die vorhanden sind, sollten besser genutzt werden. Die Institutionen die vorhanden sind, besser bekannt machen.	Pflegende früh entlasten
Es gibt eigentlich viele Angebote!	Tagespflegeplätze und Kurzzeitpflegeplätze
Beratungsstellen sind vorhanden (Pflegestützpunkt, Seniorenberatung, Selbsthilfegruppen usw.)	fehlende Vernetzung der vorhandenen Angebote – abgestimmt auf den individuellen Fall
Netzwerk Demenz – Selbsthilfegruppen – Vorhandene Demenzstationen – Wohngruppen Dementer	„Netzwerk“ besser verbinden und entspr. darstellen / anbieten
Zusatz-Betreuung für Demenzerkrankte die 0-Pflegestufe	Netzwerke für pflegende Angehörige
	Ein regionales Netzwerk Demenz in dem ein reger Austausch stattfindet.
	Netzwerke der „Akteure“
	1. Verbesserung der Einstufungen bei Pflege. 2. Pflegende sollen von Krankenkassen besser betreut werden und bei Vollzeitpflege mindestens 2 Wochen Urlaub.
	Mehr Aufklärung, Beratung (Öffentlichkeitsarbeit), Netzwerke, Personal („Beruf“ Pflege attraktiver) – z. B. Beratung von pflegenden Angehörigen

Fachtagung 2010: Gesundheit im Alter

„Small Talk“ nach den Workshops!



F. 3.4. Sucht und Alter

Suchtfrei im Alter: Ein Gewinn!

Problem

- ▲ ca. 400 000 Menschen über 60 Jahre haben Probleme mit Alkohol:
 - ★ das sind 2-3 % der Männer und 0,5-1 % der Frauen
 - ★ 26,9% der Männer über 60 Jahre und 7,7% der Frauen trinken risikoreich Alkohol
- ▲ ca. 2 Mio. Menschen (M:1.3 Mio.; F: 800.000) über 60 Jahre rauchen:
 - ★ das sind 16 % der Männer und 7 % der Frauen
- ▲ ca. 1,7 bis 2,8 Mio. Menschen über 60 Jahre weisen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln auf (8 % bis 13%)
- ▲ eine besondere Gruppe sind Altenheimbewohner in Behandlung mit Psychopharmaka:
 - ★ 30 % erhalten Medikation ohne dokumentierte Diagnose
 - ★ 40 % aufgrund unvollständiger ärztl. Anordnungen

Beratungs- und Behandlungsziele

- ▲ Erhaltung / Erlangung von Unabhängigkeit / Autonomie
- ▲ Selbstständigkeit und Selbstverantwortung
- ▲ körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
- ▲ Erhaltung / Erhöhung von Mobilität
- ▲ Verbesserung der Lösungskompetenz alltäglicher Aufgaben
- ▲ Fähigkeit zur Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
- ▲ soziale Teilhabe
- ▲ seelisches und körperliches Wohlbefinden

Forderungen

- ▲ wir benötigen aufmerksame, zugehende Arbeit:
 - + der Ärzte
 - + der Altenarbeit und -hilfe
 - + der Suchthilfe
- ▲ diese müssen intensiver kooperieren
- ▲ wir benötigen eine Umorientierung der Suchthilfe-Angebote zu einer altersspezifischen Beratung und Hilfe
- ▲ spezifische Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention
- ▲ Wirkungs- und Versorgungsforschung

Botschaften

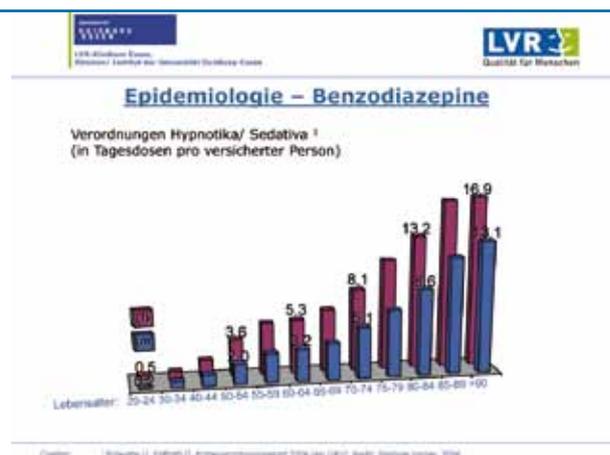
- ▲ suchtfrei im Alter ist ein Gewinn: gesundheitlich und sozial
- ▲ die Zielperspektiven sind Lebensqualität und Selbständigkeit
- ▲ die Beschäftigung mit dem Thema lohnt sich für Profis und Betroffene

In seinem Vortrag im Workshop präsentiert Prof. Dr. Norbert Scherbaum vom LVR Klinikum in Essen Ursachen, Folgen und Verbreitung abhängigen Verhaltens im hohen Lebensalter. Weiter informiert er über die Diagnostik und Therapie von Suchterkrankungen in diesem Lebensabschnitt. Im Verlauf der letzten Jahre ist die Zahl der älteren Suchtkranken gestiegen. Ursachen hierfür werden in der demografischen Entwicklung und der höheren Vertrautheit der „Baby Boomer“-Generation mit psychotropen Substanzen vermutet.



Der Alkoholmissbrauch wird entlang folgender Stadien eingeteilt. Nach der Abstinenz oder Enthaltsamkeit von Alkohol, folgen der risikoarme und riskante Konsum von Alkohol jeweils als eigene Phase. Mit dem schädlichen Gebrauch und weiter über den Alkoholmissbrauch kommt es schließlich zur Alkoholabhängigkeit. Folgende Übersicht ordnet den Kategorien noch einige informative Angaben zu Häufigkeit und Geschlechtsverteilung zu.

Nicht nur der Alkoholmissbrauch älterer Menschen ist im Bereich der Suchterkrankungen von Bedeutung sondern auch der Verbrauch und die Verordnung von Medikamenten, wie z. B. Schlafmitteln (Hypnotika). Diese fördern ebenfalls die substanzbezogene Abhängigkeit.



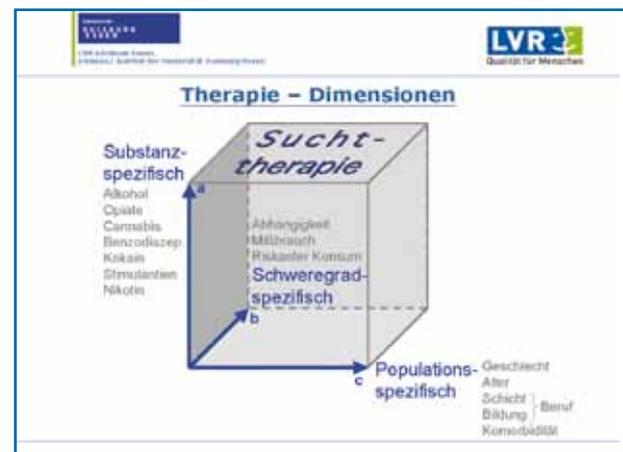
Prof. Norbert Scherbaum verdeutlicht den gestiegenen Konsum von Hypnotika anhand der nebenstehenden Grafik. Dargestellt wird die Zunahme der Verordnung von Benzodiazepinen in Tagesdosen pro versicherte Person in Abhängigkeit vom Lebensalter. Als Nebenwirkung ist u. a. eine erhöhte Suchtgefahr bekannt, so dass diese Medikamente nicht zur Langzeitanwendung geeignet sind.

Eine anerkannte Klassifikation für ältere Alkoholiker orientiert sich anhand des Zeitverlaufs des Trinkverhaltens („Early onset“- und „Late onset“-Trinker).



Den 21 Millionen Menschen über 60 Jahren stehen laut deutscher Suchthilfestatistik 2004 zu wenige Beratungs- (knapp 11.000) und Behandlungsangebote (ca. 15.000) gegenüber. Es besteht eine Behandlungslücke. Begleiterkrankungen von Suchterkrankungen sind neben Depressionen und Demenzen auch Tumore und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Therapie der Suchtmittelabhängigkeit erfolgt entlang dreier Dimensionen. Sie sind auf dem nächsten Folienauszug dargestellt.



Wissenschaftliche Studien zur Therapie suchterkrankter Älterer haben gezeigt, dass psychotherapeutische Behandlungen eine zweifach stärkere Besserung durch den Einsatz altersspezifischer Ansätze erreichen im Vergleich zum gewöhnlichen kognitiven psychotherapeutischen Vorgehen. Studien zur medikamentösen Therapie von Suchterkrankungen mit Naltrexon wiesen im Vergleich zur Einhaltung von Abstinenz/Enthaltsamkeit keine signifikant besseren Therapieerfolge auf. Es zeigte sich aber, dass Betroffene insgesamt unter Naltrexon weniger Alkohol konsumierten.

KOALA – Inhalt des Therapiemanuals I 1,2



12 Sitzungen á 90 Minuten, davon
6 Sitzungen mit alkoholspezifischen Inhalten zur
Motivation, Rückfallanalyse und -vermeidung

1 Aufbau von Veränderungsmotivation 1. Teil
2 Aufbau von Veränderungsmotivation 2. Teil
3 Kognitives Modell zur Rückfallentstehung
4 Umgang mit Risikosituationen
5 Suchtdruck
6 Notfallplan

Quellen: Lieb S, Rosen P, Bannai A, Scherbaum S. Alkoholbezogene Störungen im Alter. Psychotherapeut 2008; 53: 12-21.
Lieb S, Rosen P, COAG – Cognitive Remediation for Alcoholism Group in Age 60+ Therapies in 11 Sitzungen Essen, unveröffentlicht

Im Anschluss stellt Prof. Dr. Norbert Scherbaum ein speziell auf die Bedürfnisse älterer Suchtabhängiger zugeschnittenes psychotherapeutisches Interventionsprogramm vor. Das therapeutische Vorgehen nach KOALA beinhaltet altersspezifische, kognitive und verhaltensbezogene Aspekte. Der Therapieplan ist im Folgenden dargestellt.

KOALA – Inhalt des Therapiemanuals II 1,2



6 Sitzungen mit alters- und komorbiditäts-spezifischen Inhalten

7 Depressive Verstimmung Teil 1
8 Depressive Verstimmung Teil 2
9 Aufbau angenehmer Aktivitäten
10 Schlafstörungen
11 Schmerzen
12 Zusammenfassung

Quellen: Lieb S, Rosen P, Bannai A, Scherbaum S. Alkoholbezogene Störungen im Alter. Psychotherapeut 2008; 53: 12-21.
Lieb S, Rosen P, COAG – Cognitive Remediation for Alcoholism Group in Age 60+ Therapies in 11 Sitzungen Essen, unveröffentlicht

Zum Abschluss seines Referates fasst Prof. Dr. Norbert Scherbaum die Inhalte noch einmal zusammen. Wichtig ist ihm der Hinweis, dass es für eine Behandlung der Sucht nie zu spät ist.

Zusammenfassung

Ältere Suchtkranke unterscheiden sich in vielfach von Jüngeren.

„Suchtkriterien“ werden aus biologischen und psychosozialen Gründen häufig nicht erfüllt.

Alkohol ist im Alter toxischer.

Therapeutische Bedeutung komorbider psychischer Störungen.

Zwei Populationen von Betroffenen (EOA & LOA).

KOALA mit einem strukturierten Therapiekonzept (CBT).

Es ist NIE ZU SPÄT.

Übertragl: Lieb S, Rosen P, Bannai A, Scherbaum S. Alkoholbezogene Störungen im Alter. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 2008; 76: 73-85

Protokoll

Nach dem einleitenden Fachvortrag von Prof. Dr. Norbert Scherbaum wird in der anschließenden Diskussion deutlich, dass spezielle Therapien für ältere Suchtkranke wie z. B. die „Kognitive Verhaltenstherapie“ der Essener Universitätsklinik nicht flächendeckend, sondern nur punktuell angeboten werden (z. B. Fliedner Krankenhaus Ratingen). Die Frage einer hier evtl. vorliegenden Versorgungslücke kann aus Zeitgründen im Rahmen des Workshops nicht weiter diskutiert werden.

Dr. Hans-Jürgen Hallmann betont, dass die Betroffenen oft eine eingeschränkte Lebensperspektive und keine konkreten Ziele haben. Demnach wäre es wichtig, wohnortnahe Angebote zu schaffen. Allerdings stellt sich die Frage, wie die Betroffenen aktiviert werden können, diese Angebote auch anzunehmen. Aus Sicht einiger Teilnehmer / innen seien hier die Hausärzte gefragt, die ihre Patienten regelmäßig sehen und bei diesen ein hohes Vertrauen genießen. Insbesondere bei Menschen, die in Institutionen leben, würde sich ein Zugang über die betreuenden Hausärzte anbieten. Auch die Angehörigen sind wichtige Ansprechpartner. Allerdings sei die Vermittlung, z. B. in Selbsthilfegruppen, nicht so einfach, da die Betroffenen häufig ihren sozialen Umgang verlernt hätten.

Auf welchen unterschiedlichen Wegen Patienten die Suchtklinik der Essener Universität erreichen, beschreibt Prof. Dr. Norbert Scherbaum: Viele sind primär depressiv und haben dann zusätzlich noch Alkoholprobleme. Andere erreichen die Einrichtung über das „Schneeball“-Prinzip, d. h. sie kennen andere Betroffene, die das Gleiche erlebt haben. Ein weiterer Teil kommt aufgrund einer Krisensituation zur stationären Aufnahme. Diejenigen, die dem Hilfesystem über Jahre ferngeblieben sind, und sich dann nach dem Motto „Jetzt mach ich aber was“ überwinden, seien sehr selten. Allerdings ist es nie zu spät, auch im Alter macht es noch Sinn, eine entsprechende Therapie zu beginnen.

Auf ihre Unterstützungsangebote für Ältere angesprochen, berichtet der Vertreter einer Selbsthilfegruppe, dass in erster Linie versucht wird, die sozialen Kontakte der Betroffenen zu stärken. Die Angebote reichen von offenen Gesprächskreisen für Frauen bis hin zu Freizeitaktivitäten wie Wandergruppen und gemeinsamen Museumsbesuchen. Dadurch würden hilfreiche Gespräche unter den Betroffenen entstehen. Von anderer Seite wird angemerkt, dass ein Großteil der Mitglieder von Selbsthilfegruppen zwischen 50 und 60 Jahre alt sei. Spezielle Maßnahmen für Ältere müsse man gar nicht mehr anbieten, da die Gruppen bereits jetzt überwiegend aus Älteren bestehen.

Im Verlauf der weiteren Diskussion zeigt sich deutlich, dass die Lebensbedingungen im Alter eine große Rolle spielen. Der Kontakt und die Kommunikation mit Anderen seien sehr wichtig.

Dr. Hans-Jürgen Hallmann gibt folgende Fragen in die Runde:

- Wie können wir Suchterkrankungen bei Älteren verhindern?
- Welche Lebensbedingungen bieten wir in Mülheim an der Ruhr?
- Welche präventiven Möglichkeiten können wir anbieten?

Dem Hinweis, dass es verschiedene Präventions- und Beratungsangebote bereits gibt, diese aber leider nicht genutzt werden, wird entgegengehalten, dass man viel mehr auf die älteren Menschen zugehen müsse. Ein Vorschlag wäre, Patenschaften zu initiieren. Die Betroffenen müssten an die Hand genommen und aus der Isolation herausgeführt werden. Wenn Patenschaften aufgrund fehlender Finanzmittel nicht zu realisieren sind, könnte ggf. auf Ehrenamtliche zurückgegriffen werden. Das hieße aber, dass Ehrenamtliche hinreichend qualifiziert werden müssten, um aufsuchende Hilfen anbieten zu können. Dieser Vorschlag führt zu einer kontroversen Diskussion. Während einige Teilnehmer dem zustimmen, meinen andere, dass Ehrenamtliche mit dieser Aufgabe eindeutig überfordert wären. Ferner sei das Ehrenamt mittlerweile derart ausgeschöpft und könne nicht zur Lösung jedes „Problems“ herangezogen werden. Einigkeit besteht darin, dass ehrenamtliches Engagement nicht ausgenutzt werden darf, schließlich sollte jeder Ehrenamtler auch selber davon profitieren.

Die Frage, ob die ambulanten Pflegedienste einen besseren Zugang zu gefährdeten bzw. betroffenen und nicht an das Suchthilfesystem angebundenen Senioren haben, kann nicht abschließend geklärt werden. Es spricht einiges dafür, wie das Beispiel „Betreutes Wohnen“ zeigt, bei dem für jede Person ein Hilfeplan in enger Kooperation mit den Pflegediensten erstellt wird.

Ein weiterer Beitrag bezieht sich auf die Öffentlichkeitsarbeit, deren Stellenwert hoch eingeschätzt wird. Um das Problembewusstsein in der Bevölkerung zu stärken, müsse diese besser aufgeklärt werden. Evtl. ließe sich dadurch auch die Motivation von Betroffenen steigern, überhaupt Hilfe anzunehmen.

Dr. Hans-Jürgen Hallmann fasst zusammen, dass der Workshop das komplexe Thema „Sucht und Alter“ nur anreißen konnte, es hier und heute aber auch darum gehe, Lösungsvorschläge als Anregung für die Kommunale Gesundheitskonferenz zu entwickeln. Die von den Teilnehmern ausgefüllten Moderationskarten sind nachfolgend tabellarisch aufgelistet.

Fachtagung 2010: Gesundheit im Alter

Vorhandene Angebote	Wünsche
Alterswissen	Angebote für spezifische Suchtmittel, mehr Differenzierungen
Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, soziale Treffpunkte	Begegnungsmöglichkeiten mit Begleitung, Patenschaften
Betreute Wohngemeinschaften für suchtkranke alte Menschen	Bessere Vernetzung
Internetseite der Stadt Essen: www.essen.de/senioren , www.essen.de/sucht	Förderung von sozialen Netzwerken, z. B. Gesprächskreise, Bastelgruppen
Seniorenzentren, Beratungsstellen, aufsuchende Arbeit	Freizeitangebote der Selbsthilfe nutzen
Soziale Bindungen, Selbsthilfegruppen	Hausarzt als Multiplikator
Soziale Sicherheit	In Würde alt werden dürfen
	mehr Informationen
	mehr soziale Bindungen, Selbsthilfegruppen
	Möglichst qualifizierte ehrenamtliche Tätigkeit – auch kompensatorisch
	Nachbarschaftshilfe (aus Wohngegend) mit „Freiwilligen jeden Alters“ in NEUEN FORMEN (kurze Zeiten)
	Öffentlichkeitsarbeit gegen „Scham“-Krankheit Alkoholiker, Stadtteil-Beratungspunkte
	Selbstwirksamkeit
	„Soziale Absicherung im Alter“ für alle
	Spezif. Fortbildungen für Pflegepersonal etc.
	Zufriedenheit



Exkurs Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)

Die Gesundheitskonferenz der Kommunen des Bundeslandes NRW berät über gesundheitliche Fragestellungen, erarbeitet Empfehlungen und Handlungsvorschläge. Dabei wirkt sie auch bei der Gesundheitsberichterstattung auf Ebene der Kommune mit. Teilnehmer der Konferenz sind Vertreter aller an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Gruppierungen. Neben Mitgliedern von Ärzteverbänden, Krankenkassen und Pflegediensten sind auch Vorsitzende der Sportvereine und Mitglieder von Selbsthilfegruppen und dem Gesundheitsamt eingeladen.

Das Themenspektrum reicht allgemein von der Versorgung AIDS-Kranker bis zu Maßnahmen der Zahngesundheit. In Mülheim an der Ruhr gibt es verschiedene Arbeitskreise die Themenschwerpunkte im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz vertiefend beraten und Maßnahmenvorschläge erarbeiten.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr (KGK) 2000–2010 Gesetzliche Grundlagen, Gremien- und Arbeitsstruktur, Themen und Ergebnisse!

Vor dem Hintergrund einer gesundheitspolitischen Initiative des Landes NRW mit einem Modellprogramm zur Erprobung und späteren Einführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in allen Landesteilen im Rahmen der Neuregelung des Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst, richtete der Rat der Stadt Mülheim an der Ruhr im Jahr 2000 die Kommunale Gesundheitskonferenz Mülheim an der Ruhr ein.

Die vom Rat berufenen Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz vertreten und repräsentieren den Großteil der Institutionen und Gremien der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in der Stadt. Heute umfasst die KGK 29 Mitgliedsinstitutionen, die zweimal jährlich tagen.

Mit dabei sind die Gesundheits- und SozialpolitikerInnen aller Fraktionen, die LeiterInnen von Krankenkassen und Krankenhäusern, die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer, die Pflegeheime und die Pflegedienste, die Wohlfahrtsverbände, die Fachämter der Stadtverwaltung und die VertreterInnen der gesundheitlichen Selbsthilfegruppen.

Moderiert wird die Konferenz vom Sozial- und Gesundheitsdezernenten. Die Geschäftsstelle ist im Gesundheitsamt eingerichtet.

Eine Menge kommunaler Sachverstand ist in der KGK versammelt und das umfangreiche Fachwissen der AkteurInnen soll genutzt werden, um die gesundheitliche Versorgung für die BürgerInnen unserer Stadt zu verbessern.

Dass das notwendig ist, liegt unter anderem an veränderten Krankheitsbildern und der Zunahme chronischer Erkrankungen vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölke-

rung. Zugenommen hat auch die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung bei Jung und Alt, um Krankheiten vorzubeugen oder zumindest die Folgeschäden von Krankheiten zu reduzieren.

Um diese Ziele zu erreichen, richtet die KGK Facharbeitskreise wie z. B. zur Kinder- und Jugendgesundheit, Frauengesundheit, Gesundheitsberichterstattung, Herzgesundheit, zu Diabetes mellitus II und zur gerontopsychiatrischen Versorgung ein, die von der KGK beschlossene Themen bearbeiten, Handlungsempfehlungen vorgeschlagen und Projekte durchführen.

Zeit ist Leben

Begonnen wurde 2001 mit dem HEUH-Projekt (Herzinfarkt erkennen und richtig handeln). Es diente dazu, die BürgerInnen über die Anzeichen eines Herzinfarktes und die notwendigen Sofortmaßnahmen aufzuklären, denn nur die schnelle und rechtzeitige Behandlung rettet Leben und verhindert schwere Folgeschäden.

Das Projekt zur Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs fand große Resonanz bei den Frauen, die zahlreich die angebotenen Veranstaltungen besuchten. Mit der Einrichtung der Brustkrebszentren und dem flächendeckenden Mammografiescreening konnte die Versorgung der Frauen bis heute deutlich verbessert werden.

Derzeit aktuelles Thema bei der Frauengesundheit ist die – häusliche Gewalt. Ein engagierter und aktiver Arbeitskreis beschäftigt sich mit dem Schutz und den Hilfen für die betroffenen Frauen und Kinder.

Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr

Besonders die Kinder und Jugendlichen stehen im Mittelpunkt der Arbeit des Arbeitskreises Kinder- und Jugendgesundheit der KGK. Ein Wegweiser zur Kinder- und Jugendgesundheit wurde erstellt. Hier hat auch das FÜCHSE Projekt (Früherkennen: Chancen spielerisch erfassen) seinen Ursprung. Ziel des Projektes ist es, bei den 3 ½ bis 4 ½ jährigen Kindern in den Kindertagesstätten Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen, um rechtzeitig vorbeugen oder notwendige therapeutische Maßnahmen sofort einleiten zu können. Die hohe Beteiligung der Kindertagesstätten und die hohe Akzeptanz des Projektes bei den Eltern zeigen die Notwendigkeit dieser aufsuchenden Arbeit in den KITAS.

Die Beobachtungen und Ergebnisse aus dem FÜCHSE Projekt und den Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes zeigten sehr schnell die Fehlentwicklungen bei den Kindern. Zu wenig Bewegung, eine schlechte Ernährung und keine ausreichende Entspannung führen zu krankhaftem Übergewicht und Bewegungsdefiziten in der Kindheit, die sich bereits sehr früh im Jugend- und Erwachsenenalter auswirken und dort erhebliche gesundheitliche Probleme und Krankheiten nach sich ziehen.

Die von der KGK mit unterstützten und vom Gesundheitsamt durchgeführten Projekte MECKIE und PRIMA LEBEN fördern die Bewegung, die gesunde Ernährung und Entspannung der Kinder in den Kindertagesstätten und beziehen das Fachpersonal und die Eltern dabei eng mit ein.

Daten für Taten

Der Arbeitskreis Gesundheitsberichterstattung hat mehrere Berichte zur gesundheitlichen Lage der Bürger und Bürgerinnen, zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe und zur Erfassung des Notfallgeschehens in Mülheim an der Ruhr fertig gestellt und der KGK und dem Sozial- und Gesundheitsausschuss vorgestellt. „Daten für Taten“ sind eine Grundvoraussetzung für eine zielgerichtete, effektive und nachhaltige Gesundheitsplanung. Aktuell.

Gesundheit im Alter

Zuletzt bearbeitet wurden die Themen Diabetes mellitus II. Der Arbeitskreis stellte ein Schulungsprogramm für die MitarbeiterInnen in den stationären und ambulanten Pflege- und Senioreneinrichtungen auf die Beine.

Der Arbeitskreis zur gerontopsychiatrischen Versorgung erstellte einen online-Wegweiser und schlug der KGK in seinem Abschlussbericht eine Reihe von Maßnahmen zur besseren Versorgung der Patient/innen und die Einrichtung eines strukturierten Angebotes zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen vor.

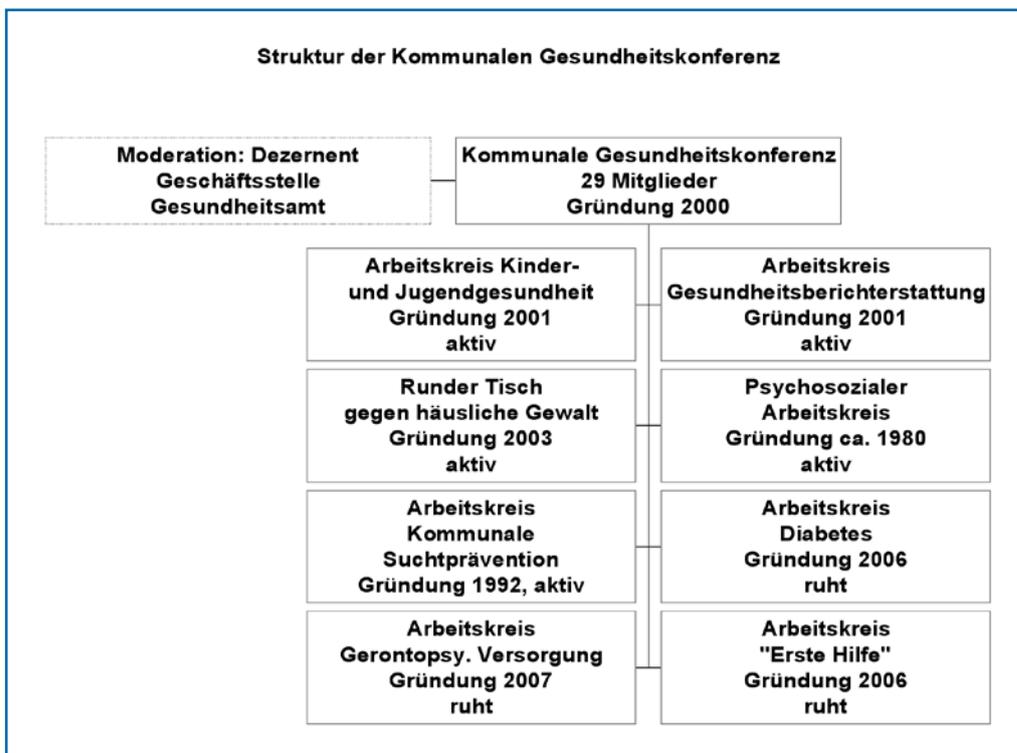
Fachtagung

Am 24.03.2010 veranstaltete die KGK eine Fachtagung zum Thema „Gesundheit im Alter“ in der Stadthalle Mülheim an der Ruhr. Die ca. 130 Teilnehmer/innen arbeiteten in vier Workshops an den Themen:

- Prävention durch Gesundheit und Sport
- Integrierte Versorgung
- Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?
- Sucht und Alter

Die Auswertung der Tagungsergebnisse und der vorgeschlagenen Maßnahmen läuft zur Zeit.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Mülheim an der Ruhr ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommt, indem sie interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung gemeinsam berät und bei Bedarf Empfehlungen abgibt. Durch die o. g. Aktivitäten und Projekte, deren Umsetzung von allen Mitgliedern der KGK mit großem Engagement unterstützt wird, konnte bisher ein wesentlicher Beitrag für die Gesundheit der Mülheimer Bürger/innen geleistet werden.



Exkurs 17. Entschließung der Landesgesundheitskonferenz NRW

Weiter hat sich die 17. Entschließung der Landesgesundheitskonferenz (kurz LGK) NRW ausgiebig mit dem Thema „Gesundheit im Alter – Neue Wege in der Versorgung“ befasst. Diese bezieht sich unter anderem auch auf Ergebnisse und Handlungsempfehlungen des Monitoring zur 16. LGK. Das Thema lautet hier: „Gesundheit im Alter – Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“.

Die Vorschläge sind verschiedenen Handlungsfeldern zugeordnet. Zusammengefasst benennen die Autoren beider Berichte (MAGS NRW, 2008) nacheinander:

Allgemeine Eckpunkte

Zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Senioren sind folgende Voraussetzungen zu beachten. Zum einen gelten Prinzipien wie Wohnortnähe und Bürgerorientierung. Weiter Beachtung ist den regionalen Besonderheiten zu schenken. Diese zu identifizieren und die Kooperationen bereits bestehender Gruppierungen zu stärken und auszubauen ist elementares Ziel aller Interventionen.

Gesundheit im Alter ist hauptsächlich auf den eigenverantwortlich und selbst bestimmt Umgang der Betroffenen mit sich und ihrer Erkrankung gerichtet.

Damit dies möglich ist, sind ausreichend Präventionsangebote und Gesundheitsförderung zu implementieren. Auch der Beratungsbedarf ist zur weiteren Unterstützung des oben formulierten Ziels zu stillen. Dabei ist es besonders bedeutsam, die Heterogenität der Adressaten zu beachten.

Als ein grundlegendes Instrument zur Bedarfserkennung dient die Gesundheitsberichterstattung. Deren Ergebnisse zeigen Handlungsbedarf und -schwerpunkte z. B. im Bereich der Prävention bestimmter Krankheitsbilder aber auch an Angeboten wohnortnaher Versorgung auf.

Konkrete Maßnahmen

- **Handlungsfeld Prävention / Gesundheitsförderung**

In diesem Bereich, um einige Beispiele zu nennen, fallen Angebote zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen, die Implementierung von Pflegeberatung, das Erstellen von Qualitätsstandards im Pflegebereich und die Installation von Versorgungsketten bei dementiellen Erkrankungen.

- **Handlungsfeld Versorgungsformen / Bedarfslagen**

Eine Kooperation von Pflegekonferenz und Kommunaler Gesundheitskonferenz wird von den Verfassern empfohlen. Weiter wird die Deckung des Bedarfs an gerontopsy-

chiatrischen Zentren und die Einführung von Patientenüberleitungssystemen angestrebt. Die wohnortnahe Versorgung im ärztlichen, pflegerischen und psychotherapeutischen Bereich wird zukünftig erweitert.

Auch die Krankenhausbedarfsplanung wird den Erfordernissen der ansteigenden Zahl älterer Erkrankter angepasst. Zudem wird die in diesem Handlungsfeld angesiedelte Versorgungsforschung erweitert, um künftig Synergien besser zu nutzen.

Neben den bis hier aufgelisteten Punkten ist die ehrenamtliche Hospizbewegung ins Versorgungssystem einzubinden.

- **Handlungsfeld Bildung der Gesundheitsberufe**

Im Bereich der Aus-/Weiterbildung des medizinischen Fachpersonals wird besonderer Schwerpunkt auf die Vermittlung speziellen Fachwissens zur Versorgung älterer Nachfrager gelegt.

- **Handlungsfeld öffentlicher Gesundheitsdienst**

In diesem Feld gilt es den Aufbau einer gestaltungsorientierten Gesundheitsberichterstattung mit dem Schwerpunkt Alter und Gesundheit zu forcieren. Weiter besteht Notwendigkeit spezielle Informationsbroschüren zu publizieren, darunter wird auch die Einrichtung von Internetportalen zu altersbedingten Krankheitsbildern gefasst.

Grundlage der politischen Handlung ist Datengewinnung und -auswertung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Die Bildung eines Indikatoren-pools zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation alter Menschen auf kleinräumiger Ebene befindet sich in der Realisierungsphase.

- **Handlungsfeld Kommune**

Die Autoren der Berichte empfehlen die Nutzung von Good Practice-Beispielen als Vorbild und Anreiz geplanter Interventionen. Weiter ist auf kommunaler Ebene der flächendeckende Aufbau von Netzwerken zu unterstützen.

Auch wird als Ziel genannt, den Anteil der sich eigenständig versorgenden betagten Menschen auszuweiten. Hierzu ist es sinnvoll, die altersgerechte Stadtentwicklung voranzutreiben. Darunter fällt unter anderem die Etablierung präventiver Hausbesuche, um Hilfsbedarf frühzeitig zu erkennen. Auch die Installation einer betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützt ältere Arbeitnehmer darin, möglichst lange ihre aktive gesellschaftliche Teilhabe zu erhalten.

Exkurs Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Ideen und Visionen der WHO, dem weltweit obersten Gremium des öffentlichen Gesundheitsdienstes, finden sich bei der Ausformulierung von bundesweit gültigen Gesundheitszielen wieder. Im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland wird zurzeit auf Bundesebene das nationale Gesundheitsziel „Gesund Älter werden“ inhaltlich erarbeitet (GVG, 2009).

Diese Umsetzung folgt Forderungen aus Fachkreisen. So wird u.a. von den Autoren des Arbeitspapiers Gesundheitsförderung im Alter das Erstellen eines nationalen Gesundheitsziels für Senioren empfohlen.

Ergebnisse, erste Erfahrungen und Empfehlungen aus dem Bundesland NRW im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von älteren Mitbürgern tragen zur inhaltlichen Gestaltung dieses Zieles wesentlich bei.

In Deutschland verfügen momentan nur die Bundesländer Sachsen und Nordrhein-Westfalen über strukturierte Prozesse im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung zwischen Landesebene und kommunalen Bereichen.

Während auf Bundesebene an der Formulierung des Gesundheitszieles „Gesund Älter werden“ gearbeitet wird, hat das Land Nordrhein-Westfalen erste konkrete Handlungsempfehlungen auf seiner Landesgesundheitskonferenz erarbeitet.

Im Bereich der Sturzprophylaxe beispielsweise ist mit der Einführung des Landesbutton „Sturzpräventive Einrichtung NRW“ eine Umsetzung vor Ort erreicht. Der Button wird an Altenpflegeeinrichtungen vergeben, die sich von unabhängigen Experten ihre präventiven Umsetzungen im Bereich der Sturzprophylaxe bestätigen lassen.

Konkret fallen hierunter der Abbau von Stolperfallen, die Kontrolle der Medikamenteneinnahme, eine optimierte Anpassung von Sehhilfen und die Durchführung eines Kraft- und Balance-trainings (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, kurz MAGS NRW, 2008).

2.3. Einteilung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen

Nachdem das Agenda Setting mit der Fachtagung gelungen ist, da die Probleme, die im Zuge des demografischen Wandels erwartet werden, auf die politische Tagesordnung im kommunalen Bereich der Stadt Mülheim an der Ruhr gesetzt wurden, gilt es nun für den weiteren Prozessverlauf, die gesammelten Handlungsvorschläge zu bearbeiten.

Am Ende der jeweiligen Diskussionen und Referate in den einzelnen Workshops wurden, wie bereits berichtet, die Teilnehmer gebeten, Anregungen, Wünsche, Kritik und mögliche Handlungsempfehlungen in zwei kontrastierenden Feldern auf Karteikarten zusammenzutragen. Dazu wurden verschiedenfarbige Karten (grün und rosa) verteilt, deren Zuordnung je nach Workshop variierte. Es gab die Paarung „vorhandene Angebote“ / „Wünsche“ oder „Bedarf“ / „Bestand“ und ähnliches. Zuerst werden nun die erfassten Teilnehmerbeiträge in Kommentare, Anregungen, Kritikpunkte als eine Gruppe und Handlungsempfehlungen als weitere Gruppierung eingeteilt. Daran anschließend erfolgt eine Kategorisierung der Handlungsvorschläge in mögliche Interventionsformen nach dem Einflusschema von Matthies (2005). Es werden aus dem Schema drei mögliche Kategorien von Interventionsbereichen abgeleitet. Diese sind Wissensvermittlung, Motivationssteigerung und Strukturveränderungen zur Minimierung von Verhaltenskosten. Der letzte Punkt ist den Oberpunkten Evaluation und Motivation (unter sonstige Motive, Minimierung von Verhaltenskosten) des Einflusschemas zugeordnet. Weitere Erläuterungen und theoretische Hinweise dazu erfolgen beim Gliederungspunkt 2.3.2.

2.3.1. Einteilung der abschließenden Vorschläge

Die von den Teilnehmern auf Karteikarten schriftlich fixierten Anregungen und Handlungsempfehlungen wurden zum Ende der Tagung auf Stellwänden im Plenum ausgestellt und so allen Besuchern zugänglich gemacht.

Im Rahmen der Tagungsdokumentation werden diese Empfehlungen nun systematisch kategorisiert. Im ersten Durchlauf werden die Anregungen in Kommentare, Bewertungen, Kritikpunkte zum einen und Handlungsempfehlungen zum anderen eingeteilt.

Dazu werden, je nach Themengebiet, die tabellarisch aufgelisteten Bemerkungen hier im Dokument getrennt farbig markiert.

Grün unterlegt sind (1) Handlungsanstöße, nicht farbig markierte Felder enthalten (2) Anmerkungen, Bewertungen oder Kritik und bieten keine Grundlage politischer Maßnahmenplanung, wie sie im Rahmen der Tagung abgefragt wurde. Schriftliche Vorschläge, die eine Zustandsbeschreibung liefern, in dem sie als Antwort auf die allgemein formulierte Frage „Wie ist der Zustand, die aktuelle Lage u. a.?“ geben, fallen unter den zweiten, nicht

farbig hinterlegten Kategoriepunkt. Handlungsempfehlungen geben hingegen Antwort auf die Frage „Was ist zu tun?“ oder „Was ist gewünscht/ von Nöten?“ und sind farbig, grün, markiert.

Die farbig markierten Handlungsempfehlungen werden nummeriert und anschließend zur Erleichterung der weiteren Systematisierungsschritte zusammengefasst. Am Ende dieses Bearbeitungsabschnittes stehen dann die Handlungsanregungen, die im Weiteren (Gliederungspunkt 2.5.2.) mittels des Einflusschemas (Matthies, 2005) nach Interventionstypen eingeteilt werden.

2.3.1.1. Einteilung der Beiträge zum Thema „Prävention durch Bewegung und Sport“

Moderations-Kärtchen Workshop 1: Prävention durch Bewegung und Sport

Bedarf (rosa)	Bestand (grün)
Ansprechpartner der Krankenkassen vor Ort (1)	Seniorenwegweiser enthält komplexe Infos
Sportgutscheine für Ältere: – 1 Jahr beitragsfrei oder – reduzierte Beiträge auf Dauer f. sozial Schwache (2)	Es gibt zahlreiche Angebote in Sportvereinen
Bewegungsprogramme in Pflegeeinrichtungen (3)	Angebote in Familienbildungsstätten
Stadtteilbezogene Angebote für Senioren (4)	Broschüre Landessportbund „Überwinde deinen inneren Schweinehund“
Fahrservice für ältere Menschen zum Sport (5)	Angebote in Begegnungsstätten vernetzen (14)
Vernetzung von Ressourcen der Vereine (6)	Begegnungsstätten könnten bei Sportvereinen anfragen (15)
Bäder erhalten! (7)	Trimm-dich-Pfade für Ältere
Vernetzung der Angebote aller Institutionen (8)	
Probestunden in Vereinen für Senioren (9)	
Infos bündeln, Broschüre erstellen – an Ärzte und Apotheken (10)	
Dezentrale Angebote (11)	
Mehr machen als sagen! (12)	
Erhalt von Möglichkeiten zur Bewegung außerhalb von Sportvereinen (13)	

Abbildung 5: Einteilung Moderationskärtchen „Prävention durch Bewegung und Sport“

Die nach Durchsicht der Tabelle herausgearbeiteten 15 Handlungsempfehlungen im Bereich „Prävention durch Bewegung und Sport“ teilen sich wie folgt auf die Oberpunkte „Inhaltlich klärungsbedürftig / unklar“, „Unspezifisch“, „Vernetzung / Kooperation / Kommunikation“, „Informations- und Wissenstransfer“ sowie „Angebotsstruktur“:

Inhaltlich klärungsbedürftig / unklar: (12)

Unspezifisch: keine

Vernetzung / Kooperation / Kommunikation: (6), (8), (14), (15)

Informations- und Wissenstransfer: (1), (10)

Angebotsstruktur: (2), (3), (4), (5), (7), (9), (11), (13).

Die Punkte „Informations- / Wissenstransfer“ und „Vernetzung / Kooperation / Kommunikation“ unterscheiden sich in Art und Weise der kommunizierten Inhalte. Beim ersten liegt der Schwerpunkt auf der Weitergabe von Wissen. Dies kann auch rein schriftlich z. B. in Form von Faltblättern erfolgen. Beim Oberpunkt Vernetzung / Kooperation / Kommunikation liegt der Schwerpunkt auf der Beziehungsebene, dabei kann diese aber auch zur Wissensvermittlung (beispielsweise Erfahrungswissen, subjektive Erlebnisse, Fachwissen) verwendet werden.

2.3.1.2. Einteilung der Beiträge zum Thema „Integrierte Versorgung in Pflegeheimen“

Probleme (gelb)	Chancen (blau)
Sinkende Lebensqualität bei Pflege zu Hause (Isolation)	Evaluation – Ergebnisse aus bereits laufenden Projekten einbeziehen (3)
freie Arztwahl	stetige Erhöhung des faktischen Problemdrucks wird zu Lösungen zwingen
Fachärzte	Zielformulierungen die terminiert und überprüfbar sind. (4)
1. Es ist nie zu spät sich zu ändern. 2. Heilt die Seele der Kranken (1) 3. Jeder Arzt hat auch einen Eid abgelegt, den muss er einhalten.	Lenkungsgruppe (KGK) bilden, die weitere Planung macht. (5)
win win-Situation für alle?	Dok-Net als Chance wahrnehmen! (6)
Unzureichende Finanzierung des Systems angesichts der demographischen Entwicklung	Öffentlich berichten über Erfolge und Hindernisse (7)
Vergütung der Ärzte (2)	die Facharzt-Versorgung ist dadurch ok
Wer bildet das Netzwerk?	Informationen verbessern (8)
klar vereinbarte Absprachen (Vertrag)	Heimpflege – Ausweitung der Pflegeplätze mit sozial zufrieden stellender Betreuung (9)
Kontrolle der Absprachen – durch wen?	Ärztl. Untersuchungsraum + EDV-Arbeitsplatz im Altenheim (10)
	bessere Kommunikation im Netzwerk (EDV) (11)
	bessere Kommunikation zwischen Arzt – Apo – Heim – KH – Kostenersparnis durch Verringerung der KH-Einweisung (könnte Ärzten z. T. zukommen) (12)
	Sicherheit + f. Patienten (13)
	Kurze Info-Wege
	kurze Wege
	Bewohner-Gremien einbinden (14)
	Nutzen für Patienten (Heimbewohner) Verringerung der KH-Einweisungen

Abbildung 6: Einteilung Moderationskärtchen „Integrierte Versorgung in Pflegeheimen“

Die zum Themenbereich „Integrierte Versorgung in Pflegeheimen“ 14 festgehaltenen Vorschläge zur Maßnahmenplanung teilen sich wie folgt auf die bereits im vorangehenden Gliederungspunkt erarbeiteten Oberpunkte:

Inhaltlich klärungsbedürftig / unklar: (2), (6), (13)

unspezifisch: (1)

Vernetzung / Kooperation / Kommunikation: (5), (11), (12), (14)

Informations- / Wissenstransfer: (4), (3), (7), (8),

Angebotsstruktur: (9), (10).

2.3.1.3. Einteilung der Beiträge zum Thema „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?“

Moderations-Kärtchen Workshop 3: Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?

Vorhanden (grün)	Wünsche (rosa)
MH-Selbsthilfegruppe	Es gibt viele: – Akteure; aber leider sehr wenige verbindliche Absprachen hinsichtlich der Verantwortlichkeit – sehr wenig aufsuchende Hilfen (2)
Ansätze einer entspr. Finanzierung (z. B. niederschwellige Angebote, Tagespflege) – Pflegestützpunkte besetzt von Kassen + Kommune	Fortbildungen weiter ausbauen, sowohl für Angehörige als auch für Profis (3)
Demenzstationen in den Seniorenheimen	umfassende gerontopsych. Versorgung, besonders für Alleinlebende! (4)
Selbsthilfe-Netzwerk	Angebote für Angehörige öffentlicher machen, Fachärzte benennen, mehr Aufklärung Krankheitsbild um Ängste zu reduzieren (5)
Genügend Angebote zur Pflegeübernahme (Dienste)	intensiver Austausch von Selbsthilfegruppen (6)
Netzwerk – Demenz Gerontopsychiatr. Arbeitskreis	mehr niederschwellige Angebote (7)
gute Beratungsstellen + Netzwerke	mehr „Nachbarschaft“, Offenheit, Treffpunkte / Cafés zur Kommunikation, mehr Selbstverständlichkeit / Verständnis um „Hilfe“ anzunehmen (8)
schon etwas bessere Kommunikationsfelder	Ansprechpartner / Fachärzte in MH benennen (9)
Bemühungen aller Beteiligten Fortbildungen	frühzeitige inhaltliche Beratung pflegender Angehöriger, reflektiertes Verhalten bei der Übernahme von pflegerischer Verantwortung (10)
Demenz ist „salonfähig“ – sehr gut!	Demenzberatung für Zuwanderer, Beratungsstellen dahin ausbilden (11)
Ambulante Dienste	Beratung der Pflegenden vor Ort (12)
vielfältige Angebote im Bereich der Altenhilfe	Wissen + Informationsaustausch – WER macht WAS WO? WIE + WO finde ich Hilfe? (Angebote oft vorhanden, nur nicht bekannt) (13)

Alzheimer Gesellschaft e. V. Mülheim bitte publizieren und unterstützen!	Informationen besser koordinieren (14)
Beratungsangebote	Aufklärung für pflegende Angehörige (15)
Netzwerke	bezahlbare Pflegeplätze, mehr Nachbarschaftshilfe und Offenheit (16)
viele Menschen, die sich mit dem Thema auseinandersetzen – und Kräfte bündeln wollen	mehr Tagespflegeplätze, Kurzzeitpflegeplätze (17)
niederschwellige Angebote (Betreuungsleistungen)	finanzierbare Pflegeheimplätze (18)
Die Angebote die vorhanden sind sollten besser genutzt werden. (1a) Die Institutionen die vorhanden sind besser bekannt machen. (1b)	Pflegende früh entlasten (19)
Es gibt eigentlich viele Angebote!	Tagespflegeplätze und Kurzzeitpflegeplätze (20)
Beratungsstellen sind vorhanden (Pflegestütz- punkt, Seniorenberatung, Selbsthilfegruppen usw.)	fehlende Vernetzung der vorhandenen Angebote – abgestimmt auf den individuellen Fall
Netzwerk Demenz – Selbsthilfegruppen – Vorhandene Demenzstationen – Wohngruppen Dementer	„Netzwerk“ besser verbinden und entspr. Darstellen / anbieten (21)
Zusatz-Betreuung für Demenzerkrankte die 0-Pflegestufe	Netzwerke für pflegende Angehörige (22)
	Ein regionales Netzwerk Demenz in dem ein reger Austausch stattfindet. (23)
	Netzwerke der „Akteure“ (24)
	1. Verbesserung der Einstufungen bei Pflege. 2. Pflegende sollen von Krankenkassen besser betreut werden und bei Vollzeitpflege mindes- tens 2 Wochen Urlaub. (25)
	Mehr Aufklärung, Beratung (Öffentlichkeitsarbeit), (26a) Netzwerke, Personal („Beruf“ Pflege attraktiver) – z. B. Beratung von pflegenden Angehörigen (26b)

Abbildung 7: Einteilung Moderationskärtchen „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?“

Aus allen schriftlich aufgezeichneten Beiträgen im Workshop „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?“ wurden 28 Handlungsempfehlungen differenziert. Sie verteilen sich wie folgt auf die bereits erläuterten Oberpunkte:

Inhaltlich klärungsbedürftig / unklar: keine

Unspezifisch: keine

Vernetzung / Kooperation / Kommunikation: (6), (8), (21), (22), (23), (24), (26 b),

Informations- / Wissenstransfer: (1b), (3), (5), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (26a),

Angebotsstruktur: (1a), (2), (4), (7), (16), (17), (18), (19), (20), (25).

2.3.1.4. Einteilung der Beiträge zum Thema „Sucht und Alter“

Vorhandene Angebote	Wünsche
Alterswissen	Angebote für spezifische Suchtmittel, mehr Differenzierungen (1)
Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, soziale Treffpunkte	Begegnungsmöglichkeiten mit Begleitung, Patenschaften (2)
Betreute Wohngemeinschaften für suchtkranke alte Menschen	Bessere Vernetzung (3)
Internetseite der Stadt Essen: www.essen.de/senioren , www.essen.de/sucht	Förderung von sozialen Netzwerken, z. B. Gesprächskreise, Bastelgruppen (4)
Seniorenzentren, Beratungsstellen, aufsuchende Arbeit	Freizeitangebote der Selbsthilfe nutzen (5)
Soziale Bindungen, Selbsthilfegruppen	Hausarzt als Multiplikator (6)
Soziale Sicherheit	In Würde alt werden dürfen (7)
	mehr Informationen (8)
	mehr soziale Bindungen, Selbsthilfegruppen (9)
	Möglichst qualifizierte ehrenamtliche Tätigkeit – auch kompensatorisch (10)
	Nachbarschaftshilfe (aus Wohngegend) mit „Freiwilligen jeden Alters“ in NEUEN FORMEN (kurze Zeiten) (11)
	Öffentlichkeitsarbeit gegen „Scham“-Krankheit Alkoholiker, Stadtteil-Beratungspunkte (12)
	Selbstwirksamkeit (13)
	„Soziale Absicherung im Alter“ für alle (14)
	Spezifische Fortbildungen für Pflegepersonal etc. (15)
	Zufriedenheit (16)

Abbildung 8: Einteilung Moderationskärtchen „Sucht und Alter“

Nach Durchsicht aller tabellarisch gefassten schriftlichen Inhalte der Karteikarten können im Themenbereich „Sucht und Alter“ 16 Handlungsanregungen festgehalten werden. Diese verteilen sich folgendermaßen auf die im Vorfeld erläuterten Oberpunkte:

Inhaltlich klärungsbedürftig / unklar: (13),

Unspezifisch: (7), (14), (16),

Vernetzung / Kooperation / Kommunikation: (2), (3), (4), (5), (9), (10), (11),

Informations- / Wissenstransfer: (6), (8), (12), (15),

Angebotsstruktur: (1).

2.3.1.5. Zusammenstellung der Ergebnisse

Nach der ersten Einteilung aller Handlungsvorschläge konnten nach Themengebiet und zusammenfassenden Oberpunkten mengenmäßig folgende Handlungsmaßnahmen identifiziert werden:

	Bewegung und Sport	Integrierte Versorgung	Hilfe für die Helfenden	Sucht und Alter
Vernetzung / Kooperation / Kommunikation	4	4	7	7
Informations- / Wissenstransfer	2	4	11	4
Angebotsstruktur	8	2	10	1
Zwischensumme	14	10	28	12
Inhaltlich klärungsbedürftig / unklar	1	3	keine	1
Unspezifisch	keine	1	keine	3
insgesamt	15	14	28	16

Abbildung 9: Zusammenfassung Einteilung Handlungsanregungen

Die Tabelle zeigt, dass die meisten Handlungsempfehlungen im Workshop „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden“ gesammelt wurden. Die vorgeschlagenen Maßnahmen verteilen sich nach Workshop und Oberpunkten wie folgt:

Für den Bereich „Prävention durch Bewegung und Sport“ fallen die meisten Empfehlungen unter den Bereich „Angebotsstruktur“. Zu den Themen „Integrierte Versorgung in Pflegeheimen“ und „Sucht und Alter“ wurden gehäuft Empfehlungen zu Vernetzung sowie Informationstransfer abgegeben. Dem hingegen haben die Teilnehmer des Workshops „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?“ vorrangig Maßnahmen genannt, die den Oberpunkten „Informations- / Wissenstransfer“ und „Angebotsstruktur“ zugeordnet wurden.

Im nächsten Gliederungspunkt werden die zu den Oberpunkten „Vernetzung / Kooperation / Kommunikation“, „Informations- / Wissenstransfer“ und „Angebotsstruktur“ gesammelten Empfehlungen, zur Veränderung des Problemdrucks aller vier Workshopthemen, weiter in Interventionstypen nach dem Einflusschema von Matthies (2005) kategorisiert.

Exkurs Einflusschema Matthies (2005)

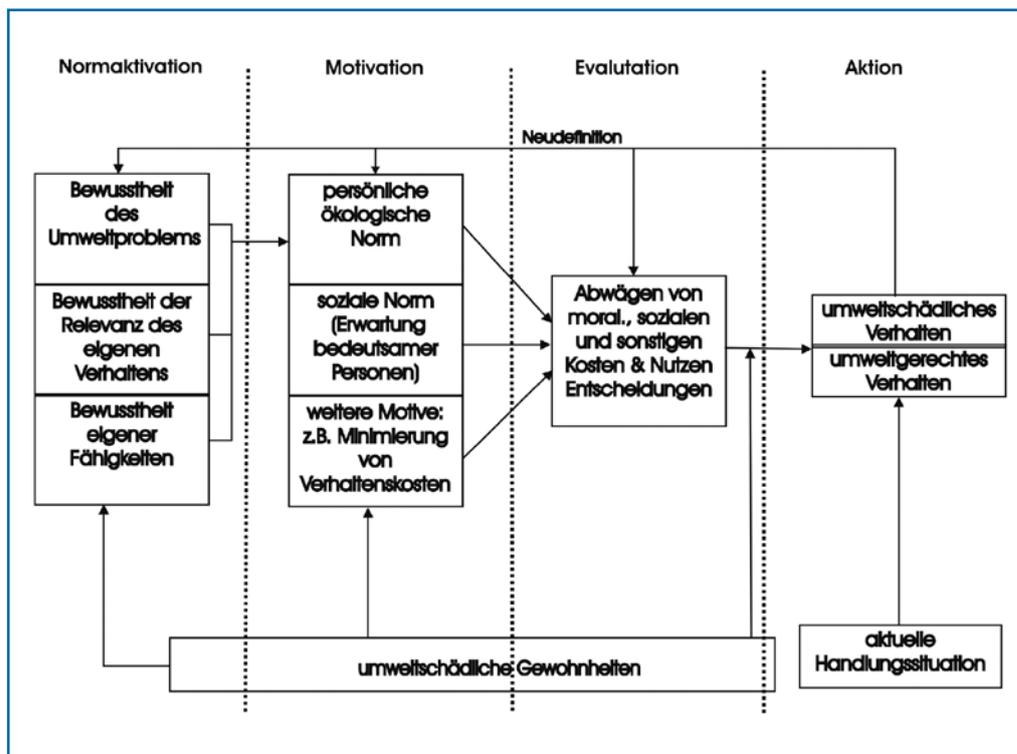


Abbildung 10: Einflusschema nach Matthies (2005)

Das 2005 von Matthies publizierte Einflusschema wird gewählt, da deren Vorläufer (Hun-ecke, 2001) und das Schema selbst bereits zur Ableitung konsensorientierter Empfehlungen für umweltpolitische Maßnahmen herangezogen wurden. Es ist laut der Autorin (Matthies, 2005) eine Handreichung für Praktiker, um geeignete Maßnahmen für notwendige Veränderungen zu erarbeiten. Weiter kann das Schema m. E. auch zur Kategorisierung gesammelter Handlungsempfehlungen unter die Oberpunkte Normaktivierung, Motivation und Evaluation verwendet werden.

Diese beschreiben neben den Stufen der Verhaltensgenerierung auch verschiedene Ansatzpunkte für Interventionen.

Zum theoretischen Hintergrund des Modells wird noch auf folgende Aspekte verwiesen. Das Schema ist psychologisch orientiert und strukturiert Interventionen entlang verschiedener

Stufen der Verhaltenszeugung. Zusätzlich wird hier habitualisiertes Verhalten zur Verhaltensvorhersage mit eingebunden. Dem Modell liegt das Norm-Aktivations-Modell von Schwartz und Howard (1981) zugrunde. Dieses wurde um die Komponenten der Kontrolle aus der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991) und Gewohnheiten (Klößner, 2005) erweitert. Das zentrale, verhaltenssteuernde Motiv ist bei Schwartz und Howard (1981) die persönliche Norm. Im Einflusschema von Matthies (2005) ist es konkret das verinnerlichte Motiv im Sinne des Umweltschutzes zu handeln. Eine Verhaltensintention entsteht über die drei abfolgenden Schritte Aufmerksamkeit, Motivation, antizipatorische Evaluation und führt im vierten Schritt nach Abwägung möglicher Vor- und Nachteile zur Aktivierung des Verhaltens im Sinne der persönlichen Norm oder zur Blockierung des Verhaltens. Bei Verhaltensabwehr erfolgt eine Neubewertung der Situation, um die entstandene kognitive Dissonanz bezüglich der eigenen Verantwortung zu mindern (Matthies, 2005). Dies gilt es bei der Planung der Intervention zu beachten. Wichtig für den Erfolg sind hier deshalb Kenntnisse über in der Zielgruppe vorhandene Normen und die Möglichkeit, das Verhalten auch umsetzen zu können. Das Einfügen von Gewohnheiten zur Erklärung der Verhaltensentstehung zeigt, dass bei habitualisiertem Verhalten keine Normaktivierung im Sinne des ursprünglichen Modells von Howard und Schwartz (1981) erfolgt (Klößner, 2005). Die Hinweisreize der Aufmerksamkeitsphase aktivieren dann direkt Gewohnheiten und eignen sich nicht zur Problemwahrnehmung (Klößner, 2005). Andererseits verweist Klößner (2005) darauf, dass Studien einen Einfluss der sozialen Norm auf die Ausbildung von alltäglichem, gewohnheitsmäßigem Verhalten belegt haben. So können gerade Interventionsmaßnahmen im Kinder- und Jugendbereich über soziale Motive zur Ausbildung einer Habitualisierung im Sinne einer umweltschonenderen Verkehrsmittelwahl führen. Weiter haben Gewohnheiten niedrigere Verhaltenskosten und beeinflussen so die Verhaltensentscheidung (Matthies, 2005). Am Punkt sonstige Motive lassen sich Interventionsmaßnahmen anbinden, die an situativen Faktoren ansetzen (Matthies, 2005). Im Sinne des Modells werden wissenszentrierte Techniken im ersten Schritt zur Normaktivierung eingesetzt. Interventionen, die normzentriert arbeiten, passen zur Motivationsphase. Konkurrierende Motive lassen sich vor Implementierung der Maßnahmen abbilden und fördern dadurch den Einsatz geeigneter Techniken für den jeweiligen Anwendungsbereich (Matthies, 2005).

2.3.2. Kategorisierung der Handlungsempfehlungen

Die nun nachstehende Kategorisierung der im vorherigen Gliederungspunkt herausgearbeiteten Handlungsempfehlungen folgt dem Einflusschema nach Matthies (2005). Zur theoretischen Verknüpfung mit den bisherigen Ausführungen vgl. auch Gliederungspunkt 2. der vorliegenden Dokumentation.

Das Schema ist originär für Maßnahmenplanung im Umweltbereich entwickelt worden. Maßnahmen, Handlungsempfehlungen und Interventionen zielen darauf ab, das Erleben und Verhalten anzusprechen und zu verändern (Homburg & Matthies, 1998).

Im Zentrum des verwendeten Schemas steht die Aktivierung durch geeignete Interventionen der verinnerlichten Norm das Verhalten umweltschützend zu beeinflussen. Diese erfolgt nach Matthies (2005) über Bewusstwerdung vorhandener Probleme, eigener Fähigkeiten und – bezogen auf den Umweltschutz – der Relevanz des eigenen Verhaltens.

Eine Anwendung des Schemas im Bereich gesundheitlicher Maßnahmenplanung wird hier vorgenommen, da das Modell auf Annahmen und Forschungsergebnissen der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991) basiert. Das Einflusschema nach Matthies (2005) erklärt darauf aufbauend die Entstehung eines speziellen, thematisch eingegrenzten Verhaltens. Auch Gesundheitsverhalten und die Norm gesundheitsbewusst zu agieren, sind abgegrenzte Verhaltensbereiche. Die Ablaufschritte über verschiedene Ansatzpunkte die verinnerlichte Norm, sich für eine Erhaltung der Umwelt zu engagieren, im Einflusschema (Matthies, 2005) zu aktivieren, wird so auch für die Norm sich gesundheitsbewusst zu verhalten angenommen. Daher können m. E. aus dem Schema abgeleitete Interventionstypen auch auf die Handlungsplanung im Bereich des Gesundheitsverhaltens verwendet werden.

Die Bewusstwerdung gesundheitsbezogener Probleme wird folglich durch wissenschaftliche Interventionen z. B. Informationen in Broschüren, Faltblättern oder Internetseiten zum Thema erzeugt.

Übertragen auf den Gesundheitsbereich bedeutet dies, dass Wissens- und Informationstransfer über gesundheitliche Probleme und Risiken sowie persönlich anwendbare Vorsorgestrategien die Norm und die Motivation gesundheitsbewusst zu leben aktivieren. Konkret wird dieser Sachverhalt noch einmal an folgendem Handlungsvorschlag eines Workshopteilnehmers erklärt.

Die Einteilung der Empfehlung „Infos bündeln, Broschüre erstellen – an Ärzte und Apotheken“ (10) aus dem Workshop „Prävention durch Bewegung und Sport“ in das Einflusschema wird deshalb nun exemplarisch ausgeführt. Die Weitergabe und Verbreitung von Informationen zur gesundheitsstabilisierenden Wirkung von Bewegung und Sport über reine Wissens-

vermittlung in Form von Broschüren, regt bei den Lesern das Bewusstsein gesundheitlicher Probleme, aber auch die Wahrnehmung eigener gesundheitszuträglicher Fähigkeiten an. Dieser Handlungsvorschlag wird im Einflusschema unter den Punkt Normaktivierung eingeordnet. Im weiteren Verlauf werden anschließend Motive aktiviert und nach einer Kosten- und Nutzenabwägung (Evaluation) tritt eine Verhaltensänderung ein.

An diesen drei Punkten Normaktivierung, Motivation und Evaluation setzen unterschiedliche Interventionsstrategien an.

Zur Kategorisierung der im Gliederungspunkt 2.3.1. herauskristallisierten Handlungsempfehlungen werden folgende Interventionsansätze aus den genannten drei Bereichen abgeleitet:

Normaktivierung (Notwendigkeit gesundheitsbewussten Verhaltens):

- Weitergabe von Problemwissen
- Wissensvermittlung eigener Fähigkeiten
- Wissenstransfer der Relevanz des eigenen Verhaltens

Motivation (Aktivierung sozialer Motive)

- Vermittlung der Erwartung bedeutsamer Anderer (Experten, Betroffenen)

Evaluation (positive Bilanzierung von Kosten- / Nutzenaspekten)

- Senkung von Verhaltenskosten durch Optimierung der Angebotsstrukturen.

Wissensvermittlung kann rein schriftlich in Form von Broschüren oder Faltblättern in der Tageszeitung erfolgen. Aber auch Beratungsgespräche beim zuständigen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes oder Werbekampagnen, in deren Zentrum die Botschaften von bedeutenden Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens vermittelt werden, dienen der Wissensvermittlung. Hier spielen bei der Verhaltensänderung neben der reinen Normaktivierung soziale Motive eine weitere Rolle. Soziale Motive werden von so genannten Multiplikatoren angesprochen. Das sind Personen, die als Vorbilder fungieren und/oder für den Einzelnen persönlich wichtig sind. Wie dieses Beispiel zeigt, können Interventionen nicht immer klar abgegrenzt nur einem Typus zugeordnet werden.

Interventionen die bei einer Kosten-, Nutzenabwägung die Verhaltensänderung positiv beeinflussen, sind im Bereich Bewegung und Sport z. B. fußläufig erreichbare Sportstätten.

	Prävention durch Bewegung und Sport	Integrierte Versorgung in Pflegeheimen	Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?	Sucht und Alter
Weitergabe von Problemwissen	(1)	(3), (4), (7), (8)	(1a), (1b), (3), (5), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (21), (22), (23), (24), (26a)	(1), (8), (12), (15)
Wissensvermittlung eigene Fähigkeiten	(3), (1), (9)	(7), (8), (14)	(3), (10), (11), (12), (13), (15), (21), (22), (23), (24), (26a)	(1), (8), (12), (15)
Wissenstransfer Relevanz eigenes Verhalten	(1), (9)	(8), (14)	(3), (10), (21), (22), (23), (24), (11), (12), (13), (15), (26a)	(1), (8), (9), (10), (11), (12), (15)
Vermittlung der Erwartung bedeutender anderer	(14), (15), (1)	(5), (11), (12)	(6), (8), (21), (22), (23), (24), (26b)	(2), (3), (4), (5), (6)
Minimierung von Verhaltenskosten	(2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), (11), (13)	(9), (10)	(1a), (2), (4), (7), (9), (12), (16), (17), (18), (19), (29), (25)	(1)

Abbildung 11: Einteilung Handlungsempfehlungen nach Interventionstyp

Die hier vorgenommene Einteilung in Interventionstypen der auf der Fachtagung „Gesundheit im Alter“ am 24.03.2010 abgegebenen Handlungsvorschläge ist für eine weitere Diskussion offen. Bei der Bearbeitung hat sich gezeigt, dass es zukünftig notwendig ist, genauere Formulierungen zu erhalten, um eine differenziertere Einteilung vornehmen zu können. Manche der abgegebenen Handlungsempfehlungen sind aufgrund der ungenauen Abfassung unterschiedlichen Interventionstypen zugeordnet. Da bei einer Konkretisierung des Sachverhaltes die Vorschläge an unterschiedlichen Stellen des Einflusschemas eingeordnet werden können.

Die hier erstellte Kategorisierung dient der weiteren Ausarbeitung und auch Konkretisierung von Handlungsschritten in den der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Mülheim an der Ruhr angeschlossenen Arbeitsgruppen. Mit den skizzierten, weiteren Schritten könnte dann in der Struktur des Policy-Cycle die Entscheidungsfindung und Handlungsimplementierung eingeleitet werden.

Die vorliegende Dokumentation zeichnet den kommunalen Entstehungsprozess der Fachtagung für „Gesundheit und Alter“ am 24.03.2010 der Stadt Mülheim an der Ruhr nach. Es werden die Entscheidungswege, die Gestaltung und die Vorträge dokumentiert. Thematisch deckt die Tagung die Felder „Demografischer Wandel und seine Folgen“, „Berichte aus der Praxis“ und „Prävention durch Bewegung und Sport“, „Integrierte Versorgung in Pflegeheimen“, „Gerontopsychiatrie – Wer hilft den Helfenden?“ sowie „Sucht und Alter“ ab.

Die Tagungsdokumentation stellt den praktischen Ablauf der Fachtagung vor Ort in einen theoretischen Bezugsrahmen. Zur Strukturierung und Einbettung des kommunalen, politischen Prozesses wurde aus dem Bereich der Politikfeldanalyse das Instrument des Policy-Cycles verwandt. Dieser beschreibt politische Prozesse zur Problemwahrnehmung, dem Agenda Setting, der Handlungsimplementierung sowie die Evaluation der erfolgten Maßnahmen.

Die Tagung „Gesundheit im Alter“ wurde dem Ablaufschritt des Agenda Setting zugeordnet. Neben Informationsweitergabe und Meinungsaustausch war es erklärtes Ziel der Veranstaltung „Gesundheit im Alter“ Handlungsempfehlungen von den Praktikern vor Ort für den politischen Prozess zu gewinnen.

Diese wurden für den nächsten Schritt im Policy-Cycle, der Handlungsimplementierung, im Rahmen der vorliegenden Dokumentation kategorisiert und unterschiedlichen Interventionstypen zugeordnet.

Damit wird den örtlichen Entscheidungsträgern eine Grundlage zur Konkretisierung der Maßnahmenplanung und der anschließenden Handlungsimplementierung geboten. Dies sind im Policy-Cycle auch die nächsten Stationen zur Analyse politischer Prozesse.

Bei der Ausarbeitung spiegeln sich die allgemein bekannten Schwierigkeiten des Dialogs zwischen fachlichen Experten, politischen Entscheidungsträgern und den Fachpraktikern wieder.

Die Fachtagung „Gesundheit im Alter“ wollte zur Strukturschaffung und der weiteren Maßnahmenplanung bewusst die Mitarbeit der Praktiker im gesamtstädtischen Bereich des Gesundheitswesens einbeziehen. Deren Anregungen und Handlungsvorschläge wurden im Rahmen der Workshops gezielt abgefragt.

Das Ergebnis macht das Spannungsfeld von theoretischem Ansatz und praktischem Erfahrungswissen und -handeln deutlich. Mit der Möglichkeit, Wünsche und Bedarfe – frei formuliert – zu benennen, war bereits im Vorfeld zu akzeptieren, dass nach Abschluss der Tagung nicht zwangsläufig eine schematische Kategorisierung vorgenommen werden konnte. Trotz aller damit verbundenen Schwierigkeiten der klaren Zuordnung, vermittelt das breite Spektrum der Antworten einen Einblick in die Vielschichtigkeit der Praxisproblematik und zeichnet auch damit Erfordernisse im zukünftigen Handeln auf.

Die Umsetzung von Empfehlungen erfordert neben der Entscheidung – Willensäußerung von Entscheidungsträgern die Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen. Sind diese begrenzt, muss die Umsetzung von Maßnahmen priorisiert werden. Transparenz und Information sind dabei zwingend erforderlich, insbesondere für die Handlungspraktiker, deren Empfehlungen nicht zeitnah, sondern eher mittelfristig umgesetzt werden sollen.

Künftig wird es zum Gelingen partizipativer Prozesse notwendig sein, nicht nur unterschiedliche Sichtweisen, sondern insbesondere unterschiedliche Kommunikationsstile anzupassen. Damit sind Voraussetzungen geschaffen, Erfahrungswissen der Praktiker im wissenschaftlichen Diskurs und der politischen Maßnahmeplanung Erfolg versprechend umzusetzen.

IV Literaturliste

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. Some unresolved issues.

Organizational behavior and human decision processes, 50, 179–211.

Albrecht, H. (2009). Gesundheit global.

In: Die Zeit, Ausgabe 45, 29.10.2009, S. 34.

Altenquotient, Definition des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst, lögd (2009).

Verfügbar unter: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html [23.10.2009].

Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund?

Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert.

Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA.

Blum, S. & Schubert, K. (2009). Politikfeldanalyse.

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter.

Berlin: Robert Koch Institut.

European Commission, MEMO 06/ 372 (2006). Der Herausforderung der Überalterung rechtzeitig begegnen: einige erfolgreiche strategische Reaktionen.

Verfügbar unter: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/06/372&format=HTML&aged=1&language=DE&guiLanguage=en> [23.10.2009].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bzga (2005). Dokumentation des Expertinnen- und Experten-Workshops „Gesundes Alter“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bzga.

Stratmann, J. (2004). Neukonzeptionierung der (Senioren-)begegnungsstättenarbeit in der Stadt Mülheim an der Ruhr. Abschlussbericht.

Dortmund: Fachberatung für Sozialplanung und Bürgerengagement, fastra.

Franck, A. (2007). Der Gesundheitsbegriff des Jedermanns.

Studien zum Wandel des Gesundheitsbegriffs anhand der deutschen Literatur vom Mittelalter bis heute.

Verfügbar unter: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=984655751&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=984655751.pdf [28.10.2009]

GVG (2009). Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit im Alter“.

Verfügbar unter: http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?_cms_page=gesundheitsziele/die_6_nationale_gesundheitsziele [12.10.2009].

Hornung, R. (2009). Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten.

In: Hurrelmann, K. Klotz T. & Haisch J. (Eds.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, pp. 331–339. Bern: Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie.

Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Institut Arbeit und Technik, Braczko, C. (2007).

Ruhrgebiet ist Gastgeber für WHO Konferenz „Age Friendly Cities“.

Verfügbar unter: <http://idw-online.de/pages/de/news212205> [23.09.2009].

Institut Arbeit und Technik, IAT (2006).

Seniorenwirtschaft – eine Entwicklungsperspektive für Mülheim an der Ruhr?

Verfügbar unter: <http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2006/cirkel02.pdf> [20.10.2009].

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, FfG (Erscheinungsjahr unbekannt).

Weiterentwicklung der Seniorenpolitik in der Stadt Mülheim. Handlungskonzept „Seniorengerechte Stadt“.

Verfügbar unter: www.ffg.uni-dortmund.de. [28.10.2009]

Kümpers, S. (2009). Gesundheit und Alter im Stadtteil.

In Bundesministerium für Gesundheit (Eds), Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune, pp.15-23. Dortmund: Fortmann.Rohleder GrafikDesign.

Labisch, A. & Woelk, W. (2006). Geschichte der Gesundheitswissenschaften.

In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Eds.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, pp. 49–91. Weinheim: Juventa-Verlag.

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, lögd (2009).

Verfügbar unter: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitberichterstattung/nrw-kreisprofile/AP/atlas.html?select=_05711000 [14.10.2009]].

Luhmann, N. (2001). Vertrautheit, Zuversicht, Vertrauen: Probleme und Alternativen.

In M. Hartmann & C. Offe (Eds.), Vertrauen, Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts, pp. 145–160. Frankfurt, New York. Campus Verlag.

Mathies, E. (2005). Wie können Psychologinnen ihr Wissen besser an die Praktiker bringen?

Vorschlag eines neuen integrativen Einflusschemas umweltgerechten Alltagshandelns.

Umweltpsychologie, 9 (1), 62–81.

Meier, S. (2004). Worin besteht der Settingansatz?

Verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Einrichtungen/Zentrale%20Institute/IWT/FWG/Gesundheitszirkel/Setting-Ansatz.html> [05.10.2009].

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, MAGS NRW (2008). Gütesiegel für Sturzprävention in Senioreneinrichtungen.

Verfügbar unter: http://www.praeventionskonzept.nrw.de/fileadmin/Dokumente/Sturzpraevention_bei_Senioren/Pressemitteo.doc.pdf [30.10.2009].

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein – Westfalen, MAGS NRW (2007). Gesundheitsbericht Spezial. Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze.
Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, lögd

Ottawa Charta (1986).

Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [16.09.2009].

Schubert, K. & Bandelow, N. C. (2009). Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0.

München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Service rund um Haus und Garten – selbstbestimmt zu Hause leben.

In *Gesundheit vor Ort Lokal*, 3 / 2009, I-II.

Stadt Mülheim an der Ruhr, Sozialamt (2009a). Bericht zum Handlungskonzept „Seniorengerechte Stadt“.

Mülheim: Sozialamt.

Stadt Mülheim an der Ruhr (2009b). Altentagesstätten und Seniorentreffs.

Verfügbar unter: <http://www.stadt-mh.de/cms/index.php?action=auswahl&fuid=872bb12ac1bd4a723b73c095865aa6d7> [30.10.2009].

Tesch-Römer, C. (2005). Gesundes Alter – Psychosoziale Determinanten.

In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (Eds.), *Dokumentation des Expertinnen- und Experten-Workshops „Gesundes Alter“* der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, pp. 35–52.
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bzga.

Thieme, F. (2008). Alter(n) in der alternden Gesellschaft.

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.

Walter, U. (2005). *Gesundes Alter – Demographische und epidemiologische Grundlagen / Präventionspotentiale.*

In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (Eds.), Dokumentation des Expertinnen- und Experten-Workshops „Gesundes Alter“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, pp. 17–32.
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BzgA.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2009a). *Healthy Cities and Urban Governance.*

Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/Healthy-cities#> [21.10.2009].

World Health Organization (2009b). *Falls Prevention in Older Age.*

Verfügbar unter: http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html
[23.10.2009]