



LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ  
BADEN-WÜRTTEMBERG

# AG Standortfaktor Gesundheit

Bericht der Projektgruppe  
Aktiv für ein gesundes Altern  
in Baden-Württemberg



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

## Impressum

Stand: 30. Januar 2013

Vorsitzender: Roland Sing  
Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V.  
Kriegerstr. 3  
70191 Stuttgart  
[landesseniorenrat@lsr-bw.de](mailto:landesseniorenrat@lsr-bw.de)

Co-Vorsitz: Rolf Hitzler  
AWO Bezirksverband Baden e. V.  
Hohenzollernstr. 22  
76135 Karlsruhe  
[R.Hitzler@awo-baden.de](mailto:R.Hitzler@awo-baden.de)

## Mitglieder:

Dr. med. Christian Benninger, *Landesärztekammer Baden-Württemberg*  
Christian Dietrich, *Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg*  
Anita Donaubauer, *Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft*  
Brigitte von Dungen, *Volkshochschulverband Baden-Württemberg*  
Wolfgang Eitel, *Landessportverband Baden-Württemberg*  
Birgit Faigle, *Landesseniorenrat Baden-Württemberg*  
Alexander Friedl, *LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg*  
Felix Gaier, *AOK Baden-Württemberg*  
Ina Hofferberth, *Landesapothekerverband Baden-Württemberg*  
Rolf Hitzler, *Liga der freien Wohlfahrtspflege*  
Katrin Holzinger, *AOK Baden-Württemberg*  
Bettina Huesmann, *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg*  
Sylvia Kern, *Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg*  
Frank Kissling, *LAG Selbsthilfe*  
Prof. Dr. Christophe Kunze, *Hochschule Furtwangen*  
Barbara Leykamm, *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg*  
Prof. Dr. Jutta Lindert, *Evangelische Hochschule Ludwigsburg*  
Dr. med. Brigitte R. Metz, *LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg*  
Birgit Pfitzenmaier, *Baden-Württemberg Stiftung*  
Dr.med. Johannes Probst, *Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg*  
Dr. phil. Christoph Rott, *Universität Heidelberg*  
Prof. Dr. Günter Sabow, *ITS Baden-Württemberg e.V.*  
Dr. Almut Satrapa-Schill, *Robert Bosch Stiftung*  
Prof. Dr. Günter Schmolz, *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg*  
Ulrich Schmolz, *Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*  
Oliver Schuckert, *Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*  
Dr. Margret Schuler, *Landkreistag Baden-Württemberg*  
Bärbel Schweizer, *Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*  
Dr. Peter Schwörer, *Gemeinsamer Prüfungs- und Beschwerdeausschuss Baden-Württemberg*  
Roland Sing, *Landesseniorenrat Baden-Württemberg e.V.*  
Iren Steiner, *Agentur „Pflege engagiert“ im Paritätischen Bildungswerk Baden-Württemberg*

## Hinweis:

Der Auftrag zur Erstellung dieses Berichts erfolgte durch die AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, welches im Jahr 2013 in die Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg überführt wurde.

## **Inhalt**

Vorwort

Teil A                    Abschlussbericht der Projektgruppe

Teil B                    Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter durch  
kommunale Bewegungsförderung erhalten

## **Vorwort**

Die Projektgruppe „Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg“ hat sich im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg am 7. Februar 2011 konstituiert.

Sie tagte in jeweils wechselnder Besetzung und befasste sich in sechs Sitzungen mit fünf Themen.

Schnittstellen zu anderen Projektgruppen wurden im Rahmen der Gesundheitsstrategie identifiziert. Viele Aspekte konnten lediglich angerissen, jedoch nicht vertieft behandelt werden, wie z.B. die Förderung von Vorsorgemaßnahmen. Da auch diese Themen wichtige Aspekte der Prävention sind, sollten auch sie in den Fokus genommen werden.

Konzentriert hat sich die Projektgruppe auf die Themenfelder, die im Abschlussbericht (Teil A) einzeln inhaltlich ausgeführt werden. Diese Themenfelder sind:

1. Selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich
2. Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter durch kommunale Bewegungsförderung erhalten
3. Medizinisch-pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg
4. Geriatrische Rehabilitation
5. Alltagsunterstützende Technologie – Ambient Assisted Living Systeme (AAL)

Zum Themenfeld 2 „Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter durch kommunale Bewegungsförderung erhalten“ wurde ein ergänzender Bericht (Teil B) verfasst.

Roland Sing

Vorsitzender der Projektgruppe

Teil A

**Abschlussbericht der Projektgruppe  
„Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg“**

## Inhaltsverzeichnis

1	Selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich .....	8
2	Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter durch kommunale Bewegungsförderung erhalten .....	11
2.1	Theoretischer Teil: Wissenschaftliche Grundlagen kommunaler Bewegungsförderung im Alter .....	11
2.1.1	Die „Gesellschaft des Langen Lebens“ .....	11
2.1.2	Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter .....	12
2.1.3	Kosten für Krankheiten und Pflegebedürftigkeit im Alter .....	14
2.1.4	Bewegung und körperliche Aktivität – wirksame Präventionsmaßnahmen .....	14
2.1.5	Gesundheitliche Chancengleichheit und Identifikation spezifischer Zielgruppen .....	16
2.2	Praktischer Teil: Kommunale Bewegungsförderung im Alter – besondere Herausforderungen bei der flächendeckenden Umsetzung .....	17
2.2.1	Bewegungsförderung im Alltag - zentrales Thema in der Kommune .....	17
2.2.2	Schaffung einer bewegungsfreundlichen Kommune - notwendige Rahmenbedingungen .....	18
2.2.3	Bewegungsprogramme gestalten - Voraussetzungen für das Gelingen .....	19
2.2.4	Wie oft, wie lange, wie intensiv - Empfehlungen für die Praxis .....	20
2.2.5	Zielgruppe - Ansprache und Zugangswege .....	21
2.2.6	Qualitätsentwicklung - Unterstützung und Vernetzung .....	21
3	Medizinisch-pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg .....	22
3.1	Ausgangslage für die Arbeitsgruppe .....	22
3.2	Notwendige Neuorientierung für die medizinisch-pflegerische Versorgung .....	22
3.3	Pflegestrukturen .....	23
3.4	Allgemeine Versorgungsanforderungen .....	24
4	Geriatrische Rehabilitation .....	26
4.1	Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation .....	27
4.2	Transparentere und an den Bedürfnissen Älterer ausgerichtete Antragsverfahren .....	28
4.3	Nutzung von Rehabilitationspotenzialen auch bei vorhandener Pflegeeinstufung .....	28

4.4	Entwicklung von bedarfsgerechten Präventions- und Vorsorgekonzepten und Ausbau der Nachsorgeangebote für Ältere .....	29
4.5	Stärkung von Optionen der Kurzzeitpflege als Übergang zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation .....	30
5	Alltagsunterstützende Technologie – Ambient Assisted Living Systeme (AAL) .....	30
5.1	Motivation und Umfeld .....	30
5.2	Gegenwärtige Situation .....	33
5.3	Perspektiven .....	36
6	Literaturverzeichnis .....	37

## **1 Selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich**

Die demografische Entwicklung in ihren zahlenmäßigen Konsequenzen kann bis zum Jahre 2060 relativ gut beschrieben werden. Damit ist auch eindeutig, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt 65 Jahre und älter sein wird. Derzeit ist dies mit 20% der Fall. Daraus ergeben sich Handlungskonsequenzen in vielfältiger Form. Die Landesregierung von Baden-Württemberg hat in ihrem Koalitionsvertrag vom Mai 2011 in Einzelbereichen durchaus die demografische Entwicklung im Blick. Bei der Definition „Alter“ besteht ein großer, individueller Spielraum. Es ist keine Frage, dass zwischen dem 60. Lebensjahr und dem 80. Lebensjahr eine Vielzahl von Menschen selbstständig, selbstbestimmt und aktiv ihr Leben gestalten können und insofern hier große Potenziale des Alters nicht nur vorhanden sind, sondern vor allen Dingen auch nutzbar gemacht werden können. Eine bisher zu wenig beachtete Herausforderung besteht aber darin, diese prinzipielle Selbstständigkeit jenseits des 80. Lebensjahres, also im hohen Alter, zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Ältere Menschen und ihre erwachsenen Kinder leben in der Regel in getrennten Haushalten und in einer gewissen räumlichen Nähe mit der Folge wechselseitiger Unterstützungsfähigkeit und Unterstützungsbereitschaft. Daraus ergeben sich Konsequenzen unter dem Aspekt des Ausbaus der ambulanten medizinisch-pflegerischen Strukturen. Hinzu kommt, und das ist ein ganz zentraler Pfeiler für die demografischen Handlungsnotwendigkeiten, dass der Wunsch älterer Menschen immer mehr sichtbar wird, so lange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung weiterleben zu können - auch dann, wenn die körperlichen Ressourcen zurückgehen und die Einschränkungen zunehmen.

Der Wunsch, bis ins hohe Alter in der eigenen Wohnung und im gewohnten Umfeld zu leben und ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen, ist für viele ältere Menschen von größter Bedeutung. Die sich im Alter bietenden Chancen eines aktiven Lebens werden aufgrund altersphysiologischer Veränderungen, individueller Lebensstile sowie gegebener räumlicher und sozialer Umwelten oftmals nicht ausgeschöpft. Die gesundheitlichen Ressourcen für eine selbstständige Lebensführung lassen nach, die Selbstständigkeit gerät in Gefahr. Die besonders im hohen Alter häufig auftretenden Ressourcen- und Selbstständigkeitsverluste dürfen vom Einzelnen und der Gesellschaft nicht hingenommen werden. Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter zu erhalten und wiederherzustellen, ist ein Teil der Menschenwürde und eine gesellschaftliche Verpflichtung.

Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation im Alter sind dringend notwendig und erfolgversprechend. Die Wissenschaft ist aufgefordert, zu einem besseren Verständnis von Selbstständigkeit und dem Prozess des Verlustes von Selbstständigkeit beizutragen. Sie muss mithelfen, effektive Strategien zu entwickeln, die für den Erhalt eines selbstbestimmten Lebens förderlich sind. Die sich daraus ergebende Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen in den Kommunen



ist ein viel versprechender Ansatz, um der Vorstellung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens im Alter gerecht zu werden.

Gerade bei älteren Menschen kommt einer Erkrankung oder einem Akutereignis (z.B. Sturz, Unfall) oftmals eine weitaus schwerwiegendere Bedeutung zu als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist. Temporäre Einschränkungen bspw. der Mobilität bergen die nicht unerhebliche Gefahr einer ganzheitlichen Verschlechterung des Aktivitätslevels. Oftmals erfahren in diesem Kontext psychologische Belastungen eine eher unzureichende Berücksichtigung in der Behandlung. Im Umgang mit Erkrankungen, die einen unmittelbaren Bezug zum Alter haben, besteht die Gefahr, dass keine aktive Auseinandersetzung gesucht wird, sondern das Erkennen des „Älterwerdens“ eine passive Hinnahme der erfahrenen Einschränkungen bewirkt.

Die Demografiestrategie der Bundesregierung streicht auch vor diesem Hintergrund heraus, dass der Entwicklung und Vermittlung adäquater Altersbilder eine entscheidende Bedeutung zukommt. Dies beinhaltet, in unserer Gesellschaft, in Medien, Kirchen, Sport und Kultur die großen Potenziale des Alters deutlicher anzusprechen. So können entsprechende Altersbilder auch den Älteren in der Gesellschaft vermittelt werden. Dies setzt eine Ansprache und eine „Mitnahme“ der Betroffenen voraus. Dabei muss sich das Bild der Prävention erweitern von einer primär an physischen Maßnahmen orientierten Konzeption hin zu einer ganzheitlichen, auch psychosozial ausgerichteten Strategie. Strukturebende Aufgaben wie bspw. ein Ehrenamt, bzw. Bürgerschaftliches Engagement oder die Einbindung in Selbsthilfegruppen können entstehende Isolationen aufbrechen und Aktivität bzw. Mobilität erhalten.

Unsere Gesellschaft muss neu definieren, wie die konkrete Ausgestaltung unserer Lebensverhältnisse durch eine Neuorientierung in die richtige Richtung gebracht werden kann. Mobile Hilfs- und Pflegedienste, neue Formen von Wohnen, insbesondere Wohnanlagen mit Betreutem Wohnen, Mehrgenerationenhäuser usw. sind wichtige Stichworte. Benötigt werden Hilfestellungen bei der Wohnberatung, der Sozialberatung, bei der Rechtsberatung und auch bei der Beratung über alltagsunterstützende Technologien. Insbesondere im Bereich der Hochaltrigkeit werden künftig immer mehr bei selbstständigem Wohnen zu Hause haushaltsnahe Dienstleistungen, Unterstützung beim Alltagsmanagement, mobile Fahrdienste und insgesamt Betreuungsdienste erforderlich werden. Nicht zu vernachlässigen sind die kulturellen Belange und Bildungsangebote. Dazu gehören Maßnahmen, gerade auch durch ehrenamtliche Strukturen, um die soziale Teilhabe von älteren Menschen sicherzustellen. Besuchsdienste, Begegnungsstätten, seelsorgerliche Aufgaben von kirchlichen Organisationen nehmen an Bedeutung zu. Ergänzend sind Strukturen der Tagespflege, aber auch der Nachtpflege, neu und intensiver in den Blick zu nehmen und letztlich auch die Palliativversorgung, sei es ambulant oder stationär. Eine zentrale Rolle spielt die hausärztliche Versorgung, die noch viel stärker als bisher

im Mittelpunkt der medizinischen Versorgungskette stehen wird. Verträge über die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg sind dafür beispielgebend.

Alle kommunalen Seniorenvertretungen sowie Gemeinde- und Stadträte, aber auch Kommunalverwaltungen sowie Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Bildung und Altenhilfe müssen vor Ort sicherstellen, dass der Wunsch älterer Menschen, so lange wie möglich selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit leben zu können, umgesetzt werden kann. Sie sind aufgefordert in Netzwerken die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Erhaltung der Selbstständigkeit in die Hand zu nehmen. Von großer Bedeutung ist dabei das Bürgerschaftliche Engagement. Hierbei kommt den Seniorenvertretungen sowie den Sozialverbänden eine wichtige Rolle zu.

## **2 Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter durch kommunale Bewegungsförderung erhalten**

Dieser Abschnitt stellt eine Zusammenfassung einer ausführlicheren Bestandsaufnahme dar, die in Teil B des Berichts der Projektgruppe zu finden ist.

### **2.1 Theoretischer Teil: Wissenschaftliche Grundlagen kommunaler Bewegungsförderung im Alter**

Heute wird es einem immer größeren Teil der Bevölkerung möglich, ein langes und aktives Leben zu führen. Über die Hälfte der Männer erreichen gegenwärtig das Alter von 80 Jahren und ein ebenso hoher Anteil von Frauen das Alter von 85 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2011a). Diese Anteile nehmen rasch zu. Selbstständigkeit ist aber nicht selbstverständlich. Um den Prozess der Erhaltung und des Verlustes von Selbstständigkeit zu verstehen und um die Risiken des hohen Alters wirksam reduzieren zu können, ist eine theoretische Aufarbeitung der Begriffe Selbstständigkeit und Gesundheit sowie derjenigen Maßnahmen, deren positive Effekte nicht nur vermutet, sondern nachgewiesen sind, erforderlich. Die aus wissenschaftlicher Sicht vielversprechendste Maßnahme ist die Förderung von Bewegung und körperlicher Aktivität.

#### **2.1.1 Die „Gesellschaft des Langen Lebens“**

Die Bevölkerung in Baden-Württemberg hat seit vielen Jahren die höchste Lebenserwartung aller Bundesländer. Sie beträgt aktuell (Zeitraum 2008-2010) 83,5 Jahre für Frauen und 78,9 Jahre für Männer (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011). Von allen 65-Jährigen haben 78% der Frauen und 65% der Männer die Chance, das Alter von 80 Jahren zu erreichen. Die Überlebenschancen im Alter und insbesondere im hohen Alter werden sich weiter kontinuierlich erhöhen.

Allmählich beginnt sich die Unterteilung des Alters in zwei Lebensphasen durchzusetzen. Die Einteilung in ein drittes und viertes (Lebens-)Alter geht auf M. Baltes (1998) und P. Baltes zurück (1999). International hat sich als Trennlinie das Alter von 85 Jahren durchgesetzt. In Deutschland ist es eher das Alter von 80 Jahren. Dahinter verbirgt sich die Überlegung, dass das vierte Lebensalter mit dem Alter beginnt, bei dem noch die Hälfte einer Kohorte am Leben ist. Das dritte Lebensalter wird weitestgehend positiv beschrieben und ist gekennzeichnet durch ein erhebliches unausgeschöpftes Potenzial für eine bessere körperliche und geistige Fitness, ein hohes Niveau von emotionalem und persönlichem Wohlbefinden sowie effektiven Strategien zum Umgang mit den Gewinnen und Verlusten der späten Jahre (Baltes & Smith, 2003). Im vierten Alter kommt es im Allgemeinen zu zahlreichen Ressourcenverlusten bei Gesundheit und Selbstständigkeit. Die Gesellschaft des Langen Lebens ist heute dadurch gekennzeichnet, dass enorme Potenziale für Gesundheit und Selbstständigkeit

vorhanden sind, gleichzeitig aber besonders im hohen Alter Risiken zunehmen, die deren Realisierung einschränken.

### **2.1.2 Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter**

Gesundheit und Selbstständigkeit sind Begriffe, die im privaten Bereich sowie im kommunalen Kontext von höchster Bedeutung sind und von den allermeisten benutzt werden. Gesundheit ist aber ein komplexer Begriff, der mehr als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen beinhaltet. Im Kontext kommunaler Bewegungsförderung scheint die Gesundheitsdefinition von Hurrelmann (2006, S. 146) die angemessene zu sein. Für ihn ist Gesundheit „... das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ Je mehr sich die inneren und äußeren Anforderungen überschneiden, desto gesünder ist ein Mensch (Hurrelmann, 2006).

Neben dieser Definition ist die somatische und psychische Gesundheit, welche über medizinische Diagnosen bestimmt wird, bedeutsam. Das somatische Krankheitsspektrum im Alter wird insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert, das psychische von demenziellen Erkrankungen und Depressionen (vgl. Saß et al., 2009).

Unter funktionaler Gesundheit wird die Fähigkeit verstanden, selbstständig eigenen Grundbedürfnissen und erweiterten Bedürfnissen nachkommen zu können. Sie beschreibt aber nicht nur Ressourcen und Schädigungen, sondern thematisiert auch deren Auswirkungen auf die Erfüllung sozialer Rollen. Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für Autonomie und selbstständige Lebensführung im Alter (Menning, 2006).

Eine weitere wesentliche Dimension der Gesundheit ist die subjektive Gesundheit. Sie beinhaltet die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes durch die ältere Person selbst. Diese Einschätzung wird von Personenmerkmalen (z.B. psychologische Widerstandsfähigkeit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Bewältigungstechniken) und Umweltmerkmalen (z.B. Art und Ausmaß sozialer Unterstützung) beeinflusst (Kruse, 2011). Mit zunehmendem Alter stimmen subjektive Gesundheitseinschätzung und objektiver Gesundheitsstatus immer weniger überein und zwar dahin gehend, dass sich die objektiven Indikatoren von Gesundheit verschlechtern, die subjektive Einschätzung aber weitgehend stabil bleibt (Tesch-Römer & Wurm, 2009).

Nach Kruse (2011) ist auch Aktivität ein bedeutsamer Indikator von Gesundheit. Wir möchten daher diesen Aspekt der Gesundheit als aktive Gesundheit bezeichnen, da damit die Aktivitäten, die Ältere ausführen möchten, erfasst werden. Leider ist diese aktive Gesundheit schon relativ früh im Leben Einschränkungen unterworfen, die mit zunehmendem Alter weiter ansteigen.

Selbstständigkeit wird in der Regel in Form der (basalen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, activities of daily living) erfasst, die auf die reine körperliche Selbstversorgung ausgerichtet sind (essen, sich an- und ausziehen, sich um das eigene Aussehen kümmern, zu Fuß gehen, ins Bett gehen und aufstehen, duschen / baden und rechtzeitig die Toilette erreichen können). Die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) erweitern das Spektrum der betrachteten Aktivitäten um diejenigen Tätigkeiten, die für ein selbstständiges Leben in einem Privathaushalt notwendig sind. Erfasste Aspekte sind hier die Fähigkeit zu telefonieren, Fortbewegung mit Verkehrsmitteln, Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Hausarbeit erledigen, Medikamente einnehmen und Geldangelegenheiten regeln. Einschränkungen in der ADL-Selbstständigkeit spiegeln einen relativ weit fortgeschrittenen Grad der Hilfsbedürftigkeit wider.

Ein bisher eher vernachlässigter Aspekt der Selbstständigkeit ist die Mobilität (Gehfähigkeit). Soweit durch Studien belegt, treten Ressourcenrückgänge relativ früh im Leben auf. Negative Veränderungen sind in der Gehgeschwindigkeit zu beobachten, insbesondere wenn es sich um schnelles Gehen unter erschwerten Bedingungen handelt (Shumway-Cook et al. 2007). Darüber hinaus werden mit zunehmendem Alter die Strecken, die ohne Schwierigkeit zurückgelegt werden können, immer kürzer (Mollenkopf & Rott, 2007). Ressourcenrückgänge in der Mobilität haben große Auswirkungen auf die basale Selbstständigkeit. Nicht das Alter per se beeinflusst die Autonomie, sondern die Mobilität (Perrig-Ciello et al., 2006).

Für das Verständnis der Entstehung von Pflegebedürftigkeit ist das „Modell des Behinderungsprozesses“ hilfreich (Verbrugge & Jette, 1994; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2010). Es erklärt das Auftreten und die Verbreitung von Pflegebedürftigkeit als Zusammenspiel von Krankheit, Funktionseinbußen und Hilfebedürftigkeit. Mit diesem Modell lässt sich zeigen, dass körperliche Krankheit im Alter ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, aber kein hinreichender ursächlicher Faktor für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist.

### **2.1.3 Kosten für Krankheiten und Pflegebedürftigkeit im Alter**

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung stellt die Versorgungssysteme vor immer größere Herausforderungen, sollte es nicht gelingen, langfristig Krankheiten und Pflegebedürftigkeit durch Präventionsmaßnahmen zu reduzieren (Robert Koch-Institut, 2009). In Baden-Württemberg entfielen im Jahr 2006 anteilig auf Personen im dritten Alter ca. 11,6 Milliarden Euro und auf Personen im vierten Alter ca. 3,0 Milliarden Euro an Krankheitskosten. Das Kostengeschehen wird mit dem Lebensalter, teilweise auch mit dem Geschlecht, durch jeweils andere Erkrankungen bestimmt. Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen im dritten Alter die höchste Relevanz (Baden-Württemberg anteilig ca. 2,6 Milliarden Euro). Im vierten Alter waren psychische und Verhaltensstörungen für ein Fünftel der Krankheitskosten verantwortlich. Demenzerkrankungen hatten daran einen erheblichen Anteil (Baden-Württemberg anteilig ca. 600 Millionen Euro). Der zweithöchste Kostenanteil war bei den Hochaltrigen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (Baden-Württemberg anteilig ca. 600 Millionen Euro).

Die mit dem Alter ansteigenden Krankheitskosten können auch durch höhere Kosten vor allem im letzten Lebensjahr verursacht werden (Kruse et al., 2003). Dieses kostenintensive letzte Lebensjahr tritt mit zunehmendem Alter durch die steigende Sterblichkeit immer häufiger auf. In Zukunft wird aber die absolute Zahl jung Sterbender abnehmen, die Zahl alt Sterbender zunehmen. Dadurch relativiert sich der Effekt der geringeren Sterbekosten in höherem Alter (Mardorf & Böhm, 2009).

Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung betragen im Jahr 2010 für Baden-Württemberg anteilig ca. 2,68 Milliarden Euro (BARMER GEK, 2011). Für Leistungen der Pflegestufe I sind für die ca. 127.000 Pflegebedürftigen der Stufe I in Baden-Württemberg im selben Jahr anteilig ca. 800 Millionen € angefallen.

### **2.1.4 Bewegung und körperliche Aktivität – wirksame Präventionsmaßnahmen**

Ein bewegungsarmer Lebensstil steht mit einer ganzen Reihe von chronischen Erkrankungen in Zusammenhang, von denen ältere Menschen betroffen sind (vgl. Lee et al., 2012). Im Jahr 2009 veröffentlichte das American College of Sports Medicine ein Positionspapier (Chodzko-Zajko et al., 2009), in dem zusammenfassend das präventive Potenzial körperlicher Aktivität bei Erkrankungen, die vermehrt im Alter auftreten, deutlich in Erscheinung tritt. Dazu zählen folgende Krankheiten:

- Adipositas
- Bluthochdruck
- Depression
- Diabetes Typ II

- Herzkranzgefäßerkrankung
- kognitive Beeinträchtigung
- körperliche Behinderung
- Krebs
- Osteoporose
- periphere arteriosklerotische Gefäßerkrankung
- Schlaganfall.

Die Autoren heben hervor, dass durch körperliche Aktivität die Entwicklung von Einschränkungen im späteren Lebensalter verlangsamt wird. Ebenso weisen sie auf die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden hin. Die Auswertung der Forschungsergebnisse lässt die Wissenschaftler zu dem Schluss kommen, dass durch regelmäßige körperliche Aktivität eine ganze Bandbreite von physiologischen Systemen und Risikofaktoren für chronische Krankheiten günstig beeinflusst werden kann. Vermutlich geht körperliche Aktivität auch mit besserer geistiger Gesundheit und höherer sozialer Integration einher (Chodzko-Zajko et al., 2009).

Bewegung und körperliche Aktivität scheinen auch bei dem Auftreten von Demenzen eine große Rolle zu spielen (vgl. Fratiglioni et al., 2004). So fanden z.B. Abbott und Kollegen (2004) heraus, dass Männer, die täglich mehr als 3.200 Meter (zwei Meilen) zu Fuß gingen, das Risiko an Demenz zu erkranken im Vergleich zu denjenigen, die sich weniger als 400 Meter bewegten, halbieren konnten. Andel und Kollegen (2008) überprüften den Zusammenhang zwischen leichter körperlicher Aktivität wie Gartenarbeit und Gehen sowie regelmäßigem körperlichen Training einschließlich Sport im Erwachsenenalter und dem späteren Auftreten von Demenzen. Im Vergleich zu den kaum Aktiven hatte die Gruppe mit leichter körperlicher Aktivität nach einem 31-jährigen Beobachtungszeitraum ein um 36%, die Gruppe mit regelmäßigem sportlichem Training sogar ein um 66% reduziertes Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Mittlerweile liegen ausreichende Erkenntnisse vor, dass ein engagierter und aktiver Lebensstil, der soziale, mentale und körperliche Aktivität beinhaltet, vermutlich die einzige erfolgsversprechende Maßnahme zur Demenzprophylaxe darstellt (vgl. Daviglus et al., 2010).

Trainingsstudien zur Verbesserung der Gehfähigkeit (z.B. „Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot (LIFE-P) Study“; The Life Study Investigators, 2006) haben gezeigt, dass sich grundlegende Komponenten der Gehfähigkeit bei älteren Menschen systematisch trainieren lassen, insbesondere bei älteren Personen, die einen bewegungsarmen Lebensstil führten (weniger als 20 Minuten strukturierte körperliche Aktivität pro Woche) und bei denen die Gefahr bestand, dass sie ihre Selbstständigkeit verlieren. Ein wesentlicher Bestandteil des Interventionsprogramms war das Gehen (mindestens 150 Minuten pro Woche). Nach sechs Monaten hatten die Testpersonen ihre Mobili-

tätswerte bedeutsam gesteigert und konnten dieses Niveau auch in den nächsten sechs Monaten annähernd halten. Ihre Gehgeschwindigkeit über 400 Meter blieb über 12 Monate erhalten, während sie in einer Kontrollgruppe zurückging.

Die derzeit gültigen internationalen Empfehlungen (2008 Physical Activity Guidelines for Americans, U.S. Department of Health and Human Services, 2008) stellen immer wieder heraus, dass regelmäßige körperliche Aktivität auch im Alter erhebliche Gesundheitsvorteile mit sich bringt und ein bewegungsarmer Lebensstil in jedem Falle zu vermeiden ist. Heute wird das Erreichen folgender Empfehlungen als erstrebenswert angesehen:

- Ältere sollten mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche mit mittlerer Intensität körperlich aktiv sein. Dies kann durch Alltagsaktivitäten und durch Sportaktivitäten erreicht werden.
- Ältere sollten Kraft fördernde Übungen mittlerer oder hoher Intensität, die alle größeren Muskelgruppen beanspruchen, an zwei oder mehr Tagen pro Woche ausführen.
- Die körperliche Aktivität sollte über die Woche verteilt werden.
- Ältere sollten Übungen durchführen, die ihre Gleichgewichtsfähigkeit erhält oder verbessert, wenn bei ihnen die Gefahr besteht, dass sie stürzen.

Da sich ältere Menschen stark hinsichtlich Gesundheit und Fitness unterscheiden, ist die Art und der Umfang körperlicher Aktivität so zu gestalten, dass sie sicher ist, d.h. keinen gesundheitlichen Schaden verursacht und sich die älteren Menschen dabei sicher fühlen. Die einfachste, am weitesten akzeptierte und sicherste Maßnahme ist die Förderung des Gehens.

### **2.1.5 Gesundheitliche Chancengleichheit und Identifikation spezifischer Zielgruppen**

Prävention und Gesundheitsförderung geht *alle* älteren Menschen an. Dennoch stehen Personen im Mittelpunkt, deren Lebensstil durch Bewegungsarmut gekennzeichnet ist. Dieser Personenkreis hat ein höheres Krankheits- und Mortalitätsrisiko als Gruppen mit einem aktiven Lebensstil. Eine spezielle Zielgruppe sind Menschen, die oft ein geringes Einkommen oder eine niedrige Bildung haben, sozial wenig eingebunden sind oder in schlechten Wohnverhältnissen leben. Alle vorliegenden empirischen Studien betonen, dass ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem gesundheitlichen Zustand besteht, auch in der älteren Bevölkerung. Dies lässt sich sowohl im Hinblick auf Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren als auch in Bezug auf die subjektive Gesundheit und die Lebenserwartung feststellen.



„In der wissenschaftlichen Diskussion besteht Einigkeit darüber, dass die gesundheitliche Ungleichheit vor allem durch Unterschiede in den Lebensbedingungen erklärt werden kann“ (Mielck, 2011, S. 514). Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit älterer Frauen und Männer sollten daher vor allem an den sozialen und den Umweltbedingungen ansetzen.

## **2.2 Praktischer Teil: Kommunale Bewegungsförderung im Alter – besondere Herausforderungen bei der flächendeckenden Umsetzung**

Die theoretische Begründung und der Nachweis der Wirksamkeit von Bewegung und körperlicher Aktivität hinsichtlich der Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter liefern die Grundlage für Bewegungsförderung in den Kommunen. Damit Bewegungsförderung in der Kommune flächendeckend umgesetzt wird und präventive Effekte eintreten, ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, die im Folgenden beschrieben werden.

### **2.2.1 Bewegungsförderung im Alltag - zentrales Thema in der Kommune**

Städte und Gemeinden haben einen entscheidenden Einfluss auf die Förderung körperlicher Aktivität im Alltag aller Bürgerinnen und Bürger. Strategien zur Bewegungsförderung in der Kommune werden insbesondere dann zu einer gesunden Investition, wenn sie verbunden sind mit der Stadt-, Umwelt-, Energie- und Gesundheitsplanung sowie der Wirtschaftspolitik (Bucksch et al., 2012). Bewegung im Alltag älterer Menschen knüpft an unterschiedliche Handlungsfelder und Strukturen in der Kommune an, wie z. B. in den Bereichen Altenhilfe, Soziales, Bürgerschaftliches Engagement, Sport.

Bewährt hat sich folgendes Vorgehen zur Schaffung einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommune:

- Sensibilisierung und Beteiligung aller Bevölkerungsgruppen und der Akteure von Beginn an
- Bildung eines Netzwerkes, in dem Akteure von einer Fachstelle in der Kommune koordiniert werden
- Bestands- und Bedarfsbestimmung
- Definition kommunaler Ziele zur Gesundheits- und Bewegungsförderung und Festlegung von Zielgruppen
- Planung von Maßnahmen der Bewegungsförderung
- Durchführung der Maßnahmen
- Evaluation des Prozesses und von Ergebnissen

Erfolg versprechend ist, wenn Kommunen zur Initiierung dieses Vorgehens von Anfang an Beratung und Unterstützung durch eine Fachstelle auf Landesebene erhalten.

Die Investition in eine bewegungsförderliche Kommune sichert Städten und Gemeinden Standortvorteile. Freizeitangebote, ein soziales und generationenübergreifendes Miteinander, ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und höhere Attraktivität von Straßenzügen tragen u.a. zur Imagesteigerung bei (Bucksch et al., 2012).

### **2.2.2 Schaffung einer bewegungsfreundlichen Kommune - notwendige Rahmenbedingungen**

Voraussetzung für die Förderung von Bewegung im Alter ist neben den individuellen Angeboten die Schaffung von wohnortnahen, attraktiven und barrierearmen Bewegungsmöglichkeiten. Erfolg versprechende Angebote integrieren Bewegung in den Alltag der Menschen, beachten sozialspezifische und kulturelle Unterschiede und setzen sich vermehrt mit der Veränderung der sozialräumlichen Umweltfaktoren auseinander (Bucksch et al., 2012).

Folgende beispielhafte Maßnahmen fördern einen Lebensstil mit regelmäßiger Bewegung (Grob et al., 2009; Gold et al., 2010; Schlicht, 2012):

#### 1. ein sicheres und komfortables Wohnumfeld

- durchgängige Wegenetze (gute Querungsmöglichkeiten)
- ausreichende Sicherheit, die die Sturz-, Überfall- und Unfallgefahr senken (Bordsteinabsenkung, gute Beleuchtung, lange Ampelgrünphasen). Insbesondere für ältere Frauen ist der Sicherheitsaspekt des Schutzes vor Überfällen ein entscheidendes Kriterium, sich im Wohnumfeld zu bewegen.

#### 2. attraktive Ausstattung des öffentlichen Raumes

- Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten, bewegungsfreundliche Anlagen und Grünflächen, öffentliche Toiletten, Hinweisschilder zur Treppennutzung

#### 3. gute Erreichbarkeit der Außenräume

- zu Fuß erreichbare Geschäfte, Grünanlagen mit gutem physischen und visuellen Zugang, Anpassung des öffentlichen Personennahverkehrs an die Bedürfnisse älterer Menschen (Ein- und Ausstiegshilfen, ausreichend lange Türöffnungszeiten, Niederflurbusse und -bahnen)

4. städtebauliche Maßnahmen, die die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner (nachbarschaftliche Interaktionen) berücksichtigen.

### **2.2.3 Bewegungsprogramme gestalten - Voraussetzungen für das Gelingen**

Neben den oben genannten strukturellen Maßnahmen, sind individuelle Bewegungsangebote für ältere Menschen zur Förderung der Beweglichkeit und zum Erhalt der Selbstständigkeit notwendig. Diese sind dann für ältere Menschen attraktiv, wenn (Conn et al. 2003; Lehmann et al., 2011; Lis et al., 2011; Gold et al., 2010; Ashworth et al., 2009)

- detaillierte Kenntnisse über die Zielgruppe vorliegen,
- ältere Frauen und Männer an Planung und Durchführung der Angebote beteiligt werden,
- Angebote einen Bezug zum Alltag der Menschen herstellen und in der Gruppe stattfinden,
- Zugangsbarrieren, z.B. hohe Kosten vermieden werden und Programme vormittags oder am frühen Nachmittag stattfinden,
- Angebote wohnortnah, in der Natur, in Begegnungsstätten oder Sporthallen durchgeführt werden,
- vertraute Personen ebenfalls das Angebot besuchen,
- Angebote Männer und Frauen ansprechen,
- ein barrierefreier Zugang ermöglicht wird, z.B. für Menschen, die einen Rollator benötigen,
- Bring- und Holdienste für mobilitätseingeschränkte Menschen und ggf. Hausbesuchsangebote vorhanden sind,
- die Angebote langfristig angelegt sind.

Wichtig ist auch, die vorhandenen Bewegungsprogramme für ältere Menschen in der Kommune zu erfassen, diese auf die genannten Kriterien zu überprüfen und in der Stadt oder der Gemeinde zu verbreiten (z.B. Wegweiser).

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Bewegungsprogrammen sind folgende Bereiche und Akteure in der Kommune zu beteiligen (Steffen, 2011; LGA BW, 2012):

- Altenhilfe/Stadtseniorenplanung
- Demographischer Wandel
- Integration und Inklusion
- Soziale Stadt
- Gesunde Stadt
- Partnerkommunen Gesund aufwachsen und leben Baden-Württemberg

- Sportentwicklungsplanung
- Stadtplanung
- Familienfreundliche Kommune
- Demenzfreundliche Kommune
- Sozialraumorientierung, Stadtteil- und Quartiersentwicklung
- Armutsbekämpfung
- Gender mainstreaming, Gleichstellung
- Stadtmarketing
- Freiraumplanung
- Kriminalprävention
- Selbstorganisation der Älteren (Stadt-/Kreissenioresrat)
- Selbsthilfegruppen
- Bürger/-innen
- Integrationsbeauftragte
- Migrantengruppen
- Soziale Dienste
- Bürgerschaftliches Engagement
- Pflegestützpunkte
- Geriatrische Schwerpunkte und Zentren
- Sportorganisationen (örtliche Vereine, überörtliche Verbände)
- Bildungs- und Gesundheitsanbieter (DRK, VHS, Krankenkassen, (Geriatrische) Rehabilitationseinrichtungen)
- Ambulante Betreuungs- und Pflegedienste
- Pflege- und Krankenkassen

#### **2.2.4 Wie oft, wie lange, wie intensiv - Empfehlungen für die Praxis**

Angebote zur Bewegungsförderung sind vielfältig und abwechslungsreich zu gestalten. Ein erstes Ziel könnte sein, alltagsnahe körperliche Aktivität, z.B. das Gehen zu fördern um den Einstieg in einen aktiveren Lebensstil zu erleichtern. Anzustreben ist, dass ältere Menschen einen Umfang von 2,5 Stunden moderat anstrengender körperlicher Aktivität pro Woche erreichen. Hierzu zählen Aktivitäten wie zügiges Gehen, Gartenarbeit, Nordic Walking, Wassergymnastik oder bspw. Tanzen (U.S. Department of Health and Human Services, 2008; Bachl et al., 2010). Insbesondere sollen Ausdauer, Kraft, Gleichgewichtsfähigkeit und Beweglichkeit in Programmen gefördert werden.

### **2.2.5 Zielgruppe - Ansprache und Zugangswege**

Damit Angebote zur Bewegungsförderung *alle* älteren Menschen in der Stadt oder Gemeinde erreichen, sind diese von Anfang an mit einzubeziehen. Dabei geht es insbesondere auch um die Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit geringem Einkommen oder niedrigem Bildungsniveau. Ein hohes gesundheitsförderliches Potential haben Frauen und Männer

- mit geringer körperlicher Bewegung und/oder
- eingeschränkter Mobilität und/oder
- einem hohen Risiko, ihre Selbstständigkeit zu verlieren.

### **2.2.6 Qualitätsentwicklung - Unterstützung und Vernetzung**

Städte und Gemeinden benötigen bei der Initiierung einer kommunalen Strategie zur Bewegungsförderung fachliche Unterstützung von einer Fachstelle auf Landesebene. Diese ermöglicht das Bündeln vorhandener wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen sowie die am Bedarf der Kommune orientierte Beratung. Die Koordinationsstelle der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben“ bietet allen Städten und Gemeinden in Baden-Württemberg folgende Unterstützungsleistungen zur Entwicklung eines Gesamtkonzepts für generationenfreundliche Kommunen mit den Schwerpunkten zur Gesundheitsförderung mit Kindern, Familien und älteren Menschen an:

- prozessbegleitende Beratung und Unterstützung bei kommunaler Gesundheitsförderung
- praxisorientierte zweitägige Qualifizierung kommunaler Verwaltungskräfte in den Bereichen Netzwerkarbeit sowie kommunale Gesundheits- und Bewegungsförderung
- Vermittlung von qualitätsgesicherten Angeboten der Gesundheitsförderung
- Wissenstransfer mit anderen Städten und Gemeinden
- Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung (Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg)

Ergänzend wird vom Zentrum für Bewegungsförderung am Landesgesundheitsamt BW, gefördert vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren BW, u.a. fachspezifische Beratung zur Initiierung struktureller und verhaltensbezogener Angebote zur Bewegungsförderung älterer Menschen in der Kommune angeboten.

Initiativen zur Bewegungsförderung benötigen personelle und finanzielle Ressourcen sowohl in Städten und Gemeinden als auch auf Landesebene.

### **3 Medizinisch-pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg**

#### **3.1 Ausgangslage für die Arbeitsgruppe**

Die Landesregierung von Baden-Württemberg hat in ihrer Koalitionsvereinbarung vom Mai 2011 festgestellt, dass die Gesundheitswirtschaft sowohl bei Dienstleistungen als auch bei der Industrie ein großer Zukunftsmarkt ist. Gemessen am Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft schon heute der größte Wirtschaftszweig im Land, mit steigender Tendenz.

Vor diesem Hintergrund wurde unter dem Aspekt „Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg“ festgestellt, dass sich das Gesundheitssystem in einem grundlegenden Wandlungsprozess befindet. Diesen Prozess gilt es aktiv und steuernd zu begleiten, damit eine gute medizinische Versorgung auch zukünftig sichergestellt wird. Deshalb ist ein „Gesundheitsdialog Baden-Württemberg“ zur Vernetzung aller im Gesundheitswesen Beteiligten notwendig. Die Arbeitsgruppe hat sich vor diesem koalitionspolitischen Hintergrund mit der Thematik medizinisch-pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg befasst. Anzumerken ist, dass die von der früheren Landesregierung in Gang gesetzte Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg fortgesetzt wird und im Rahmen dieses Gesundheitsdialogs sich nunmehr weiter verfestigt.

Als Ziele der Gesundheitsstrategie wurden festgelegt:

- Entstehung chronischer Erkrankungen vermeiden oder hinauszögern
- Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten fördern
- Durch Prävention die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs sichern.

#### **3.2 Notwendige Neuorientierung für die medizinisch-pflegerische Versorgung**

Die Arbeitsgruppe hat sich selbstredend mit den Fakten einer älter werdenden Gesellschaft befasst. (Anmerkung: Auf die Darstellung der demografischen Faktenlage bis zum Jahre 2060 wird bewusst verzichtet.) Ein besonderes Augenmerk legte die Arbeitsgruppe in diesem Zusammenhang auf die Situation, dass der demografische Faktor auch nicht vor den Heil- und Hilfsberufen im Gesundheitswesen haltmacht. Konkret bedeutet dies, dass sich in Zukunft die Zahl der Ärzte und die Zahl der Pflegeberufe, relativ gleich im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung, ebenfalls verringern werden. Darauf muss es Antworten geben.

Hinzu kommt, dass in umgekehrter Weise die demografische Entwicklung und die steigende Lebenserwartung zu einem wachsenden Bedarf an ärztlichem (mit geriatrischem oder gerontologischem Schwerpunkt) und v.a. pflegerischem Personal führen werden.

Deshalb gibt es aus der Sicht der Arbeitsgruppe zum Thema Prävention und allgemein zum Thema Gesundheitsförderung keine Alternative. Die Arbeitsgruppe stellt insofern fest, dass die mit dem Koalitionsvertrag beschriebene stärkere Verankerung der Prävention und Gesundheitsförderung z.B. in Schulen, Kindertagesstätten und Betrieben, eindeutig eine richtige und positive Zukunftsstrategie darstellt. Von besonderer Bedeutung für Baden-Württemberg, insbesondere für den ländlichen Raum, ist die Notwendigkeit, die starren Fronten zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten aufzulösen. Ziel muss sein, eine Strategie zu entwickeln, die integrierte Versorgungsformen sowohl im Bereich der Gesundheitsversorgung, als auch im Bereich der Pflege und zwischen der Gesundheitsversorgung und der Pflege künftig sicherstellt.

Die Arbeitsgruppe hat geprüft, ob hier neue rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssten. Sie kam zu dem Ergebnis, dass dies nicht der Fall ist. Sowohl die Vorschriften im Bereich des Sozialgesetzbuches V (Gesundheitsversorgung) als auch die Vorschriften im Sozialgesetzbuch XI (Pflege) sind völlig ausreichend, um entsprechend zu handeln. Deshalb wäre es aus der Sicht der Arbeitsgruppe vordringlich, dass, ausgehend von der Landesebene und damit von der Landesregierung, bis zu den einzelnen Kommunen sowie zwischen Leistungsträgern und Kostenträgern in Baden-Württemberg ein Grundkonsens hergestellt wird, integrierte Versorgungsformen zum Nutzen der Patienten in breiter Form einzuführen. Wichtig ist jedoch, dass integrierte Versorgungsmodelle nicht primär auf Kosteneinsparungen ausgerichtet sind, sondern die Verbesserung der Qualität der Versorgung fokussieren. In diesen Zusammenhang gehört auch die Angebotsstruktur medizinisch-pflegerischer Versorgungsleistungen, insbesondere im ländlichen Raum.

Kommunale Gesundheitskonferenzen spielen hierbei eine ganz erhebliche Rolle. In vielen Stadt- und Landkreisen gibt es Kommunale Gesundheitskonferenzen, die sich mit Themenstellungen aus den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung befassen. Sie orientieren sich an den acht Gesundheitszielen des Landes sowie am Bedarf vor Ort.

### **3.3 Pflegestrukturen**

Ein ganz zentrales Thema für die Arbeitsgruppe war die Zielorientierung „Selbstbestimmtes Leben der Menschen zu Hause so lange wie möglich“. Deshalb sind neben der notwendigen stationären Pflegeversorgung deutlich mehr Strukturen zu schaffen, die die ambulante Betreuung in den Blick nehmen. Ambulante Betreuung heißt nicht nur Versorgung zu Hause in den eigenen vier Wänden, sondern es gilt auch den Ausbau der Tages- und Nachtpflege zu fördern. Betreutes Wohnen oder generell z. B. in kleinräumigen Einheiten, oder auch so genannte Mehrgenerationenhäuser sind die richtigen Konzepte für eine älter werdende Gesellschaft.

Seit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1. Juli 2008 gibt es einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI durch die Pflegekassen für ihre Versicherten mit Hilfe- und Betreuungsbedarf. Durch eine intensive Beratung sollen Menschen mit Pflegebedarf in der Bewältigung ihrer Lebens- und Alltagssituation Unterstützung erhalten. Die Beratung richtet sich an die pflegebedürftigen Personen und an die an der Pflege Beteiligten aus dem familiären oder sozialen Umfeld. Die Beratung der Pflegekassen beinhaltet die Erfassung der aktuellen Pflegesituation, die häuslichen Pflegearrangements durch effiziente und angepasste Unterstützung zu gestalten und aufrechtzuerhalten sowie die Erstellung und Überwachung eines individuellen Versorgungsplans (Case-Management), der eng mit den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen abzustimmen ist. Für diesen Leistungsbaustein sind die Pflegekassen verantwortlich. Neben der Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7a SGB XI, die besonders die Erstellung und Überwachung eines individuellen Versorgungsplans für den Pflegebedürftigen beinhaltet, sind in Baden-Württemberg 48 Pflegestützpunkte, in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen errichtet. Die jeweiligen Pflegestützpunkte werden durch einen kommunalen Träger als geschäftsführender Träger und den Pflege- und Krankenkassen als weitere Träger getragen. Ziel der Beratungs- und Begleitungsleistungen eines Pflegestützpunktes ist es, den Rat- und Hilfesuchenden die Unterstützung zu geben, die sie oder ihr soziales Umfeld benötigen: von der präventiven Beratung bis zur Organisation und dem Management von gewünschten Versorgungsarrangements. Dabei wird es oft darum gehen, eine stationäre Versorgung zu vermeiden. In einem Pflegestützpunkt wird die Beratung über und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen unter einem Dach gebündelt. Pflegestützpunkte dienen dazu, die auf der wohnortnahen Ebene vorhandenen Versorgungsangebote im Bereich der Pflege und der Gesundheitsversorgung so zu vernetzen, dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen ermöglicht wird. Die Einrichtung der Pflegestützpunkte verändert die materiellrechtliche Verpflichtung einzelner Leistungsträger nicht. Die Landesregierung hat eine Evaluation der Pflegestützpunkte in Auftrag gegeben, die bis Ende Dezember 2012 andauern wird. Danach wird entschieden, wie die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte hin zu einem sukzessiven Aufbau eines flächendeckenden Netzes weiterentwickelt werden kann.

### **3.4 Allgemeine Versorgungsanforderungen**

Medizinisch-pflegerische Versorgung kann nicht isoliert betrachtet werden. Wenn Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt in ihrer eigenen Häuslichkeit leben können sollen, ist es notwendig, dass die Gesellschaft generelle Hilfestellungen organisiert. Dazu gehört die Thematik Wohnberatung, qualifizierte Sozial- und Rechtsberatung (z.B. Patientenverfügung) und im weitesten Sinne auch Technikberatung. Gerade im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld sind Strategien zu entwickeln,



die haushaltsnahe Dienstleistungen erleichtern, Fahrdienste ermöglichen, Mahlzeiten und Getränkeservice organisieren. Auch der kulturelle Bereich und das nicht Alleinlassen von Älteren gehört in die Konzeption zur Stärkung und Ausbau ehrenamtlicher Strukturen. Insbesondere Themen z.B. der Organisation von Besuchsdiensten und generell der Beteiligung von Älteren an Gemeinschaftsveranstaltungen sind Strategien, die im Kontext der Konzeption für eine gute medizinisch-pflegerische Versorgung zu sehen sind.

Für die Umsetzung oben aufgeführter Strategien bedarf es der Stärkung und des Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen. Ehrenamtliche Strukturen benötigen förderliche Rahmenbedingungen, damit die Aufgaben von den Ehrenamtlichen längerfristig und mit Freude wahrgenommen werden. Keinesfalls dürfen ehrenamtliche Strukturen, als kostengünstigeres Modell, unbedingt professionell zu erbringende Leistungen ersetzen. Unter förderlichen Rahmenbedingungen wären neben Weiterbildungs- und Qualifizierungsangeboten, Anerkennung der im ehrenamtlichen Engagement gewonnenen Qualifikationen für eine Erwerbstätigkeit u.a. eine rentenrechtliche Wirksamkeit zu nennen. Insbesondere für Frauen im mittleren bis höherem Lebensalter, die sich unter den ehrenamtlich Engagierten (z.B. Besuchsdiensten) häufig finden, wären dies wichtige Ansatzpunkte.

Die an der Pflege beteiligten Personen aus dem sozialen oder familiären Umfeld sind überwiegend weiblich. Ihre Gesundheitsförderungsbedarfe in einer häufig extrem belastenden Situation sollten ebenfalls identifiziert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass familiär pflegende Angehörige häufig vor der Aufgabe stehen, Erwerbsarbeit und Pflegeaufgaben verbinden zu müssen.

Ein ganz wichtiges Feld im Rahmen einer Gesundheitsstrategie für Ältere ist das Thema Rehabilitation vor Pflege. Hier wiederum steht ganz im Vordergrund die Thematik der geriatrischen Versorgungsstrukturen. Entsprechende ambulante und stationäre Versorgungsangebote sollen älteren Menschen helfen, den Alltag möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt bewältigen zu können. In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, dass älteren Menschen auch dabei geholfen werden muss, mit Einschränkungen und Behinderungen zu leben lernen.

Von ganz großer Bedeutung ist auch, dass für ältere Menschen Angebote vorhanden sind, dass das Leben mit Hilfe einer qualifizierten medizinischen pflegerischen Versorgung in Würde zu Ende gehen kann. Deshalb hat sich die Arbeitsgruppe auch mit der Thematik der Stärkung der ambulanten palliativen Versorgung in Baden-Württemberg befasst. Hier ist es notwendig, dass die Anstrengungen umgehend verstärkt werden, in Baden-Württemberg zu einem ambulanten flächendeckenden Netz der palliativen Versorgung zu kommen. Nachdem die Rechtslage durch das Sozialgesetzbuch V dies auch so vorsieht, sollte das bestehende Umsetzungsdefizit in Baden-Württemberg so schnell wie möglich beseitigt werden.

#### **4 Geriatrische Rehabilitation**

Angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung stellt die Sicherstellung einer auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmten Versorgungsstruktur eine der wesentlichen Herausforderungen für Politik und Gesellschaft dar. Bereits Mitte der 1980er Jahre hat die Landesregierung den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und medizinisch-pflegerische Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Im Rahmen des ersten Landesgeriatriekonzepts aus dem Jahr 1989 wurde die Entwicklung zukunftssträchtiger geriatrischer Versorgungsstrukturen angestoßen.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt des Geriatriekonzepts stellte der flächendeckende Aufbau der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg dar. Heute steht den Bürgerinnen und Bürgern in jedem Stadt- und Landkreis ein wohnortnahes Angebot von insgesamt rund 40 stationären geriatrischen Rehabilitationskliniken zur Verfügung, welche teilweise auch ambulante geriatrische Rehabilitationsleistungen erbringen. Darüber hinaus gibt es eine Einrichtung für mobile geriatrische Rehabilitation.

Behandlungsziel in der geriatrischen Rehabilitation ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung einer dem Patientenziel entsprechenden ausreichenden Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Durch abgestimmte ärztliche, therapeutische und pflegerische Leistungen soll eine körperliche und psychische Stabilisierung bzw. Verbesserung und dadurch die Rückkehr in die gewohnte soziale Umgebung ermöglicht werden. Zu den zentralen Zielen der geriatrischen Rehabilitation zählen die Vermeidung, Verminderung und Beseitigung von Pflegebedürftigkeit. In diesem Sinne ist geriatrische Rehabilitation für die älteren Menschen die richtige Behandlungsform, welche i. d. R. 70 Jahre oder älter und mehrfach behandlungsbedürftig erkrankt sind (geriatrietypische Multimorbidität).

Derzeit wird das Geriatriekonzept mit dem Fokus der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung an geriatrischer Rehabilitation weiterentwickelt. Gegenwärtig sind nahezu alle geriatrischen Rehabilitationskliniken hoch defizitär, da die Vergütungen nicht die Kosten der Einrichtungen zu decken vermögen. Ein wesentliches Spannungsfeld in der Überarbeitung des Geriatriekonzepts ergibt sich damit aus der Zielsetzung einer wohnortnahen Versorgung, die kleine Einrichtungsgrößen mit bedingt, im Zusammenspiel mit einer erforderlichen leistungsgerechten Vergütung, welche auch die gestiegenen Struktur- und Qualitätsanforderungen berücksichtigt. In Ergänzung bzw. Vertiefung zu den im Landesgeriatriekonzept aufgezeigten Ansätzen sind in der Versorgung Älterer die im Folgenden dargestellten Optimierungsbereiche identifizierbar.

#### **4.1 Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation**

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Landesgeriatriekonzepts wird derzeit die erforderliche Verbesserung des Zugangs des älteren Patienten zur geriatrischen Rehabilitation diskutiert. Es wird als wichtig erachtet, den geriatrischen Patienten im Krankenhaus zu identifizieren, um in der stationären Behandlung und in der Anschlussbehandlung seine geriatriespezifischen Belange berücksichtigen zu können. Auch wird diskutiert, dass die Krankenkassen im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung in der Regel einen geriatrischen Patienten einer geriatrischen Rehabilitation zuführen sollten. Da die Sicherstellung eines Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation für die Teilhabechancen älterer kranker Menschen von zentraler Bedeutung ist, wird der Aspekt der Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation von der Projektgruppe an dieser Stelle aufgegriffen und auf flankierenden Handlungsbedarf hingewiesen:

Der GKV-Versicherte hat einen gesetzlichen Anspruch auf medizinische Rehabilitation, wenn diese medizinisch indiziert ist. Der Versicherte hat hierfür bei den Krankenkassen einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen. Er wird dabei unterstützt durch Klinikärzte oder niedergelassene Vertragsärzte. Ein Antragsverfahren kann auch im Anschluss an eine Pflegebegutachtung durch die Pflegekasse eingeleitet werden. Über den Antrag - insbesondere über Art (ambulant oder stationär), Dauer und Rehabilitationseinrichtung - entscheidet die Krankenkasse. Sie hat dabei den berechtigten Wünschen des leistungsberechtigten Versicherten (z. B. bezüglich Klinikwahl) zu entsprechen. Die Krankenkasse teilt dem Versicherten und dem niedergelassenen Arzt die Entscheidung per Bescheid mit. Gegen einen ablehnenden Bescheid kann innerhalb eines Monats ab Bekanntgabe Widerspruch eingelegt werden.

Da die Rehabilitation auf Antrag erbracht wird, ist der Zugang abhängig vom Engagement des Betroffenen und/oder der behandelnden Ärzte. Auch dem sozialen Umfeld kommt eine entscheidende Bedeutung zu, da der betroffene Mensch selbst zumeist nur unzureichend in der Lage ist, seine Rechte wahrzunehmen. Es ist sicherzustellen, dass der Zugang nicht zufällig erfolgt, sondern dem geriatrischen Patient zur richtigen Zeit die entsprechende Rehabilitationsmaßnahme angeboten wird. Zur Realisierung schlägt die Projektgruppe vor:

- Ältere Menschen und ihre Angehörige sollten gezielt über ihre Recht auf Rehabilitation, Inhalte und Nutzen der geriatrischen Rehabilitation und das Antragsverfahren informiert werden. Hierfür soll eine leicht verständliche, kurz gefasste und übersichtliche Informationsbroschüre erstellt werden. Als Informationsträger können hier primär die Krankenkassen jedoch auch entsprechende Stellen auf kommunaler Ebene und Landesebene fungieren.
- Auch niedergelassene Ärzte, und hier insbesondere die Hausärzte, sind zielgruppenspezifisch über die Versorgungsform der geriatrischen Rehabilitation zu informieren. Eine Reha kann nur von einem gemäß Rehabilitations-Richtlinie dahingehend qualifizierten Arzt verordnet werden.

Laut dem 6. Altenbericht verfügen derzeit nur rund 27 % der zugelassenen Vertragsärzte über eine solche Qualifikation. Hier besteht also Weiterbildungsbedarf.

#### **4.2 Transparentere und an den Bedürfnissen Älterer ausgerichtete Antragsverfahren**

Die Sachverständigenkommission arbeitet im 6. Altenbericht heraus, dass Gründe für die unzureichende Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich Älterer auch in den komplizierten Antragsverfahren zu sehen sind. Gerade ältere Patienten sind selten in der Lage, Anträge gezielt zu verfolgen oder Widersprüche einzulegen.

Die Bedeutung, die insbesondere Widersprüchen in Antragsverfahren im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation zukommt, zeigen die Zahlen der so genannten GKV-Antrags- und Genehmigungsstatistik (KG 5). Hier sind die hohen Ablehnungsquoten im Bereich der Vorsorgemaßnahmen und der Rehabilitation abseits der Anschlussrehabilitation in Kombination mit hohen Widerspruchserfolgsquoten<sup>1</sup> auffällig. Eine nähere Betrachtung vor dem Hintergrund der Versichertenstruktur der einzelnen Kassen legt nahe, dass das Genehmigungsverhalten negativ vom Alter der Versicherten beeinflusst wird<sup>2</sup>. Dies belegt, dass die hohe Eigeninitiative, die insbesondere bei Widersprüchen notwendig ist, bei älteren Versicherten nicht gegeben ist und auch nicht vorausgesetzt werden kann.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) will die Bundesregierung eine weitere Stärkung des Aspekts „Reha vor Pflege“ erreichen. Im Rahmen der Pflege-Begutachtung soll eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung erstellt werden, die es Patienten ermöglicht, ihre Ansprüche besser geltend zu machen. Dieser Ansatz entbindet den Antragsteller teilweise von der eigenverantwortlichen Verfolgung seiner Rechte und erscheint gerade bei älteren Patienten sehr sinnvoll. Ergänzend könnte angedacht werden, Angehörige bei Einwilligung des Antragstellers regelhaft in die Kommunikation zur Antragsstellung einzubinden, um die angeführten Zugangsbarrieren zu verringern.

#### **4.3 Nutzung von Rehabilitationspotenzialen auch bei vorhandener Pflegeeinstufung**

Der gesetzlich verankerte Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird derzeit nur unzureichend umgesetzt. Daran hat auch die gesetzliche Vorgabe, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung auf einen möglichen Rehabilitationsbedarf zu prüfen ist, nichts geändert. Entsprechend kritisiert die Sachverständigenkommission im 6. Altenbericht, dass so gut wie keine Reha-Empfehlungen bei vorliegender Pflegestufe I gegeben werden. Der Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversiche-

---

<sup>1</sup> Vgl. ausführlich: Würfel, Mehr Licht ins Dunkel, Das Krankenhaus 4/2011, S. 335-341.

<sup>2</sup> Auffallend ist, dass Kassen mit einem eher hohen Anteil von Rentnern an den Versicherten auch eher hohe Ablehnungsquoten im Bereich der Anschlussrehabilitation und darüber hinaus geringe Widerspruchsquoten aufweisen.

rung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der BRD 2012 legt dar, dass die meisten Empfehlungen bei Pflegestufe I im häuslichen Bereich ausgesprochen wurden. Auch hier wurde jedoch lediglich in 1,2 % der Begutachtungen eine Empfehlung zur Rehabilitation ausgesprochen.

Stellt man die Kosten einer vollstationären Unterbringung (Pflegestufe 1) denen einer durchschnittlichen Rehabilitationsmaßnahme z. B. im Bereich der Geriatrie gegenüber, zeigt sich, dass die Rehabilitationsmaßnahme sich allein volkswirtschaftlich schon lohnt, wenn die Pflegeeinstufung (verbunden mit stationärer Unterbringung) um mehr als vier Monate hinausgezögert werden kann.

Diese Überlegung kommt jedoch nicht zum Tragen, da die Krankenkasse als Maßnahmenträger nicht vom Erfolg einer Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahme profitiert, sondern in erster Linie die Pflegekasse, da eine Vermeidung von Pflege erreicht oder die Pflegeeinstufung verbessert wird. Der Abschlussbericht der Projektgruppe „Stärkung der Rehabilitation und Weiterentwicklung der Selbsthilfe“ weist zu Recht darauf hin, dass aufgrund dieser verzerrten Anreizproblematik die GKV nur bedingt Anreize zur Durchführung entsprechender Maßnahmen hat. Andererseits besteht für die Pflegekassen keine Möglichkeit, eine Rehabilitationsleistung zu finanzieren. Eine Korrektur dieser systembedingten Fehlanreize ist dringend erforderlich.

#### **4.4 Entwicklung von bedarfsgerechten Präventions- und Vorsorgekonzepten und Ausbau der Nachsorgeangebote für Ältere**

Die Bundesregierung betont die steigende Bedeutung von Prävention für ältere Bürger<sup>3</sup> und erkennt den Bedarf, Angebote zu schaffen, die auf die spezifischen Bedarfe dieser Zielgruppe abgestimmt sind. Betrachtet man die Ausgaben für Prävention der GKV, so wird jedoch deutlich, dass die steigenden Ausgaben im Bereich der Primärprävention hauptsächlich im Bereich der Suchtprävention und der Prävention beruflich bedingter Gefahren (u. a. § 20a SGB V) wirksam werden.

Es gilt, Präventions- aber auch Nachsorgemaßnahmen für Ältere zu entwickeln, die beim unmittelbaren (Wohn-)Umfeld der Betroffenen ansetzen, um die Eigenständigkeit zu halten bzw. die Nachhaltigkeit eines Rehabilitationserfolgs zu sichern. Entsprechende Angebote und Strategien setzen die Einbindung unterschiedlicher Partner voraus und sollten die spezifischen Rahmenbedingungen (z. B. Wohnort, Infrastruktur) einbeziehen. Die Entwicklung von konkreten Angeboten sollte auf kommunaler Ebene ansetzen. Der Erhalt von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter durch kommunale Bewegungsförderung wird in Kapitel 2 ausführlich thematisiert. Als geeignete Anbieter von auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnittener Präventions- und Nachsorgeleistungen sind die Rehabili-

---

<sup>3</sup> Antwort auf eine kleine Anfrage der SPD-Fraktion zum Themenkomplex Prävention und Rehabilitation im Kontext einer alternden Gesellschaft, BT-Drucksache 17/10312.

tationseinrichtungen zu berücksichtigen, welche über das notwendige medizinische Know-How und die erforderliche Infrastruktur zur Umsetzung von geeigneten Ansätzen verfügen.

#### **4.5 Stärkung von Optionen der Kurzzeitpflege als Übergang zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation**

Während sich die Zahl der nach der Krankenhausbehandlung in Rehabilitationseinrichtungen entlassenen Patienten seit 2005 nur im einstelligen Prozentbereich entwickelt hat, ist die Zahl der in ein Pflegeheim entlassenen Patienten im gleichen Zeitraum um über 80% angewachsen<sup>4</sup>. Diese Entwicklung ist vor allem aus Sicht der Betroffenen bedauerlich, denn in vielen Fällen könnte durch eine Rehabilitationsleistung die Selbstständigkeit der Patienten und damit eine Rückkehr in die vertraute Umgebung erreicht und der Eintritt oder die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vermieden oder auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

Um den Weg in die vollstationäre Pflege zu vermeiden, wäre eine konsequentere und umfangreichere Nutzung der so genannten Kurzzeitpflege zwischen Akutaufenthalt und Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll. Letztere würde eingeleitet, sobald die Patienten rehafähig sind. Wenn ein Patient nur vorübergehend Pflege benötigt, jedoch in absehbarer Zeit keine Pflegeeinstufung erhält, kann eine erforderliche Maßnahme der Kurzzeitpflege aufgrund fehlender finanzieller Mittel oft nicht realisiert werden, so dass diesem Patienten die Chance auf Erhaltung der Reha-Fähigkeit und eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme oftmals vorenthalten bleibt.

### **5 Alltagsunterstützende Technologie – Ambient Assisted Living Systeme (AAL)**

#### **5.1 Motivation und Umfeld**

In der konstituierenden Sitzung der Projektgruppe am 07.02.2011 wurde festgelegt, dass sich die Arbeitsgruppe auch mit der Thematik „Alltagsunterstützende Technologie – Ambient Assisted Living Systeme“ befassen soll. Maßgeblich dafür war die grundsätzliche Einschätzung, dass die Strategie „Selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit solange wie möglich“ im Rahmen des demografischen Wandels unbedingt gefördert werden sollte. Die deutlich zunehmende Lebenserwartung, in vielen Fällen bei noch guter Gesundheit, eröffnet dem einzelnen Bürger viele neue und sehr positive Perspektiven. Der demografische Wandel, dessen zentraler Aspekt die immer höhere Lebenserwartung mit erweiterten Möglichkeiten für sinnerfüllte Aktivitäten bei gleichzeitig zunehmenden Gesundheitsrisiken ist, stellt die Gesellschaft jedoch vor große Herausforderungen. Um diese zu beste-

---

<sup>4</sup> vgl. DRG-Entlassstatistik, Statistisches Bundesamt, 2011.

hen, sind deutliche Veränderungen notwendig. Insbesondere müssen die gesellschaftlichen Strukturen an die sich wandelnde Situation angepasst werden. Dies ist vorrangig eine politische Aufgabe. Sie obliegt in Bezug auf die gesetzlichen und sonstigen Rahmenbedingungen zunächst der Bundes- und Landesebene. Konkret ist diese Aufgabe jedoch in weiten Teilen auf der Ebene der Kommunen und Landkreise zu bewältigen.

Von großer Bedeutung wird es dabei sein, die gesellschaftspolitische Zielsetzung zu verwirklichen, dass den Bürgerinnen und Bürgern möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit auch bei eingeschränkter Gesundheit und Selbstständigkeit ermöglicht werden kann. AAL-Systeme können hier einen entscheidenden Beitrag leisten.

Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Zum einen geht es um die Menschenwürde im Alter ganz grundsätzlich, denn Leben in der eigenen Häuslichkeit ist mit Sicherheit von vielen Menschen gewünscht und geschätzt. Unabhängig davon steht aber fest, dass aufgrund der demografischen Entwicklung die Gesellschaft künftig weder die personellen noch die finanziellen Ressourcen im Bereich der vollstationären Pflege haben wird, um die wachsende Zahl hilfebedürftiger Bürgerinnen und Bürger stationär zu versorgen.

Von großer Bedeutung ist auch, dass ältere Menschen und ihre erwachsenen Kinder heute meist in getrennten Haushalten leben. Gleichwohl besteht bei den Kindern eine große Bereitschaft zur Unterstützung der Eltern. Es müssen allerdings Mittel und Wege gefunden werden, diese Unterstützung auch über teils größere räumliche Distanzen hinweg zu ermöglichen. Hier kommt der Einsatz moderner Kommunikations- und Informationstechniken, die auf diese besondere Situation abgestimmt sind, ins Spiel.

Die Möglichkeiten, eine den Alltag unterstützende Technik einzusetzen, nehmen durch Anstrengungen der Forschung und der Industrie immer mehr zu. Es werden technische Assistenzsysteme entwickelt, die Menschen, insbesondere in ihrer eigenen Häuslichkeit, bei der Bewältigung ihres Alltags unterstützen können. Dabei können vielfältige Bedarfswelder im Fokus stehen, unter anderem Gesundheit und Pflege, selbständige Haushaltsführung und Versorgung, Mobilität, Sicherheit, Kommunikation und soziale Interaktion, oder auch Unterstützung älterer Arbeitnehmer im Berufsleben.

Gesundheit und Pflege standen bei der Aufgabenstellung der Arbeitsgruppe naturgemäß und auch nicht zu Unrecht an erster Stelle. Denn gerade die Unterstützungsmöglichkeiten bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die oft auch schon mit unterschiedlichen Formen der ambulanten Pflege verbunden sind, können helfen, Menschen im Alter länger zu Hause leben zu lassen.

Wenn Menschen zu Hause leben, insbesondere sobald gewisse Beeinträchtigungen vorhanden sind, benötigen sie künftig immer mehr allgemeine Serviceleistungen. Dazu gehören haushaltsnahe Dienstleistungen, Fahrdienste, Mahlzeiten- und Getränkeservice und anderes mehr. Für alle diese Dienstleistungen müssen auf der kommunalen Ebene Angebote organisiert werden, sei es durch privatwirtschaftliche Angebotsformen oder durch öffentliche Angebotsstrukturen. Dies bedeutet, dass Servicekonzepte, Organisationsmodelle, aber auch Technologien entwickelt und erprobt werden müssen, die dazu geeignet sind, Menschen bei ihrer alltäglichen Versorgung oder auch bei Hilfe- und Pflegebedarf zu unterstützen. Dabei kann es sowohl um eine tägliche „Rundumversorgung“ gehen, als auch je nach Situation um eine täglich wechselnde Betreuung unterschiedlicher Art. Hier erhofft man sich von moderner Informations- und Kommunikationstechnik in Zukunft Unterstützung. Sie kann z.B. dabei helfen, vorhandene Unterstützungsangebote zu koordinieren und bedarfsgerecht zu organisieren. Neue Anwendungen wie z.B. Erinnerungssysteme oder Systeme zur Erkennung von Gefährdungen können zudem dazu beitragen, Selbständigkeit länger zu erhalten.

In einer Gesellschaft mit laufend steigender Lebenserwartung ist der Begriff „Alter“ sehr statisch und letztlich zu eng, um die Vielfalt und die Dynamik individueller Lebenslagen und Entwicklungen zu beschreiben. Das heißt, der Prozess im Zusammenhang „Alter“ ist nicht mit einem fest umrissenen und konkret zu definierenden Lebensabschnitt verbunden, schon gar nicht auf das einzelne Individuum bezogen. Deshalb ist es viel vernünftiger von der Begrifflichkeit des „Alterns“ auszugehen, zumal Menschen heute nicht nur im Durchschnitt einfach älter werden, sondern sie zunehmend physisch und psychisch später altern. Gerade deshalb fühlen sich ältere Menschen zu recht aus ihrer Sicht auch länger „jung“. Ganz wichtig ist deshalb in diesem Zusammenhang, dass technische Systeme, die einen Teil der Alltagstätigkeiten erleichtern oder sogar übernehmen können, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten deutlich steigern könnten. Dabei kommt nicht nur eine Kompensation von Einschränkungen in Betracht, sondern es ist auch an Systeme zu denken, die zur regelmäßigen Aktivierung anregen und diese steuern. Insofern könnte AAL auch mit altersgerechten Assistenzsystemen für ein gesundes und unabhängiges Leben definiert werden.

AAL-Technologien sollen nicht nur dabei helfen, die künftig zu erwartenden deutlichen Kostensteigerungen im Gesundheits- und Pflegebereich in gewisser Weise zu begrenzen, sondern sie sollen auch dazu dienen, die Kommunikation und Integration mit dem jeweiligen persönlichen sozialen Umfeld zu erleichtern.



## 5.2 Gegenwärtige Situation

Herr Prof. Dr. ing. Christophe Kunze von der Hochschule Furtwangen University (HFU) hat sich in die Arbeit der Projektgruppe eingebracht und dabei das Leben mit altersgerechten Assistenzsystemen grafisch wie folgt beschrieben:

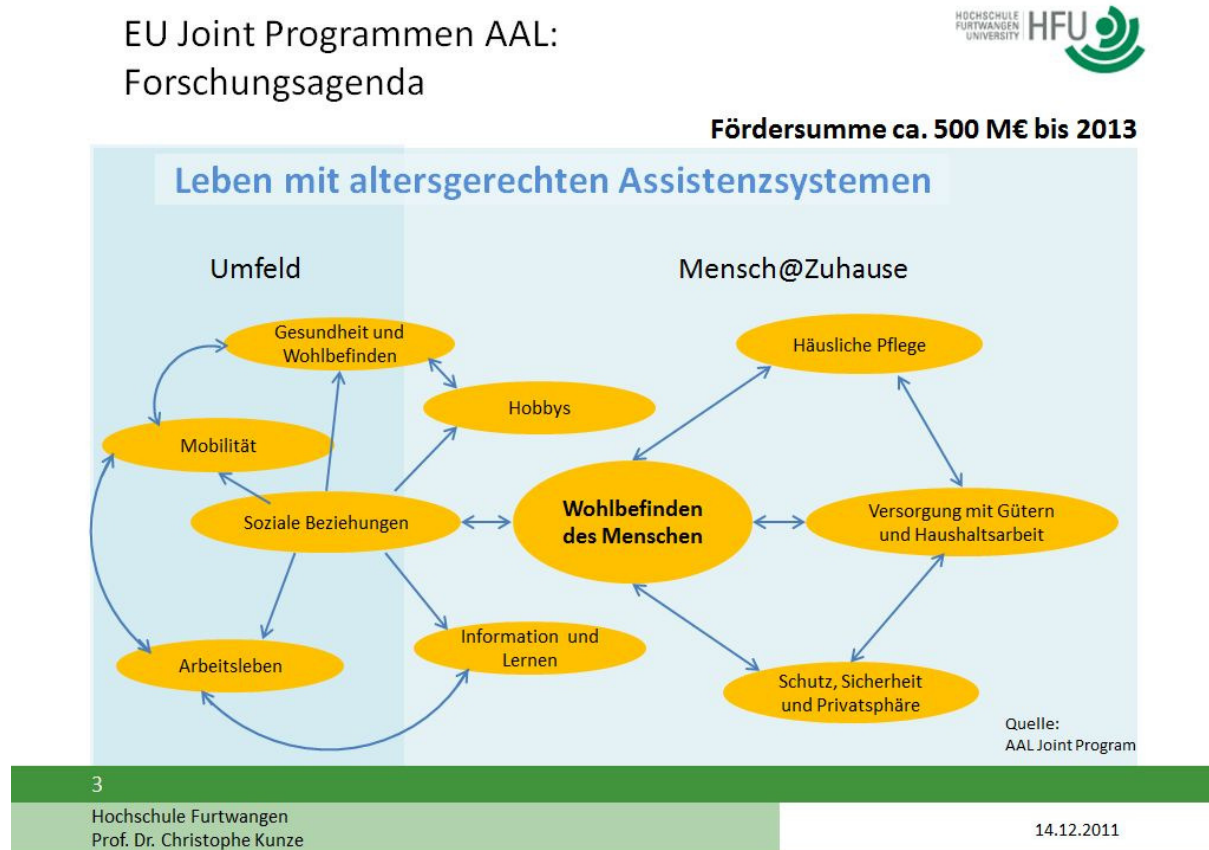


Abbildung 1: Leben mit altersgerechten Assistenzsystemen (Quelle: AAL Joint Programm).

Ganz wichtig in diesem Zusammenhang war die Feststellung, dass derzeit die AAL-Aktivitäten noch stark forschungsgetrieben sind. Während sich Wissenschaftler gestützt auf starke politische Förderung schon seit einiger Zeit intensiv mit der Thematik auseinandersetzen, sind bisher kaum entsprechende Produkte verfügbar. Es ist festzustellen, dass AAL-Lösungen mit einigen Ausnahmen (wie z.B. neuen Hausnotrufsystemen) zum großen Teil noch „Zukunftsmusik“ sind.

Bestehende technische Lösungsansätze und ihre Einsatzmöglichkeiten sind zudem den Anwendern kaum bekannt. Diese Sichtweise gibt auch eine Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg gegenüber dem Landtag von Baden-Württemberg vom 15.02.2012 wieder, nach der ein wesentliches Problem von AAL die Tatsache sei,

dass die bereits existierenden Hilfsmittel und Lösungen ebenso wie die in der Entwicklung befindlichen Angebote nur wenig bekannt sind. Deshalb ist die Verbreitung noch relativ gering. Diese Feststellung gilt sowohl für Fachkreise, als auch für die allgemeine Bevölkerung. Gerade deshalb sind entsprechende Aktivitäten zum Transfer von Forschungsergebnissen und zur allgemeinen Information über AAL-Lösungen erforderlich.

Vor diesem Hintergrund ist es von besonderer Bedeutung, dass die Anwender von Anfang an in Entwicklungs- und Umsetzungsaktivitäten eingebunden werden müssen. Hier wird noch zu viel *für* und nicht *mit* den Älteren entwickelt. Dafür wurde die Begrifflichkeit, „user-centered design“ gewählt. AAL-Technologien werden bei Älteren ihren Durchbruch erleben, wenn die Entwicklungen vermehrt an deren konkreten Bedürfnissen oder an denen der sie Versorgenden ansetzen. Dazu sollte die Zusammenarbeit von Ingenieurwissenschaften und Sozialwissenschaften stärker als bisher gefördert werden. Die Aufgabe besteht zudem darin, die Untersuchung von Dienstleistungs- und Geschäftsmodellen unter Beteiligung der Industrie und Wirtschaft zügig voranzutreiben. Ein entsprechendes partizipatives Vorgehen sollte in allen öffentlich geförderten Forschungsaktivitäten in den Vordergrund gestellt werden.

Wichtig in diesem Kontext ist, dass Klarheit darüber geschaffen wird, wie AAL-Innovationen wirklich schnell bei den Betroffenen ankommen. Ziel muss es sein, Informationen über technische Lösungsansätze, Produkte und Dienstleistungen landesweit für die Zielgruppe verständlich zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren muss in Industrie und Sozialwirtschaft Bewusstsein für Anwendungsfelder geschaffen werden und nicht zuletzt geht es auch darum, dass Fachkräfte im Hinblick auf Anwendungen bei Älteren gezielt geschult werden, damit sie kompetent beraten können. Gerade über diesen Weg könnte auch Nachfrage entstehen. Seit 2012 gibt es hierzu bundesweit einmalig in Baden-Württemberg an der Hochschule Furtwangen einen Studiengang, der die Ausbildung von Mitarbeitern des Gesundheits- und Sozialwesens mit Kompetenzen zum Umgang und zur Gestaltung von Technischen Assistenzsystemen verknüpft.

In Baden-Württemberg gibt es das Transferprojekt „Pflege und Technik“, in dem als Partner das Forschungszentrum Informatik in Karlsruhe, die Hochschule Esslingen und Modellprojekte im Schwarzwald-Baar-Kreis und im Landkreis Esslingen eingebunden sind. Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg hat für die Jahre 2011 bis 2014 ein Projektvolumen von 1,85 Mio. Euro dafür zu Verfügung gestellt. Hinzu kommen Planungen für Modellprojekte im Rahmen des Impulsprogramms Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung. Hier geht es insbesondere um den Innovationstransfer, um die Entwicklung von Technologien in Verbindung mit Sozialraumbezug und von ganz besonderer Bedeutung, Entwicklung von Systemen zu Notfallalarmierung.

Basierend auf dieser Entwicklung und unter dem Aspekt der Modernisierung von Notrufzentralen können solche Systeme selbstredend auch auf den häuslichen Bereich übertragen werden. Schon heute bieten Anbieter von Hausnotrufsystemen Schutz für Bewohner in ihrer eigenen Häuslichkeit. Wichtig aber wären ergänzende Komponenten und Dienstleistungen für den klassischen Hausnotruf mit dem derzeit noch manuell auszulösenden Notrufknopf. Im letzten Jahr sind etliche Systeme auf den Markt gekommen, die auf Basis von Bewegungssensoren eine automatische Situationserkennung und Alarmierung im häuslichen Umfeld ermöglichen (z.B. von Bosch, Tunstall, LoC.Sens). Bisher sind diese Systeme aber kaum validiert und nur unzureichend in Versorgungsprozesse eingebunden.

Wünschenswert wäre jedenfalls, dass das Land Baden-Württemberg gerade im Bereich der Notfallerkennung modellhaft vorgeht und die bereits bestehenden Aktivitäten dementsprechend noch anreichert. Auf das Land Baden-Württemberg bezogen ist festzustellen, dass die Initiative „Assistierte Pflege von Morgen – Ambulante technische Unterstützung Vernetzung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung positiv begleitet wird. Siehe z.B. das schon genannte Transferprojekt „Pflege und Technik“. Unter der Fragestellung, wie AAL-Innovationen schneller bei den Betroffenen ankommen können, werden die richtigen Ziele verfolgt.

Es ist zu begrüßen, dass das Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg neben dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg die Thematik „AAL“ ebenfalls im Fokus hat. Mit Hilfe des Wirtschaftsministeriums könnte erreicht werden, dass AAL von der Industrie, aber insbesondere auch vom Handwerk eine viel stärkere Beachtung findet und insofern das Nachfragepotenzial deutlich erhöht wird. Industrie und Handelskammern sowie Innungen, aber auch ganz generell zum Beispiel die Architektenkammer Baden-Württemberg sollten viel stärker und zukunftsorientierter an das Thema herangeführt werden. In diesen Kontext gehören auch Bau-träger und Telekommunikationsunternehmen, die ebenfalls wichtige Partner in einem umfassenden Prozess der Förderung von AAL sein könnten. Hier spielen auch entsprechende Weiterbildungsangebote (z.B. für Handwerk und Handel) für altersgerechte Dienstleistungs- und Produktangebote eine wichtige Rolle.

Letztlich muss die Versorgung und Pflege älterer Menschen auf kommunaler und regionaler Ebene bewältigt und organisiert werden. Daher sollten technische Lösungsansätze so weit wie möglich mit Sozialraumbezug gestaltet werden (z.B. im Rahmen von Quartierskonzepten). Kommunen, die bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten auch auf technische Lösungsansätze zurückgreifen wollen, sind aber bisher häufig noch auf sich alleine gestellt.

### 5.3 Perspektiven

In Baden-Württemberg werden seit geraumer Zeit Kommunale Gesundheitskonferenzen durchgeführt. Wünschenswert wäre, dass die jeweilige Gesundheitskonferenz auf der Stadt- und Landkreisebene sich konkret und detailliert mit der Thematik ‚Selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit mit Unterstützung von AAL‘ befasst. Dadurch würde ein sehr breiter Diskussionsprozess im Land Baden-Württemberg angestoßen um das Thema voran zu bringen. In diesen Zusammenhang soll auch das Thema Akzeptanz in der Bevölkerung erwähnt werden. Dabei steht im Vordergrund, dass die gesamten Anwendungsmöglichkeiten von AAL ausgeprägt benutzer- und bedienerfreundlich sein müssen. Eine einfache Handhabung ist jedenfalls zwingend und Voraussetzung für eine breite Akzeptanz. Des Weiteren müssten in geeigneter medienwirksamer Form entsprechende Modelle oder konkrete Projekte der Öffentlichkeit gegenüber vermittelt werden.

Das Wichtigste wäre: Es muss Vertrauen hergestellt werden. Dieses Vertrauen kann u.a. dadurch erreicht werden, wenn auch klar ist, dass der Datenschutz gewährleistet ist. Deshalb wäre es auch ganz wichtig, dass der Landesdatenschutzbeauftragte immer so eingebunden wird, dass er „eine Zertifizierung“ eines jeweiligen Projektes oder Modellvorhabens vornehmen kann. Die Öffentlichkeit müsste darüber in verständlicher Form informiert werden.

## 6 Literaturverzeichnis

- Abbott, R.D., White, L.R., Ross, G.W., Masaki, K.H., Curb, J.D., & Petrovitch, H. (2004). Walking and dementia in physically capable elderly men. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1447-1453.
- Andel, R., Crowe, M., Pedersen, N.L., Fratiglioni, L., Johansson, B. & Gatz, M. (2008). Physical exercise at midlife and risk of dementia three decades later: A population-based study of Swedish twins. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A, 62-66.
- Asworth, N.L., Chad, K.E., Harrison, E.L., Reeder, B.A. & Marshall, S.C. (2009). *Home versus center based physical activity programs in older adults*. The Cochrane Collaboration.
- Bachl, N., Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G. et al. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds.
- Baltes, P.B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- BARMER GEK (Hrsg.) (2011). *BARMER GEK Pflegereport 2011*. St. Augustin: Asgard.
- Bucksch, J., Claßen, T. & Schneider, S. (2012). Förderung körperlicher Aktivität im Alltag auf kommunaler Ebene. In G. Geuter & A. Holleder, A. (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 287-304). Bern: Huber.
- Chodzko-Zajko, W.J., Proctor, D.N., Fiatarone Singh, M.A., Minson, C.T., Nigg, C.R., Salem, G.J. et al. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 1510-1530.
- Conn, V.S., Minor, M.A., Burks, K.J., Rantz, M.J. & Pomeroy, S.H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1159-1168.
- Daviglus, M.L., Bell, C.C., Berrettini, W., Bowen, P.E., Connolly, E.S., Cox, N.J. et al. (2010). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Preventing Alzheimer's disease and cognitive decline. *NIH Consensus State Science Statements*, 27(4), 1-30.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S. & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343-353.
- Gold, C., Bräunling, S., Kammerer, K., Köster, M., Lehmann, F. & Wolter, B. (2010). *Gesund und aktiv älter werden* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.
- Grob, D., Biedermann, A. & Martin-Diener, E. (2009). *Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde. Synthese des aktuellen Wissenstandes, Grundlagen für Handlungsempfehlungen*. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (6., völlig überarbeitete Auflage). Weinheim: Juventa
- Kruse, A. (2011). Gesundes Altern. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln – Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung* (S. 3-18). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A., Knappe, E., Schulz-Nieswandt, F., Schwartz, F.-W. & Wilbers, J. (2003). *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?* Heidelberg: AOK Baden-Württemberg.

- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA BW) (2012). *Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg - Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung* (2. aktualisierte Auflage). Stuttgart: Landesgesundheitsamt.
- Lee, I.-M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N. & Katzmarzyk, P.T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380, 219–229.
- Lehmann, F., Köster, M., Brandes, S., Bräunling, S., Geene, R., Kaba-Schönstein, L. et al. (2011). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (5. erweiterte und aktualisierte Auflage). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Lis, K., Olbermann, E., von Koenen, C., Wisniewski, G. (2011): *Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk*. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an TU Dortmund.
- Mardorf, S. & Böhm, K. (2009). Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 247-266). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Menning, S. (2006). *Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer*. GeroStat Report Altersdaten 02/2006. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Mielck, A. (2011). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 510-515). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Mollenkopf, H. & Rott, C. (2007). Veränderungen der Mobilität im Alter. In W. Heiß (Hrsg.), *Altersmedizin aktuell* (6. Ergänzungslieferung 8/07, S. 1-17). Landsberg: Ecomed.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W.J., Uebelbacher, A. & Stähelin, H.B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health and Medicine*, 11, 470-482.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009). *Krankheitskosten*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 48. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31-61). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schlicht, W. (2012). *Expertise zur Wirkung kommunaler Aktivitätsförderprogramme*. Stuttgart: Landesgesundheitsamt.
- Shumway-Cook A., Guralnik, J.M., Phillips, C.L., Coppin, A.C., Ciol, M.A., Bandinelli, S. et al. (2007). Age-associated declines in complex walking task performance: The Walking InCHIANTI Toolkit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 58-65.
- Statistisches Bundesamt (2011a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Sterbetafel Deutschland 2008/10*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). *Abgekürzte Sterbetafel für Baden-Württemberg 2008/10*. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
- Steffen, G. (2011). *Im Alltag in Bewegung bleiben. Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen*. Stuttgart: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2010). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith J, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3. Auflage, S. 175-207). Berlin: Akademie-Verlag.

Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7-20). Berlin: Robert-Koch-Institut.

The Life Study Investigators (2006). Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: Results of the Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot (LIFE-P) Study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61A, 1157-1165.

U.S. Department of Health and Human Services (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington, D.C.: The Secretary of Health and Human Services.

Verbrugge, L.M. & Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38, 1-14.

Würfel, A.M. (2011). Mehr Licht ins Dunkel. Die Statistik KG 5 über GKV-finanzierte Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. *Das Krankenhaus*, 4, 335-341.

Teil B

**Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter durch kommunale  
Bewegungsförderung erhalten**

Bericht im Rahmen der Projektgruppe „Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-  
Württemberg“ der AG Standortfaktor Gesundheit

Autorinnen und Autoren

Dr. Christoph Rott, Bettina Huesmann, Dr. Torben Sammet, Dr. Margret Schuler &  
Barbara Leykamm



## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
I. Theoretischer Teil.....	5
1 Herausforderungen einer „Gesellschaft des Langen Lebens“ – Selbstständigkeit ist nicht selbstverständlich .....	5
2 Gesundheit wiederherstellen – der Preis der Unabhängigkeit .....	16
3 Ansatzpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter .....	18
4 Bewegung und körperliche Aktivität – wirksame Präventionsmaßnahmen .....	19
5 Bewegung: Wie oft, wie lange, wie intensiv – gültige wissenschaftliche Empfehlungen .....	21
6 Gesundheitliche Chancengleichheit und Identifikation spezifischer Zielgruppen .....	24
II. Praktischer Teil .....	26
7 Kommunale Bewegungsförderung im Alter – besondere Herausforderungen bei der flächendeckenden Umsetzung.....	26
7.1 Bewegungsförderung im Alltag – zentrales Thema in der Kommune.....	26
7.2 Schaffung einer bewegungsfreundlichen Kommune – notwendige Rahmenbedingungen	28
7.3 Bewegungsprogramme gestalten – Voraussetzungen für das Gelingen .....	30
7.4 Wie oft, wie lange, wie intensiv – Empfehlungen für die Praxis.....	31
7.5 Zielgruppe – Ansprache und Zugangswege.....	31
7.6 Qualitätsentwicklung – Unterstützung und Vernetzung.....	32
8 Literaturverzeichnis.....	34

## **Vorbemerkung**

Noch nie in der Geschichte der Menschheit war es einem so großen Teil der Bevölkerung möglich, ein langes und aktives Leben zu führen. Heute erreichen über die Hälfte der Männer das Alter von 80 Jahren und ein ebenso hoher Anteil von Frauen das Alter von 85 Jahren. Ein sehr langes Leben wird immer mehr zum Normalfall werden. Diese Entwicklung ist Ausdruck enormer kultureller Errungenschaft, auf die die Gesellschaft mit Recht stolz sein kann. Die zunehmende Lebenslänge erfordert aber nicht nur individuelle sondern auch gesellschaftliche Maßnahmen zur Erhaltung von Selbstständigkeit und der Vermeidung von Krankheiten.

Mit diesem Bericht werden zwei Ziele verfolgt. Im theoretischen Teil wird ein wissenschaftlich fundierter Überblick über Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter gegeben und aufgezeigt, welche Faktoren diese zentralen Ressourcen im Alter gefährden. Dem Bericht liegt die Überzeugung zu Grunde, dass eine der erfolgversprechendsten Maßnahmen, Gesundheit und Selbstständigkeit zu erhalten, Bewegungsförderung ist. Die wissenschaftlichen Grundlagen sind nötig, um den Prozess von der Selbstständigkeit über Risikoentwicklung bis zur Abhängigkeit auch in Form der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI transparent zu machen.

Im praktischen Teil des Berichts wird versucht, wirkungsvolle Vorgehensweisen bei der kommunalen Bewegungsförderung aufzuzeigen, die weniger am individuellen Verhalten sondern eher an den äußeren Rahmenbedingungen (Verhältnissen) ansetzen. Die Etablierung und Durchführung kommunaler Bewegungsprogramme für ältere Menschen am Wohnort hat wissenschaftlich abgesichert zu erfolgen, damit nachhaltige Wirkungen im Hinblick auf die Erhaltung der Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit erzielt werden können. Synergien für eine effektive kommunale Bewegungsförderung entstehen dann, wenn die theoretischen Erfordernisse und die vorhandenen oder zu entwickelnden Programme sowie die Vorgehensweisen der Gesundheitsförderung aufeinander aufbauen und im Einklang miteinander stehen. Damit Erfolge eintreten ist es notwendig, dass die kommunalen Akteure und die Bevölkerung generationenübergreifend in einem Netzwerk zusammenarbeiten. Kommunale Gesundheitsförderung durch Bewegung ist als Prozess mit genau definierten Phasen zu konzipieren. Ohne dauerhafte Personalressourcen mit Qualifikation in Gerontologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Bewegungswissenschaft und Gesundheitsförderung zur Gestaltung und Koordination dieses Prozesses auf Landesebene und in den Kommunen werden die angestrebten Ziele nicht zu erreichen sein. Die flächendeckende Umsetzung kommunaler Bewegungsförderung im Alter stellt eine besondere Herausforderung dar.

Dieser Bericht ist für politische Entscheidungs- und Kostenträger bestimmt, die die staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge wahrnehmen (§102 Abs1 Nr.3 GemO Bad.-Württemberg). Alle Ebenen sind angesprochen: das Land Baden-Württemberg, die Stadt- und Landkreise sowie die Städte und Gemeinden. Sie sollen in die Lage versetzt werden, nicht nur die Zusammenhänge von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Selbstständigkeit im Alter zu verstehen, sondern auch die notwendigen Rahmenbedingungen für eine effektive Bewegungsförderung im Alter zu schaffen. Große Bedeutung kommt dabei den Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu. Sie könnten mithelfen, eine zukunftsorientierte Gesamtstrategie der Bewegungsförderung flächendeckend umzusetzen und den Ausbau regionaler Versorgungsstrukturen voranzutreiben. Maßnahmen, die der Erhaltung und Steigerung sowie der Wiederherstellung der Mobilität als wichtigste Voraussetzung für Selbstständigkeit im Alter dienen, stehen dabei im Mittelpunkt. In diesem Bereich könnte sich Baden-Württemberg bundesweit profilieren.

## I. Theoretischer Teil

### 1 Herausforderungen einer „Gesellschaft des Langen Lebens“ – Selbstständigkeit ist nicht selbstverständlich

#### *Die Gesellschaft des Langen Lebens (GLL)*

Ein langes Leben in Gesundheit und Selbstständigkeit ist seit jeher der Wunschtraum der Menschheit (vgl. Rott, 2010). Die Chancen dazu sind heute so gut wie nie zuvor. Im Zeitraum von 1950 bis 2010 hat sich die Lebenserwartung für Frauen um 2,3 Jahre und für Männer um 2,1 Jahre *pro Dekade* erhöht (Lebenserwartung.info, 2012). Für Baden-Württemberg beträgt sie aktuell (Zeitraum 2008-2010) 83,5 Jahre für Frauen und 78,9 Jahre für Männer (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011). Von allen 65-Jährigen haben 78% der Frauen und 65% der Männer die Chance, das Alter von 80 Jahren zu erreichen. Die sich kontinuierlich erhöhenden Überlebenschancen im Alter und insbesondere im hohen Alter sind heute in erster Linie dafür verantwortlich, dass die Lebenserwartung insgesamt weiter ansteigt.

Baden-Württemberg hat seit vielen Jahren die höchste Lebenserwartung aller Bundesländer (Statistisches Bundesamt, 2012a, 2012b). Daher muss Baden-Württemberg eine Vorreiterrolle spielen – auch bei den Bemühungen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter.

### *Drittes und viertes Alter*

Aufgrund der zunehmenden Lebenslänge wird seit über einem Jahrzehnt das Alter in zwei Lebensphasen unterteilt. Durchgesetzt hat sich die Einteilung in ein drittes und viertes (Lebens-)Alter, die auf M. Baltes (1998) und P. Baltes zurückgeht (1999). International hat sich als Trennlinie das Alter von 85 Jahren durchgesetzt. Dahinter verbirgt sich die Überlegung, dass das vierte Lebensalter mit dem Alter beginnt, bei dem noch die Hälfte einer Kohorte am Leben ist.

Auch die deutschen Autoren Tesch-Römer und Wurm (2009) haben diese Grenze übernommen und geben folgende Bezeichnungen an:

<b>Altersabschnitt</b>	<b>Alter</b>	<b>Bezeichnung (synonyme Verwendung)</b>
Alter	65 Jahre und älter	alte Menschen, ältere Menschen
drittes Lebensalter	65 bis unter 85 Jahre	junge Alte
viertes Lebensalter	85 Jahre und älter	sehr alte Menschen, alte Alte, Hochaltrige, Hochbetagte

Tabelle 1: Altersabschnitte und Bezeichnungen

Das dritte Lebensalter wird weitestgehend positiv beschrieben und ist gekennzeichnet durch ein erhebliches unausgeschöpftes Potenzial für eine bessere körperliche und geistige Fitness, ein hohes Niveau von emotionalem und persönlichem Wohlbefinden sowie effektiven Strategien zum Umgang mit den Gewinnen und Verlusten der späten Jahre (Baltes & Smith, 2003). P. Baltes (1999) ist der Ansicht, dass der Optimismus hinsichtlich des dritten Alters nicht zwangsläufig auf das vierte Alter übertragen werden kann. Dass diese Einschätzung berechtigt ist, wird darin deutlich, dass es im Allgemeinen im vierten Alter zu zahlreichen Ressourcenverlusten bei Gesundheit und Selbstständigkeit kommt. Häufig ist ein hohes Ausmaß an Gebrechlichkeit, Funktionseinschränkungen, gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Multimorbidität zu beobachten. In der Berliner Altersstudie (BASE) hatten 41% der Männer und 54% der Frauen im vierten Alter fünf oder mehr Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2010). Auch die Prävalenz von Demenzen - ungefähr 50% im Alter von 90 Jahren und darüber - ist beträchtlich (Baltes & Smith, 2003).

Die Gesellschaft des Langen Lebens ist heute dadurch gekennzeichnet, dass enorme Potenziale für Gesundheit und Selbstständigkeit vorhanden sind, gleichzeitig aber besonders im hohen Alter Risiken zunehmen, die deren Realisierung einschränken, aber nicht gänzlich unmöglich machen.

### *Gesundheit*

Welches die bestimmenden Merkmale von Gesundheit im positiven Sinne sind, ist schwer zu definieren. Die in der Gründungspräambel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 enthaltene Definition von Gesundheit als „einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ wird oft kritisiert, weist aber auf die bedeutende psychologische Komponente von Gesundheit hin. Hurrelmann (2006, S. 146) definiert Gesundheit als „... das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“

In seinem Verständnis, das die Brücke zu den interdisziplinär orientierten Gesundheitswissenschaften schlägt, ist Gesundheit ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Sinn und Freude abgewonnen werden, eine Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale und die gesellschaftliche Teilhabe sind möglich.

Abbildung 1 zeigt jene bestimmenden Faktoren, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen. Neben Faktoren, die eine Person mitbringt (Alter, Geschlecht, Erbanlagen), tragen sowohl das Verhalten jedes einzelnen Menschen als auch die Verhältnisse in welchen sie leben dazu bei, Gesundheit zu erhalten bzw. Krankheiten zu fördern.

# Hauptdeterminanten der Gesundheit

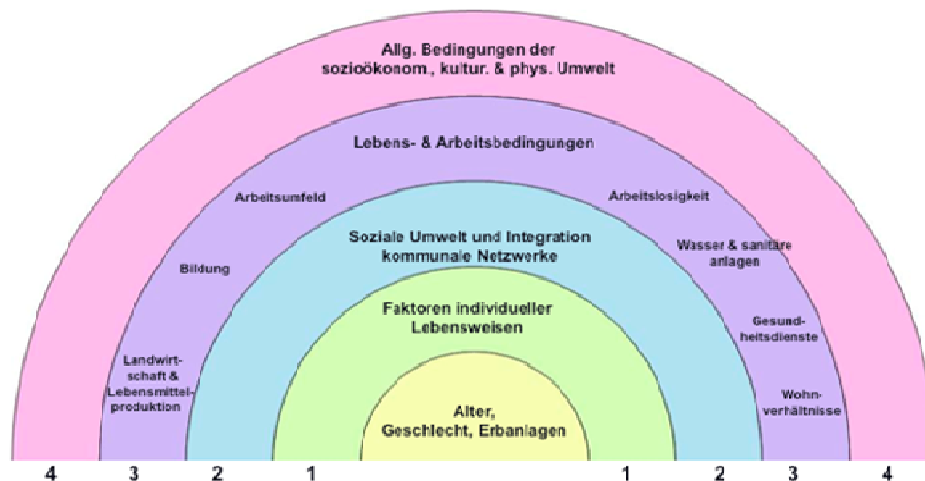


Abbildung 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit. Quelle Dahlgren & Whitehead, 1991

Gesundheit beinhaltet mehrere Dimensionen (vgl. Tesch-Römer & Wurm, 2009). Die *somatische und psychische Gesundheit* wird über medizinische Diagnosen bestimmt. Wird das Vorliegen einer Erkrankung festgestellt, ist die Person nicht mehr gesund, sondern krank. Das somatische Krankheitspektrum im Alter wird insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert (vgl. Saß et al., 2009). Schätzungsweise ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren leidet unter einer psychischen Störung. Der Anteil entspricht in etwa der Prävalenz im mittleren Lebensalter. Von besonderer Bedeutung sind demenzielle Erkrankungen und Depressionen. Die Zunahme der chronischen Erkrankungen im Alter liegt sowohl in einer Kumulation von Risiken über den Lebenslauf als auch in physiologischen Veränderungen, die im Alter auftreten. Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) sind ein weiteres zentrales Merkmal von Gesundheit / Krankheit im Alter. Unter *funktionaler Gesundheit* wird die Fähigkeit verstanden, selbstständig eigenen Grundbedürfnissen und erweiterten Bedürfnissen nachkommen zu können. Sie erfasst damit die Alltagskompetenz und Selbstständigkeit (weitere Ausführungen dazu folgen weiter unten). Die funktionale Gesundheit beschreibt aber nicht nur Ressourcen und Schädigungen, sondern thematisiert auch deren Auswirkungen auf die Erfüllung sozialer Rollen. Systematisiert wurde dies in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 2005).

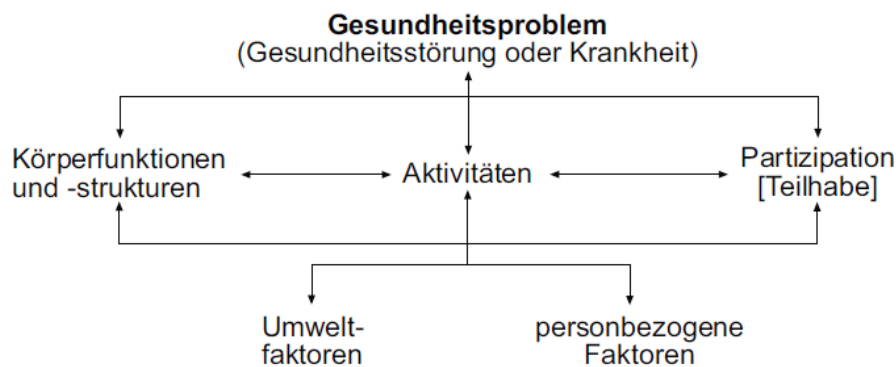


Abbildung 2: Komponenten der ICF und deren Wechselwirkungen

„Die funktionale Gesundheit beschreibt, wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für Autonomie und selbstständige Lebensführung im Alter“ (Menning, 2006, S. 4).

Eine wesentliche dritte Dimension der Gesundheit ist die *subjektive Gesundheit*. Sie beinhaltet die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes durch die ältere Person selbst. Diese Einschätzung wird von Personenmerkmalen (z.B. psychologische Widerstandsfähigkeit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Bewältigungstechniken) und Umweltmerkmalen (z.B. Art und Ausmaß sozialer Unterstützung) beeinflusst (Kruse, 2011). Mit zunehmendem Alter stimmen subjektive Gesundheitseinschätzung und objektiver Gesundheitsstatus immer weniger überein und zwar dahin gehend, dass sich die objektiven Indikatoren von Gesundheit verschlechtern, die subjektive Einschätzung aber weitgehend stabil bleibt (Tesch-Römer & Wurm, 2009). Hierin zeigt sich auch ein Bedeutungswandel von Gesundheit im Alter. Die Abwesenheit von Krankheit tritt in den Hintergrund, das weitgehende Vermeiden von quälenden Beschwerden, funktionalen und Aktivitätseinschränkungen in den Vordergrund. Ältere Menschen können sich durchaus gesund fühlen, obwohl sie krank sind, d.h. obwohl oftmals chronische Erkrankungen diagnostiziert sind (vgl. Kruse, 2011).

Im ICF-Modell stehen Aktivitäten, die Ältere ausführen möchten, im Mittelpunkt. Aktivität ist demnach ein bedeutsamer Indikator von Gesundheit (vgl. Kruse, 2011). Wir möchten daher diesen Aspekt der Gesundheit als *aktive Gesundheit* bezeichnen. Leider ist diese aktive Gesundheit schon relativ früh im Leben Einschränkungen unterworfen, die mit zunehmendem Alter weiter ansteigen, wie die Daten des „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) zeigen.



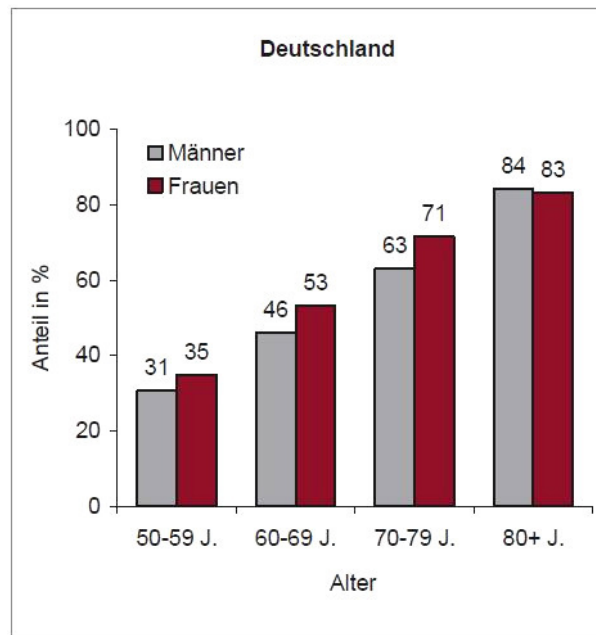


Abbildung 3: Anteil von Personen, die angeben, im letzten halben Jahr durch gesundheitliche Probleme an der Ausübung ihrer üblichen Aktivitäten gehindert worden zu sein. Quelle Menning, 2006 nach SHARE 2004.

#### *Selbstständigkeit: Aktivitäten des täglichen Lebens*

Selbstständigkeit ist neben Selbstbestimmung (Kontrolle der eigenen Lebenssituation) eine der beiden zentralen Komponenten von Autonomie (Diehl, 2012). Darunter wird die selbstständige Lebensführung im Sinne der Fähigkeit zur Selbstpflege, zur Versorgung von Grundbedürfnissen und zur Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten verstanden. Diese funktionale Selbstständigkeit wird in der Gerontologie und Geriatrie seit Jahrzehnten in Form der (basalen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, activities of daily living) erfasst, die auf die reine körperliche Selbstversorgung ausgerichtet sind. Hierbei wird erfragt, ob folgende alltägliche Handlungen selbstständig ausgeführt werden können oder ob Unterstützung notwendig ist: Essen, sich an- und ausziehen, sich um das eigene Aussehen kümmern, gehen, ins Bett gehen und aufstehen, duschen / baden und rechtzeitig die Toilette erreichen können. Die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) erweitern das Spektrum der betrachteten Aktivitäten um diejenigen Tätigkeiten, die für ein selbstständiges Leben in einem Privathaushalt notwendig sind. Erfasste Aspekte sind hier die Fähigkeit zu telefonieren, Fortbewegung mit Verkehrsmitteln, einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Hausarbeit erledigen, Medikamente einnehmen und Geldangelegenheiten regeln.

Einschränkungen in der ADL-Selbstständigkeit spiegeln einen relativ weit fortgeschrittenen Grad der Hilfsbedürftigkeit wider. Daher geben Personen in Privathaushalten in der Regel an, bei der Durchführung der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) im dritten Alter kaum Probleme zu haben. Eine deutliche Zunahme der berichteten Einschränkungen ist aber im vierten Alter (hier ab 80 Jahren) zu beobachten.

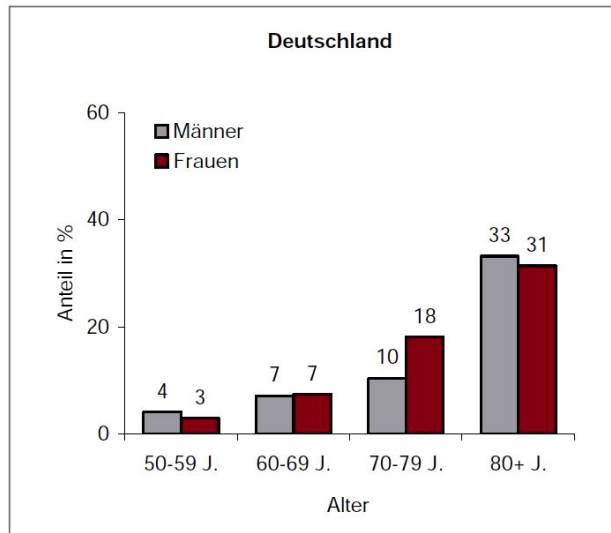


Abbildung 4: Anteil von Personen mit mindestens einer ADL-Einschränkung. Quelle Menning, 2006 nach SHARE 2004.

Stärker noch als bei den ADLs sind bei den IADLs Ressourcenverluste mit zunehmendem Alter zu beobachten (siehe Abbildung 5).

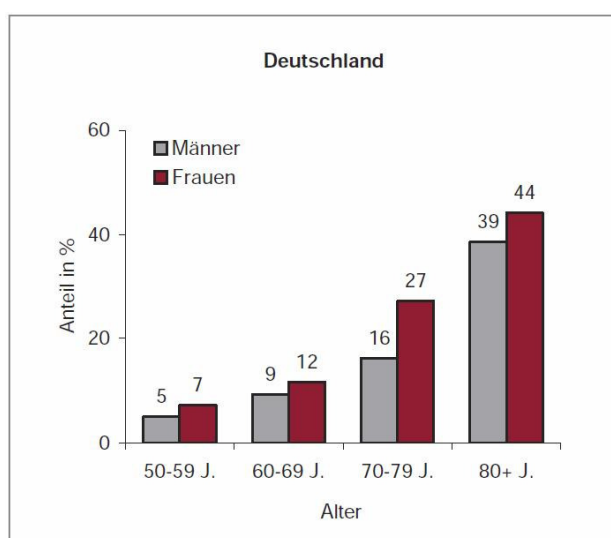


Abbildung 5: Anteil von Personen mit mindestens einer IADL-Einschränkung. Quelle Menning, 2006 nach SHARE 2004.

Ein ganz anderes Bild von der ADL- und IADL-Selbstständigkeit ergibt sich für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen (vgl. Menning, 2006). Bis auf die Tätigkeit Essen/Trinken weisen mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner Einschränkungen auf, die eine selbstständige Lebensführung im Privathaushalt unmöglich machen. Sie benötigen ein hohes Maß an Hilfe und Unterstützung (Abbildung 6 und 7).

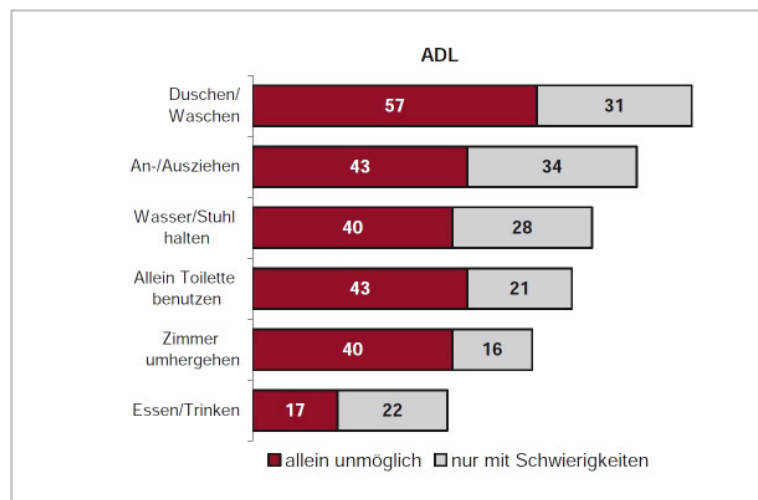


Abbildung 6: Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen mit ADL-Einschränkungen. Quelle Menning, 2006 nach TNS Infratest-Heimerhebung 2005.

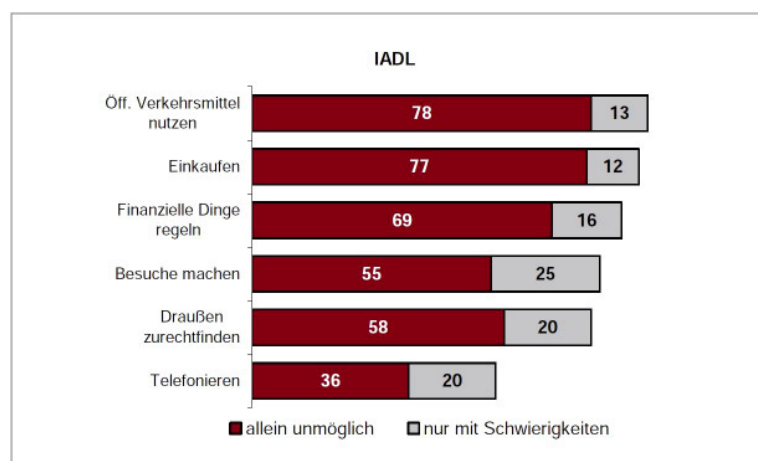


Abbildung 7: Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen mit IADL-Einschränkungen. Quelle Menning, 2006 nach TNS Infratest-Heimerhebung 2005.

## Mobilität

Im Gegensatz zur ADL-Selbstständigkeit werden Ressourcenrückgänge in der Mobilität (Gehfähigkeit) relativ früh sichtbar (vgl. Mollenkopf & Rott, 2007). Bereits ab dem Alter von 20 Jahren lassen sich negative Veränderungen in der Gehgeschwindigkeit beobachten, insbesondere wenn es sich um schnelles Gehen unter erschwerten Bedingungen handelt (Shumway-Cook et al., 2007). Jenseits von 65 Jahren ist es darüber hinaus einem immer größer werdenden Anteil unmöglich, bestimmte alltagsrelevante Mobilitätsaufgaben, die für unter 65-Jährige im Allgemeinen kein Problem darstellen, überhaupt auszuführen (vgl. Abbildung 8). Die geringsten Einschränkungen ergaben sich beim Gehen mit normaler Geschwindigkeit und möglichst großen Schritten, die größten beim schnellen Gehen über zwei Hindernisse von 6 und 30 cm Höhe und gleichzeitigem Tragen einer Sonnenbrille, die eine halbdunkle Umgebung simulieren sollte.

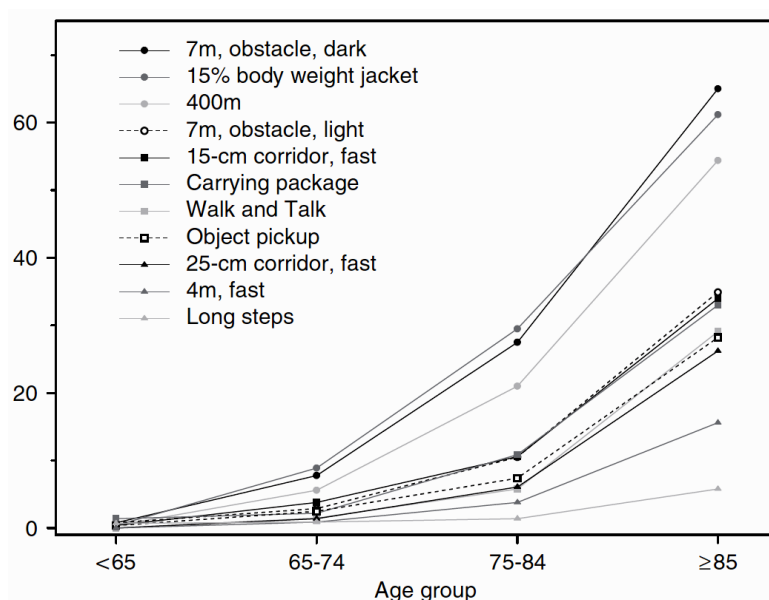


Abbildung 8: Anteil von Personen nach Alter, die bestimmte Mobilitätsaufgaben nicht ausführen können. Quelle Shumway-Cook et al., 2007.

Die mit zunehmendem Alter immer kleiner werdende Strecke, die ohne Schwierigkeit zurückgelegt werden kann, wurde in einer repräsentativen Untersuchung privat wohnender Einwohner eines Stadtteils von Darmstadt deutlich (Hieber et al. 2006; Mollenkopf & Rott, 2007). Während knapp drei Viertel (70%) der 65 bis 79-jährigen Befragten angaben, ohne Schwierigkeiten mehr als einen Kilometer gehen zu können, konnten in der Gruppe der 80 bis 94-Jährigen ca. die Hälfte nur Strecken bis zu 500 Metern bewältigen. Der Anteil von Personen, der einen Kilometer problemlos zurücklegen konnte, verringerte sich kontinuierlich von 65 - 94 Jahren (vgl. Abbildung 9).

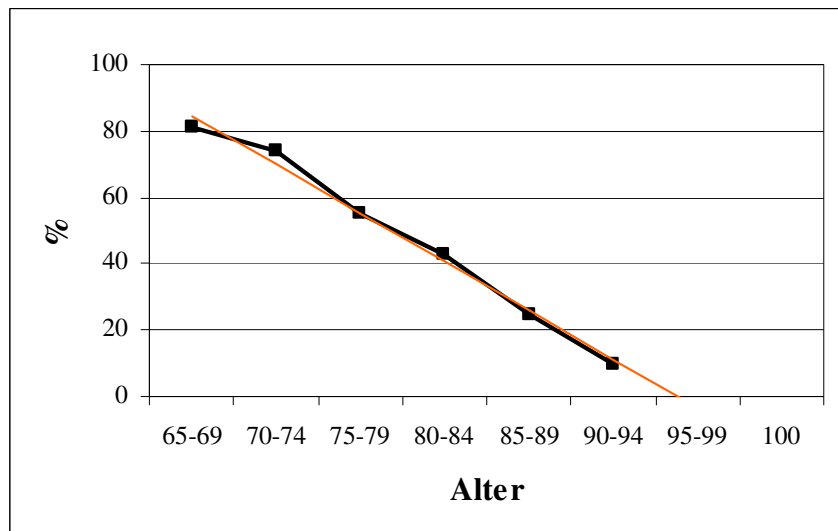


Abbildung 9: Anteil von Personen nach Alter, der einen Kilometer problemlos zurücklegen kann. Quelle Hieber et al., 2006.

Diese Ressourcenrückgänge in der Mobilität haben große Auswirkungen auf die basale Selbstständigkeit, wie in einer Schweizer Studie mit Teilnehmern im Alter von 65 – 95 Jahren gezeigt werden konnte (Perrig-Ciello et al., 2006). Nicht das Alter per se war für die Autonomie verantwortlich, sondern die Mobilität in Form der Kraft der Beinmuskulatur (vgl. Abbildung 10). Mobile Personen wiesen in der Zukunft (zwei Jahre später) eine höhere Selbstständigkeit auf.

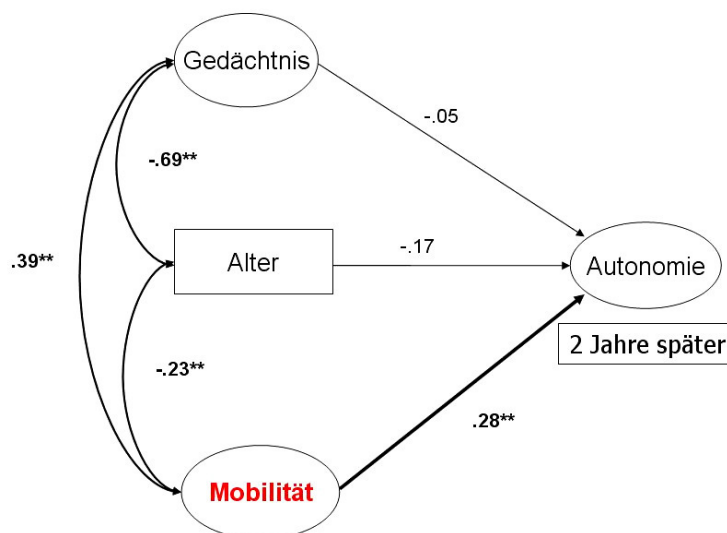


Abbildung 10: Pfadmodell zur Bedeutung von Mobilität für Autonomie in der Zukunft. Mit \*\* gekennzeichnete Zahlen stellen statistisch bedeutsame Einflüsse dar. Quelle Perrig-Ciello et al., 2006.

### *Pflegebedürftigkeit als Selbstständigkeitsverlust*

Für das Verständnis der Entstehung von Pflegebedürftigkeit ist das „Modell des Behinderungsprozesses“ hilfreich (Verbrugge & Jette, 1994; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2010). Es erklärt das Auftreten und die Verbreitung von Pflegebedürftigkeit als Zusammenspiel von Krankheit, Funktionseinbußen und Hilfebedürftigkeit. Mit diesem Modell lässt sich zeigen, dass körperliche Krankheit im Alter ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, aber kein hinreichender ursächlicher Faktor für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist.

Baden-Württemberg wies im Jahr 2009 bezogen auf die Gesamtbevölkerung sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit 3,0% bzw. 1,6% die niedrigste Pflegequote in ganz Deutschland auf (Statistisches Bundesamt, 2011b). Auch für die verschiedenen Altersgruppen gilt in den meisten Fällen dieser Befund. Insgesamt bezogen 126.257 Personen in Baden-Württemberg Leistungen der Pflegestufe I. Das entspricht 52% aller Pflegebedürftigen und 1,2% der Bevölkerung in diesem Bundesland. Dem BARMER GEK Pflegereport 2011 können die Prävalenzraten der Pflegestufe I nach Alter entnommen werden, allerdings nur für Deutschland gesamt. Bis zum Alter von 80 Jahren liegt der Anteil mit Pflegestufe I bei den Männern knapp unter 5%, bei den Frauen knapp über 5%. Danach steigen diese Raten stark an und liegen in der Altersgruppe 90 Jahre und älter bei ca. 18% bei den Männern und ca. 28% bei den Frauen.

Im Jahr 2010 hatte die Pflegeversicherung Ausgaben in Höhe von 21,45 Milliarden Euro. Davon waren 20,43 Milliarden Euro Leistungsausgaben (BARMER GEK, 2011). Unter der Annahme, dass sich diese gleichmäßig über die Bundesländer verteilen, wären das 2,68 Milliarden Euro allein für Baden-Württemberg. Da dieses Bundesland die niedrigste Pflegequote von ganz Deutschland hat, sind die Leistungsausgaben vermutlich geringer. Welche Ausgaben für die Pflegestufe I in Baden-Württemberg genau anfallen, war in den amtlichen Statistiken nicht ausfindig zu machen. Nimmt man die anteilige Bevölkerung von Baden-Württemberg als Grundlage, so dürften sich die Ausgaben für die ca. 127.000 Pflegebedürftigen der Stufe I in Baden-Württemberg auf ca. 800 Millionen € belaufen.

Unter dem Gesichtspunkt der Erhaltung von Selbstständigkeit ist von besonderem Interesse, welche Einschränkungen und Erkrankungen zu Pflegebedürftigkeit führen. Das Robert Koch-Institut (2004) hat die einer Pflegebedürftigkeit zugrunde liegenden Krankheitsbilder zusammengestellt. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2002. Bei Männern sind mit einem Anteil von 21,8% Krankheiten des Kreislaufsystems die häufigste pflegebegründende Diagnosegruppe, gefolgt von psychiatrischen Krankheiten (17,2%). Bei Frauen wird Pflegebedürftigkeit in 19,3% der Fälle durch eine psychiatrische Krank-

heit begründet, gefolgt von Kreislauferkrankungen (18,1%). Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen beziehen sich auf die verschiedenen Formen der Demenz.

Laut BARMER GEK Pflegereport (2011) lag im Jahr 2009 das Risiko, ab dem Alter von 30 Jahren im Laufe des weiteren Lebens pflegebedürftig zu werden, für Männer bei 50% und für Frauen bei 72%. Im Jahr 2000 hatte das Risiko für Männer noch bei 41% und für Frauen bei 65% gelegen. Das bedeutet, dass heutzutage durch das Altern der Bevölkerung nicht nur mehr Personen pflegebedürftig werden, sondern auch der Anteil von Älteren, die ihre Selbstständigkeit bis zum Lebensende behalten, zurückgeht. Diese Veränderung beruht teilweise auch auf dem in dem Beobachtungszeitraum novellierten „Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung“ vom 14.03.2008.

## **2 Gesundheit wiederherstellen – der Preis der Unabhängigkeit**

„Die finanziellen Mittel, die in Deutschland für die Wiederherstellung der Gesundheit und die Milderung von Krankheitsfolgen aufgewendet werden, sind beachtlich: Im Jahr 2006 entstanden im Gesundheitswesen Kosten in Höhe von insgesamt rund 236 Milliarden Euro“ (Robert Koch-Institut, 2009, S. 7). Die Ausgaben des Bundeshaushalts betrugen im selben Jahr 261,6 Milliarden Euro (Bundesministerium für Finanzen Bundeshaushaltsplan, 2006). Abbildung 11 ist zu entnehmen, dass die Krankheitskosten mit dem Lebensalter überproportional ansteigen. In Baden-Württemberg entfielen demnach anteilig auf Personen im dritten Alter im Jahr 2006 ca. 11,6 Milliarden Euro und auf Personen im vierten Alter ca. 3,0 Milliarden an Krankheitskosten.

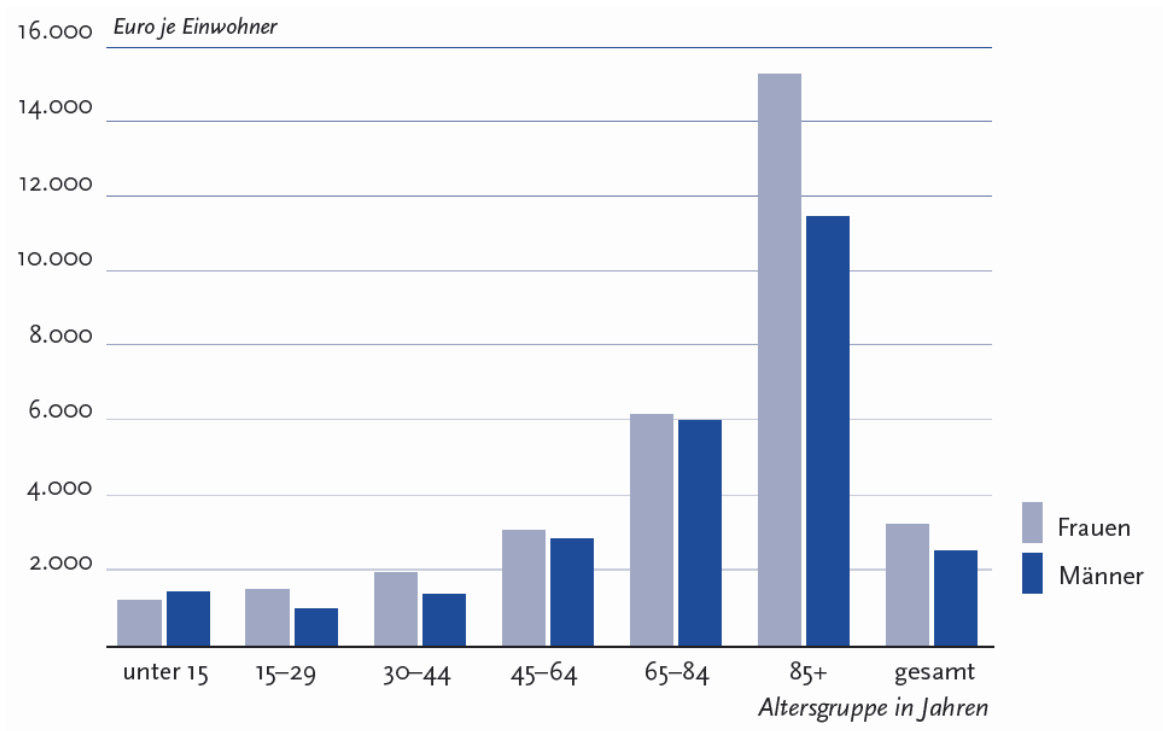


Abbildung 11: Krankheitskosten pro Einwohner 2006 nach Alter und Geschlecht (Quelle Nöthen & Böhm, 2009).

Das Kostengeschehen wird mit dem Lebensalter, teilweise auch mit dem Geschlecht, durch jeweils andere Erkrankungen bestimmt (Robert-Koch-Institut, 2009). Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hochdruckkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten, ischämische oder koronare Herzkrankheiten) mit einem Kostenanteil von 22,7% im *dritten* Alter die höchste Relevanz (Baden-Württemberg anteilig 2,6 Milliarden Euro). Im *vierten* Alter waren psychische und Verhaltensstörungen für ein Fünftel (22,4%) der Krankheitskosten verantwortlich. Demenzerkrankungen hatten daran einen erheblichen Anteil (19,6%, Baden-Württemberg anteilig 600 Millionen Euro). Der zweithöchste Kostenanteil war bei den Hochaltrigen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (19,7%, Baden-Württemberg anteilig 600 Millionen Euro).

Bei der Betrachtung der mit dem Alter ansteigenden Krankheitskosten ist zwischen Ausgaben für Überlebende und Ausgaben für Sterbende zu unterscheiden. Der Ausgabenanstieg kann auch durch höhere Kosten vor allem im letzten Lebensjahr verursacht werden. Dieses kostenintensive letzte Lebensjahr tritt mit zunehmendem Alter durch die steigende Sterblichkeit immer häufiger auf. Kruse und Kollegen (2003) haben diese Trennung vorgenommen und herausgefunden, dass 1) die Gesundheitsausgaben für Überlebende von der Altersgruppe 60-65 Jahre bis zur Altersgruppe 90-95 Jahre kontinuierlich und danach sprunghaft ansteigen, 2) die Gesundheitsausgaben für Sterbende von der



Altersgruppe 60-65 Jahre bis zur Altersgruppe 95-100 Jahre abnehmen und 3) die Gesamtausgaben vom 60. bis zum 95. Lebensjahr zunehmen und danach leicht zurückgehen. Die Datengrundlage für diese Analyse stammt allerdings aus einem Zeitraum vor 1999. Die Überlebenswahrscheinlichkeiten in den betrachteten Altersgruppen haben sich seitdem erhöht, wodurch der Anteil der Sterbenden geringer wird. Mardorf und Böhm (2009) gehen von folgenden Entwicklungen aus: 1) Die absolute Zahl jung Sterbender nimmt künftig ab. 2) Die Zahl alt Sterbender nimmt künftig zu. 3) Dadurch relativiert sich der Effekt der geringeren Sterbekosten in höherem Alter und die gleichen Gesundheitsausgaben entstehen zeitverzögert mit dem Anstieg der Lebenserwartung.

### **3 Ansatzpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter**

Die Zusammenstellung der vorliegenden Befunde hat deutlich gemacht, dass insbesondere drei Krankheitsgruppen und Gesundheitseinschränkungen ein erhöhtes Risiko für einen Selbstständigkeitsverlust darstellen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenzen und Mobilitätseinbußen. Daher sollten alle Maßnahmen darauf ausgerichtet sein, das Auftreten dieser Krankheiten zu reduzieren und die Mobilitäts- und Gesundheitsressourcen zu stärken, um möglichst gezielt und effizient Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter zu erhalten.

Die Projektgruppe sieht folgendes Maßnahmenbündel als zentral an, um dem Ziel „Selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich“ näher zu kommen:

- Erhaltung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- Erhaltung einer aktiven Lebensgestaltung und der Lebensqualität
- Stärkung der Alltagskompetenz (ADL und IADL)
- Erhaltung der funktionalen Gesundheit, insbesondere der Mobilität zu Fuß
- Vermeidung von Krankheiten, die ein Risiko für die Ausübung von Aktivitäten und die Selbstständigkeit im Alter darstellen
- Vorbeugung von Krankheiten, die im Alter die Lebensqualität beeinträchtigen und hohe Kosten verursachen.
- Vermeidung des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit (Stufe I)
- Stärkung der sozialen Integration und Teilhabe.

## 4 Bewegung und körperliche Aktivität – wirksame Präventionsmaßnahmen

### *Vermeidung von Krankheiten*

Ein bewegungsarmer Lebensstil steht mit einer ganzen Reihe von chronischen Erkrankungen, von denen ältere Menschen betroffen sind und einem vorzeitigen Tod in Zusammenhang (vgl. Lee et al., 2012). Die Autoren haben die negativen Effekte von körperlicher Inaktivität hinsichtlich Herzkrankgefäßerkrankungen, Diabetes Typ II, Brust- und Darmkrebs sowie allgemeiner Sterblichkeit genauer untersucht. Ihre Analysen zeigen, dass in Deutschland 4,6% der Herzkrankgefäßerkrankungen, 5,7% der Diabetes Typ II Krankheitsfälle, 7,4% der Brustkrebserkrankungen und 8,3% der Darmkrebserkrankungen nicht entstehen würden, wenn die Bevölkerung ausreichend körperlich aktiv wäre. Darüber hinaus könnten 7,5% der vorzeitigen Sterbefälle verhindert werden. Die Lebenserwartung würde in Deutschland um 0,47 Jahre zunehmen.

Im Jahr 2009 veröffentlichte das American College of Sports Medicine ein beeindruckendes Positionspapier (Chodzko-Zajko et al., 2009), in dem das präventive Potenzial körperlicher Aktivität bei Erkrankungen, die vermehrt im Alter auftreten, deutlich in Erscheinung tritt. Dazu zählen folgende Krankheiten:

- Adipositas
- Bluthochdruck
- Depression
- Diabetes Typ II
- Herzkrankgefäßerkrankung
- kognitive Beeinträchtigung
- körperliche Behinderung
- Krebs
- Osteoporose
- periphere arteriosklerotische Gefäßerkrankung
- Schlaganfall.

Die Autoren heben hervor, dass durch körperliche Aktivität auch die Entwicklung von Behinderungen im späteren Lebensalter verlangsamt wird. Ebenso weisen sie auf die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden hin. Die Auswertung der Forschungsergebnisse lässt die Wissenschaftler zu dem Schluss kommen, dass regelmäßige körperliche Aktivität bis heute, außer vielleicht Kalorienrestriktion, das einzige Lebensstilverhalten zu sein scheint, mit

dem eine ganze Bandbreite von physiologischen Systemen und Risikofaktoren für chronische Krankheiten günstig beeinflusst werden kann. Vermutlich geht körperliche Aktivität auch mit besserer geistiger Gesundheit und höherer sozialer Integration einher (Chodzko-Zajko et al., 2009). Weitere überzeugende Befunde zur gesundheitsfördernden Wirkung körperlicher Aktivität hinsichtlich geistiger und körperlicher Mobilität sind bei Voelker-Rehage und Kollegen (2006) und bei Schlicht (2012) zu finden.

### *Reduzierung des Demenzrisikos*

Demenzerkrankungen stellen eine zunehmende Herausforderung des Alterns der Bevölkerung dar (vgl. Berlin-Institut, 2011). Die Bemühungen, dieser schweren und bis heute unheilbaren Krankheit zu begegnen, konzentrieren sich in erster Linie auf die Versorgung der Demenzkranken. Die Frage, ob präventive Möglichkeiten vorhanden sind, diese Erkrankung zu verhindern bzw. das Risiko des Auftretens zu reduzieren, wird kaum gestellt. Bewegung und körperliche Aktivität scheinen bei dem Auftreten von Demenzen aber eine herausragende Rolle zu spielen (vgl. Fratiglioni et al., 2004). Auf zwei Studien soll näher eingegangen werden. Abbott und Kollegen (2004) untersuchten die alltäglichen Bewegungsgewohnheiten älterer Menschen in Form der Strecke, die man gewöhnlich jeden Tag zu Fuß zurücklegt, in ihren Auswirkungen auf das spätere Auftreten einer Demenzerkrankung. Als erstaunliches Ergebnis kam zutage, dass diejenigen Männer, die täglich mehr als 3.200 Meter (zwei Meilen) zu Fuß gingen, das Risiko an Demenz zu erkranken im Vergleich zu denjenigen, die sich weniger als 400 Meter bewegten, halbieren konnten. Dieses Ergebnis wurde in der Studie von Anzel und Kollegen (2008) bestätigt. Die Autoren überprüften den Zusammenhang zwischen leichter körperlicher Aktivität wie Gartenarbeit und Gehen sowie regelmäßigem körperlichen Training einschließlich Sport im Erwachsenenalter und dem späteren Auftreten von Demenzen. Im Vergleich zu den kaum Aktiven hatte die Gruppe mit leichter körperlicher Aktivität nach einem 31-jährigen Beobachtungszeitraum ein um 36%, die Gruppe mit regelmäßigem sportlichem Training sogar ein um 66% reduziertes Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass ernsthaft darüber nachgedacht werden sollte, körperliche Aktivität gezielt als Demenzprophylaxe einzusetzen. Mittlerweile liegen genügend Erkenntnisse vor, dass ein engagierter und aktiver Lebensstil, der soziale, mentale und körperliche Aktivität beinhaltet, vermutlich die einzige erfolgversprechende Maßnahme zur Demenzprophylaxe darstellt (vgl. Daviglus et al., 2010).

## *Erhaltung der Mobilität*

Aufgrund der zentralen Bedeutung der Mobilität für Selbstständigkeit und die Entwicklung von Behinderungen sind Trainingsstudien zur Verbesserung der Gehfähigkeit von größtem Interesse. In der „Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot (LIFE-P) Study“ (The Life Study Investigators, 2006) wurde untersucht, ob sich grundlegende Komponenten der Gehfähigkeit bei älteren Menschen systematisch trainieren lassen. Teilnehmende waren Personen im Alter von 70 bis 89 Jahren, die (1) einen bewegungsarmen Lebensstil führten (weniger als 20 Minuten strukturierte körperliche Aktivität pro Woche) und (2) bei denen die Gefahr bestand, dass sie ihre Selbstständigkeit verlieren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zufällig zwei Maßnahmen zugeteilt, einem körperlichen Trainingsprogramm (Interventionsgruppe) und einem Bildungsprogramm zum erfolgreichen Alter (Kontrollgruppe). Das körperliche Training bestand aus einer Kombination von Ausdauer-, Kraft-, Gleichgewichts- und Beweglichkeitsübungen. Ein wesentlicher Bestandteil war aber das Gehen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten im Laufe der Woche mindestens 150 Minuten gehen. Die älteren Menschen der Interventionsgruppe waren 3,7 mal pro Woche zu Fuß unterwegs, im Durchschnitt 138 Minuten wöchentlich. Nach sechs Monaten hatte die Gruppe des körperlichen Aktivitätsprogramms ihre Funktionswerte statistisch bedeutsam gesteigert und konnte dieses Niveau auch in den nächsten sechs Monaten annähernd halten. Die Teilnehmer des Bildungsprogramms verbesserten sich zwar auch, aber in geringerem Ausmaß. Auch sie hielten annähernd diesen Wert bis zur zweiten Nachtestung. Ein etwas anderes Bild ergibt die Analyse der Entwicklung der Gehgeschwindigkeit über 400 Meter. Auch hier lagen die beiden Gruppen anfangs eng beieinander. Während die Kontrollgruppe Rückgänge zu verzeichnen hatte, hielt die Trainingsprogrammgruppe ihr Niveau über die 12 Monate. Die Ergebnisse zeigen einerseits, dass Steigerungen der Funktionsfähigkeit durch körperliches Training möglich sind, andererseits aber auch, dass bereits die Beibehaltung eines Niveaus über die Zeit als Erfolg betrachtet werden kann.

## **5 Bewegung: Wie oft, wie lange, wie intensiv – gültige wissenschaftliche Empfehlungen**

Der Frage, welches Ausmaß von Bewegung und körperlicher Aktivität im Alter notwendig ist, um einen Gesundheits- und Fitnessnutzen zu erzielen, wird seit Jahrzehnten intensiv nachgegangen. Die aktuell gültigen und in Deutschland anerkannten Empfehlungen wurden vom American College of Sports Medicine (ACSM) und der American Heart Association (AHA) aufgrund zahlreicher Forschungsergebnisse zusammengestellt und im Jahr 2007 veröffentlicht (Nelson et al., 2007). Sie wurden in den „2008 Physical Activity Guidelines for Americans“ aufgegriffen und erläutert (U.S. Department of Health and Human Services, 2008).

Diese Empfehlungen stellen immer wieder heraus, dass regelmäßige körperliche Aktivität auch im Alter erhebliche Gesundheitsvorteile mit sich bringt und ein bewegungsarmer Lebensstil in jedem Falle zu vermeiden ist. Ein geringes Ausmaß an körperlicher Aktivität ist besser als gar keine Bewegung. Auch wenig körperliche Aktivität hat einen, wenn auch kleinen Gesundheitsnutzen. Es hat sich aber gezeigt, dass die positiven Auswirkungen mit zunehmendem Ausmaß an körperlicher Aktivität ansteigen, sei es durch höhere Intensität, größere Häufigkeit und/oder längere Dauer. Heute wird das Erreichen folgender Empfehlungen als erstrebenswert angesehen:

- Ältere sollten mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche mit mittlerer Intensität körperlich aktiv sein. Mittlere Intensität bedeutet, dass die Atem- und Herzfrequenz spürbar ansteigt. Alternativ sind auch 1,5 Stunden körperliche Aktivität mit hoher Intensität möglich. Dabei erhöht sich die Atem- und Herzfrequenz sehr stark. Beispiele für moderate (mittlere) und hoch intensive körperliche Aktivität sind in Abbildung 12 zu finden. Der Umfang an Bewegung mittlerer und hoher Intensität kann durch alle möglichen Arten von körperlicher Aktivität erreicht werden, nicht nur durch Sport.
- Ältere sollten Kraft fördernde Übungen mittlerer oder hoher Intensität, die alle größeren Muskelgruppen beanspruchen, an zwei oder mehr Tagen pro Woche ausführen.
- Die körperliche Aktivität sollte über die Woche verteilt werden. Damit wird auch das Risiko von Verletzungen und starker Erschöpfung vermieden. Am günstigsten ist es, an mindestens drei Tagen pro Woche aktiv zu sein. Allerdings zählen nur Einheiten von mindestens 10 Minuten Dauer.
- Ältere sollten Übungen durchführen, die ihre Gleichgewichtsfähigkeit erhält oder verbessert, wenn bei ihnen die Gefahr besteht, dass sie stürzen.

Ältere Menschen unterscheiden sich stark hinsichtlich Gesundheit und Fitness. Ziel ist es, die Art und den Umfang körperlicher Aktivität so zu gestalten, dass sie sicher ist, d.h. keinen gesundheitlichen Schaden verursacht und sich die älteren Menschen dabei sicher fühlen.

- Wenn Ältere keine zweieinhalb Stunden pro Woche körperlich aktiv sein können, sollten sie so aktiv sein, wie ihre Fähigkeiten und ihre Verfassung es ihnen erlauben.
- Ältere sollten ihr individuelles Anstrengungsniveau auf ihren Fitnesszustand abstimmen. Damit werden Überanstrengungen und Verletzungen vermieden.
- Ältere mit chronischen Krankheiten sollten verstehen, ob und in welcher Weise ihr Zustand ihre Fähigkeit beeinflusst, regelmäßige körperliche Aktivität sicher auszuüben.

Das notwendige Ausmaß an körperlicher Aktivität kann durch körperlich fordernde Alltagstätigkeiten (z.B. Gartenarbeit, Spazierengehen) oder durch Sportaktivitäten erreicht werden. Die Studie Aktiv-in-Heidelberg (Cihlar & Rott, 2012) hat gezeigt, dass anstrengende Alltagstätigkeiten häufig das notwendige Krafttraining darstellen, während die Ausdauer eher über Sportaktivitäten gefördert wurde. Schlicht (2012) gibt Beispiele für Aktivitäten unterschiedlicher Intensität und wie lange man sie ausführen muss, um die Empfehlungen für den Wochenumfang zu erreichen (Abbildung 12).

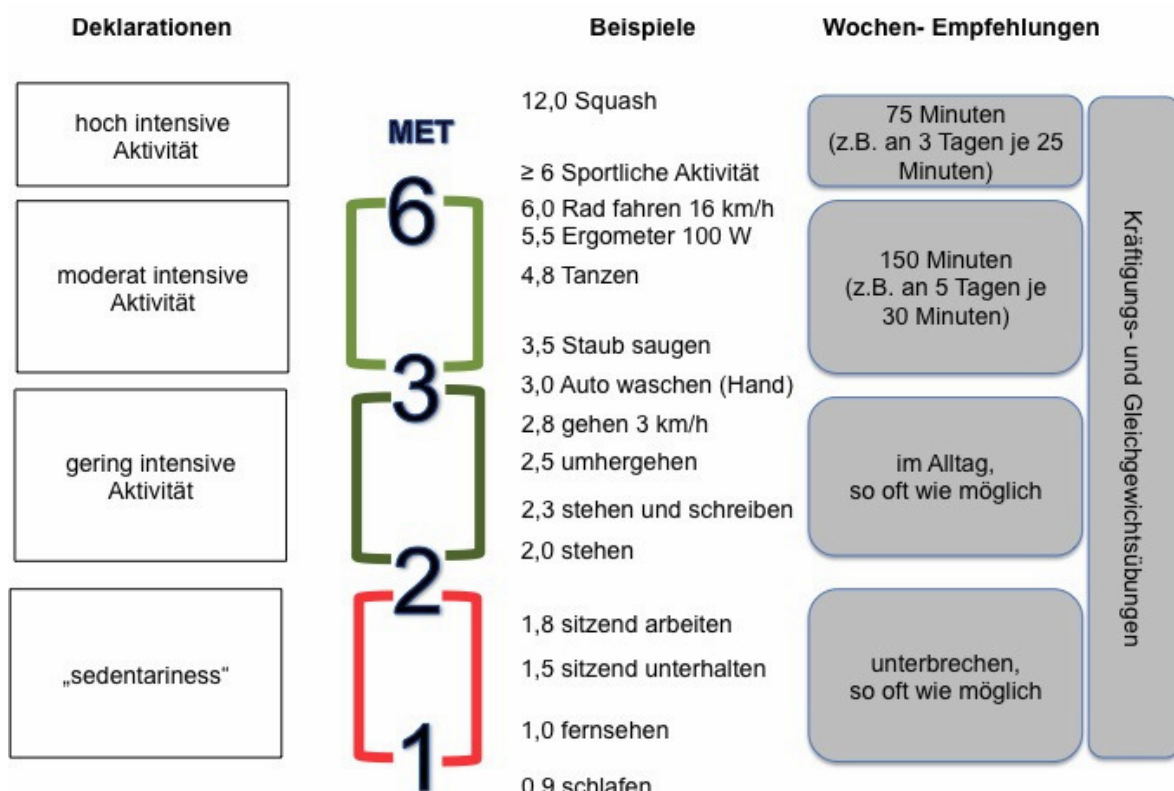


Abbildung 12: Aktivitätsvarianten und Empfehlungen (Quelle Schlicht, 2012). MET = Metabolisches Äquivalent, ein Maß für den Energieumsatz. Aktivitäten mit MET-Werten zwischen 3 und 6 gelten als gesundheits- und fitnessfördernd.

Die Empfehlungen stellen hohe Anforderungen dar, die in vielen Fällen wohl über die individuellen Vorstellungen von gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität im Alter hinausgehen. Sie werden zurzeit wohl nur von einem kleinen Teil der älteren Bevölkerung erreicht. In der Studie Aktiv-in-Heidelberg mit Teilnehmern im Alter von 65 bis 94 Jahren erfüllten 22% diese Empfehlungen. Im dritten Alter waren dies mehr Frauen als Männer, im vierten Alter mehr Männer als Frauen. Ohne Sportaktivitäten konnten die Empfehlungen selten erreicht werden. Die Vorteile hinsichtlich Gesund-

heit, Alltag und Lebenszufriedenheit waren in vielen Bereichen offensichtlich. Die körperlich ausreichend Aktiven bewerteten ihre Gesundheit subjektiv besser, konnten größere Strecken zu Fuß zurücklegen, wurden durch ihren Gesundheitsstatus weniger daran gehindert, für sie wichtige Dinge zu tun, wiesen einen geringeren Erkrankungsgrad auf und bewerteten ihr Leben insgesamt deutlich positiver als unzureichend Aktive (Cihlar & Rott, 2012).

## **6 Gesundheitliche Chancengleichheit und Identifikation spezifischer Zielgruppen**

Dieser Bericht hat zum Ziel, Eckpunkte einer Prävention und Gesundheitsförderung *für alle älteren Menschen* herauszuarbeiten. Dennoch stehen Personen im Mittelpunkt, deren Lebensstil durch Bewegungsarmut gekennzeichnet ist. Dieser Personenkreis hat ein höheres Krankheits- und Mortalitätsrisiko als Gruppen mit einem aktiven Lebensstil. Eine spezielle Zielgruppe sind Menschen, die ein geringes Einkommen oder ein niedriges Bildungsniveau haben, sozial wenig eingebunden sind oder in schlechten Wohnverhältnissen leben. Alle vorliegenden empirischen Studien betonen, dass ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem gesundheitlichen Zustand besteht, auch in der älteren Bevölkerung (vgl. Lampert, 2009). Dies lässt sich sowohl im Hinblick auf Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren als auch in Bezug auf die subjektive Gesundheit und die Lebenserwartung feststellen.

Tabelle 2 zeigt eine Aufstellung der Verbreitung von drei zentralen Gesundheitsverhaltensweisen nach Sozialstatus und Alter. In den betrachteten Altersgruppen gibt es große Unterschiede beim Rauchverhalten (insbesondere bei den Männern) zwischen Personen mit niedrigem und hohem Sozialstatus. Dies ist auch bei der sportlichen Inaktivität zu beobachten. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass sportliche Aktivität nur einen Bereich der körperlichen Aktivität umfasst. Ältere können auch bei geringer sportlicher Aktivität im Alltag durchaus körperlich aktiv sein (z.B. Gartenarbeit, häufiges Gehen, handwerkliche Tätigkeiten, usw.). Darüber liegen nach unserem Wissen aber keine geeigneten Studien vor. Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitsverhalten ist auch bei starkem Übergewicht zu beobachten, insbesondere bei Frauen.

	Rauchen (aktuell)		sportliche Inaktivität (< 1-mal pro Woche)		Adipositas (BMI > 30)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
<b>50–59 Jahre</b>						
niedriger Sozialstatus	35,4%	43,5%	50,8%	54,0%	45,9%	36,1%
mittlerer Sozialstatus	29,4%	34,8%	35,8%	43,4%	29,2%	27,9%
hoher Sozialstatus	25,2%	24,5%	28,6%	28,7%	13,6%	20,0%
<b>60–69 Jahre</b>						
niedriger Sozialstatus	14,9%	34,8%	43,4%	65,2%	48,1%	30,6%
mittlerer Sozialstatus	16,4%	19,3%	34,4%	42,5%	30,7%	22,3%
hoher Sozialstatus	11,3%	16,4%	27,7%	36,9%	19,1%	20,4%
<b>70 Jahre und älter</b>						
niedriger Sozialstatus	6,9%	26,8%	63,6%	58,9%	42,6%	21,8%
mittlerer Sozialstatus	8,7%	14,7%	53,7%	52,9%	30,4%	28,5%
hoher Sozialstatus	1,5%	11,1%	43,8%	52,7%	16,4%	16,0%

Tabelle 2: Gesundheitsverhalten nach Sozialstatus und Alter (Quelle Lampert, 2009).

„In der wissenschaftlichen Diskussion besteht Einigkeit darüber, dass die gesundheitliche Ungleichheit vor allem durch Unterschiede in den Lebensbedingungen erklärt werden kann. Die Lebensbedingungen lassen Spielräume für individuelle Entscheidungen über gesundheitsförderliches oder -belastendes Verhalten“ (Mielck, 2011, S. 514). Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit älterer Frauen und Männer setzen daher vor allem an den sozialen und den Umweltbedingungen an. Aus den vorliegenden Befunden kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es äußerst bedeutsam ist, dass Gesundheitsförderung sozial benachteiligte Gruppen aktiv an Vorhaben beteiligt und dabei ihre Bedürfnisse und ihre Lebensbedingungen berücksichtigt. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status können sich Bewegungsangebote kaum leisten bzw. sind nicht ausreichend über die Möglichkeiten der Unterstützung durch § 20 SGB V informiert. Oft fehlen finanzielle Mittel um z.B. den Eintritt in das Schwimmbad oder die Mitgliedsbeiträge in Vereinen zu bezahlen. Der finanzielle Aspekt sollte bei der Wahrnehmung von Bewegungsangeboten eine so geringe Rolle wie möglich spielen.



## **II. Praktischer Teil**

### **7 Kommunale Bewegungsförderung im Alter – besondere Herausforderungen bei der flächendeckenden Umsetzung**

Die theoretische Begründung und der Nachweis der Wirksamkeit von Bewegung und körperlicher Aktivität hinsichtlich der Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter liefern die Grundlage für Bewegungsförderung in den Kommunen. Damit Bewegungsförderung in der Kommune flächendeckend umgesetzt wird und präventive Effekte eintreten, ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, die im Folgenden beschrieben werden.

#### **7.1 Bewegungsförderung im Alltag – zentrales Thema in der Kommune**

Der Wunsch, bis ins hohe Alter in der eigenen Wohnung und im gewohnten Umfeld zu leben und somit ein selbstbestimmtes Leben zu führen, ist für viele ältere Menschen von großer Bedeutung. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen in Kommunen ist ein vielversprechender Ansatz um dieser Vorstellung gerecht zu werden. Somit haben Städte und Gemeinden einen entscheidenden Einfluss auf die Förderung körperlicher Aktivität im Alltag aller Bürgerinnen und Bürger. Strategien zur Bewegungsförderung in der Kommune werden insbesondere dann zu einer gesunden Investition, wenn sie verbunden sind mit der Stadt-, Umwelt-, Energie- und Gesundheitsplanung sowie der Wirtschaftspolitik. Die Investition in eine bewegungsförderliche Kommune sichert Städten und Gemeinden Standortvorteile. Freizeitangebote, ein soziales und generationenübergreifendes Miteinander, ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und höhere Attraktivität von Straßenzügen tragen u.a. zur Imagesteigerung bei (Bucksch et al., 2012).

Für das Thema Bewegung im Alltag älterer Menschen gibt es häufig keine definierten Zuständigkeiten in der Kommunalverwaltung und Politik. Dies bietet die Chance, an unterschiedlichen Handlungsfeldern und Strukturen in der Kommune anzuknüpfen und Verantwortliche aus unterschiedlichen Bereichen zu gewinnen und zusammenzuführen.

Anknüpfungspunkte in Kommunen sind (Steffen, 2011):

- Altenhilfe/Stadtseniorenplanung
- Demographischer Wandel
- Integration und Inklusion

- Soziale Stadt
- Gesunde Stadt
- Partnerkommunen Gesund aufwachsen und leben Baden-Württemberg
- Sportentwicklungsplanung
- Stadtplanung
- Familienfreundliche Kommune
- Demenzfreundliche Kommune
- Sozialraumorientierung, Stadtteil- und Quartiersentwicklung
- Armutsbekämpfung
- Gender mainstreaming, Gleichstellung
- Stadtmarketing
- Freiraumplanung
- Kriminalprävention.

Darüber hinaus sind folgende Akteure zu beteiligen (LGA BW, 2012):

- Selbstorganisation der Älteren (Stadt-/Kreissenioresrat)
- Selbsthilfegruppen
- Bürger/-innen
- Integrationsbeauftragte
- Migrantengruppen
- Soziale Dienste
- Bürgerschaftliches Engagement
- Pflegestützpunkte
- Geriatrische Schwerpunkte und Zentren
- Sportorganisationen (örtliche Vereine, überörtliche Verbände)
- Bildungs- und Gesundheitsanbieter (DRK, VHS, Krankenkassen, (Geriatrische) Rehabilitationseinrichtungen)
- Ambulante Betreuungs- und Pflegedienste
- Pflege- und Krankenkassen.

Kommunale Bewegungsförderung ist auf die Zusammenarbeit der örtlichen Akteure angewiesen, da sie auf die umfassende Änderung von Lebensbedingungen und Bewegungsangeboten abzielt, die viele verschiedene Akteure und Institutionen betreffen (Edwards & Tsourus, 2008). Eine Zusammen-

arbeit der Partner vor Ort ermöglicht zu überprüfen, welche Bewegungsangebote bereits bestehen und ob diese die Zielgruppen erreichen. Bewegungsangebote können an die Lebenswelten und Bedürfnisse der Zielgruppen angepasst und bestehende örtliche Ressourcen zur Förderung der Gesundheit gebündelt werden (LGA BW, 2012).

Bewährt hat sich folgendes Vorgehen zur Schaffung einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommune:

- Sensibilisierung und Beteiligung aller Bevölkerungsgruppen und der Akteure von Beginn an
- Bildung eines Netzwerkes, in dem Akteure von einer Fachstelle in der Kommune koordiniert werden
- Bestands- und Bedarfsbestimmung
- Definition kommunaler Ziele zur Gesundheits- und Bewegungsförderung und Festlegung von Zielgruppen
- Planung von Maßnahmen der Bewegungsförderung
- Durchführung der Maßnahmen
- Evaluation des Prozesses und von Ergebnissen.

Erfolgversprechend ist, wenn Kommunen zur Initiierung dieses Vorgehens von Anfang an Beratung und Unterstützung durch eine Fachstelle auf Landesebene erhalten, deren Aufgabe es auch ist zu überprüfen, in welcher Art und Weise die Angebote den gültigen Empfehlungen für körperliche Aktivität entsprechen.

## **7.2 Schaffung einer bewegungsfreundlichen Kommune – notwendige Rahmenbedingungen**

Voraussetzung für die Förderung von Bewegung im Alter ist neben den individuellen Angeboten die Schaffung von wohnortnahen, attraktiven und barrierearmen Bewegungsmöglichkeiten. Erfolgversprechende Angebote integrieren Bewegung in den Alltag der Menschen, beachten sozialspezifische und kulturelle Unterschiede und setzen sich vermehrt mit der Veränderung der sozialräumlichen Umweltfaktoren auseinander (Bucksch et al., 2012).

Die nachfolgende Abbildung zeigt einerseits den Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten und den sog. kompositionellen Faktoren wie bspw. sozio-demographische oder psychosoziale Faktoren und andererseits den Einfluss kontextueller Faktoren wie bspw. die physische Umwelt (Bucksch et al., 2012).

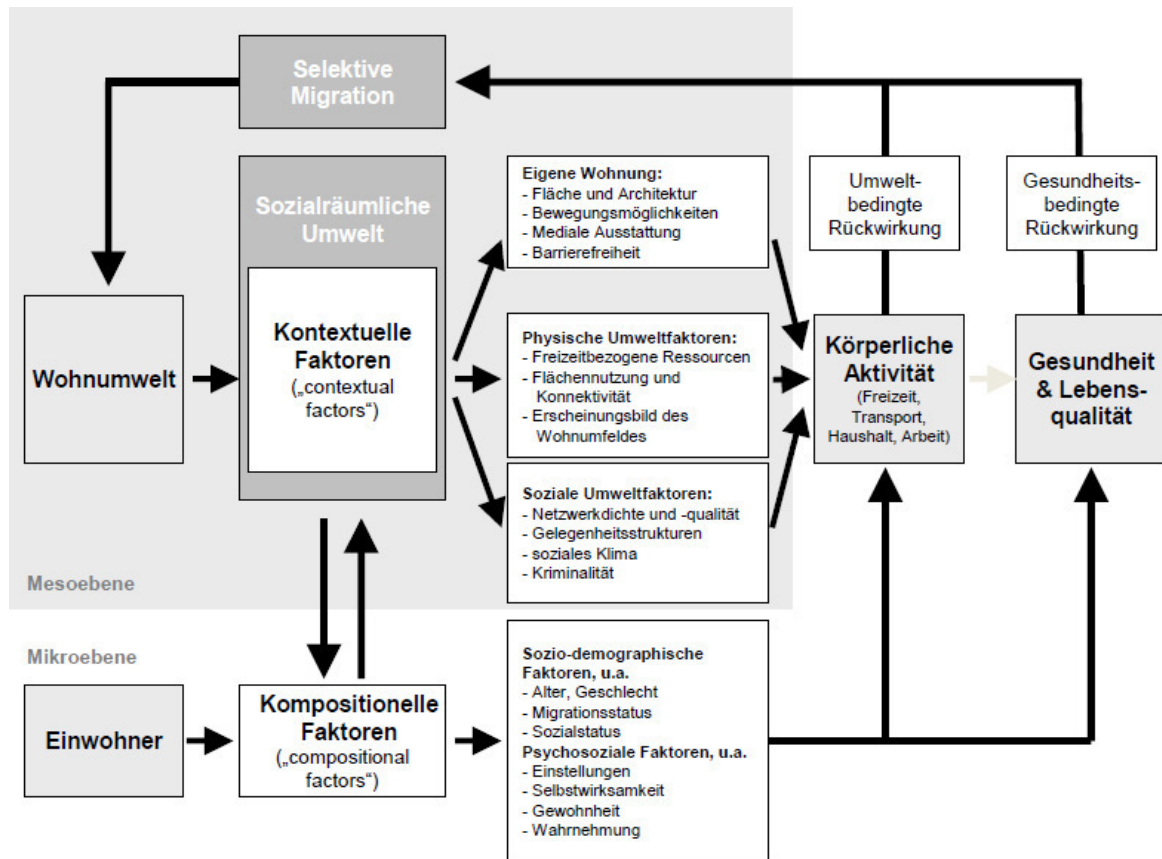


Abbildung 13: Zusammenhang zwischen der Wohnumwelt und der körperlichen Aktivität. (Quelle Bucksch et al., 2012).

Viele Faktoren aus der physischen Umwelt beeinflussen das Bewegungsverhalten (Bucksch et al., 2012). Insbesondere bei der Gebäude- und Stadtplanung sowie der Infrastruktur allgemein können Maßnahmen ergriffen werden, die das Bewegungsverhalten der Bürgerinnen und Bürger positiv beeinflussen.

Folgende beispielhafte Maßnahmen fördern einen Lebensstil mit regelmäßiger Bewegung (Grob et al., 2009; Gold et al., 2010; Schlicht, 2012; NICE, 2008):

#### 1. ein sicheres und komfortables Wohnumfeld

- durchgängige Wegenetze (gute Querungsmöglichkeiten)
- verkehrsberuhigende Maßnahmen
- ausreichende Sicherheit, die die Sturz-, Überfall- und Unfallgefahr senken (Bordsteinabsenkung, gute Beleuchtung, lange Ampelgrünphasen). Insbesondere für ältere Frauen ist der Si-

cherheitsaspekt des Schutzes vor Überfällen ein entscheidendes Kriterium, sich im Wohnumfeld zu bewegen.

- Verbesserung der Infrastruktur für Fahrradfahrer

## 2. attraktive Ausstattung des öffentlichen Raumes

- Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten, bewegungsfreundliche Anlagen und Grünflächen, öffentliche Toiletten, Hinweisschilder zur Treppennutzung

## 3. gute Erreichbarkeit der Außenräume

- zu Fuß erreichbare Geschäfte, Grünanlagen mit gutem physischen und visuellen Zugang, Anpassung des öffentlichen Personennahverkehrs an die Bedürfnisse älterer Menschen (Ein- und Ausstiegshilfen, ausreichend lange Türöffnungszeiten, Niederflurbusse)

## 4. städtebauliche Maßnahmen, die die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner (nachbarschaftliche Interaktionen) berücksichtigen.

Bei der Gestaltung öffentlicher Räume sind auf spezifische Einschränkungen der älteren Menschen zu achten. Die barrierearme Gestaltung des Umfelds berücksichtigt die langsameren Bewegungsabläufe und Reaktionen, Schwierigkeiten bei der Orientierung, Multimorbidität und schlechteres Seh- und Hörvermögen (Gold et al., 2010).

### **7.3 Bewegungsprogramme gestalten – Voraussetzungen für das Gelingen**

Neben den oben genannten strukturellen Maßnahmen sind individuelle Bewegungsangebote für ältere Menschen zur Förderung der Gesundheit und zum Erhalt der Selbstständigkeit notwendig. Diese können zu Bewegung motivieren und wichtige individuelle Voraussetzungen für Bewegungsverhalten wie die Bildung von Zielen, Absichten, Vorsätzen und Plänen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmer schaffen. Diese gesundheitsbezogenen Absichten haben einen großen Einfluss auf das Bewegungsverhalten jedes einzelnen Menschen (Schüz et al., 2012).

Für ältere Frauen und Männer sind Bewegungsprogramme dann attraktiv, wenn (Conn et al. 2003; Lehmann et al., 2011; Lis et al., 2011; Gold et al., 2010; Ashworth et al., 2009),

- detaillierte Kenntnisse über die Zielgruppe vorliegen,

- ältere Frauen und Männer an Planung und Durchführung der Angebote beteiligt werden,
- Angebote einen Bezug zum Alltag der Menschen herstellen und in der Gruppe stattfinden,
- Zugangsbarrieren, z.B. hohe Kosten vermieden werden und Programme vormittags oder am frühen Nachmittag stattfinden,
- Angebote wohnortnah, in der Natur, in Begegnungsstätten oder Sporthallen durchgeführt werden,
- vertraute Personen ebenfalls das Angebot besuchen,
- Angebote Männer und Frauen ansprechen,
- ein barrierefreier Zugang ermöglicht wird, z.B. für Menschen, die einen Rollator benötigen,
- Bring- und Holdienste für mobilitätseingeschränkte Menschen und ggf. Hausbesuchsangebote vorhanden und
- die Angebote langfristig angelegt sind.

Wichtig ist auch, die vorhandenen Bewegungsprogramme für ältere Menschen in der Kommune zu erfassen, diese auf die genannten Gestaltungskriterien zu überprüfen und in der Stadt oder der Gemeinde zu verbreiten (z.B. Wegweiser, Internetseiten).

#### **7.4 Wie oft, wie lange, wie intensiv – Empfehlungen für die Praxis**

Angebote zur Bewegungsförderung sind vielfältig und abwechslungsreich zu gestalten. Ein erstes Ziel könnte sein, alltagsnahe körperliche Aktivität, z.B. das Gehen zu fördern um den Einstieg in einen aktiveren Lebensstil zu erleichtern. Anzustreben ist, dass ältere Menschen einen Umfang von 2,5 Stunden moderat anstrengender körperlicher Aktivität pro Woche erreichen. Hierzu zählen Aktivitäten wie zügiges Gehen, Gartenarbeit, Nordic Walking, Wassergymnastik oder bspw. Tanzen (U.S. Department of Health and Human Services, 2008; Bachl et al., 2010). Insbesondere sollen Ausdauer, Kraft, Gleichgewichtsfähigkeit und Beweglichkeit in Programmen gefördert werden. Die Empfehlungen für körperliche Aktivität sind zu berücksichtigen. Das Motiv Gesundheit aber auch das Motiv Leistungssteigerung sollen sich wiederfinden.

#### **7.5 Zielgruppe – Ansprache und Zugangswege**

Damit Angebote zur Bewegungsförderung *alle* älteren Menschen, gleichwohl welcher Herkunft und sozialem Status, in der Stadt oder Gemeinde erreichen, sind diese von Anfang an mit einzubeziehen.

Somit werden individuelle Bedarfe und Bedürfnisse berücksichtigt (Wright et al. 2009). Ein hohes gesundheitsförderliches Potential haben Frauen und Männer

- mit geringer körperlicher Bewegung und/oder
- eingeschränkter Mobilität und/oder
- einem hohen Risiko, ihre Selbstständigkeit zu verlieren.

Es sollen aber auch Personen angesprochen werden, die nur geringe gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, die bereits regelmäßig körperlich aktiv sind und die eine Gesundheits- und Fitnessreserve für das hohe Alter aufbauen wollen.

Prinzipiell gibt es zwei Zugangswege, über Medien und die direkte Ansprache. Um die erstgenannte Gruppe zu erreichen, ist überwiegend eine direkte Ansprache notwendig. Daher ist jeweils vor Ort zu überlegen, wo und wie man mit dieser Personengruppe in Kontakt kommen kann. Hier können Kooperationspartner wie z.B. ambulante Dienste als Vertrauensperson und Vermittler tätig werden. Des Weiteren ist auf eine geschlechterspezifische Ansprache zu achten.

## **7.6 Qualitätsentwicklung – Unterstützung und Vernetzung**

Städte und Gemeinden benötigen bei der Initiierung einer kommunalen Strategie zur Bewegungsförderung fachliche Unterstützung. Die Koordination von kommunaler Gesundheitsförderung auf Landesebene ist Voraussetzung für qualitative hochwertige Bewegungsangebote für ältere Menschen und für einen qualitätsgesicherten Prozess in den Städten und Gemeinden. Eine qualifizierte landesweite Koordinations- und Beratungsstelle ermöglicht es, vielfältige Synergieeffekte zu erzielen und zur Vermeidung von Doppelstrukturen beizutragen.

Aufgaben auf Landesebene sind:

- Recherche und Bündelung vorhandener wissenschaftlicher Erkenntnisse, praktischer Erfahrungen und wirksamer Maßnahmen zu den Themen kommunale Gesundheits- bzw. Bewegungsförderung,
- Transfer dieses Wissensstandes in baden-württembergische Kommunen durch eine individuelle Prozessberatung der Kommunen,
- Zusammenführung und Auswertung von Erfahrungen aus baden-württembergischen Kommunen sowie Wissenstransfer zwischen den Kommunen,

- Einheitliche und qualitätsgesicherte Qualifizierung der Koordinatorinnen und Koordinatoren der Gesundheitsförderung in den Kommunalverwaltungen,
- Zusammenarbeit und Vernetzung mit Akteuren auf Landesebene, Programmen und Initiativen im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg.

Fachliche Beratung und Koordination kommunaler Ansätze bietet seit 2008 die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“, gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg an.

Zur Entwicklung eines Gesamtkonzepts für generationenfreundliche Kommunen mit den Schwerpunkten zur Gesundheitsförderung mit Kindern, Familien und älteren Menschen bietet diese Koordinationsstelle am Landesgesundheitsamt BW folgende Unterstützungsleistungen für Städte und Gemeinden an:

- prozessbegleitende Beratung und Unterstützung bei kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung
- praxisorientierte zweitägige Qualifizierung kommunaler Verwaltungskräfte in den Bereichen Netzwerkarbeit sowie kommunale Gesundheits- und Bewegungsförderung
- Vermittlung von qualitätsgesicherten Angeboten der Gesundheitsförderung
- Wissenstransfer mit anderen Städten und Gemeinden
- Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung (Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg).

Ergänzend wird vom Zentrum für Bewegungsförderung am Landesgesundheitsamt BW, gefördert vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren BW, u.a. fachspezifische Beratung zur Initiierung struktureller und verhaltensbezogener Angebote zur Bewegungsförderung älterer Menschen in der Kommune angeboten.

Initiativen zur Bewegungsförderung benötigen personelle und finanzielle Ressourcen sowohl in Städten und Gemeinden als auch auf Landesebene.



## 8 Literaturverzeichnis

- Abbott, R.D., White, L.R., Ross, G.W., Masaki, K.H., Curb, J.D., & Petrovitch, H. (2004). Walking and dementia in physically capable elderly men. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1447-1453.
- Andel, R., Crowe, M., Pedersen, N.L., Fratiglioni, L., Johansson, B. & Gatz, M. (2008). Physical exercise at midlife and risk of dementia three decades later: A population-based study of Swedish twins. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A, 62-66.
- Asworth, N.L., Chad, K.E., Harrison, E.L., Reeder, B.A. & Marshall, S.C. (2009). *Home versus center based physical activity programs in older adults*. The Cochrane Collaboration.
- Bachl, N., Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G. et al. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds.
- Baltes, M.M. (1998). The psychology of the oldest-old: The Fourth Age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 411-415.
- Baltes, P.B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 433-448.
- BARMER GEK (Hrsg.) (2011). *BARMER GEK Pflegereport 2011*. St. Augustin: Asgard.
- Berlin-Institut, (2011). *Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Bucksch, J., Claßen, T. & Schneider, S. (2012). Förderung körperlicher Aktivität im Alltag auf kommunaler Ebene. In G. Geuter & A. Holleder, A. (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 287-304). Bern: Huber.
- Bundesministerium für Finanzen Bundeshaushaltsplan (2006). *Gesamtplan des Haushaltsplans 2006, Haushaltsübersicht, Ausgaben*. Verfügbar unter [www.bundesfinanzministerium.de/bundeshaushalt2006/html/vsp2i-e.html](http://www.bundesfinanzministerium.de/bundeshaushalt2006/html/vsp2i-e.html) (Stand: 7.12.2009).
- Chodzko-Zajko, W.J., Proctor, D.N., Fiatarone Singh, M.A., Minson, C.T., Nigg, C.R., Salem, G.J. et al. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 1510–1530.
- Cihlar, V. & Rott, C. (2012). *Aktiv-in-Heidelberg*. Heidelberg: Institut für Gerontologie.
- Conn, V.S., Minor, M.A., Burks, K.J., Rantz, M.J. & Pomeroy, S.H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1159-1168.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Daviglus, M.L., Bell, C.C., Berrettini, W., Bowen, P.E., Connolly, E.S., Cox, N.J. et al. (2010). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Preventing Alzheimer's disease and cognitive decline. *NIH Consensus State Science Statements*, 27(4), 1–30.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization

- Diehl, M. (2012). Autonomie. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J.P. Ziegelmann, (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie - Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 84-89). Stuttgart: Kohlhammer.
- Edwards, P. & Tsourus A. D. (2008). *A healthy city is an active city: A physical activity planning guide*. Kopenhagen: WHO.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S. & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343-353.
- Gold, C., Bräunling, S., Kammerer, K., Köster, M., Lehmann, F. & Wolter, B. (2010). *Gesund und aktiv älter werden* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.
- Grob, D., Biedermann, A. & Martin-Diener, E. (2009). *Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde. Synthese des aktuellen Wissenstandes, Grundlagen für Handlungsempfehlungen*. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- Hieber, A., Oswald, F., Rott, C. & Wahl, H.-W. (2006). *Selbstbestimmt Älterwerden in Arheilgen*. Abschlussbericht. Psychologisches Institut und Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (6., völlig überarbeitete Auflage). Weinheim: Juventa
- Kruse, A. (2011). Gesundes Altern. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln – Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung* (S. 3-18). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A., Knappe, E., Schulz-Nieswandt, F., Schwartz, F.-W. & Wilbers, J. (2003). *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?* Heidelberg: AOK Baden-Württemberg.
- Lampert, T. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S.121-133 ). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA BW) (2012). *Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg - Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung* (2. aktualisierte Auflage). Stuttgart: Landesgesundheitsamt.
- Lebenserwartung.info (2012). *Die Internetseiten mit vielfältigen Informationen zur Lebenserwartung in Deutschland von Marc Luy*. Verfügbar unter [www.lebenserwartung.info](http://www.lebenserwartung.info). (Daten heruntergeladen am 06.02.2012).
- Lee, I.-M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N. & Katzmarzyk, P.T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380, 219–229.
- Lehmann, F., Köster, M., Brandes, S., Bräunling, S., Geene, R., Kaba-Schönstein, L. et al. (2011). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (5. erweiterte und aktualisierte Auflage). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Lis, K., Olbermann, E., von Koenen, C., Wisniewski, G. (2011): *Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk*. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an TU Dortmund.
- Mardorf, S. & Böhm, K. (2009). Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 247-266). Berlin: Robert-Koch-Institut.

- Menning, S. (2006). *Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer*. GeroStat Report Altersdaten 02/2006. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Mielck, A. (2011). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 510-515). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Mollenkopf, H. & Rott, C. (2007). Veränderungen der Mobilität im Alter. In W. Heiß (Hrsg.), *Altersmedizin aktuell* (6. Ergänzungslieferung 8/07, S. 1-17). Landsberg: Ecomed.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). *NICE public health guidance 8 - Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C. et al. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39, 1435-1445.
- Nöthen, M. & Böhm, K. (2009). Krankheitskosten in Deutschland: Welchen Preis hat die Gesundheit im Alter? In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 228-246). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W.J., Uebelbacher, A. & Stähelin, H.B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health and Medicine*, 11, 470-482.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004). *Pflege*. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009). *Krankheitskosten*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 48. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rott, C. (2010). Das höchste Alter: Psychologische Stärken als Antwort auf die körperliche Verletzlichkeit. In A. Kruse (Hrsg.), *Leben im Alter – Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik* (S. 15-27). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31-61). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schlicht, W. (2012). *Expertise zur Wirkung kommunaler Aktivitätsförderprogramme*. Stuttgart: Landesgesundheitsamt.
- Schüz, B., Wurm, S., Ziegelmann, J.P., Wolff, J.K., Warner, L.M., Schwarzer, R. & Tesch-Römer, C. (2012). Contextual and individual predictors of physical activity: Interactions between environmental factors and health cognitions. *Health Psychology*, 31, 714-723.
- Shumway-Cook A., Guralnik, J.M., Phillips, C.L., Coppin, A.C., Ciol, M.A., Bandinelli, S. et al. (2007). Age-associated declines in complex walking task performance: The Walking InCHIANTI Toolkit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 58-65.
- Statistisches Bundesamt (2011a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Sterbetafel Deutschland 2008/10*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011b). *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt (2012a). *Lebenserwartung. Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in den Bundesländern bei Geburt und im Alter von 60 Jahren*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderZeitreiheMaennlich.html>. (Daten heruntergeladen am 06.02.2012)
- Statistisches Bundesamt (2012b). *Lebenserwartung. Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in den Bundesländern bei Geburt und im Alter von 60 Jahren*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderZeitreiheWeiblich.html>. (Daten heruntergeladen am 06.02.2012)
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). *Abgekürzte Sterbetafel für Baden-Württemberg 2008/10*. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
- Steffen, G. (2011). *Im Alltag in Bewegung bleiben. Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen*. Stuttgart: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2010). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith J, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3. Auflage, S. 175-207). Berlin: Akademie-Verlag.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7-20). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- The Life Study Investigators (2006). Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: Results of the Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot (LIFE-P) Study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61A, 1157-1165.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington, D.C.: The Secretary of Health and Human Services.
- Verbrugge, L.M. & Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38, 1-14.
- Voelker-Rehage, C., Godde, B. & Staudinger, U.M. (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 558–566.
- Wright, M. T., Block, M. & von Unger, H. (2009). Partizipative Qualitätsentwicklung. In P. Kolip & V. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 157–175). Bern: Huber