



Früher an später denken!

**Durch Prävention
Pflegebedürftigkeit verringern,
verzögern, vermeiden**

GESUND&AKTIV
ÄLTER WERDEN

DOKUMENTATION

**Regionalkonferenz
Schleswig-Holstein**

30. September 2015



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Impressum

Bearbeitung

Siri Hirsch

Redaktion

Dr. Elfi Rudolph

Herausgeberin

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.

Flämische Str. 6-10 - 24103 Kiel

Tel.: 04 31/9 42 94

Fax: 04 31/9 48 71

E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de

www.lvgfsh.de

Gefördert

von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Postfach 910152

51071 Köln

www.bzga.de

Bestellnummer 61412042

Satz und Druck

Wanitzek Satz- und Printstudio

Neustädter Straße 26-29

23758 Oldenburg in Holstein

Fotos

Umschlagseite: Ingo Bartussek, Fotolia.com

Innenteil: Ramona Geiß im Auftrag der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.

Kooperationspartner der Regionalkonferenz



Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich
des Bundesministeriums für Gesundheit



Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung



DRK-Schwesterndienst
Lübeck e.V.

BARMER GEK

Eröffnung und Grußworte

4

Bernd Heinemann

Landtag Schleswig-Holstein, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein

Heinz-Jürgen Bergmann

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, Schleswig-Holstein

Gabriele Schopenhauer

Stadt Lübeck

Martina Egen

DRK-Schwesternschaft Lübeck

Fachvortrag

10

Durch Prävention Pflegebedürftigkeit verringern, verzögern, vermeiden

Dr. Martin Willkomm

Krankenhaus Rotes Kreuz-Geriatriezentrum, Lübeck

Beispiele guter Praxis – Planungen und Erfahrungen

14

„Älter werden in Balance“

Claudia Jansen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“

Dr. Sonja Krupp

Krankenhaus Rotes Kreuz-Geriatriezentrum, Lübeck

Präventive Hausbesuche

Baustein im Interreg Projekt Healthy Ageing Network of Competence (HANC)

Rebecca Witzel

Stadt Flensburg, Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit, Fachstelle 50+, Flensburg

Potentiale aktivieren durch Ehrenamt

Baustein im EU-Projekt Elderly volunteers – a resource for the society (EVARS)

Birgitt Uhlen-Blucha

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., Kiel

Impulse und Diskussion

24

Pflegereport 2014

Claudia Desmarowitz

Barmer GEK, Lübeck

Mundgesundheit – ein wichtiger Baustein gesundheitlicher Prävention

Dr. Martina Walther

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Kiel

Mundgesundheit – Diskussion mit Experten und Plenum

Claudia Desmarowitz, Barmer GEK, Lübeck

Lisa Schröder, DRK-Therapiezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz-Geriatriezentrum, Lübeck

Dr. Petra Schulze-Lohmann, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

Sektion Schleswig-Holstein, Kiel

Kleine und große Hilfen – für die Selbständigkeit zu Hause ohne Umbauten

Doris Jepsen

Barrierefrei Leben e.V., Hamburg

Kontaktdaten

32



Einführung in die Thematik, Eröffnung und Grußworte

Bernd Heinemann

1.Landtagsvizepräsident und stv. Vorsitzender der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein



Sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich, Sie heute zur Regional-konferenz „Früher an später denken! Durch Prävention Pflegebedürftigkeit verringern, verzögern, vermeiden“ im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ in Schleswig-Holstein begrüßen zu dürfen.

Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit und mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung statt. Leider ist Frau Dr. Köster heute verhindert und kann nicht an der Regionalkonferenz teilnehmen. Dies bedauert sie sehr, wünscht allen aber eine gelingende und informative Tagung.

Herzlich danken möchte ich allen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern, die zum Gelingen dieser Veranstaltung beitragen.

Dies ist bereits die 5. Regionalkonferenz in Schleswig-Holstein, die wir im Rahmen der Veranstaltungsreihe durchführen und ich freue mich, dass wir sie zum vierten Mal in Folge in den Räumlichkeiten der DRK-Schwwesterschaft Lübeck stattfinden lassen können.

Das heutige Thema der Veranstaltung „Prävention von Pflegebedürftigkeit“ ist hoch aktuell und gewinnt mit Blick auf den demografischen Wandel noch mehr an Bedeutung. Die Daten der aktuellen Pflegestatistik zeigen, dass im Dezember 2013 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes waren, die Mehrheit davon waren Frauen. 83% der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, 37% waren 58 Jahre und älter. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen, also etwa 1,86 Millionen Menschen, wurden zu Hause versorgt.

Die Pflege wurde dabei überwiegend von Angehörigen übernommen sowie zusammen oder vollständig durch ambulante Pflegedienste geleistet.

Im Vergleich 2013 mit 2011 hat die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Pflegedienste und der vollstationären Pflegeheime zugenommen. Dabei werden die Kapazitäten ambulanter Pflegedienste durch regionale Unterschiede gekennzeichnet. Der Pflegereport der Barmer GEK, der uns heute von Frau Desmarowitz von der Barmer GEK aus Lübeck vorgestellt wird, schreibt dazu, dass die Kapazitäten der Heime im Norden und Süden der Bundesrepublik besonders ausgeprägt sind. Schleswig-Holstein weist die höchste Kapazität auf, die geringste Hessen. Ähnliche regionale Unterschiede gibt es auch im stationären Bereich. Dabei zeigt sich, dass eine höhere Kapazität zu einer häufigeren Inanspruchnahme der vollstationären Pflege im Vergleich zu ambulanter Pflege führt.

Ein Schwerpunkt des Pflegereports ist auch Anliegen der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung: die Zahngesundheit pflegebedürftiger Menschen. Seit Jahren in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein aktiv, setzt sie sich für

eine Verbesserung der Mundgesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ein.

Bei der Zahngesundheit pflegebedürftiger Menschen liegt einiges im Argen. Sie werden deutlich seltener zahnmedizinisch versorgt als nicht Pflegebedürftige. Laut Pflege-report sind vor allem Pflegebedürftige in Heimen zahnmedizinisch unterversorgt. Ich freue mich, dass wir heute dazu von Frau Dr. Walther Weiteres hören werden und den wichtigen Baustein gesundheitlicher Prävention – die Mundgesundheit – in ihrem Vortrag vorgestellt bekommen.

Gesundheitsförderung im Alter ist seit Jahren ein Arbeitsschwerpunkt der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung. Die Einbindung in den Europaprojekten HANC – Healthy Ageing Network of Competences- und EVARS – Elderly volunteers – a resource for the society – tragen auch auf europäischer Ebene dazu bei, das Thema weiter in den Fokus zu rücken. In dem Projekt HANC geht es um die Schaffung eines Netzwerkes unterschiedlichster Gesundheitsanbieter und Akteure aus dem Gesundheitsbereich, aus Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft. Das Europaprojekt EVARS – Elderly volunteers – a resource for the society – hat das Thema ehrenamtlich tätige Senioren und startete im Dezember 2013. Es wurde aus dem "Lifelong Learning Programm" der EU bewilligt. Europäische Partner sind das süd-dänische Europabüro, Österreich und die Slowakei. Zu beiden Projekten werden wir heute noch etwas hören.

Ich wünsche uns nun allen eine gelingende Tagung mit lebhaften Impulsen für die eigene Arbeit und anregende Diskussionen!

Jetzt haben das Wort
Herr Bergmann
Frau Stadtpräsidentin Schopenhauer und
Frau Oberin Egen.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse!

Heinz-Jürgen Bergmann
 Ministerium für Soziales, Gesundheit,
 Wissenschaft und Gleichstellung,
 Schleswig-Holstein



Sehr geehrter Herr Heinemann,
 sehr geehrte Frau Schopenhauer,
 sehr geehrte Frau Egen,
 sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teil-
 nehmer der 5. Regionalkonferenz
 Schleswig-Holstein,

Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich bei uns in Deutschland in den letzten 100 Jahren nahezu verdoppelt. 2013 waren in SH fast 22 % aller Menschen über 65 Jahre alt, und der Anteil der über 80-Jährigen wird sich bis 2030 verdoppeln. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt im höheren Lebensalter. Es ist also entscheidend, die Fitness der Lebensmitte möglichst lange zu erhalten und gesundheitliche Einschränkungen und Behinderungen zu vermeiden. Es gilt, die Anzahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen und Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinaus zu schieben. Existieren aber Krankheiten oder Behinderungen, so sind ihre Art und Schwere nicht allein dafür maßgebend, wie stark Menschen in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt sind. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die Rahmenbedingungen, beispielsweise, wie der Wohnraum und die Umgebung gestaltet sind, welche Alltagsunterstützung geleistet wird und wie professionelle und strukturelle Hilfen arrangiert werden.

Die meisten Menschen wünschen sich auch im Alter Unabhängigkeit, Lebensqualität und Mobilität. Viele erreichen dies auch, und die „Generation 65 plus“ ist so aktiv und gesund wie nie zuvor. Ihnen ist bewusst, dass neben der ärztlichen Behandlung von auftretenden Erkrankungen auch eigenes Bemühen zu einem erfüllten, selbstbestimmten und unabhängigen Altern beitragen kann. Vor diesem Hintergrund fördert das Land zusammen mit den Pflegekassen und den jeweiligen Kreisen und kreisfreien Städten Pflegestützpunkte als trägerunabhängiges, neutrales und kostenfreies Informations- und Beratungsangebot für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sowie deren Angehörigen. Frau Rebecca Witzel von der Stadt Flensburg wird später etwas zum Thema „Präventive Hausbesuche“ berichten.

Aktuelle Studien zeigen, dass ältere Menschen durch geeignete körperliche Aktivität und ausreichend Bewegung viel zum Erhalt ihrer Gesundheit beitragen können. Das Risiko, an den Volkskrankheiten Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus Typ 2 und Schlaganfall zu erkranken, wird schon durch 2,5 Stunden körperliche Aktivität in der Woche gesenkt. Hierzu zählen zügiges Gehen, altersangepasste Gymnastik z. B. in Sportvereinen oder den Volkshochschulen und auch Garten- und Hausarbeit. Auch der Erhalt der geistigen Leistungsfähigkeit und die so wichtige Vermeidung von Stürzen werden durch möglichst lebenslange körperliche Aktivität gefördert. Mehr als 80 % der 60- bis 79-Jährigen in Deutschland erreichen aber das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Mindestmaß von 2,5 Stunden körperlicher Aktivität nicht, sagt die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Hier gilt es anzusetzen, denn eine Steigerung von Bewegung im Alltag hat sogar noch positive Effekte, wenn bereits gesundheitliche Einschränkungen und Krankheiten vorliegen. Auch an Demenz erkrankte Menschen – heute sind dies in Deutschland 1,5 Millionen und in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen sind bereits 15 % betroffen – profitieren von erhaltener Gleichgewichts- und Bewegungsfähigkeit.

Jeder ältere Mensch kann etwas dafür tun, seine körperliche Beweglichkeit zu erhalten oder wieder zu erlangen. Das zeigen entsprechende Projekte in Schleswig-Holstein, die auch aus Landesmitteln gefördert worden sind:

Das Forum Pflegegesellschaft und der Landessportverband Schleswig-Holstein e.V. (LSV) gründeten 2011 unter dem Titel „Alter in Bewegung“ ein landesweites Netzwerk für den Senioren- und Gesundheitssport. Im Jahr 2012 wurde ein Modellprojekt entwickelt und vom MSGWG gefördert, um Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtung und ältere Menschen der Region durch Bewegung fit und beweglich zu erhalten. Im Rahmen dieses Projektes wurden ca. 25 Kooperationen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Sportvereinen initiiert. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitstudien haben ergeben, dass dieses Projekt erfolgreich verlaufen ist. Nach zehnwöchiger Intervention durch das Programm konnte bei den Teilnehmern ein signifikanter Leistungszuwachs der dynamischen Kraftausdauer, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Gleichgewichtsfähigkeit festgestellt werden.

Mit 94 Prozent hatten die allermeisten Teilnehmer Freude an der Durchführung der Trainingsinhalte und würden gerne weiterhin an dem Trainingsprogramm teilnehmen. Ein weiteres Kooperationsprojekt „Alter in Bewegung“ wird unter Einbeziehung des Kompetenzzentrums Demenz der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein und der Barmer GEK durchgeführt. Es kann dazu beitragen, ein neues bislang wenig genutztes Betätigungsfeld für Sportvereine, aber auch für ambulante Pflege und Betreuung in der Altenhilfe, zu erschließen. Durch eine Kooperation zwischen ambulanten Pflegediensten und Sportvereinen sollen ältere Menschen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und Pflegedienste versorgt werden, an ein Bewegungsangebot herangeführt werden. Ziel der Bemühungen ist es, körperliche Aktivität als festen Bestandteil in den Alltag von älteren Menschen nachhaltig zu integrieren, und so Körper und Geist auch im hohen Lebensalter zu fordern und zu fördern.

Das trägt dazu bei, dass Menschen mit Pflegebedarf leistungsfähiger werden und letztlich länger in ihrem häuslichen Umfeld bleiben können.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich wünsche allen Teilnehmern der 5. Regionalkonferenz Schleswig-Holstein mit dem Motto:

„Früher an später denken! Durch Prävention Pflegebedürftigkeit verringern, verzögern, vermeiden“ eine spannende Tagung, anregende Diskussionen und gegenseitiges Kennenlernen mit der Möglichkeit neue „Netze“ zu knüpfen.

Gabriele Schopenhauer
Stadt Lübeck



Sehr geehrter Herr Heinemann,
Sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
Sehr geehrter Herr Bergmann,
Sehr geehrte Frau Egen,

es findet heute die 5. Regionalkonferenz zum Thema „Früher an später denken“ in Lübeck statt. Der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung – herzlichen Dank!

Die DRK-Schwesternschaft mit Frau Egen an der Spitze hat sich als Tagungsausrichtungsadresse fest etabliert. Hier kommen Fachkräfte mit ehrenamtlich engagierten aus kommunalen und landesweiten Institutionen zusammen. Der Seniorenbeirat der Hansestadt Lübeck ist vertreten. Das bedeutet auch, den Seniorinnen und Senioren der Hansestadt Lübeck werden Tagungsergebnisse zugeleitet werden. Auf den Themenbereich „Prävention“ kann nicht früh genug in seiner Bedeutung hingewiesen werden. Ich selbst beschäftige mich seit langem auch im eigenen Interesse damit und weiß um die positiven Folgewirkungen. Mit einem Cross-trainer, aktiver Gartenpflege, Physiotherapie und Osteopathie, aber auch gesunder Ernährung wehre ich den deutlichen Anzeichen von Bewegungseinschränkungen.

In der Hansestadt Lübeck sind wir mit einer motivierten und engagierten Verwaltung auf einem guten Weg! Im Rahmen dieser Veranstaltung werden am Nachmittag kleine und größere Hilfen für die Selbständigkeit durch den Verein Barrierefrei Leben aus Hamburg

vorgestellt. In Kooperation wird durch Herrn Wulf, unseren Abteilungsleiter des Bereiches der sozialen Sicherung – unsere spezifizierte Wohnberatung für das Leben im Alter vorgestellt werden.

Das Lübecker Gesamtkonzept für Leben und Wohnen im Alter befindet sich in prozesshafter Umsetzung und erfreut sich allseits starken Interesses.

Ca. 62.000 Menschen in Lübeck sind älter als sechzig. Das sind circa 23 %. In den nächsten zehn Jahren wird deren Anteil auf nahezu 30 bis 35 % anwachsen. Ab 60 Jahren steigt auch deutlich die Anzahl an Einpersonenhaushalten. Die Lebensspanne von 60 bis 100 umfasst noch mal 40 Lebensjahre – dies macht deutlich, dass die Prävention im Sinne eines erweiterten Begriffes an Bedeutung gewinnt, um Fähigkeiten und Ressourcen zu erhalten, zu stärken und vielleicht auch wieder zu wecken.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des Gesamtkonzeptes „Leben und Wohnen im Alter“ hat der Bereich Soziale Sicherung gemeinsam mit dem Gesundheitsamt eine Gesamtstrategie „Prävention im Alter“ vorgeschlagen, die breit und umfassend angelegt ist und insbesondere Informationen und Aufklärung über Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie über das Hilfesystem beinhalten soll. Der Sozialausschuss hat ein positives Votum abgegeben und Gespräche mit möglichen Kooperationspartnern haben begonnen.

Ich bin sicher, alle anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung werden heute wieder interessante Impulse für ihre weitere Arbeit mitnehmen können.

Martina Egen
DRK-Schwesternschaft Lübeck



Sehr geehrter Herr Heinemann,
sehr geehrter Herr Bergmann,
sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
sehr geehrte Frau Schopenhauer,
liebe Gäste,

es freut mich, Sie alle hier und heute zur fünften Regionalkonferenz Schleswig-Holstein der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung begrüßen zu dürfen. In diesem Jahr steht die Prävention von Pflegebedürftigkeit auf der Agenda.

Es freut uns sehr, dass die Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in unserem Mutterhaus der DRK-Schwesternschaft stattfindet. Und dies nicht nur, weil die Lübecker Rotkreuzschwestern im Bereich Geriatrie sehr aktiv sind.

Aufgrund unseres Pflegealltages – gerade im Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum, können wir nur bestätigen, welch enormen Stellenwert der Erhalt der Mobilität für ein gesundes und aktives Älterwerden einnimmt und damit eine drohende Pflegebedürftigkeit verringert, verzögert oder vermeidet.

Mit der demografischen Entwicklung, der steigenden Zahl hochbetagter Menschen und damit verbunden der wachsenden Zahl chronisch und multimorbid erkrankter Personen, erlangt das Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene einen höheren Stellenwert. Besonders für die Situation im Bereich der stationären Pflege ist die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von zentraler Bedeutung.

Selbstverständlich ist, dass Altern keinesfalls zwangsläufig mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit einhergeht. Maßnahmen, die auf die Erhaltung körperlicher und geistiger Aktivität und Mobilität im Alter abzielen, kommen insoweit grundlegende Bedeutung zu. Gleiches gilt für die Stärkung des Bewusstseins für die Zusammenhänge zwischen Älterwerden einerseits und Prävention und gesunder Lebensführung während des gesamten Lebens andererseits.

Gesundheitsförderung und Prävention werden in der Pflege eine hohe Bedeutung beigemessen, um Ressourcen besser einzusetzen und Selbständigkeit zu erhalten oder zu fördern sowie eine Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Dabei reichen die Interventionen von Einzelmaßnahmen bis hin zu umfangreichen Programmen.

Heute werden wir dazu noch einiges hören, unter anderem wird Ihnen das Lübecker Bewegungsmodell vorgestellt, welches wir hier im Krankenhaus Rotes Kreuz-Geriatriezentrum anbieten.

Uns allen wünsche ich, dass wir einen informativen Tag haben und gute Gespräche miteinander führen können.

Durch Prävention Pflegebedürftigkeit verringern, verzögern, vermeiden

Dr. Martin Willkomm

Krankenhaus Rotes Kreuz – Geriatriezentrum, Lübeck



Bei der Beschäftigung mit dem Thema, wie die ideale Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit aussehen soll, stehen vier Aspekte im Mittelpunkt meiner Überlegungen:

1. Die Stärkung der selbstwirksamen Kräfte durch Steigerung der Resilienz und Vermeidung negativen Copings
2. Die Aufwertung des Altersbildes in der Gesellschaft und in der persönlichen Wahrnehmung
3. Die langfristige Planung der Wohnsituation im Alter und
4. Der Einfluss von Bewegungskonzepten auf die Altersmobilität

Gesundheit im Alter

Schlüssel I: Resilienz (Widerstandskraft) und positives Coping (Bewältigung)

Protektive Faktoren für Gesundheit im Alter sind neben einem guten Gesundheitszustand

und einem guten körperlichen Zustand ein intaktes soziales Netz, Mobilität, Unabhängigkeit und Autonomie und das Erleben von positiven Beziehungen. Ein höherer Bildungsgrad sowie Erfahrungen von Zuwendung in der Kindheit sind ebenfalls zu nennen.

Coping-Strategien können in positive (funktionale) Strategien und in negative (dysfunktionale) Strategien eingeteilt werden. Zu den positiven Strategien zählen

- aktive Beseitigung der Ursachen
- gut informiert sein
- Suche nach emotionaler Unterstützung
- Suche nach praktischer Unterstützung
- Humor
- religiöse Coping-Strategien
- positiv denken

Negative Strategien sind

- aufgeben
- abreagieren
- Ablenkung
- Stress verleugnen
- Gebrauch von Alkohol und Drogen
- Selbstvorwürfe

Gesundheit im Alter

Schlüssel II: Das (positive) Altersbild

Altersbilder prägen die eigenen Vorstellungen vom Altern und den Veränderungen, welche mit dem Eintritt des „Ruhestandes“ einhergehen. Altersbilder sind individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter bzw. Zustand des Altseins, vom Altern oder von älteren Menschen. In einer pluralisierten und differenzierten Gesellschaft gibt es immer eine Vielzahl von Altersbildern (6. Altenbericht der Bundesregierung 2012, Dt. Bundestag. Drucksache 17/3815.)

Altersbilder sind nicht als 1:1-Abbildung des Alters angelegt. Sie haben vielmehr eine ordnungsstiftende Funktion, vereinfachen, typisieren und generalisieren. Altersbilder in der Öffentlichkeit (Makroebene) entstehen in öffentlichen Diskursen über das Alter. Altersbilder beeinflussen die soziale Stellung der Älteren in der Gesellschaft, Ressourcen und Kompetenzen stehen dem Defizitmodell gegenüber. Große Altersbilder formen das Altersbild in einer Gesellschaft, sie verändern sich langsam.

Die Umsetzung von Altersbildern in den Alltag (Mesoebene) zeigt, das als Ergebnis öffentlicher Debatten das „siegreiche“ Altersbild Alltagsrelevanz erfährt. Ein Beispiel hierfür sind die gesetzlich festgelegten Altersgrenzen wie das Rentenalter. Das Verhalten

und soziale Rollen werden „angemessen“, Statusübergänge zeigen sich in Kindheit und Jugend, dem mittleren Erwachsenenalter und dem hohen Erwachsenenalter.

Altersbilder in der persönlichen Interaktion (Mikroebene) wirken in zwischenmenschlichen Beziehungen, werden dort aber auch generiert. Kleine Altersbilder wechseln sich schnell ab, sie können parallel existieren. Ein weiteres Merkmal ist, dass Stereotype den Gesprächspartner einer Schublade zuordnen (Verhalten Jüngerer gegenüber Älteren).

Plastizität des Alterns

- Altern ist kein festgefügtter Vorgang
- Altern kann beeinflusst werden
- Ältere können lebenslang lernen
- Es gibt keinen Alterungsvorgang, welcher nicht durch Training oder „Umkonditionierung“ veränderbar wäre

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatrisches Zentrum

Die Sicht auf das eigene Alter hat langfristige Folgen. Das Alters-Fremdbild nimmt wahr, dass alt immer nur die anderen sind. Das Alters-Selbstbild aber, dass mein Alter mit Krankheit und körperlicher Schwäche einhergeht, es aber auch Freiheit in der nachberuflichen Phase mitbringt.

Historische Altersbilder zeigen die Veränderungen im Laufe der Zeit. Im 15 - 18. Jahrhundert dominierte die Agrarwirtschaft und das Ständewesen. Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflussen maßgeblich das Körperbild. Alter wird als Verfall und krankheitsbehaftet gesehen. Das Altersbild der Mittellosen unterscheidet sich jedoch sehr vom (positiven) Altersbild der Oberschicht. Moralische Grundsätze, Kleiderordnungen, Tun und Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit sind stark reglementiert. Im 19. Jahrhundert unterstützt in der Agrargesellschaft die geringe Entwicklungsgeschwindigkeit Erfahrungswissen und Althergebrachtes, die traditionellen Potenziale der Älteren. Bauern und Handwerker sind „Wissensspeicher“. Durch die Industrialisierung werden jedoch „Werteketten“ zerstört. Das Altenbild der „Ewig Gestrigen“ entsteht.

Die Gartenlaube gilt als Sinnbild des Altersruhesitzes. Ab 1850 genießen Beamte und wohlhabende Bauern den Ruhestand (engl.

„Retirement“ schon seit dem 17. Jhd.). Von 1880 - 1900 entsteht die Rentengesetzgebung. Im 19. Jahrhundert erfolgen Kompensationsversuche. Kirche und Staat versuchen, dieses Bild zu ändern: „Du sollst Vater und Mutter ehren!“ In intakten Gesellschaftsbereichen (Haushaltsvorstand, Handwerkerbetrieb, bäuerliche Betriebe mit Besitz) existiert jedoch ein sehr positives Bild des Alten – er hat seine Rechte („Familienoberhaupt“) und Pflichten („keine private Entnahme von Mitteln“).

Von 1900 - 1930 wird die „zweite Jugend“ propagiert, Alter wird zum Versuch, die Jugend zu erhalten oder wiederzuerlangen degradiert.

Hormontherapie (Brown-Séquard, 1817 - 1894), Verjüngungsoperationen in den 1920er Jahren (Voronoff, Eugen Steinach) werden populär. In den „Westermann Monatsheften“ wird 1928 die Verjüngungskur als „Stein der Weisen“ bezeichnet. Auch das Sexualleben scheint wiederbelebbar zu sein. Das Bild des jugendlichen Körpers inmitten einer intakten Natur („Zurück zur Natur“, Jugendstil, Lebensreformbewegung) betont die Körperlichkeit und Sportlichkeit der Jugend. Funktion und Leistung des Körpers bestimmen auch die naturwissenschaftliche Forschung zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Der Münchner Verlag Georg Hirth bringt die „Jugend“ heraus. Nach Turnvater Jahn folgt nun der (Hoch-)leistungssport amerikanischer Prägung. Der Körper wird „frei modellierbar“. Jugend wird mit Leistung und Aktivität verbunden, Alter mit altersgrauem Körper, dominiert durch Schwäche und Rückschritt. Alter scheint „Altmodisch, rückständig, träge und lendenlahm“ (6. Altenbericht der Bundesregierung 2012). In der Werbung dominieren schon in den 1930er Jahren Verjüngungsmittel (z.B. „Venenmittel für schöne Beine“).

1907 - 1925: Die Zahl der älteren Berufstätigen (> 50 Jahren) nimmt zu von 9,6% auf 14,6% (auch nach Abzug der Kriegseffekte). Bis 1925 wird der Arbeitshöhepunkt (Zeitpunkt der optimalen Arbeitskraft) von 40 auf 50 heraufgesetzt. Dann ändert sich das Bild: „Psychotechniker“ legen angeblich exakt fest, dass die Alten leistungsschwach und morsch werden. Mit den Massenentlassungen werden zuerst die Alten entlassen (> 60, dann > 55, schließlich > 50 Jahren).

1950 - 1995: Der Effekt wird nach dem 2. Weltkrieg noch verstärkt. Mit der Ölkrise 1973 und einer Zunahme der Arbeitslosenquote wird der Vorruhestand favorisiert.

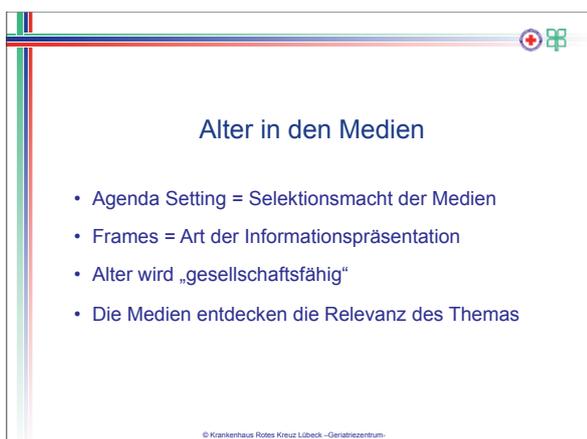
1990 wird der „Krieg der (faulen) Alten gegen die Jungen“ in Zeitschriften thematisiert. Ab 1990: Ein neuer Umgang mit dem Alter entsteht („Alterskultur“ nach Conrad 1994).

Nach 1995 - 2014 wird das Alter zunehmend in seiner Grundform akzeptiert. „Vernünftige“ Verhaltensmaßregeln (gesund leben, in Maßen Sport treiben) bestimmen die offizielle Gesundheitsfürsorge. In der Gesellschaft hat sich jedoch die negative Sicht auf das Alter verfestigt. Die „neuen Alten“ werden letztlich doch an der Jugend (Haut, Beweglichkeit, Schönheit, Haarfarbe und -fülle) gemessen.

Im 21. Jahrhundert setzt eine zum Teil groteske Maskerade aus Stoff, Schminke und Farbe ein. „Heute setzen ältere Menschen zunehmend jedoch auch auf Sport und Gymnastik“ (6. Altenbericht der Bundesregierung 2012).

Alter und Konsum

Die 3 „U's“ werden durch die 3 „K's“ ersetzt. Statt die Zielgruppe der Alten als unflexibel, unfähig und unattraktiv zu brandmarken, werden sie als konsumfreudig, kompetent und kaufkraftstark erkannt. Das Marketing rund um die Silver-Ager (nicht wegen der Haare, sondern der „Silberlinge“ im Portemonnaie) kann der Schlüssel zum neuen Altersbild sein.



Alter in den Medien

- Agenda Setting = Selektionsmacht der Medien
- Frames = Art der Informationspräsentation
- Alter wird „gesellschaftsfähig“
- Die Medien entdecken die Relevanz des Themas

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatrischenzentrum-

Der Transport von Altersbildern geschieht vorwiegend durch Bilder. In den Medien durch Massenmedien wie Presse, TV, Internet, aber auch in Single-Medien wie Post- und Grußkarten, Werbeplakat auch durch unmittelbare körperliche Erfahrung von Alter und durch Sprache werden Altersbilder transportiert.

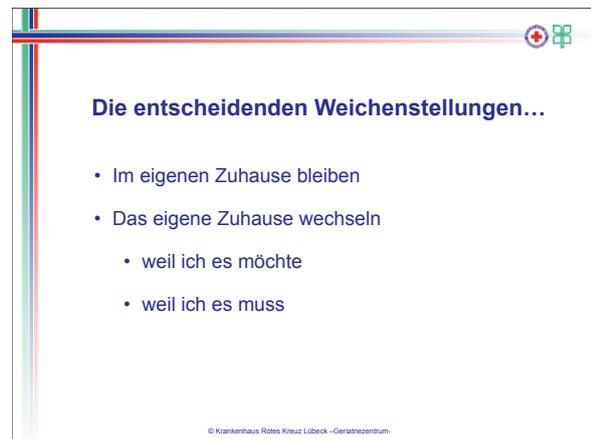
Das Fazit zum Thema Altersbilder ist, dass nicht nur auf der Makroebene (öffentliche Wahrnehmung), sondern vor allem auf der

Mikroebene (wie gehe ich mit dem Alter um?) Veränderungen erreicht werden müssen. Eine neue (positive) Sicht auf das Alter beeinflusst das seelische Gleichgewicht nachhaltig.

Gesundheit im Alter

Schlüssel III: Altersgerechtes Wohnen

Am Beispiel der Wohnsituation ist der Effekt für eine erfolgreiche Altersplanung mit möglichst hohem selbst bestimmten Potential besonders gut ersichtlich. Der Weg in eine ideale Alterswelt aus der vorhandenen Wohnsituation ist in der Regel nicht mit einem Umzug verbunden. Das Wohnen in den eigenen vier Wänden steht bis zum Ende des Lebens vielmehr im Mittelpunkt. Die drei grundsätzlichen Fragen sind „Wie möchte ich wohnen?“, „Wo möchte ich wohnen“ und „Mit wem möchte ich wohnen?“.



Die entscheidenden Weichenstellungen...

- Im eigenen Zuhause bleiben
- Das eigene Zuhause wechseln
 - weil ich es möchte
 - weil ich es muss

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatrischenzentrum-

Die Voraussetzungen, um später auch unter erschwerten Bedingungen im gewohnten Wohnumfeld zu bleiben, sind an wenigen Schlüsselpositionen zu benennen:

- Mondscheinfrage: Kann ich später nachts alleine zu Hause leben oder benötige ich (professionelle) Hilfe?

- Treppenfrage: Komme ich ungehindert in meine Wohnung, auch dann, wenn ich keine Treppe mehr selbständig steigen kann?

- Soziale Frage: Gibt es jemanden, der zumindest einmal täglich nach mir schaut?

Wird eine der drei Fragen verneint, so muss so bald wie möglich eine Lösung gefunden werden. Diese kann in einer Änderung der häuslichen Unterstützung liegen oder in einem Umzug in eine möglichst selbst bestimmte Wohnform. Nicht nur das Wohnen ändert sich im Alter, sondern auch die eigene Wahrnehmung der Bedürfnisse, Ziele und Wünsche. Die Lebensphase „Alter“ stellt einschneidende Veränderungen zur vorge-

henden Berufs- und Familienphase dar. Der Faktor „Arbeit“ fällt weg, soziale Bindungen verändern sich, u.a. fehlen die beruflichen Kontakte. Neben diesen schlagartigen Änderungen bei Eintritt in das Rentenalter stellt die Änderung der Gesundheit eher einen schleichend sich verschlechternden Faktor dar. Nicht von heute auf morgen, sondern zu einem kaum wahrgenommenen Zeitpunkt wird das Alter „anstrengend“. Nichts geht mehr von alleine, aus der Ausnahmesituation „Krankheit“ wird der dominierende Zustand „Gebrechlichkeit“, Gesundheit bildet nun nicht selten die Ausnahme. Jetzt müssen die zuvor angelegten Strategien greifen, die selbstbestimmte Planung muss nun umgesetzt werden. Wurde dies jedoch in früheren Jahren versäumt, so steht oft ein fremdbestimmter Weg im Vordergrund. Dies ist in Deutschland bis heute nahezu gleichbedeutend mit dem Übergang ins Pflegeheim bei Eintreten einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit. Eine gute Planung der Wohn- und Lebenssituation kann dies nicht nur verhindern, sondern die Selbständigkeit bis zuletzt in den eigenen vier Wänden ermöglichen.

Längst gibt es landes- und bundesweit Konzepte, Modellprojekte und zunehmend Regelversorgungen, welche diese neuen Wohnformen in „geschützter Selbständigkeit“ zum Ziel haben. Dazu zählen Wohnformen „mit Service“ (Betreutes Wohnen), gut konzipierte Wohnanlagen mit größtmöglicher Individualität und gleichzeitig hoher Sicherheit in der Versorgung. Diese Wohnungen sind jedoch sowohl für die Kommune (als Bauinvestition) als auch für die Bewohner (in den laufenden Kosten) kostspielig. So sind der Einführung dieser Wohnform enge Grenzen gesetzt. Ein ebenso sinnvoller Weg ist die Ausstattung vorhandener Wohnungen mit all den Unterstützungen, welche die private Wohnung oder das eigene Haus zu einem „Wohnen mit Service“ aufwerten. Diese im Niederländischen als „Applassing“ bezeichnete Verbesserung der Wohnqualität in Einzelobjekten oder ganzen Stadtteilen wird dann als „altersgerechtes Wohnen im Quartier“ bezeichnet.

Gesundheit im Alter **Schlüssel IV: Bewegung**

Verschiedene Studien belegen, dass körperliches Training das Auftreten eines kognitiven Defizits und das Auftreten einer Demenz verzögern kann. Dieser Effekt kann schon bei

geringem Aufwand erreicht werden. Es zeigt sich auch noch im hohen Alter ein Effekt auf den aktuellen kognitiven Status durch körperliches Training. Dabei zählt die Frequenz des Trainings, nicht die Intensität.

Lübecker Modell Bewegungswelten

Bei dem „Lübecker Modell Bewegungswelten“ handelt es sich um ein Trainingsprogramm zur Bewegungsförderung, das zukünftig in vielen Pflegeheimen angeboten wird. Das Konzept berücksichtigt die Interessen und Ziele, aber auch die Leistungsgrenzen pflegebedürftiger Personen. Das Bewegungsprogramm ist im besten Sinne ein präventives Bewegungsprogramm für Bewohner der stationären Pflege. Es verbessert im Idealfall Mobilität, Kraft, Koordination und Lebensqualität und stabilisiert die Kognition. Es ist überregional übertragbar durch von Beginn an enge Vernetzung mit dem organisierten Sport unter dem Dach des DOSB und seinen Landessportbünden und Sportfachverbänden. Das Bewegungsprogramm ist durch sein Motto für jede Übungseinheit gut erkennbar, dabei klar strukturiert (Kategorien A-D) und praktisch im Ablauf und bringt „Spaßfaktoren“ und evidenzbasierte Übungen „von Kopf bis Fuß“ unter einen Hut. Das Lübecker Bewegungsmodell ist dauerhaft angelegt durch eine gute Kostenkalkulation schon im Modellstadium.

Fazit

Es gibt viele präventive Möglichkeiten, um gesund alt zu werden. Eine erfolgreiche Altersplanung fängt früh an. Sie hängt entscheidend vom Altersbild im Großen und Kleinen ab. Ein intaktes Altersbild auf „Makro-“ und Mikroebene“ hilft dabei. Die Wohnsituation im Alter ist für die Prävention von Pflegebedürftigkeit nicht hoch genug einzuschätzen. Dabei zählt weniger die „Inneneinrichtung“ als das soziale Umfeld und die Teilhabemöglichkeiten. Resilienz und Coping-Strategie beeinflussen die Gesundheit positiv und schützen vor Pflegebedürftigkeit.

Bewegungsprogramme einzeln oder in der Gruppe sind ideal und stellen einen maßgeblichen Resilienzfaktor für eine erfolgreiche Altersplanung dar.

Beispiele guter Praxis – Planungen und Erfahrung

„Älter werden in Balance“

Claudia Jansen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mit einer deutlichen Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen in der Bevölkerung gewinnt das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ zunehmend an Bedeutung.

Denn: Proportional zum Alter eines Menschen steigen auch die Prävalenz- und Indizienraten behandlungsbedürftiger Krankheiten. Im Vordergrund des somatischen Krankheitsspektrums stehen Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates, Diabetes sowie bösartige Neubildungen. Das Erkrankungsrisiko steigt bei fehlender sozialer Integration, bei besonderen Lebensbelastungen und einschneidenden Lebensereignissen. Das Risiko eines Auftretens von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) nimmt ebenfalls zu. Bei 96% der 70-jährigen und älteren Menschen lassen sich mindestens eine und bei 30% fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen diagnostizieren.

Mitte 2030 werden etwa 24 Millionen Menschen über 65 Jahre in Deutschland leben (Statistisches Bundesamt: Im Blickpunkt. Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Juni 2011). Ziel muss es sein, die gewonnenen Lebensjahre in einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Hierzu ist es wichtig, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten und dabei ihre persönlichen Ressourcen ausschöpfen können.

Die Bundesregierung hat sich diesem Thema 2007 u.a. im „Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation“ gewidmet und darin auf beachtliche, aber noch nicht ausreichend genutzte Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte hingewiesen. In seinem Gutachten von 2007 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen darüber hinaus vermerkt, dass Potentiale für die Gesundheitsförderung

und Prävention insbesondere auch in der stärkeren Berücksichtigung sozial benachteiligter älterer Menschen liegen. Der sechste Altenbericht der Bundesregierung (2010) empfiehlt, dass „vermehrt Konzepte der Gesundheitsförderung und der Prävention mit dem Ziel der Erhaltung der körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Gesundheit entwickelt und umgesetzt werden“. Strukturelle Rahmenbedingungen, die Mobilität und Selbständigkeit fördern, sowie gezielte präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, die auf individueller Ebene Ressourcen stabilisieren und freisetzen, können hier einen wesentlichen Beitrag für mehr Gesundheit im Alter leisten.

Das Programm „Älter werden in Balance“

Neuere Forschungsergebnisse zeigen mit großer Evidenz, dass Bewegungsprogramme und -aktivitäten auch in fortgeschrittenem Alter gesundheitsfördernd und präventiv wirken. Viele der im Alter gehäuft auftretenden Erkrankungen lassen sich durch regelmäßige körperliche Aktivität verhindern oder zumindest hinauszögern. Des Weiteren unterstützt körperliche Fitness die Mobilität der Menschen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Aus diesem Grund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2014 ein Präventionsprogramm entwickelt, um ältere Menschen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden durch mehr körperliche Aktivität möglichst lange zu erhalten. Das niedrigschwellig angelegte Programm Älter werden in Balance richtet sich an Frauen und Männer ab 65 Jahren. Die übergeordnete Zielsetzung des Programms ist es, die Anzahl gesunder Lebensjahre zu erhöhen und Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben. Das Programm wird finanziell vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) unterstützt.

Vielseitiges Portfolio

Das Programm Älter werden in Balance besteht aus einer Reihe ineinander greifender Einzelelemente, die sich über den Projektzeitraum kontinuierlich weiterentwickeln werden. Eine zentrale Rolle in der Kommunikation spielt das Internet-Portal www.aelter-werden-in-balance.de. Die Website trägt dazu bei, das individuelle Gesundheitswissen der Alterszielgruppe zu verbessern. Hier gibt es praktische Tipps und Empfehlungen zu den Themen Gesundheit, Wohlbefinden und Bewegung. Die Inhalte

sind fachlich geprüft und dokumentieren den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Ab dem 1. Dezember finden Sie hier auch wieder den **„bewegten Adventskalender“**. In kurzen Spots werden 24 Bewegungsübungen vorgestellt, die ohne große Vorbereitung mitgeturnt werden können und bis Heiligabend als komplettes Trainingsprogramm zur Kräftigung der Muskulatur und mehr Beweglichkeit beitragen können.

Broschüren

Die Broschüren zum Programm zeigen die positiven Aspekte eines bewegten Alltags für die Gesundheit und das Wohlbefinden auf. Leicht verständlich wird erklärt, warum der Mensch unbedingt Bewegung braucht, um fit zu bleiben. Mit vielen praktischen Tipps, Anregungen und Informationen möchten sie ältere Menschen motivieren, sich im Alltag bewusst mehr zu bewegen. Dazu bieten die Broschüren ein einfaches Aktiv-Programm für jeden Tag, das ohne komplizierte Hilfsmittel und Kosten sofort in die Tat umgesetzt werden kann. Neben der Broschüre **Alltag in Bewegung** ist gerade die Broschüre **Aktiv im Alltag, aktiv im Leben** erschienen, die gezielte Bewegungsempfehlungen für Menschen mit Einschränkungen gibt. Weitere Materialien sind in Planung.

Kommunaler Wettbewerb

Im Rahmen des Programms „Älter werden in Balance“ rücken zunehmend kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Fokus. Um solche kommunalen Strategien zu dokumentieren, einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen und zur Nachahmung anzuregen, führt die BZgA im Rahmen von **„Älter werden in Balance“** erstmalig den Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune“ durch. Der Wettbewerb hat die Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen als Schwerpunktthema. Dass dieses Thema so prominent gesetzt wird, hat seinen guten Grund. Die Stärkung von körperlicher Aktivität und Mobilität, die Schaffung eines bewegungsförderlichen Wohnumfelds, das Vorhalten wohnungsnaher Infrastrukturangebote und die Entwicklung und der Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs sowie von Mobilitätshilfediensten sind nur einige Möglichkeiten, mit denen Kommunen und andere Akteure zu gesunden und bewegungsfördernden Lebensbedingungen und damit präventiv

zur Gesundheit im Alter vor Ort beitragen können. Dabei ist Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen eine Querschnittsaufgabe, die über den Gesundheitsbereich weit hinausgeht und zu der andere Ressorts wie Stadtplanung, Verkehr, Freiraumplanung einen wichtigen Beitrag leisten können. Bewegungs- und Mobilitätsförderung will sowohl Verhältnisse (z.B. bewegungsförderliche Wohnumgebung, lokale Netzwerke) als auch das individuelle Verhalten von Menschen positiv beeinflussen. Dabei geht es nicht so sehr um Bewegung im Sinne sportlicher Aktivitäten, sondern vielmehr um die Förderung von Bewegung und Mobilität im Alltag. Ziel des Wettbewerbs ist es, die kommunalen Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen - unter besonderer Berücksichtigung der Bewegungsförderung - zu erkennen, zu dokumentieren, zu bewerten und sie bekannt zu machen und kommunale Entscheider für das Thema zu sensibilisieren. Darüber hinaus sollen diejenigen Städte, Gemeinden und Kreise ausgezeichnet werden, die mit ihren Maßnahmen zur Bewegungsförderung von älteren Menschen ein gutes Beispiel für andere Kommunen geben können. Informationen unter: <http://www.aelter-werden-in-balance.de/news/details/bundeswettbewerb-gesund-aelter-werden-in-der-kommune-bewegt-und-mobil.html>

Bewegungsprogramme

Alltagstrainingsprogramm

In Zusammenarbeit mit der Sporthochschule Köln ist bis März 2018 die Entwicklung und Evaluation des Alltagstrainingsprogramms (ATP) vorgesehen.

Ziel ist ein innovativer Ansatz im Bereich der Prävention und Bewegungsförderung für Senioren. Bewegungsbezogene Alltagsinhalte sollen im Trainingskontext aufgegriffen und trainiert werden, um einen nachhaltigen Transfer in den individuellen Alltag der Teilnehmer zu schaffen. Es soll demnach die Identifizierung und Vermittlung von Bewegungsmöglichkeiten im Alltag ermöglichen.

Bei Planung und Umsetzung sind neben der BZgA und der Sporthochschule Köln auch die Kooperationspartner DOSB, DTB, DBS und der Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) beteiligt. Der Start des

Programms ist für Ende des Jahres 2015 geplant. Nähere Informationen dazu folgen auf der Webseite www.aelter-werden-in-balance.de

Lübecker Bewegungsmodell

In Kooperation mit dem Therapiezentrum der Geriatrie des Krankenhaus Rotes Kreuz in Lübeck ist für März 2015 bis Dezember 2018 die Implementierung eines modular aufgebauten Bewegungsprogramms für Einrichtungen der stationären Altenpflege vorgesehen. Durch die Mobilitätsübungen sollen möglichst alle mindestens sitzfähigen Bewohner der stationären Altenpflege erreicht werden. Die Alltagsnähe des Programms zur Lebenswelt der stationären Pflege ist dabei genauso zu berücksichtigen wie die Bedürfnisse der teilnehmenden BewohnerInnen. Ziel ist es, nach Ablauf der Modellphase ein Programm entwickelt zu haben, welches im Alltagsbetrieb der Pflegeeinrichtungen nachhaltig weitergeführt werden kann.

Der Beginn dieses Programms erfolgte im März 2015 mit der Entwicklung von 12-15 Bewegungsmodulen. Diese werden gemäß den aktuellen wissenschaftlichen Ansprüchen an Evaluation und Qualitätssicherung von einer interdisziplinären Expertenrunde entwickelt und ausgewählt. Nach der regionalen Implementierung, ist geplant, das Programm überregional zur Verfügung zu stellen. Weitere Partner sind der DOSB, die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., der Landessportverband Schleswig-Holstein und die Hansestadt Lübeck sein.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“

Dr. Sonja Krupp
Krankenhaus Rotes Kreuz – Geriatriezentrum, Lübeck



Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) rückt insbesondere seit 2010 die Gesundheitsförderung Älterer verstärkt in den Fokus. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat dazu ein Präventionsprogramm aufgelegt (www.aelter-werden-in-balance), an dem sich der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. fördernd beteiligt.

Schrittweise sollen Trainingsangebote für Menschen ab 65 Jahren auf- und ausgebaut werden. In dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe ist das ganze Spektrum an Leistungsfähigkeit vertreten, daher besteht ein Bedarf an unterschiedlichen Trainingsprogrammen, um den Bedürfnissen der Teilnehmer gerecht zu werden. Für Ältere ohne Pflegebedarf gibt es bereits verschiedene Angebote.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ ist für pflegebedürftige Menschen im Alter von durchschnittlich über 80 Jahren konzipiert. Aktuell wendet es sich an Ältere, die ohne personelle Unterstützung mindestens sechs Meter gehen können (die meisten von ihnen unter Einsatz von Hilfsmitteln, z. B. am Rollator). Viele dieser MitbürgerInnen haben kaum die Möglichkeit, Sporthallen aufzusuchen. Daher wird das Training unter Vernetzung mit lokalen Sportvereinen in Pflegeeinrichtungen für Senioren angeboten, es steht aber auch „Nicht-Bewohnern“ offen. Ziel ist die Stabilisierung noch vorhandener Selbsthilfefähigkeiten, wenn möglich auch deren Ausbau. Dafür werden die Beweglichkeit (Lockerung, Dehnung), Koordination (Gleichgewicht, Reaktionsvermögen), Kraft und Ausdauer auf eine Weise gefördert, die Spaß an der Bewegung vermitteln und die Motivation zur dauerhaften Teilnahme erhalten soll. Hierfür

stellen die speziell geschulten ÜbungsleiterInnen aus einem Fundus von Manualen mit jeweils über zwanzig verschiedenen Elementen die Übungseinheit so zusammen, dass von Kopf bis Fuß alle Körperregionen berücksichtigt werden – und dies auf eine Weise, die sich dem individuellen Leistungsstand der Teilnehmenden fortlaufend anpasst, um die jeweils erforderliche Trainingsintensität zu erreichen.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ bietet Senioren die Möglichkeit, zweimal wöchentlich an einem Training in der Kleingruppe (etwa zehn Teilnehmende) teilzunehmen. Innerhalb von 60 Minuten wird ein 45-minütiges Bewegungsprogramm durchgeführt, 15 Minuten für Einzelberatungen und Pausen werden entsprechend Bedarf eingestreut. Am Ende der Stunde erhält jeder Teilnehmer ein für ihn persönlich vorbereitetes Blatt mit individuell geeigneten Aufgaben für ein eigenständiges tägliches Training von etwa zweimal täglich fünf Minuten („Mein tägliches Bewegungsprogramm“), auf dem er die Häufigkeit der Durchführung vermerken und beim nächsten Gruppentraining (oder anderen Kontakten, z. B. beim Besuch des Hausarztes) darüber berichten kann.

Körperliche Bewegung aktiviert auch geistig – und umgekehrt. Beides zu kombinieren, verspricht einen mindestens additiven Effekt, fördert die Kommunikation der Teilnehmer untereinander und macht das Training attraktiver.

Die Übungen sind daher Alltagssituationen entlehnt. So werden aus dem Erfahrungsschatz der Teilnehmer „Bewegungswelten“. Dies könnte auch der Königsweg sein, um Teilnehmer zu motivieren, langfristig an einem Trainingsprogramm in der Gruppe teilzunehmen. Anzahl und Aufbau der Manuale zu den Bewegungswelten bieten das Material für ein dauerhaft abwechslungsreiches Programm.

Präventive Hausbesuche Baustein im Interreg Projekt Healthy Ageing Network of Competence (HANC)

Rebecca Witzel

Stadt Flensburg , Fachbereich Jugend,
Soziales, Gesundheit, Abt. Soziale Sicherung
Fachstelle 50 + /Pflegerstützpunkt



Aktives und gesundes Altern – Prävention für den Erhalt von Mobilität und Unabhängigkeit

Der demografische Wandel und die einhergehende alternde Gesellschaft ist eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen in diesem Jahrhundert. Eine erhöhte Lebenserwartung geht mit einem Anstieg der Morbidität einher. Ältere Menschen scheinen länger, dafür aber mit körperlichen Einschränkungen zu leben. Die Anzahl der über 80-Jährigen wird sich bis 2030 in den beiden Regionen Süddänemark und Schleswig-Holstein verdoppeln und somit eine Herausforderung für die Wohlfahrt sein.

Eine zentrale Antwort auf diese Herausforderungen wird die Förderung des „Gesunden Alterns“ (Healthy Ageing) sein.

Die Ziele von HANC sind daher eine gemeinsame Lösung für „Aktives und Gesundes Altern“ zu entwickeln und den Bedürfnissen älterer Menschen nachzukommen, damit sie ihre körperliche, soziale und psychische Gesundheit verbessern oder erhalten.

HANC bietet eine Kooperationsplattform für

- Wissenschaft
- Unternehmen
- Anwender
- Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Seit 2012 haben Partner/innen im Interreg-Projekt HANC (Healthy Aging Network Of Competence) zum Thema „Aktives Altern“ geforscht und gearbeitet. Gemeinsam wurde das HANC-Modell entwickelt, welches die Aufrechterhaltung der individuellen Mobilität und häuslichen Unabhängigkeit von älteren Menschen in den Fokus von Prävention stellt.

Eine zentrale Herausforderung sowohl für das aktive und gesunde Leben von älteren Menschen als auch für die künftige Tragfähigkeit des Gesundheitssystems ist die Stärkung der Risikofrüherkennung. Eine frühe Prävention ermöglicht die Verzögerung oder Verhinderung von funktionalen Einschränkungen und Krankheit, den Erhalt des unabhängigen Lebens älterer Menschen, die Reduzierung des Risikos von Krankenhauseinweisungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sowie die Reduktion von Gesundheitskosten. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Erfassung der individuellen Mobilität. Sie ist ein wichtiger Indikator für eigenständiges und aktives Leben.

2015 wurde die Stadt Flensburg als Projektpartnerin angefragt, mit dem Ziel der Überprüfung einer grenzüberschreitenden Übertragbarkeit des HANC-Instrumentes „Präventive Hausbesuche“ auf schleswig-holsteinische Kommunen am Beispiel der Stadt Flensburg.

Die Stadt Flensburg wurde ausgewählt, da sie bereits einen Präventionsansatz verfolgt (präventiv anstatt reaktiv), 12 Jahre Erfahrung als Pflegeberatungsstelle / Pflegestützpunkt mitbringt, die Pflegeberatung und die Bedarfsprüfung für die Hilfe zur Pflege zusammengeführt hat und über Strukturen für interdisziplinäres Agieren der Teilbereiche verfügt.

Für die Stadt Flensburg hingegen ermöglichte die Teilnahme einen weiteren präventiven Lösungsansatz mit entscheidender Wirkung für einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erproben.

Rechtliche Unterschiede zwischen Dänemark und Deutschland

Anders als in Deutschland, wo es keine gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Hausbesuchen gibt, wurden in Dänemark bereits 1998 per Gesetz präventive Hausbesuche für alle Personen ab 75 Jahre zweimal pro Jahr eingeführt. Durchgeführt werden die Besuche durch multiprofessionelle Teams mit Erfahrung im Altenhilfebereich (Pflegerkräfte, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten). Die Hausbesuche dauern in der Regel eine Stunde. Gesprächsgrundlage der Besuche bilden Gesprächsthemen zur Gesundheit, Alltagsbewältigung, soziale Einbindung und Zukunftsbewältigung.

Ggf. wird nach Absprache zur Untersuchung von Problembereichen zudem ein Assessmentverfahren eingesetzt.

Seit der Gesetzesnovellierung in 2005 gilt das Angebot nur noch für Personen ab 75 Jahren, die noch keine Sozialleistungen erhalten. Jede Gemeinde erstellt ihre qualitätssichernden Maßnahmen selbst.

Genutzte Testverfahren

Weil die individuelle Mobilität ein wichtiger Indikator für ein eigenständiges und aktives Leben darstellt, wurden, anders als bei den routinemäßigen präventiven Hausbesuchen, im Rahmen des HANC-Projektes generell folgende Assessmentinstrumente eingesetzt:

- SPPB Short physical performance battery (Motorischer Funktionstest):

Der Test prüft die Funktion der unteren Extremitäten und gibt Auskunft über das Gleichgewicht und die Ganggeschwindigkeit sowie über Kraft und Ausdauer der unteren Extremitäten.

- MMST Minimal Mental Status Test:

Der MMST erlaubt anhand eines einfachen Fragebogens eine Abschätzung der kognitiven Fähigkeiten eines älteren Menschen. Erfasst werden z.B. Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Rechnen, Sprache und konstruktive Praxis.

- Avlund-Test:

Erhebung der Mobilität in Hinblick auf Müdigkeit und Erschöpfungszustände

- SF-12-Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

Der SF-12 erfasst das subjektive Gesundheitsempfinden: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden.

Darüber hinaus wurden die Bewegungs- und Erholungszeiten mittels eines Accelerometers (Bewegungsmessers) über einen Zeitraum von einer Woche erhoben.

Akquise und Umsetzung

Dänemark

Durch den gesetzlichen Anspruch auf präventive Hausbesuche war keine besondere Teilnehmerakquise erforderlich. Das Konzept der „Präventiven Hausbesuche“ der Syddansk Universität Odense wurde mit 550 Personen in der Stadt Odense durchgeführt und versteht sich als eine Methode zur fundierten Früherkennung von individuellen Risiken. Die Ergebnisse der Erhebung des Hausbesuches wurden den Teilnehmern und Teilnehmerinnen mittels grafischer Darstellung und ggf. kurzer Empfehlung von Verhaltensänderungen durch die Universität direkt per Post zugeschickt.

Deutschland

Die Akquise in Flensburg erfolgte mit Unterstützung seitens der Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ und durch Einzelkontakte. Es konnten 90 Einzelpersonen für die Teilnahme an präventiven Hausbesuchen gewonnen werden. Anders als in Dänemark folgte auf den Erstbesuch mit Einsatz des Screeningtools ein zweiter Besuch mit der Ergebniseröffnung und bei Wunsch auch eine Planung von ersten Maßnahmen zu Verhaltensänderungen (180 Hausbesuche).

Ergebnisse der Hausbesuche in Deutschland

Die Gesamtgruppe gliederte sich in drei Teilbereiche. 20% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren auch vor der Befragung schon aktiv. Rund 70% haben durch das Projekt Interesse entwickelt und den Wunsch geäußert, Anregungen/ Empfehlungen zu erhalten. 10% der Älteren, die interessiert waren, sahen keinen Änderungsbedarf für sich.

Fazit

Als erstes Ergebnis / ersten Eindruck stellen „Präventive Hausbesuche“ mit dem vorliegenden Screeningtool eine sehr positive Weiterentwicklung der bestehenden Pflegeberatung dar. Die vorliegenden Ergebnisse der SDU Odense bestätigen auf wissenschaftlicher Basis die erzielten Wirkungsbereiche. Es erscheint sinnvoll und zielführend, diesen Ansatz als „Modellprojekt“ mit vollständigen Settings zu erproben.

Aspekte zur weiteren Konzeptentwicklung in Flensburg

Für eine weitere Umsetzung der „Präventiven Hausbesuche“ in der Stadt Flensburg bedürfte es einer Weiterentwicklung des Konzeptes. Die Erfahrungen zeigen, dass ein ganzheitlicher Ansatz bei den Hausbesuchen erforderlich ist. Neben dem Ziel des Mobilitätserhalts bzw. der Mobilitätsförderung sollte der Ausbau bzw. die Förderung sozialer Kontakte ein weiteres Ziel sein. Darüber hinaus sollten quartiersbezogen einfache Trainingsangebote genutzt bzw. geschaffen und mit bestehenden Angeboten verknüpft werden.

Besonders wichtig wäre zudem eine Verknüpfung der Datenerhebung mit persönlichen Gesprächen und einer gemeinsamen Maßnahmenentwicklung mit einer abschließenden Wirkungserhebung sowie einer unterstützenden Begleitstruktur während der ersten Wochen / Monate der Maßnahmedurchführung.

**Potentiale aktivieren durch Ehrenamt
Baustein im EU Projekt EVARS
Elderly volunteers – a resource
for the society
(Ehrenamtlich engagierte
Seniorinnen und Senioren
sind eine Stütze der Gesellschaft)**

Birgitt Uhlen-Blucha
Landesvereinigung für Gesundheitsförde-
rung in Schleswig-Holstein e.V., Kiel



„Ich war es leid, meinen Mann jeden morgen zu fragen: Wollen wir heute bei Edeka oder bei SKY einkaufen, damit mein Tag eine Struktur hatte. Deshalb bin ich hier und deshalb engagiere ich mich ehrenamtlich!“

Mit diesen Worten hat eine 67-jährige Frau ihr ehrenamtliches Engagement in verschiedenen Projekten in ihrer Gemeinde und ihre Teilnahme an einem der ersten Treffen des EU Projektes EVARS begründet.

EVARS ist ein EU-Projekt und steht für „Elderly volunteers – a resource for the society“ (Ehrenamtlich engagierte Seniorinnen und Senioren sind eine Stütze der Gesellschaft), an dem die Länder Dänemark, Österreich, Slowakei und Schleswig-Holstein für Deutschland beteiligt sind. In Schleswig-Holstein wird EVARS umgesetzt in Kiel Gaarden, im Amt Bordesholm, Amt Flintbek und der Gemeinde Kronshagen.

Die Ziele von EVARS gehen in verschiedene Richtungen:

Das übergeordnete Ziel ist, das Potenzial älterer Freiwilliger zu stärken und als eine zusätzliche und wertvolle Quelle in unserer Gesellschaft zu nutzen, durch:

- Aktivierung und Qualifizierung von BürgerInnen im Seniorenalter (60+) für das Ehrenamt

- Stärkung der Lebensqualität älter werdender Menschen durch soziale Teilhabe und
- Unterstützung des Gemeinwohls
- Förderung der strategischen Ausrichtung von Kommunen für das Ehrenamt von SeniorInnen und generell.

Mit diesen Zielen sind zwei Arbeitsschwerpunkte verbunden: Ältere Menschen ab ca. 60 Jahren mit ihren Erfahrungen, ihrem Wissen und Potenzialen werden als wichtige Ressource für die Gesellschaft angesehen, die das Zusammenleben und das Gemeinwohl durch ihr Engagement stärken. Dieses ehrenamtliche Engagement bedeutet auf der anderen Seite, dass die Menschen aktiv am sozialen Leben teilhaben, Wertschätzung erfahren, im Älterwerden nicht nur als Verluste sehen, sondern auch neue Handlungsspielräume für sich entdecken. Das wirkt sich positiv auf das Bild vom eigenen Älterwerden aus und trägt zu einem zufriedenen Lebensgefühl bei.

Der erste Arbeitsschwerpunkt hat die Aktivierung von Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren / ab 55 Jahren für das Ehrenamt zum Ziel. Damit das ehrenamtliche Engagement älter werdender Menschen gelingt, braucht es zum einen Angebote zur Aktivierung und Qualifizierung für das Ehrenamt und zum anderen eine Einbindung in lokale Strukturen.

Das EU Projekt arbeitet mit der Annahme, dass es eine stärkere Verantwortlichkeit der Kommunen für das lokale Ehrenamt braucht. Dies wurde in Interviews mit Verantwortlichen aus den Kommunen bestätigt:

Der gesellschaftliche und soziale Zusammenhalt besonders in Dörfern und kleinen Städten ist durch ein nachlassendes ehrenamtliches Engagement gefährdet. Es ist im kommunalpolitischen Interesse das Ehrenamt und das bürgerschaftliche Engagement zu stärken und zeitgemäß an den Bedürfnissen orientiert, zu entwickeln.

So ist der zweite Schwerpunkt des EU Projektes die Förderung einer strategischen Ausrichtung der Kommunen für das Ehrenamt von Senioren durch Einbindung und Beratung der kommunalen Akteure während des gesamten Projektzeitraums. Denn Ehrenamt findet überwiegend lokal statt.

Im EVARS Projekt war aus jeder beteiligten Kommune ein Partner aus der Verwaltung als Ansprechpartner und Multiplikator beteiligt und weitere Akteure z.B. aus den Seniorenbeiräten. Die Kooperation mit den Verant-

wortlichen in den beteiligten Kommunen hat ermöglicht, dass die lokalen Bedingungen und Netzwerke berücksichtigt wurden. Dies war für die Gewinnung älter werdender Menschen für das EVARS Projekt von Vorteil. Neben einer intensiven allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit, die sich an jeden Bürger gewandt hat, wurden die Vereine, sozialen runden Tischen, Seniorenvertretungen und Initiativen vor Ort informiert und um Unterstützung gebeten.

Welche Unterstützung brauchen am Ehrenamt interessierte Seniorinnen und Senioren? Und auch bereits aktive Ehrenamtliche?

Zur Beantwortung dieser Frage sind zwei Wege beschritten worden. Zum einen gab es intensive Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern aus den jeweiligen Verwaltungen und lokalen Akteuren aus unterschiedlichsten Initiativen über ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und welchen Bedarf sie sehen. Und der zweite Weg war die Befragung der Teilnehmer im EVARS Projekt. In einem ersten Modul wurden lokal Veranstaltungen durchgeführt, die das Ziel hatten EVARS vorzustellen, zur Teilnahme zu motivieren und zu erfahren, was sich die Teilnehmenden wünschen, was sie brauchen, um einen Weg ins Ehrenamt zu finden bzw. um ihre ehrenamtlichen Tätigkeiten zufriedenstellend ausführen zu können.

Im Rahmen von EVARS wurde dann ein vielseitiges Fortbildungsprogramm entwickelt und umgesetzt. Neben den für alle Länder gleichen Themenschwerpunkten konnten länderspezifische Themen eingebracht werden.

Zur Stärkung der lokalen Identität der potentiellen und aktiven Ehrenamtlichen wurden die ersten Veranstaltungen in den jeweiligen Kommunen durchgeführt. Ab Modul 2 haben gemeinsame Veranstaltungen für alle Partner stattgefunden.

Themen sind u.a. die Stärkung persönlicher Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, die Gewinnung von Mitstreitern, der Umgang mit Begleitern des Älterwerdens wie: Abschiede, Verluste, Trauer und dementielle Veränderungen in der Arbeit mit Senioren und aus aktuellem Anlass wurde eine Fortbildung angeboten zum Thema: Ehrenamtlich aktiv für Flüchtlingsfamilien - Chancen und Grenzen des Engagements. Und es ging um grundsätzliche Fragestellungen des ehrenamtlichen Engagements wie Rollenfindung, Rechte und Pflichten im Ehrenamt.

Methodisch-didaktisch haben alle Veranstaltungen eine hohe Beteiligungsmöglichkeit für alle Teilnehmer geboten. So sind die Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen der Teilnehmer inhaltlich in die Gestaltung der Veranstaltungen eingeflossen. Die interaktive Vermittlung von Wissen durch Gruppenarbeiten, Partnergespräche, Übungen und der Erfahrungsaustausch und Auswertungsgespräche haben ermöglicht, dass sehr teilnehmerorientiert gearbeitet wurde.

Was haben wir erreicht?

63 Seniorinnen und Senioren haben an den Veranstaltungen teilgenommen. 21 Teilnehmende haben zwei und mehr Module besucht. Die meisten Teilnehmenden haben bereits ehrenamtliche Erfahrungen, einige haben nach einer Pause einen neuen Zugang gesucht, andere haben durch einen Zuzug in die Region neue Kontakte benötigt und für einige wenige war es die erste intensivere Auseinandersetzung mit ehrenamtlichen Engagement nach der Erwerbstätigkeit.

Von den Teilnehmern wurden als positiver Gewinn der EVARS Fortbildungsreihe bewertet:

- Aktuelle und neue Informationen
- neue Zugänge zu herausfordernden Themen,
- Austausch und Einbringen der eigenen Erfahrungen sowie das
- Knüpfen neuer Kontakte - Ausbau von Netzwerken
- Unabhängigkeit der Angebote, waren offen und nicht zweckgerichtet und
- Wertschätzende und unterstützende Haltung der Durchführenden
- Freundlichkeit, Offenheit, Stärkung der psychischen Ressourcen
- Unterstützung auch durch Transportmöglichkeiten.

Ehrenamtliches Engagement hat das Potenzial psychische Ressourcen zu stärken.

Der Gewinn für die Kommunen war:

- die engere Verbindung zwischen interessierten und engagierten Senioren und der Kommune wurde gestärkt
- eine stärkere Wahrnehmung in der Öffentlichkeit zur Vernetzung von Ehrenamt und Kommune

- Besseres Verständnis der jeweiligen Situation - Was bringen Senioren mit? - Was brauchen sie wirklich, um ihr Engagement zu stärken? – Was kann die kommunale Verwaltung leisten?
- Wer sind die Partner vor Ort und wie können Vernetzungen gestärkt werden?

Eine gute Ehrenamtsatmosphäre braucht Zeit um sich zu entwickeln – sie muss rechtzeitig entwickelt und gepflegt werden. Älter werdende Menschen müssen sich eingeladen fühlen, um Schritte in Richtung Ehrenamt zu machen.

Ein Fortbildungs-, Qualifizierungs- oder auch partizipatives Informationsangebot hilft, Hemmschwellen gegenüber einem ehrenamtlichen Engagement abzubauen, zu motivieren und stärkt die persönlichen Ressourcen.

<p>EVARS in Schleswig Holstein</p>  <p>Gemeinsam das Leben vor Ort gestalten! Jeder Mensch hat Talente, die das gemeinschaftliche Leben in den Dörfern, in der Nachbarschaft, in Vereinen bereichern können.</p> <p><i>„Es ist schön mit und für Andere etwas zu tun, eine sinnvolle Aufgabe zu haben und zu merken, dass man helfen kann!“</i> <i>Ehrenamtliche, 64 Jahre</i></p> <p>Gesucht werden Menschen ab 60 Jahren, die sich gerne für und mit anderen Menschen engagieren möchten.</p> <p>Ein vielseitiges und kostenloses Trainingsangebot unterstützt Sie auf dem Weg zum ehrenamtlichen Engagement. Das Trainingsangebot besteht aus mehreren Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themenfeldern.</p>	<p>Modul 1 <i>Workshop „Gesundes und aktives Älterwerden - Gut im Gespräch sein!“</i> 17. Februar 2015 von 14.45 bis 16.45 Uhr im Mietertreff des Gustav-Schatz-Hof, Kiel Gaarden</p>	<p>Modul 4 <i>Ehrenamt – was heißt das? Rollenfindung, Rechte und Pflichten für ehrenamtliches Engagement</i> 14. Juli 2015 von 10 bis 14 Uhr inkl. Imbiss im Bürgerhaus Kronshagen</p>
	<p>Modul 2 <i>Ehrenamtlich aktiv von und mit Seniorinnen und Senioren</i></p> <p>Teil 1 Vom Umgang mit Abschieden, Verlusten und Trauer – Wegbegleitern des Älterwerdens 2. März 2015 von 10 bis 14 Uhr inkl. Imbiss St. Johannes, Schulstraße 30, Kiel-Gaarden</p> <p>Teil 2 Wenn das Vergessen zum Problem im Alltag wird 6. März 2015 von 10 bis 14 Uhr inkl. Imbiss St. Johannes, Schulstraße 30, Kiel-Gaarden</p>	<p>Regionalkonferenz <i>Wie geht es weiter? Ehrenamtliches Engagement von Seniorinnen und Senioren</i> Kooperationspartner und Netzwerkarbeit Verantwortlichkeiten und Ansprechpartner 7. September 2015 Rathaus Flintbek 14 – 17 Uhr, Heitmannskamp 2</p> <p><i>„Es braucht Menschen mit Ideen, und Angeboten, die sich für ein gutes Miteinander und Lebendigkeit engagieren!“</i> <i>Ehrenamtler, 72 Jahre</i></p> 
	<p>Modul 3 <i>Angekommen in Schleswig-Holstein? Ehrenamtlich aktiv mit Flüchtlingsfamilien, Kindern und Heranwachsenden</i></p> <p>Teil 1 Die Situation von Flüchtlingen und Zugangsmöglichkeiten in die neue Heimat 20. Mai 2015 von 10 bis 14 Uhr inkl. Imbiss im Rathaus Bordesholm, Mühlenstraße 7, Bordesholm</p> <p>Teil 2 Chancen und Grenzen ehrenamtlicher Unterstützung von Flüchtlingsfamilien, Kindern und Heranwachsenden 21. Mai 2015 von 10 bis 14 Uhr inkl. Imbiss im Rathaus Bordesholm, Mühlenstraße 7, Bordesholm</p>	<p>Um Anmeldung bis eine Woche vor Modulbeginn wird gebeten. Die Kontaktdaten finden Sie auf den nächsten Seiten.</p>

Programmübersicht

Pflegereport 2014

Claudia Desmarowitz
Barmer GEK Lübeck



Der Barmer GEK Pflegereport 2014

Die demographischen Veränderungen der Bevölkerung in Deutschland und den meisten anderen europäischen Ländern werden unser künftiges Leben verändern. Auch Schleswig-Holstein wird vom demographischen Wandel betroffen sein mit der Folge, dass sich die Altersstruktur und Zahl der Bevölkerung verändern werden. Die zentrale Herausforderung in Schleswig-Holstein liegt in der Veränderung der Altersstruktur. Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen deutlich ansteigen.

Die Bundesregierung hat die Stärkung der Pflege zu ihrem besonderen Schwerpunkt gemacht. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in dieser Wahlperiode durch zwei Pflegestärkungsgesetze erheblich ausgeweitet. Dies liegt auch sehr im Interesse der BARMER GEK. Denn nur durch die dauerhafte Entlastung der pflegenden Angehörigen, kann mehr Lebensqualität für den Pflegebedürftigen erreicht werden. Deutschlands größter Pflegedienst sind die Angehörigen. Für ihre Entlastung und Unterstützung dürfen wir den Blick nicht verlieren. Unser Gesundheitssystem ist bestens ausgerichtet und wird auch die zukünftigen Herausforderungen meistern. Unter nachfolgendem Link kann der Pflegereport heruntergeladen werden:

<https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Pflegereport/Einstieg-Pflegereport.html>

Mundgesundheit – ein wichtiger Baustein gesundheitlicher Prävention

Dr. Martina Walther
Vorstand Prävention der Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein



Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie herzlich und darf Ihnen auch die Grüße der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ausrichten.

Mein Name ist Dr. Martina Walther und ich bin seit 1993 in Lübeck als Zahnärztin hier in der Nähe niedergelassen und seit April 2013 für die Prävention als Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer tätig.

Jahrzehntelang stand die Prophylaxe von Kindern und Jugendlichen im Vordergrund. Allerdings rückt mit dem demographischen Wandel und der stetigen Erhöhung der Lebenserwartung die Mundgesundheit der Senioren immer mehr in den Vordergrund. Zu dem Motto des heutigen Tages: „Früher an später denken!“ kann ich sagen: Durch Prävention der Zahn- und Munderkrankungen können wir Pflegebedürftigkeit verringern, verzögern und vermeiden.

Mundgesundheit - ein wichtiger Baustein gesundheitlicher Prävention

Bakterielle Zahnbeläge sind der Auslöser für Zahnfleischentzündungen und Parodontitis sowie für Karies. Karies, sie kennen das alle aus der Werbung, entsteht durch die mit zuckerhaltiger Nahrung gefütterten Bakterien im Mund, die sich als Plaque auf den Zahnoberflächen anlagern und dort längere Zeit einwirken.

Diese Plaque, wenn sie nicht zweimal täglich weggeputzt wird, verursacht nicht nur Karies, sondern auch Erkrankungen am Zahnhalteapparat durch Zahnstein und Toxine. Die Zähne sind wie ein Trampolin über elastische Fasern mit dem Knochen verbunden, die beim Kauen den Druck in den Knochen abfedern. Ohne Zahnpflege verkalkt die Plaque, die Bakterientoxine und -enzyme dringen immer tiefer in die Zahnfleischtaschen und zerstören die Fasern des Zahnhalteapparates. Die Zähne werden locker und fallen im Extremfall sogar heraus.

Um diese beiden wichtigen Erkrankungen zu verhindern, ist eine wirkungsvolle Keimreduktion an den Zahnoberflächen, dem Zahnersatz und den inzwischen immer häufiger vorkommenden Implantaten wichtig.

Das erreicht man durch gesunde Ernährung, eine optimale Mundhygiene, die Unterstützung durch Fluoride und eine regelmäßige zahnärztliche Betreuung. Wie viele Menschen dieses Wissen in den letzten Jahren schon angenommen haben, zeigt sich erfreulicherweise in diesem Bericht des Schleswig-Holsteinischen Gesundheitsministeriums von 2012. Über 78% gehen regelmäßig zum Zahnarzt, kümmern sich also um ihre Zähne und nehmen die Prophylaxe ernst. Die wirkungsvolle Keimreduktion an Zahnoberflächen, Zahnersatz und Implantaten ist das Ziel der Prophylaxe für beide Erkrankungen, aber auch der Folgeerkrankungen z.B. des Herz-Kreislaufsystems und der Lunge. Auch systemische Erkrankungen wie Osteoporose und rheumatische Arthritis stehen wie Diabetes in direkter Beziehung zur Mundgesundheit.

Wussten Sie, dass mangelnde Mundhygiene zu einem 2-3 fach erhöhten Risiko führt, an Diabetes zu erkranken? Fast ebenso groß ist der Einfluss einer mangelnden Mundgesundheit auf das Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt. Bei Schwangeren hat sich in Studien ebenfalls gezeigt, dass schlechte Mundhygiene mit der Ausschwemmungsgefahr der Bakterien und deren Toxine in den Blutkreislauf zu einem höheren Frühgeburtsrisiko führen.

Aber zurück zur Alterszahnmedizin: Das Altern der Zellen selbst, aber auch die Arzneien, die ältere Menschen vermehrt einnehmen müssen, haben als Nebenwirkung oft eine verminderte Speichelsekretion. Der Stoffwechsel der Kohlehydrate wird schon

im Mund eingeleitet. Speichel erhält das ökologische Gleichgewicht und dient als Gleitmittel für den Nahrungstransport über die Zunge, den Rachen und die Speiseröhre bis zum Magen. Speichel puffert saure Nahrung bzw. die durch die Bakterien entstehenden Säuren ab und remineralisiert die Zähne durch die im Speichel gelösten Calcium-Ionen. Bei Mundtrockenheit, also fehlender Speichelproduktion, kommt es gerade bei älteren Menschen zur typischen Ausprägung der Zahnhalskaries. Aber auch Säureerosionen an den Zahnhälsen wie hier entstehen nicht nur bei Bulimieerkrankten jungen Menschen, sondern auch bei älteren, wenn die Speichelproduktion aus den genannten Gründen reduziert ist. Solche Läsionen kann man sich über lange Zeit allerdings auch durch eine zu harte Zahnbürste und eine zu abrasive Zahnpasta zufügen.

Immer mehr Senioren mit immer mehr eigenen Zähnen, hochwertigem Zahnersatz und Implantaten werden immer älter. Das ist wunderbar, solange die Selbststeuerung und Selbstverantwortung noch nicht eingeschränkt ist. Aber wenn die Mobilität nachlässt, Kompetenzen langsam oder dramatisch durch andere Erkrankungen schwinden, stehen wir vor besonderen Herausforderungen in der Prävention. Um die Kooperationsfähigkeit zur Zahnpflege zu erhöhen, bieten wir dicke Zahnbürstengriffe an oder Interdentalzahnbürsten, die man mit Chlorhexidin-Gel beschickt, um die Zahnzwischenräume und Zahnhälsen zu reinigen und zu desinfizieren. Große Kooperation erfordert die Reinigung mit Zahnseide. Sehr viel leichter fällt die Reinigung mit einer Super-Brush-Zahnbürste oder einer Ultraschallzahnbürste, die zuerst außen, dann innen und zum Schluss, weil es am leichtesten geht, auf die Kauflächen gehalten wird. Bei Pflegebedürftigen muss die Mundhygiene vom Pflegepersonal übernommen werden, wobei man keine Angst vor wackeligen oder blutenden Zähnen haben sollte. Behandschuht lässt sich die Zahnpflege am besten durchführen, wenn man dem Patienten den Arm um den Kopf legt und den Mund offenhält, damit man mit der aktiven Hand putzen kann. Bei eingeschränkter Compliance lässt sich sanft und geschickt so ein Gummi-keil zwischen die Zähne führen, um die Zähne auseinanderzuhalten, Platz zu schaffen zum Putzen und die eigenen Finger zu schonen. Sollte das nicht möglich sein, bleibt nur alle erreichbaren Zähne mit einer mit Desinfek-

tionslösung getränkter Gaze zu reinigen. Um die Zähne zu remineralisieren und sie zu erhalten, kann man auch hochdosiertes Flouridgel mit einem Wattestäbchen auf die Glattflächen der Zähne auftragen.

Besonders intensive Zahnpflege erfordern die Implantate, die festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz tragen, weil der Knochen direkt ans Implantat wächst und nur vom Zahnfleisch abgedeckt ist. Der Zahnhalteapparat mit seinen vielfältigen Funktionen auch der Immunabwehr fehlt.

Ebenso wichtig wie die Pflege der Zähne ist das Putzen des Zahnersatzes. Ich zeige jetzt noch einmal die verschiedenen Sorten von Zahnprothesen. Als erstes die Modellgußprothese mit gegossenen elastischen Stahlklammern, eine Konusprothese, die oft echten Zähnen täuschend ähnlich sieht. Stegprothesen, sind nicht leicht zu reinigen, sowie implantatgetragene Unterkieferprothese. Vollprothesenträger sollten nach den Mahlzeiten immer den Mund und den Zahnersatz aus- bzw. abspülen. Klebriges Haftmittel muss abends weggeputzt werden, sonst führen die Bakterien auf der Schleimhaut zu Entzündungen. Gegen die Prothesenstomatitis helfen desinfizierende Mundspüllösungen, nach jedem Essen anzuwenden. Probleme mit dem Zahnersatz wie Druckstellen, Fibrome durch zu abstehende Ränder, kann nur ein Zahnarzt lösen. Aber auch eine Soor-Infektion, die oft nach Antibiotika-Einnahme entsteht, muss mit Antimykotika behandelt werden. Alle weißen Veränderungen, die nicht abwischbar sind, sowie alle anderen Veränderungen im Lippen- und Mundbereich, gehören in die Hände eines Zahnarztes, da es sich um Vorstufen von Mundkrebs handeln könnte und der ärztlichen Kontrolle bedürfen.

Zahnärztliche Behandlung von älteren Menschen und vor allem von Pflegebedürftigen beinhaltet die Vorsorge, Schmerzbeseitigung und Wiederherstellen der Kaufunktion.

Dr. Cornelius Haffner aus München nennt das das 3 -S- Behandlungskonzept:

Save-Solid-Simple! So soll die Zahn-, Mund- und Kieferbehandlung von Senioren sein.

Zusätzliche Risiken stellen die Blutgerinnungshemmenden Arzneien oder permanente Entzündungen dar. Alles zusammen erfordert eine gute Zusammenarbeit

zwischen Hausärzten und Zahnärzten. Denn es gibt in der Bundesrepublik 2,25 Mio. Pflegebedürftige, viele werden zu Hause durch Angehörige und Pflegedienste betreut, 709.000 sind in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht.

Seit dem 1. April 2014 regelt das Pflegeeneu-ausrichtungsgesetz die zugehende zahnärztliche Betreuung in Senioreneinrichtungen durch die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit den Heimen abzuschließen.

Zusammenfassend möchte ich sagen:

Grundpflege ist Verpflichtung!

Ziel unserer Zahnärztekammer ist die gesetzliche Anerkennung einer täglichen Zahn- und Mundpflegezeit von 2 x 4 min in der Pflege, wie wir es hier im Rahmen des Demenzplanes für Schleswig-Holstein gefordert haben.

Wir Zahnärzte wollen alle Zähne möglichst lange gesund erhalten und damit die Mundgesundheit als einen wichtigen Baustein anerkannt wissen für die gesamte Gesundheit eines Menschen und besonders der Pflegebedürftigen. Wir wollen konsequent den Weg von der kurativen zur präventiven Zahnheilkunde weitergehen. Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen ist inzwischen so stark, dass keiner begreifen wird, warum Zahn- und Mundpflege am Bett eines Pflegebedürftigen aufhören soll. Die Angehörigen werden es über kurz oder lang einfordern. Das Wissen über die Vorbeugung durch Zahnpflege ist in der Bevölkerung inzwischen tief verankert. Dieses Wissen ist mit emotionaler Erfahrung verknüpft, das sitzt fest im Hirn. Für die Menschen, die aus Alters- oder Gesundheitsgründen zur eigenverantwortlichen Verhütung von Zahn- und Munderkrankungen nicht in der Lage sind, brauchen wir bedarfsgerechte Versorgungskonzepte und einen systematischen Ausbau unter anderem der Information der Pflegenden und Integration in Schulungsprogramme über die krankheitsspezifischen Risiken und altersgerechte Mundpflege.

Mundgesundheit – Diskussion mit Experten und Plenum



In der Diskussion zum Thema Mundgesundheit stellten sich folgende Expertinnen den Fragen: *von links nach rechts*

Lisa Schröder, Stationsleitung im Krankenhaus Rotes Kreuz – Geriatriezentrum Lübeck

Dr. Petra Schulze-Lohmann, Sektionsleiterin der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Schleswig-Holstein in Kiel

Dr. Martina Walther als Moderatorin der Diskussion

Claudia Desmarowitz, Versorgungs Koordinatorin bei der Barmer GEK Schleswig-Holstein aus Lübeck

In der Diskussion waren folgende Fragen von Interesse:

Welchen Stellenwert nimmt Mundgesundheit als Thema in der Arbeit der Expertinnen ein? Wo werden derzeit die größten Versorgungsdefizite bei der Mundgesundheit von pflegebedürftigen Menschen gesehen und was müsste getan werden, um die Mundgesundheit von pflegebedürftigen Menschen zu verbessern?

Was brauchen pflegende Angehörige/ Pflegekräfte zur Unterstützung der Mundgesundheit ihres pflegebedürftigen Angehörigen?

Die jeweiligen Kernaussagen der Expertinnen sind nachfolgend zusammengefasst.

Kernaussagen der Experten

Claudia Desmarowitz
Barmer GEK Lübeck

Für den BARMER GEK Pflegereport befasst sich der Bereich Versorgungsforschung alljährlich mit den aktuellen Entwicklungen und Erkenntnissen im Bereich der Pflege.

Der Schwerpunkt im Pflegereport 2014 ist die Zahnmedizinische Unterversorgung von Pflegebedürftigen. Hier besteht noch ein sehr großer Handlungs- und Aufklärungsbedarf sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Vor allem Menschen in Pflegeheimen benötigen einen noch leichteren Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung, gerade weil ihnen die Mitwirkung insbesondere wegen ihrer Bedürftigkeit schwer fällt. Mit den Umsetzungsmöglichkeiten werden wir uns intensiv auseinander setzen.

Lisa Schröder

DRK-Therapiezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum

Pflegemitarbeiter haben eine Schlüsselposition in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Mundgesundheit, denn diese spielt in der täglichen Grundpflege der Patienten eine entscheidende Rolle. Diesem Thema wird meiner Meinung nach zu wenig Wichtigkeit in der Ausbildung gegeben. Die mangelnden Kenntnisse über die Folgen von oralen Erkrankungen, gepaart mit der Überlastung des Pflegepersonals, führen zu großen Defiziten bei der Mundgesundheit.

Viele ältere Menschen sind an dem Punkt angelangt, die schlechte Prothesen- oder Hilfsmittelversorgung einfach zu tolerieren, denn häufig sind sie eine fehlende oder mangelhafte zahnmedizinische Versorgung in den Pflegeeinrichtungen gewohnt. Auch werden viele meiner Patienten nicht ausreichend oder mangelhaft über die richtige Versorgung der Hilfsmittel oder über wichtige Prophylaxen informiert.

Dr. Petra Schulze-Lohmann

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Schleswig-Holstein

Für pflegebedürftige Menschen ist eine gute Mundgesundheit von besonderer Bedeutung. Häufig ist die Menge an aufgenommenen Nahrungsmitteln nur noch gering, gleichzeitig muss hier aber zum Erhalt oder zur Verbesserung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes umso mehr Wert auf eine ausreichende Nährstoffzufuhr gelegt werden. Gerade, wenn es um die Zufuhr von z.B. Ballaststoffen und Vitaminen geht, ist die Aufnahme von Gemüse, Obst und Vollkornprodukten von Bedeutung. Dieses kann aber nur mit Genuss gegessen werden, wenn ausreichend und schmerzfrei gekaut und geschluckt werden kann.

Für die Deutsche Gesellschaft für Ernährung ist es deshalb von besonderer Bedeutung, mit verschiedenen Professionen zusammen zu arbeiten, um auf der Basis einer guten Mundgesundheit, die durch eine optimale zahnmedizinische Versorgung und entsprechende pflegerische Maßnahmen erreicht werden kann, die Pflegebedürftigen mit einem zielgruppenspezifischem Nahrungsangebot optimal zu versorgen. Vernetzung, sowohl im stationären Bereich als auch in der ambulanten Altenpflege, ist eine wesentliche Säule zur Verbesserung der Situation.

Kleine und große Hilfen – für die Selbständigkeit zu Hause ohne Umbauten

Doris Jepsen

Barrierefrei Leben e.V., Hamburg



Im Vortrag wurden kleine und große Hilfsmittel vorgestellt, die körperliche Einschränkungen ausgleichen können und damit die Selbständigkeit fördern bzw. erhalten.

Es muss nicht immer gleich die große Umbaumaßnahme sein, in manchen Situationen kann schon ein Haltegriff oder eine Sitz-erhöhung gute Hilfestellung leisten. Es wurden Anregungen gegeben, um das eigene zu Hause bewusster zu sehen und Änderungsmöglichkeiten anzudenken, die auch vorsorglich umgesetzt werden können, z. B. um Sturzgefahren zu reduzieren.

Es wurden aber auch einige kleine Hilfen gezeigt, die den Alltag erleichtern können (Zollstock als Spielkartenhalter oder Kochlöffel mit Waschlappen zum Rücken-

waschen), alles verbunden mit Informationen zu Beschaffungs- und Finanzierungsmöglichkeiten.

Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung

Der Verein ist seit 1991 im Auftrag der Hamburger Sozialbehörde mit seinem Beratungszentrum für Technische Hilfen und Wohnraumanpassung für behinderte und ältere Hamburger tätig und berät Hamburger Bürgerinnen und Bürger.

Die kostenlose und neutrale Online-Beratung richtet sich an Privatpersonen und umfasst Unterstützung bei der Suche nach Hilfsmitteln für die Wohnung, Erstellung von Vorschlägen für Wohnungsumbau bzw. -anpassung und die Sichtung von Plänen für barrierefreie Bau- und Kaufvorhaben.

Barrierefrei Leben e.V. bietet Basis-Seminare zum Thema „Wohnungsanpassung und barrierefreies Bauen“ (ab 2016) sowie Schulungen zum „Rückenschonenden Arbeiten durch Einsatz von technischen Hilfsmitteln“ an. Die Angebote wenden sich an Pflegekräfte, Eltern, körperbehinderter Kinder, Mitarbeiter aus Wohnungsunternehmen, Handwerker und weitere Interessierte.

Kartenhalter



© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrzentrum-

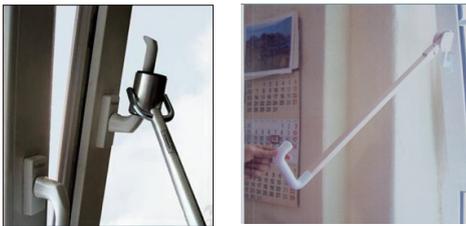
Mobile Rampensysteme



© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrzentrum-

Manueller Fensteröffner

für schwer zugängliche Fenster



© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrzentrum-

Waschhilfe

durch Kochlöffel

Fußbürste



© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrzentrum-

Stehhilfe



© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrzentrum-

Toilettenhilfen

Decken-Boden-Stange zur Unterstützung



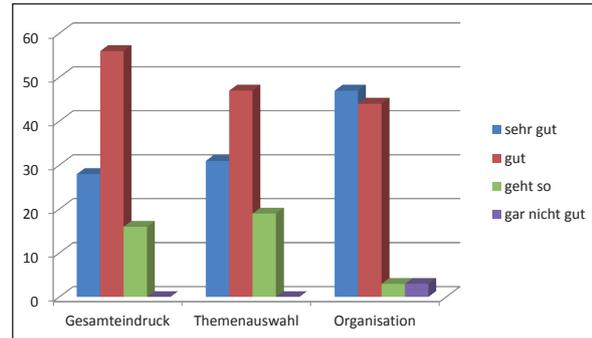
Durch
verschiedenes
Zubehör
sehr
variabel
einsetzbar!

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrzentrum-

Bewertung der Veranstaltung durch die Teilnehmenden

An der Veranstaltung nahmen 90 Personen teil. Zum Abschluss der Veranstaltung wurden Evaluationsbögen ausgegeben. Die Rücklaufquote betrug dabei 36%.

Die Veranstaltung hinterließ bei 84% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen sehr guten bis guten **Gesamteindruck** („sehr gut“ 28%, „gut“ 56%, „geht so“ 16%). Auch die **Themenauswahl** („sehr gut“ 47%, „gut“ 44%, „geht so“ 3%, „gar nicht gut“ 3%) sowie die **Organisation** („sehr gut“ 47%, „gut“ 44%, „geht so“ 3%, „gar nicht gut“ 3%) wurden von fast allen positiv bewertet.



Wie zufrieden sind Sie?
Was hat Ihnen gefallen? (Angaben in %)

Auf die Frage, ob die Fachtagung ein Zugewinn war, gaben die Teilnehmenden hauptsächlich einen Zugewinn in den Bereichen „neue Informationen / Erkenntnisse“ (25 Nennungen) an sowie „Anregungen für die eigene Arbeit“ (15 Nennungen) und „neue Kontakte / Gespräche“ (15 Nennungen). Mehrfachnennungen waren möglich.







Kontakt Daten

Eröffnung, Grußworte und Einführung in die Thematik

Bernd Heinemann

Landtagsvizepräsident Schleswig-Holstein,
stv. Vorsitzender der Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung in
Schleswig-Holstein
Schleswig-Holsteinischer Landtag,
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Heinz-Jürgen Bergmann

Referatsleiter im Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft und Gleich-
stellung, Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Gabriele Schopenhauer

Stadtpräsidentin der Hansestadt Lübeck
Hansestadt Lübeck
Breite Straße 62
23539 Lübeck

Martina Egen

Oberin der DRK-Schwesternschaft
Lübeck e.V.
DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V.
Marlstraße 10
23566 Lübeck

Fachvorträge und Praxisbeispiele

Dr. Martin Willkomm

Chefarzt und Ärztlicher Direktor des
Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck
-Geriatrizentrum
Rabenhorst 1
23568 Lübeck
Tel.: 04 51 - 98 902-490

Dr. Sonja Krupp

Wiss. Leitung Forschungsgruppe Geriatrie
Lübeck
Krankenhaus Rotes Kreuz
Lübeck-Geriatrizentrum
Marlstraße 10
23566 Lübeck
E-Mail: krupp@geriatrie-luebeck.de

Rebecca Witzel

Sachgebietsleitung Fachstelle 50+
Stadt Flensburg, Fachbereich Jugend,
Soziales, Gesundheit
Tel.: 0461 - 85 24 32
Email: witzel.rebecca@stadt.flensburg.de

Birgitt Uhlen-Blucha

Landesvereinigung für Gesundheits-
förderung in Schleswig-Holstein e.V.
Flämische Straße 6-10
24103 Kiel
Email: gesundheit@lvgefsh.de

Claudia Desmarowitz

Barmer GEK Lübeck
Fackenburger Allee 1
23554 Lübeck

Dr. Martina Walther

Vorstand Prävention der Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein
Westring 496
24106 Kiel

Lisa Schröder

DRK-Therapiezentrum Marli GmbH
Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck
- Geriatriezentrum
Rabenhorst 1
23568 Lübeck

Dr. Petra Schulze-Lohmann

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
Sektion Schleswig-Holstein
Hermann-Weigmann-Str. 1
24103 Kiel
Tel: 04 31/ 627 06
E-Mail: kontakt@dge-sh.de

Doris Jepsen

Beratungszentrum für Technische Hilfen und
Wohnraumanpassung
Barrierefrei Leben e.V.
Richardstr. 45 (Richardhof)
22081 Hamburg
Tel.: 040 - 29 99 56 16
E-Mail: beratung@barrierefrei-leben.de

Veranstalter**Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. (LVGFSH)**

Flämische Straße 6-10
24103 Kiel
www.lvgfsh.de
Email: gesundheit@lvgfsh.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: 02 21 - 89 92-0
www.bzga.de
Email: poststelle@bzga.de

