



## **Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung.**

Dokumentation der Fachtagung vom 10. Februar 2011  
in Düsseldorf.

## **Impressum**

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
(LIGA.NRW)  
Ulenbergstraße 127 – 131  
40225 Düsseldorf  
Telefon 0211 3101-0  
Telefax 0211 3101-1189  
[www.liga.nrw.de](http://www.liga.nrw.de)  
[poststelle@liga.nrw.de](mailto:poststelle@liga.nrw.de)

Gefördert durch die Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

## **Redaktion und Bearbeitung**

LIGA.NRW

Namensbeiträge geben die Meinung der  
Verfasser wieder. Sie entsprechen  
nicht unbedingt der Auffassung des  
Herausgebers.

## **Layout und Verlag**

LIGA.NRW

## **Titelfoto**

© MEV-Verlag

## **Bestellnummer**

64412006

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des  
Landes Nordrhein-Westfalen und gehört  
zum Geschäftsbereich des Ministeriums  
für Arbeit, Integration und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch  
auszugsweise, nur mit Genehmigung  
des LIGA.NRW.

Düsseldorf, März 2011

ISBN 978-3-88139-175-7

**Gesundheit im Alter: Herausforderungen  
und Strategien in der Gesundheitsförderung.**  
Dokumentation der Fachtagung vom  
10. Februar 2011 in Düsseldorf.



# Inhalt

Vorwort .....	7
Pressemitteilung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA.NRW) Barbara Steffens.....	9
Grußwort der Präsidentin des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) Dr. Eleftheria Lehmann.....	11
Gesund und aktiv älter werden: Umsetzungsstrategien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Dr. Monika Köster .....	13
<b>Abstracts der Referentinnen und des Referenten .....</b>	<b>17</b>
Prävention und Gesundheitsförderung im Alter – Möglichkeiten und Anforderungen Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung.....	17
Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen: Bedarflagen und Zielgruppen im Mikrozensus 2005 PD Dr. Alfons Holleder, LIGA.NRW .....	31
Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen Katharina Lis, Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IFG) .....	42
<b>Impulsreferate aus den Workshops (Abstracts)</b>	
<b>Workshop 1 –</b>	
<b>Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Koordinator und Akteur in der Gesundheitsförderung .....</b>	<b>53</b>
Älter werden im Kreis Heinsberg Dr. Karl-Heinz Feldhoff, Gesundheitsamt Heinsberg.....	53
Gesundheit im Alter in Köln Dr. Anne Bunte, Gesundheitsamt Köln .....	71
<b>Workshop 2 – Gesundheits- und bewegungsförderliche Kommunen .....</b>	<b>85</b>
Konzept für eine bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune Dr. Jens Bucksch, Dr. Thomas Claßen, Universität Bielefeld .....	85
NRW in Form: Gesunde Ernährung und mehr Bewegung Helmut Breitkopf, MGEPA NRW .....	103
Gemeinsam für mehr Bewegung im Alltag: Der Beitrag des Zentrums für Bewegungsförderung NRW Gunnar Geuter, LIGA.NRW .....	104
<b>Workshop 3: Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen.....</b>	<b>113</b>
Armut und Gesundheit im Alter Dr. Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. ....	113
Handlungshilfe „Gesund älter werden im Stadtteil“ Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST.....	125
Gesund leben und älter werden in Eving Katharina Lis, IFG.....	134

<b>Workshop 4: Kultursensible Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten</b> .....	141
Kulturelle Vielfalt – Chance und Herausforderung Heike Reinecke, MGEPA NRW.....	141
Aktives Altern – Gesundheitsförderung und Prävention bei Senioren mit Migrationshintergrund Dr. Arif Ünal, Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln (GfM) .....	141
Demenz & Migration: Demenzservicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte Elena Maevskaya, Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, in Trägerschaft der AWO, UB Gelsenkirchen/Bottrop .....	154
<b>Workshop 5 - Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen</b> .....	161
Regionale Netzwerke Pflege Günther Pauli, BGF .....	161
Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende – „Neuheit für Pflege“ Alexandra Daldrup, Unfallkasse NRW .....	162
Ein täglicher Balanceakt: Dich pflegen & für mich sorgen – Entlastung und Empowerment pflegender Angehöriger Hartmut Emme von der Ahe und Marco Mehwald, Der Paritätische NRW .....	176
<b>Anhang</b> .....	177
A1 Projektposter zum Thema „Gesundheit im Alter“ .....	178
A2 Personenprofile der Referentinnen und Referenten (in alphabetischer Reihenfolge) .....	185

## Vorwort

Der zunehmende Anteil älterer und hoch betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens stellt das Gemeinwesen und seine Versorgungsstrukturen vor große Herausforderungen. Ein höheres Alter wird meist mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit assoziiert. Bei verantwortungsvoller Lebensführung und einem gut ausgebauten Angebot an medizinischen und präventiven Versorgungsangeboten kann jedoch negativen Begleiterscheinungen des Alters maßgeblich entgegengewirkt werden. Die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen fokussierte bereits mit ihren Entschlüssen 2007 und 2008 und ihren Umsetzungsempfehlungen.

- ▶ die Gesundheitsförderung und Prävention im höheren Alter,
- ▶ die Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger,
- ▶ die Verbesserung der Versorgungsstrukturen sowie
- ▶ die Intensivierung von Kooperationen.

Mit dem Gesundheitspreis 2008 und der Landesinitiative Gesundes Land NRW identifizierte sie beispielgebende Versorgungsangebote in Nordrhein-Westfalen. In dieser Kooperationsveranstaltung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden nun zentrale Handlungsansätze zur Förderung der Gesundheit im Alter praxisorientiert und zielgruppenspezifisch aufgegriffen. Ziel ist es dabei, Verantwortlichen und Akteuren evidenzbasierte Konzepte und gute Modellprojekte vorzustellen, einen aktiven Austausch zu initiieren, die Herausforderungen für Land und Kommunen zu diskutieren und Lösungsansätze weiterzuentwickeln



## Pressemitteilung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen vom 10.01.2011



**Barbara Steffens,  
Ministerin für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen**

„Wir müssen das Gesundheitssystem für den demografischen Wandel fit machen, indem wir Voraussetzungen dafür schaffen, gesund alt zu werden“, sagte Gesundheitsministerin Barbara Steffens heute (10. Februar 2011) zur Eröffnung der Fachtagung „Gesundheit im Alter – Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ in Düsseldorf. Auch wenn Älterwerden keineswegs zwangsläufig zu Krankheit und Pflegebedürftigkeit führe, steige die Krankheitswahrscheinlichkeit mit dem Lebensalter an. „Für gesundes Altern müssen wir daher etwas tun – jede und jeder Einzelne, aber auch das Gesundheitswesen insgesamt“, so Steffens weiter.

Der Schlüssel für eine effektive Gesundheitsversorgung einer wachsenden Zahl von älteren Menschen liegt nach Überzeugung der Ministerin nicht allein in der Forderung nach mehr Geld, sondern vorrangig in der Gesundheitsförderung und in der Prävention. Steffens: „Allein durch Hüftfrakturen älterer Menschen entstehen jährlich Kosten von etwa einer Milliarde Euro. Das menschliche Leiden, das damit verbunden ist, lässt sich natürlich überhaupt nicht beziffern. Deshalb ist es nicht nur wirtschaftlich vernünftig, sondern auch zutiefst menschlich, Ältere vor Stürzen möglichst zu bewahren.“ Die Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“ werde daher weiter ausgebaut, kündigte Steffens an.

Als „in Teilen problematisch“ bezeichnete die Ministerin die Arzneimittelversorgung Älterer. Gerade in Alten- und Pflegeheimen gebe es bisweilen eine unkritische Verordnung und Vergabe von Psychopharmaka. „Ruhe im Pflegeheim darf nicht durch Arzneimittel hergestellt werden“, forderte die Ministerin. „Ein Gesundheits- und Pflegesystem, das auf Neuroleptika und Tranquilizern aufbaut, ist inhuman.“

Als weitere Handlungsfelder eines demografiefesten Gesundheitssystems nannte Steffens unter anderem die Unterstützung pflegender Angehöriger und die Anpassung der Krankenhäuser an die Bedürfnisse Älterer. Gerade die zunehmende Zahl an Demenz erkrankter Menschen sei eine große Herausforderung.

Die Fachtagung „Gesundheit im Alter – Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ wird vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) mit finanzieller Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) organisiert. Sie schließt an die Aktivitäten aus der Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Landesgesundheitskonferenzen 2007 und 2008 zum Thema „Gesundheit im Alter“ an. Seit 2008 koordiniert das Landesinstitut den „Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen“ im bundesweiten Kooperationsver-

bund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. LIGA.NRW wird zudem seit 2009 aus Bundesmitteln als „Zentrum für Bewegungsförderung“ gefördert. Beides hat enge Bezüge zur Thematik „Gesundheit im Alter“.

# Grußwort der Präsidentin des LIGA.NRW

Dr. Eleftheria Lehmann

**Verehrte Frau Ministerin Steffens,  
Meine sehr geehrten Damen und Herren,**

ich begrüße Sie herzlich zur heutigen Fachtagung in Düsseldorf. In den hochindustrialisierten Gesellschaften zählt Gesundheit im Alter zu den größten Herausforderungen. Ein langes Leben wird als Maß für gute Gesundheit herangezogen, Lebenserwartung ist ein wichtiger Indikator der internationalen und nationalen Gesundheitsberichterstattung. Für den einzelnen Menschen aber ist entscheidend, ob die gewonnenen Jahre auch gesunde Lebensjahre sind.

Wir alle wollen gesund alt werden! Wie Statistik und Prognosen vermuten lassen, wird für viele dieser Wunsch nicht in Erfüllung gehen. Denn im Alter häufen sich die chronischen Erkrankungen, die psychischen Leiden nehmen zu und die Lebensqualität sinkt.

Nach Expertenmeinung müssen moderne Gesellschaften mehr als bisher in die Prävention investieren, wollen sie der Vision „Gesund alt werden“ näher kommen. Dabei müssen Maßnahmen in einem möglichst frühen Lebensalter ansetzen. Es ist aber auch wichtig, im Alter einen gesunden Lebensstil zu pflegen, mit ausreichender Bewegung, gesunder Ernährung und guten sozialen Kontakten. Und die Rahmenbedingungen müssen stimmen: Das Umfeld, in dem ältere Menschen sich bewegen, muss einen gesunden Lebensstil möglich

machen - in der Kommune, im Stadtteil, in der Familie. Beim genauen Hinsehen stoßen wir vielfach auf Ungleichheiten. Besonders sozial benachteiligte ältere Menschen oder Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund sind hier häufig im Nachteil.

Der Blick auf die Altersstruktur unserer Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen zeigt, dass diese Aufgaben unverzüglich angepackt werden müssen. Ganz besonders freue ich mich deshalb, dass die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Frau Barbara Steffens, dazu die Schwerpunkte der Landesgesundheitspolitik vorstellen wird.

Die Veranstalter der heutigen Tagung - die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit - sind nicht mit dem Anspruch angetreten, Bilanz zu ziehen. Vielmehr wollen wir einen Beitrag zur Diskussion und Kooperation leisten und Impulse für neue Initiativen setzen. Das Programm, meine Damen und Herren, bietet Ihnen Einblicke in möglichst viele Facetten des Themas „Gesundheit im Alter“. Sie werden neueste Forschungsergebnisse ebenso wie Beispiele guter Praxis kennenlernen.

Den Problemlagen, Strategien und grundsätzlichen Handlungsmöglichkeiten für Gesundheit im Alter widmen sich die Beiträge des Vormittags. Wir wollen uns auch

dem schwierigen Thema der Evidenz nähern und einen Blick darauf werfen, was sich im Rahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen wirklich bewährt hat.

Heute Nachmittag wird es dann etwas spezifischer und noch praxisnäher. In parallelen Workshops wollen wir ausgewählte Zielgruppen, Akteure und Settings des Themas „Gesundheit im Alter“ genauer in Augenschein nehmen.

Es wird u. a. die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes betrachtet: Anhand konkreter kommunaler Projekte soll aufgezeigt werden, wie vorhandene Synergien genutzt und ältere Menschen durch niedrigschwellige Angebote besser angesprochen werden können.

Ich erwähnte bereits, dass einige Bevölkerungsgruppen schwieriger zu erreichen sind als andere - sei es, dass ihnen wichtige Gesundheitskompetenzen oder geeignete Angebote vor Ort fehlen oder die Hemmschwellen für die Teilnahme an Aktivitäten zu groß sind. Deshalb werden uns Strategien vorgestellt, die einen Zugang zu sozial benachteiligten Menschen und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ermöglicht haben.

Eine besondere Zielgruppe, die in diesem Zusammenhang oft übersehen wird, aber dennoch besondere Beachtung verdient, sind die pflegenden Angehörigen. Ihre Gesundheit leidet häufig, wenn die eigenen Eltern, die Schwieger- oder Großeltern mit hohem persönlichen Einsatz zu pflegen sind. Wie diesen Menschen geholfen werden kann, wie Belastungen z.B. durch Netzwerkbildung und Empowerment reduziert werden können, wird heute ebenfalls Thema sein.

Mit einem kurzen Dankeswort möchte ich zum Schluss kommen.

Wir haben für die Bearbeitung des Themas kompetente Referentinnen und Referenten sowie Podiumsteilnehmer(innen) gewinnen können. Ihnen allen gilt an dieser Stelle mein herzlicher Dank.

Die Vorbereitung einer Tagung ist bei aller Routine immer wieder eine große Herausforderung. Ich danke meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und unseren Partnern aus der Bundeszentrale für ihren unermüdlischen Einsatz.

Uns allen wünsche ich eine interessante Veranstaltung mit anregenden Vorträgen, Diskussionen und erfolgreiche Netzwerkarbeit. Lassen Sie sich bei Ihrer Suche nach neuen Wegen zur Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen von den vorgestellten Ideen und erfolgreichen Modellen aus der Praxis inspirieren!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

## Gesund und aktiv älter werden: Umsetzungsstrategien der BZgA



Dr. Monika Köster,  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung

**Sehr geehrte Frau Dr. Lehmann,  
sehr geehrte Frau Ministerin Steffens,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,**

das Thema Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung immer mehr an Bedeutung. So freue ich mich sehr, im Rahmen der heutigen Tagung hier in Düsseldorf zu Ihnen zu diesem Thema zu sprechen.

Die heutige Fachkonferenz in Nordrhein-Westfalen findet im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „gesund und aktiv älter werden“ statt. Diese Veranstaltungen führen wir – gemeinsam mit zentralen Akteuren, wie hier mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen – in allen Bundesländern durch. Gerade das Zusammenspiel von Bund, Ländern und Kommunen ist sehr wichtig, denn die demografische Entwicklung bringt eine Reihe von Herausforderungen mit sich. Diesen können wir mit vereinten Kräften besser begegnen.

In der heutigen Fachtagung werden wir uns intensiv mit diesen Herausforderungen und geeigneten Strategien der Gesundheitsförderung für ältere Menschen beschäftigen.

Die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Bereits im Jahr 2005 überstieg bundesweit die Zahl der über 60-Jährigen (mit ca. 20 Millionen) deutlich die der unter 20-Jährigen (ca. 16 Millionen). Viele Menschen werden eine lange Phase des Alterns und Altseins erleben.

Ziel ist es, die gewonnenen, die zusätzlichen Lebensjahre mit einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Wünschenswert ist es, dass Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können, dass sie ihre Möglichkeiten ausschöpfen können. Dies ist vor allem von hoher individueller Bedeutung, aber auch wichtig mit Blick auf gesellschaftspolitische und ökonomische Aspekte. So stellt sich z.B. die Frage der finanziellen Absicherung im Alter, die Frage der Gesundheitsversorgung und Pflege, hiermit verbunden die Frage der sozialen Einbindung und Teilhabe.

Zur Zielgruppe: Wir wissen, dass es „die“ älteren Menschen nicht gibt. Wir sprechen über eine äußerst heterogene Zielgruppe. Die Voraussetzungen, Biografien und Lebensverläufe sind unterschiedlich. Wichtig sind die je persönlichen Lebensumstände wie z.B. die familiäre Einbindung, soziale Kontakte, der Bildungs- und berufliche Hintergrund, der kulturelle Hintergrund, der Erwerbstätigkeitsstatus, die finanzielle Absicherung, die soziale Lage, der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die persönlichen Interessen, das Freizeitverhalten.

Ich möchte kurz einige Eckpunkte zur Beschreibung der Zielgruppe der „jüngeren Älteren“ ansprechen:

In Deutschland leben ca. 9,8 Millionen 55-65-Jährige, knapp 15 % hiervon (1,4 Millionen) haben einen Migrationshintergrund (stat. Bundesamt).

Familiäre Einbindung: 76 % der 55-69-Jährigen sind verheiratet, 17 % leben alleine. 87 % haben Kinder, 54 % Enkelkinder. D.h. in vielen Fällen ist in diesen Altersgruppen eine familiäre Einbindung gegeben, abhängig allerdings von der räumlichen Nähe zur Familie.

Ansprechen möchte ich in diesem Zusammenhang zudem, dass Familie auch große Herausforderungen mit sich bringen kann, denken wir insbesondere an die Pflege von Angehörigen: In Deutschland werden rund 1,5 Millionen pflegebedürftige Personen zu Hause versorgt. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen – es sind dies überwiegend Frauen – fühlt sich durch die Pflege belastet und weist Krankheitssymptome auf.

Erwerbstätigkeit: 37,5 % der 55-65-Jährigen in Deutschland sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Je niedriger der Qualifikationsgrad, desto geringer fällt die Erwerbsbeteiligung im Alter aus.

Der DAK-Gesundheitsreport 2009 spricht von steigender Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung. Rund 28 % der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gehen aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand (Stat. Bundesamt 2010).

Gesundheitszustand: Nehmen wir die Gesundheit älterer Menschen in den Blick: Über 60 % der 55-65-jährigen Männer und Frauen bescheinigen sich selbst eine gute Gesundheit.

Allerdings sind bei älteren Menschen die Prävalenz- und Inzidenzraten bei den meisten behandlungsbedürftigen Krankheitsgruppen höher, als bei jüngeren. Im Vordergrund stehen Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates (hierdurch häufig funktionale Einschränkungen und Beeinträchtigungen der Mobilität), Sturzunfälle, bösartige Neubildungen, Psychische Erkrankungen. Ab dem mittleren Alter nimmt das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) stark zu, ebenso die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente.

Welche Aufgaben stellen sich vor diesem kurz skizzierten Hintergrund für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention? Was können wir als Gesundheitsförderer, als Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, gemeinsam dazu beitragen, dass die derzeit noch nicht ausreichend genutzten Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte besser ausgeschöpft werden?

Wichtig ist der Ansatz an den Lebenswelten und am Alltag der Zielgruppen (Wohnung, Wohnumfeld, Stadtteil,

Kommune, Betriebe). Die Menschen sollen dort angesprochen und erreicht werden, wo sie leben. Dies ist eine große Herausforderung für die Kommunen, bietet aber auch Chancen der Weiterentwicklung der zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung in den Regionen.

Zunächst ist es wichtig, die jeweiligen Voraussetzungen vor Ort sehr sorgfältig zu analysieren und Transparenz über die bestehenden Angebote herzustellen. Welche Möglichkeiten und Angebote gibt es? Wo gibt es Versorgungspässe?

Und: Wie sehen die Bedarfe aus? Aus Befragungen wissen wir, dass über 30 % der älteren Bürgerinnen und Bürger über nicht ausreichende Infrastruktur in ihrer Wohngegend klagen. Das betrifft z.B. Einkaufsmöglichkeiten, Bus-/Bahnverbindungen, schlechte Erreichbarkeit von Ärzten und Apotheken. Dies ist natürlich regional sehr unterschiedlich (Stadt-Land-Gefälle, strukturelle Unterschiede).

Zur Verbesserung der Angebotssituation ist es in jedem Falle wichtig, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure vor Ort zu stärken. Ein Austausch ist erforderlich. Angebote müssen abgesprochen und vernetzt werden. Es geht hierbei insbesondere auch um die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Sektoren. Hier können verbindliche Kooperationsvereinbarungen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe (Wertschätzung, gemeinsames Verantwortungsgefühl, Anerkennung anderer Kompetenzen, offene Kommunikation, Vertrauen) die Umsetzung unterstützen.

Lassen Sie mich zusammenfassend einige zentrale Eckpunkte nennen:

Wenn wir an Strategien der Gesundheitsförderung arbeiten,

- sollten wir uns die Heterogenität der Zielgruppe(n) der älter werdenden und älteren Menschen vor Augen halten. Wir müssen uns die Zielgruppe(n), über die wir reden, sehr genau ansehen, sie einbeziehen, denn unsere Strategien, Vorgehensweisen und Zugangswege müssen passend sein.

Wir müssen uns aus meiner Sicht auch mit den heutigen Altersbildern auseinander setzen und zu einem positiveren Blick auf das Alter und die älteren Menschen beitragen. Wir sollten nicht ausschließlich Probleme und Belastungen sehen, sondern an den Ressourcen ansetzen. Wir sollten generationenübergreifende Möglichkeiten mitdenken und Potentiale aufzeigen. Ältere Menschen bringen sehr viel Know-How mit, sind bereit, sich zu engagieren, auch z.B. ehrenamtlich.

- Nehmen wir die Akteure noch einmal in den Blick: Wichtig ist die zielgerichtete Zusammenarbeit – interdisziplinär, sektorübergreifend, verbindlich. Allerdings müssen wir auch die Sichtweisen, Aufgabenfelder und Möglichkeiten der Akteure einbeziehen, denn die Vorhaben müssen vor Ort auch leistbar sein.

- ▶ In diese Überlegungen sollten wir auch den Bereich des Bürgerengagements und der Ehrenamtlichkeit einbeziehen. Ein geschicktes Ineinandergreifen von Professionalität und ehrenamtlicher Unterstützung (z.B. im Stadtteil, im Viertel) kann zu Ressourcengewinnen führen.
- ▶ Von großer Bedeutung ist die Entwicklung und Nutzung geeigneter Zugangswege zu den Zielgruppen sowie passender Angebotsformen. Über Strategien der „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen“ und „Kultursensible Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten“ werden wir heute im Rahmen der Workshops ausführlich diskutieren.
- ▶ Ein weiterer wichtiger Aspekt: Wir sollten Praxiserfahrungen nutzen. Es gibt viele eindrucksvolle Praxisbeispiele und Strategien, die sich in der Umsetzung bewährt haben, hiervon können wir lernen.

### **Meine Damen und Herren, die BZgA versucht, in diesen Bereichen Unterstützung zu leisten.**

Wir führen, gemeinsam mit den Akteuren vor Ort, Fachtagungen wie z.B. die heutige Konferenz, in allen Bundesländern durch. Es geht uns darum - in Verbindung mit der je länderspezifischen Situation und den laufenden Länderaktivitäten - die Akteure zusammen zu bringen, Impulse zu setzen, neue Informationen und Erkenntnisse bekannt zu machen. Es geht auch darum, mit Blick auf die Regionalen Besonderheiten (Stadt-Land-Unterschiede, strukturschwache Gebiete) Umsetzungsstrategien und stabile Strukturen zu entwickeln. Die Ergebnisse der Regionaltagungen, auch der heutigen Veranstaltung, werden dokumentiert und zur Verfügung gestellt.

Wir entwickeln - gemeinsam mit Kooperationspartnern - Arbeitshilfen und Materialien für die Praxis. So haben wir eine Neuausgabe der Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier „Aktiv werden für Gesundheit“ herausgegeben. Hier gibt es ein Extra-Heft zum Thema Alter. Dieses liegt heute hier aus und kann auch ab sofort über die BZgA bestellt werden.

Dieses neu entwickelte Heft „Gesund und aktiv älter werden“ gibt anhand konkreter Praxisbeispiele Hinweise, wie die anspruchsvolle Aufgabe der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen gelingen kann.

Für viele unterschiedliche Handlungsfelder in diesem sehr differenzierten Lebensabschnitt werden Anregungen für die Praxis gegeben: z.B. zu den Aspekten Bewegungsförderung und Sturzprävention, gesunde Ernährung, Förderung psychischer Gesundheit (Themen Demenz, Depression), Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Unterstützung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus bauen wir, vor dem Hintergrund, dass das Internet zunehmend an Bedeutung gewinnt, ein Gesundheitsinformationsportal „gesund und aktiv älter werden“ auf. Dieses Onlineangebot wird eine Plattform für die Akteure und auch für die Zielgruppe sein. Bereit gestellt werden aktuelle Daten, fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen, relevante Adressen, Tipps, Anregungen und Arbeitshilfen. Über diese Kommunikationsplattform wollen wir den Dialog mit den Akteuren fortführen.

### **Meine sehr geehrten Damen und Herren,**

„älter werden“ hat viele Gesichter, Gesundheitsförderung hat viele Möglichkeiten. Es gilt, die Herausforderungen sehr differenziert und umsetzungsbezogen zu diskutieren und die Strategien der Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Blick auf die sich verändernde Gesellschaft weiter zu entwickeln. Wir sollten das Thema „Alter“ positiv besetzen und unbedingt auch die Chancen und Potentiale aufgreifen.

Ich freue mich auf die heutigen Vorträge, auf eine umsetzungsbezogene Diskussion mit Ihnen und wünsche uns eine spannende ergebnisreiche Konferenz!

Vielen Dank!



## Abstracts der Referentinnen und des Referenten

### Prävention und Gesundheitsförderung im Alter – Möglichkeiten und Anforderungen

**Prof. Dr. Ulla Walter,**  
**Medizinische Hochschule Hannover**



Die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention für ein gesundes Altern ist unbestritten. Die Ausschöpfung der vorliegenden Potenziale wird, insbesondere vor dem Hintergrund der Zunahme älterer und langlebiger Menschen sowie der Verbreitung chronischer Krankheiten, seit Jahren angemahnt.

Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die die Wirksamkeit präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen auch im Alter unterstreichen. Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter sind die Vermeidung, Verzögerung bzw. Verringerung von gesundheitlichen Belastungen, Funktionseinschränkungen, Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit und damit der Erhalt einer längstmöglichen Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und aktiven Lebensgestaltung.

Zahlreiche Langzeitstudien weisen auf die hohe Relevanz des mittleren Lebensalters für ein gesundes Altern

hin. Personen, die in dieser Zeit keine oder nur sehr wenig ausgeprägte Risikofaktoren aufweisen, haben eine hohe Wahrscheinlichkeit, hochaltrig zu werden. Zudem treten gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter bei ihnen weniger und deutlich verzögert auf als bei Personen mit vermehrten Risiken. Geringe körperliche Aktivität und ein höherer BMI sind mit einem erhöhten Risiko für länger währende Beschwerden vor dem Tod assoziiert, unabhängig von Alter, Geschlecht und Todesursache.

Auch wenn die gesundheitliche Lebenssituation im Alter zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen ist, kann die Gesundheit im Alter selbst noch gezielt unterstützt und gefördert werden. Berücksichtigt werden sollten dabei alle Dimensionen, d. h. die körperliche, die psychische und die soziale Gesundheit. Neuere Untersuchungen zeigen, dass diese sich wechselseitig bedingen.

Wesentlich für den Erhalt der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit ist Bewegung. Zahlreiche Studien zeigen, dass über ein gezieltes Training der Muskelaufbau und die Bewegungskoordination gefördert, Stürze und schwerwiegende Verletzungen selbst bei Hochbetagten reduziert werden können. (Ausdauer-) Training unterstützt die effektive und flexiblere Nutzung kognitiver Ressourcen und wirkt Depressionen entgegen.

Die Ausübung körperlicher Aktivität kann neben zielgruppenorientierten Bewegungsangeboten wesentlich über eine bewegungsfreundliche und -anregende Lebenswelt, Möglichkeiten zur Bewegung in räumlicher Nähe, ein ausgebautes öffentliches Verkehrsnetz, verkehrssichere Gemeinden und eine bewegungsanimierende Architektur unterstützt werden.

Ein hohes Ausmaß an kognitiver Aktivität im Lebenslauf wirkt sich positiv auf die Gedächtnisfunktionen im Alter aus. Zahlreiche Studien zeigen, dass zum Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Bewältigung neuer Situationen die Nutzung kognitiver Strategien gezielt gefördert und mit körperlicher Aktivität gekoppelt werden sollte.

Wesentlich für den Erhalt der psychischen und körperlichen Gesundheit im Alter ist die Integration in ein soziales Netzwerk. Mangelnde soziale Unterstützung stellt im Alter insbesondere bei sozial Benachteiligten eine wesentliche Barriere für körperliche Aktivität und die Inanspruchnahme präventiver Versorgungsangebote dar.

Mögliche Maßnahmen zur Prävention sozialer Isolation und Einsamkeit können individuell, gruppen-, einrichtungs- oder gemeindebezogen sein, jeweils mit dem Ziel der Beratung, der Förderung sozialer Verantwortung und des Aufbaus von Netzwerken. Effektiv sind vor allem gruppenbezogene Interventionen, die neben Informati-

onen gezielte Unterstützungsaktivitäten anbieten. Soziale Partizipation und ihre Förderung gehen mit verbesserten Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten einher und wirken sich positiv auf die kognitive Aktivität aus. Vor dem Hintergrund der Erhöhung der Lebensarbeitszeit werden inzwischen die Notwendigkeit der Förderung der Gesundheit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ein gezieltes Alters-Management in Unternehmen vermehrt als notwendig erachtet.

Altersbilder beeinflussen den Umgang mit Beeinträchtigungen und Krankheiten und können die Ausschöpfung präventiver Potenziale fördern oder behindern. So bewegen sich ältere Erwachsene mit negativer Sicht auf das eigene Älterwerden unabhängig vom Gesundheitszustand deutlich weniger als Personen mit einem positiven Altersbild. Zum anderen beeinflussen Altersbilder seitens der Professionellen (und Angehörigen) die Wahrnehmung und Bewertung älterer Menschen und ihrer gesundheitlichen Belastungen, aber auch ihrer Ressourcen und Kompetenzen und bestimmen den Umgang mit ihnen sowie die Nutzung vorhandener Potenziale mit.

# Prävention und Gesundheitsförderung im Alter – Möglichkeiten und Anforderungen

Prof. Dr. Ulla Walter

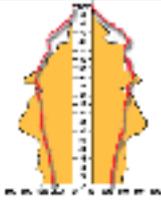
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitssystemforschung



Fachtagung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen  
Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung  
Düsseldorf, 10.02.2011

## Was erwartet Sie?

- Das Modell der Kompression der Morbidität
- Gesundheit im Alter: Der Einfluss der Kindheit, der Bildung, des eigenen Verhaltens und der sozialen Partizipation
- Bewegung
- Zielgruppen erreichen
- Transfer
- Ausblick



## Das Modell der Kompression der Morbidität (Fries 1980)

Utopie oder Realität?

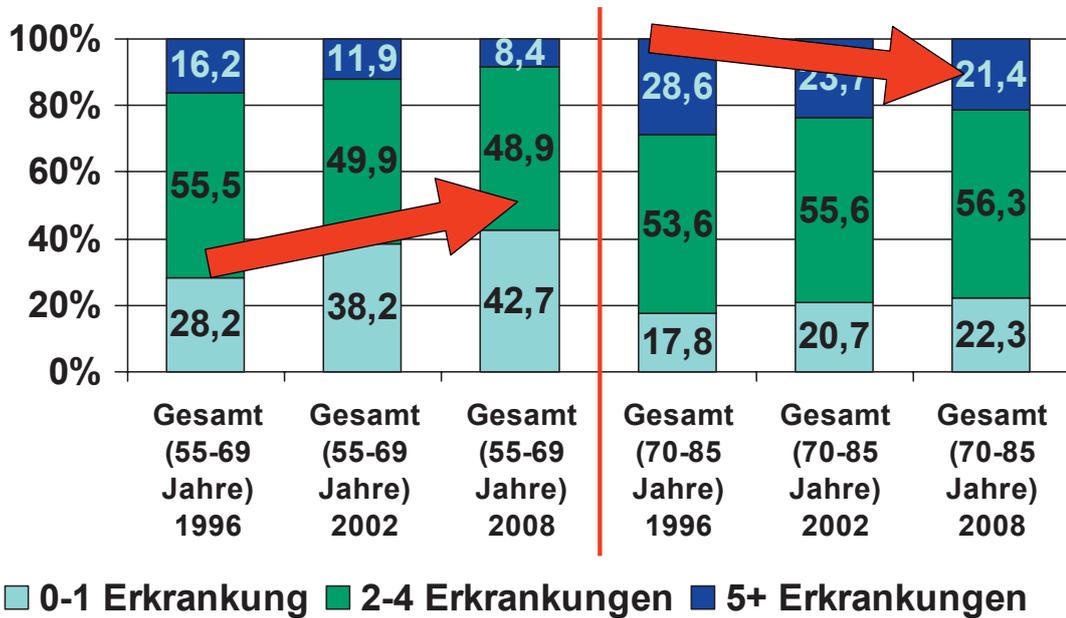
## Internationale Entwicklungen

Langzeitstudien, Surveys

- In allen Ländern mit verfügbaren Daten (Australien, Kanada, Frankreich, Japan, UK, USA) zeigen sich parallel mit der Zunahme der Lebenserwartung **weniger schwere Behinderungen** (Robine, Michel J Gerontol 2004)
- Widersprüchliche Tendenzen in Studien liegen bei **funktionellen, leichten (IADL) und schweren (ADL) Beeinträchtigungen** vor (USA, Kanada, Taiwan, Australien, UK, F, Niederlande, Finnland) (Robine, Michel J Gerontol 2004)
- USA, Analyse DFLE (Disability free life expectancy) 1970-1990: Die Kompression der **Morbidität** beginnt in der Population mit höherem sozioökonomischen Status (SES). Populationen mit geringerem SES erfahren eine **Expansion** der Morbidität. (Crimmins, Saito, Soc Sci Med 2001, 52: 1629-1641)
- USA, 20+ 1998-2006: Koronare Erkrankungen, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Diabetes sowie Mobilität: **Zunahme an LE mit Krankheit und Verlust an Mobilitätsfunktionen** (Crimmins, Beltrán-Sanchez, J Gerontol 2010, 66B: 75-86)

## Wie sieht es in Deutschland aus?

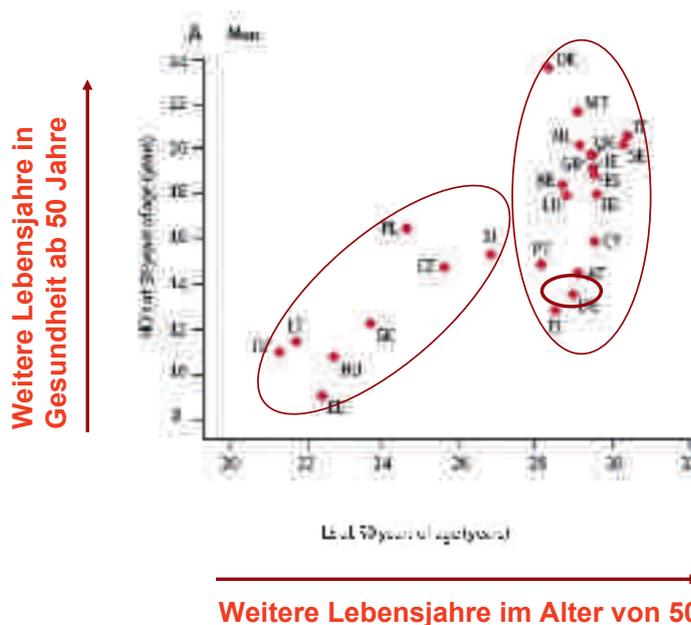
durchschnittliche Anzahl berichteter Erkrankungen im Kohortenvergleich in % (Alterssurvey)



DEAS 1996 (n = 4.003), 2002 (n = 2.775) und 2008 (n = 4.263), gewichtet



## Gesunde Lebenserwartung (HLY, healthy life years) Männer im Alter von 50 Jahren EU-25



Quelle: Lancet 372 (2008), Jagger et al. : Life expectancy (LE) and healthy life years at 50 years of age for all 25 EU countries. HLYs=healthy life years. (A) shows scatter graph for men.



## Lebenszyklusorientierung

Betriebliches Age-Management trägt maßgeblich zur Beschäftigungsfähigkeit Älterer und der Verlängerung ihrer Erwerbsdauer bei.

**Zentrale Erfolgsfaktoren** sind:

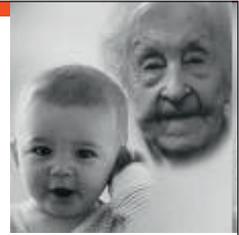
betriebliche Gesundheitsförderung, Qualifikations- und Kompetenzentwicklung, Arbeitsorganisation, Engagement und Einbindung aller Beteiligten, umsichtige Planung und Einführung sowie eine lebenszyklusorientierte Personalpolitik.

**Aber:** viele (insbesondere KMU-) Betriebe sind noch nicht altersgerecht aufgestellt und damit nur unzureichend auf den demographischen Wandel vorbereitet.

## Gesundheit im Alter:

**Der Einfluss der Kindheit, der Bildung,  
des Verhaltens ...  
und der sozialen Partizipation**

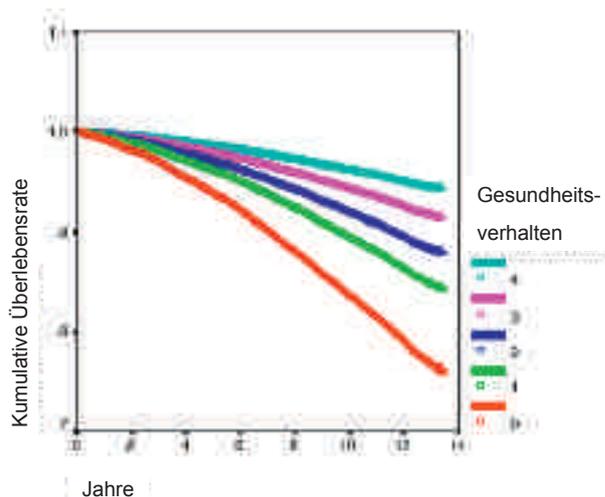
## Der lange Arm frühkindlicher Erfahrungen



- Positive wie negative **Einflüsse in sensitiven Entwicklungsperioden** bestimmen wesentlich die Ausbildung von Krankheiten im Erwachsenenalter mit. Das dadurch etablierte biologische „Gedächtnis“ schwächt physiologische Systeme und fördert die Verletzbarkeit im späteren Erwachsenenalter (Epi-Genetik)
- Die **Qualität der frühen Eltern-Kind-Beziehung** steht im Zusammenhang mit der körperlichen und psychischen Befindlichkeit im Alter.

Quellen: Jack et al. JAMA 2009, Perrig-Chiello 2010, Generationenbericht Schweiz 2008

## Einflüsse des Verhaltens



- Nichtrauchen
- Körperliche Aktivität
- Moderater Alkoholkonsum
- Hoher Obst- und Gemüseverzehr

Der Einfluss verhaltensbezogener Faktoren ist überwältigend.

**Kumulative Überlebensrate bei 45-79-Jährigen ohne kardiovaskuläre Erkrankung oder Krebs, EPIC-Norfolk 1993-2006**

Khaw K-T et al. (2008) Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. PLoS Medicine 5 (1) e12

## Soziale Partizipation

- Soziale Partizipation wichtiger Aspekt erfolgreichen Alterns
- Strukturelle (Art, Umfang) und funktionale Aspekte:  
emotionale (Trost, Ermutigung),  
kognitive (Rat, Hinweise) und  
instrumentelle (Hilfe im Alltag) Unterstützung
- **Soziale Partizipation und eine anregende Umgebung beeinflussen die neurophysiologischen Prozesse und schützen vor kognitivem Altern**
- Berliner Altersstudie: hohe soziale Partizipation vermindert Rückgang der Wahrnehmungsgeschwindigkeit um 2 Jahre (Lövdén, Ghisletta, Lindenberger, 2005)

## Körperliche Aktivität



- 65+ mit regelmäßiger Bewegung haben eine geringere **vorzeitige Mortalität** als Inaktive (39%) (Lan et al. Prev Med 2006, 43: 36-41)
- Durch Training zum Muskelaufbau und Bewegungskoordination können **Stürze** (46%) und **schwerwiegende Verletzungen** selbst bei >80-Jährigen reduziert werden (Robertson et. al. BMJ 2001)
- Ausdauertraining fördert die effektive und flexiblere Nutzung **kognitiver Ressourcen** (Voelcker-Rehage, Godde, Staudinger 2006)
- Körperliche Aktivität wirkt **Depressionen** entgegen. In Verbindung mit körperlichen Training konnte die Medikamentendosis bei über 65-Jährigen hochsignifikant reduziert werden (Lamin et. al. Arch Neurol 2001 in Hollmann et. al. 2006)
- Förderung des **Wohlbefindens**

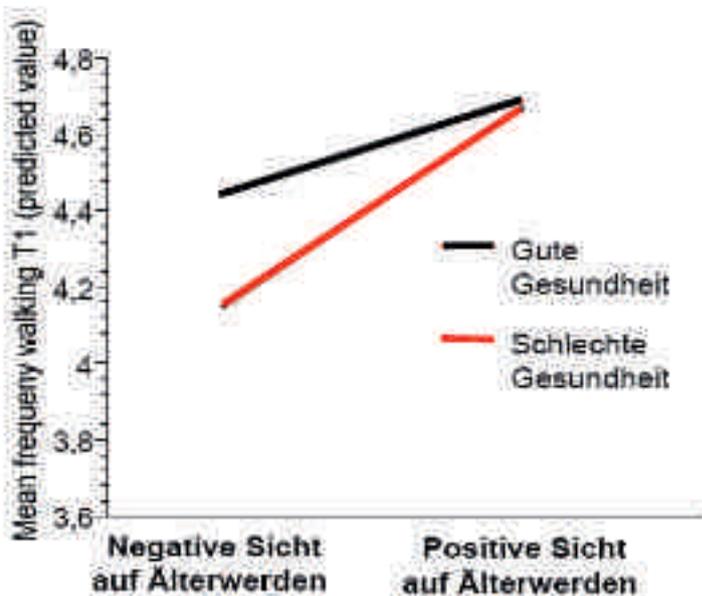
- Ein Minimum an Bewegungsaktivität von 1000 kcal/Woche sind erforderlich (entspricht Empfehlung für Erwachsene)
- Ältere Erwachsene sollten auf dem selben Level wie jüngere körperlich aktiv sein
- **Mindestens 2 ½ Std. / Woche mit mittlerer Intensität und 1 ¼ Std. mit höherer Intensität**
- **Zusätzlicher Nutzen: verdoppeln und 2-3x muskelkräftigende Bewegungen**
- Bei Beschwerden: so viel wie möglich Gleichgewichtstraining



Quelle: Lan et al. Prev Med 2006, 43: 36-41  
 LIGA.NRW. (2010). Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Bewegungsförderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA.Praxis 6. [http://www.liga.nrw.de/\\_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis\\_06\\_2010.pdf](http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_06_2010.pdf)



## Die Rolle des Alters-Selbstbildes



Personen, die das **Älterwerden als Weiterentwicklung** betrachten, gehen auch dann regelmäßig spazieren, wenn sie Erkrankungen haben.  
(Daten: Alterssurvey, 1996 - Querschnitt)

6. Altenbericht 2010

MHH  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Herausforderung: Zielgruppen erreichen und motivieren

- Vulnerable Zielgruppen müssen im Fokus sein.
- Die Gewinnung vulnerabler Zielgruppe ist aufwändig und kann die Hälfte der Projektausgaben umfassen.
- Direct mailing und konkrete Terminvorgabe führt zu einer Steigerung der Teilnehmerate.
- Aber: Die Hälfte der Zielgruppe wird verloren, weil Infomaterialien nicht gelesen werden.
- Infomaterialien sollten gendersensibel gestaltet sein.
- Flyer sollten vor dem Einsatz evaluiert sein.
- Eine ständige Entwicklung neuer Flyer ist nicht zielführend.

MHH  
Medizinische Hochschule  
Hannover

- Eine wirksame und nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung ist auf belastbare und realisierbare Ergebnisse angewiesen.
- Projekte und ihre Ergebnisse sollten in einer Clearingstelle systematisch gebündelt werden.

### Forschung:



BMBF Förderschwerpunkt Präventionsforschung  
[www.knp-forschung.de](http://www.knp-forschung.de)

### Praxis:

Landesinstitut für  
Gesundheit und Arbeit  
des Landes Nordrhein-Westfalen



M+H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Einige Modellprojekte

Landesinstitut für  
Gesundheit und Arbeit  
des Landes Nordrhein-Westfalen



**Gesundheitsberichte Spezial.**  
Band 4: Gesundheit und Alter –  
demographische Grundlagen  
und präventive Ansätze.

M+H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung bei Älteren

• 50+ Arbeitnehmer	→ Betriebliche Gesundheitsförderung, work ability, Vorbereitung auf den Ruhestand
• 50+ Rehabilitanden	→ Präv. in Reha, Schulungen, Training
• 60+ Patienten	→ Prävention durch den Arzt, Krankheitsfrüherkennung, fallbezogenes Risikomanagement
• 60+ Pflegende Angehörige	→ Psychosoziale Unterstützung
• 65+ Bürger	→ Altersgerechtes Wohnen/ Wohnraumanpassung, Bildungs- und Kulturangebote, Seniorennetzwerke, Freiräume zur Kommunikation und Bewegung
• 70+ Nicht Pflegebedürftige	→ Präventive Hausbesuche
• 70+ Geriatr. Rehabilitanden	→ Funktionsverbess., Schulungen
• 80+ Pflegebedürftige	→ Prävention in der Pflege, Pflegeheim: körperliche und geistige Mobilität, Ernährung

Walter 2008

M<sub>H</sub>H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

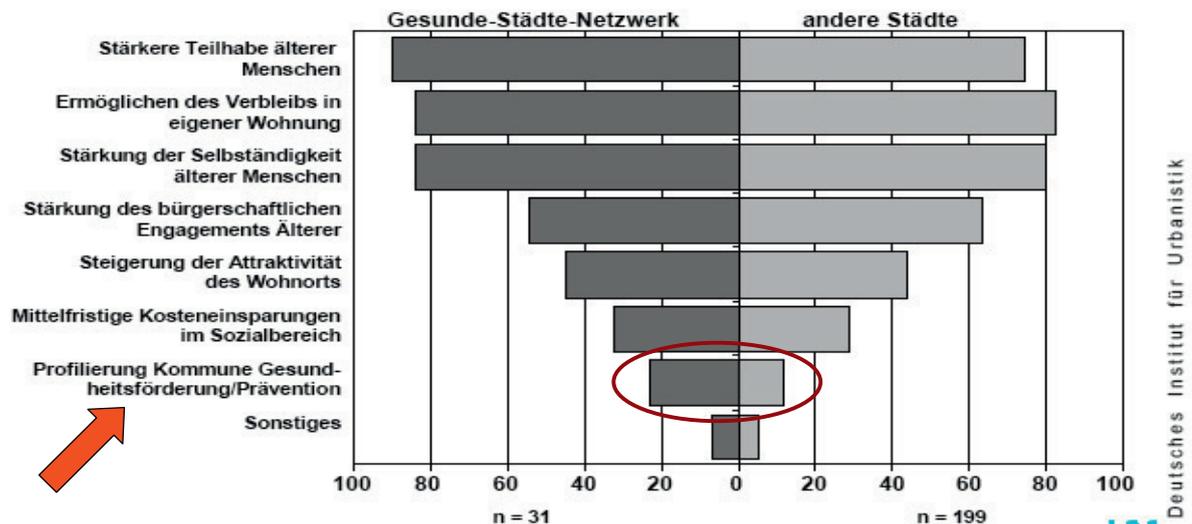
## Herausforderung: Transfer

- Austausch: Wissen um wirksame Praxisprojekte.
- Aber: Unstrukturierte Anleitungen verhindern einen Transfer.
- Aber: bei der Übertragung von Interventionen ist Vorsicht geboten!
- Förderung der Professionalität: Supervision und unterstützende Praxisbegleitung.
- Zur Förderung der Nachhaltigkeit sollten die Kommunen und weitere Akteure verstärkt eingebunden werden.

M<sub>H</sub>H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention: Ziele

Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006.



M+H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Ausblick

- Es bestehen deutliche Potenziale zur Förderung der Gesundheit im Alter (in jedem Alter).
- Zu ihrer Realisierung ist ein differenziertes Altersbild erforderlich.
- Prävention und Gesundheitsförderung im Alter haben (noch) einen geringen Stellenwert und sind nicht in die verschiedenen Bereiche der Versorgung integriert.
- Es fehlen evaluierte Interventionen in Deutschland.
- Es besteht Handlungs- und Forschungsbedarf zur Realisierung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (u.a. Erreichbarkeit, Ansprache, Evaluation, Qualifizierung).

M+H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

„Wollen wir vermeiden, dass das Alter zu einer spöttischen Parodie unserer früheren Existenz wird, so gibt es nur eine einzige Lösung, nämlich weiterhin Ziele zu verfolgen, die unserem Leben einen Sinn verleihen: das hingebungsvolle Tätigsein für Einzelne, für Gruppen oder eine Sache, Sozialarbeit, politische, geistige oder schöpferische Arbeit. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Moralisten muss man sich wünschen, auch im hohen Alter noch starke Leidenschaften zu haben, die uns ersparen, dass wir nur mit uns selbst beschäftigt. Das Leben behält einen Wert, solange man durch Liebe, Freundschaft, Empörung oder Mitgefühl am Leben der anderen teilnimmt.“

Simone de Beauvoir (1970)  
Das Alter. rororo 4. Aufl. 2008, S. 708



Fragen?  
Anregungen?



MHH  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in NRW: Bedarfslagen und Zielgruppen im Mikrozensus 2005

PD Dr. Alfons Holleederer  
LIGA.NRW



### Hauptergebnisse im Mikrozensus 2005 in Nordrhein-Westfalen

1. Das Risiko für Krankheiten und Chronifizierung steigert sich erheblich mit zunehmendem Alter.
2. Bei den über 80-jährigen Erkrankten weisen rund drei Viertel eine lang andauernde Krankheit/Unfallverletzung auf.
3. Die Pflegebedürftigkeit wächst bei den über 85-Jährigen sprunghaft an.
4. Rund ein Viertel der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld lebt alleine und ca. ein Drittel in einem Zweipersonenhaushalt.
5. Der relativ große Anteil an Unfallverletzten im höheren Alter zeigt erhebliche Präventionspotenziale auf.
6. Da die Hälfte der Unfallverletzungen bei über 70-Jährigen auf Unfälle im häuslichen Bereich zurückgeht, sind die Landesinitiativen zur Sturzprophylaxe und

Bewegungsförderung für Ältere im Rahmen des Präventionskonzeptes NRW indiziert.

7. Der Anteil der Erkrankten/Unfallverletzten ist deutlich erhöht bei denjenigen, die Ihren Lebensunterhalt überwiegend mit Sozialhilfe/-geld oder Grundsicherung bestreiten.
8. Die Krankenstandsquoten von ausländischen Staatsangehörigen liegen etwas über denen von Deutschen.
9. Erwerbstätige, die regelmäßig pflegebedürftige Verwandte oder Freunde über 15 Jahre betreuen, sind überproportional häufig erkrankt/unfallverletzt.
10. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist bei rund der Hälfte der Erwerbspersonen bei Arbeitszeiten und Sonderurlaub nicht gewährleistet, was die häusliche Pflege in der Familie erschwert.

### Fazit

Der demografische Wandel wird mittelfristig zu massiven Verschiebungen im Krankheits- und Leistungsspektrum der Bevölkerung führen. Die Gesundheitsunterschiede geben deutliche Hinweise auf notwendige Zielgruppenspezifizierungen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Der demografische und strukturelle Wandel stellt daher eine sehr große Herausforderung nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern für das gesamte Gemeinwesen dar.



## **Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in NRW: Bedarflagen und Zielgruppen im Mikrozensus 2005**

Fachtagung „Gesundheit im Alter“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

PD Dr. Alfons Holleder



### **Gliederung**

1. Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in NRW
2. Ansätze und Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung
  - Unfallverhütung/Sturzphrophylaxe
  - Sozial Benachteiligte
  - Migration
3. Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Familie und Beruf

## Vorteile des Mikrozensus 2005 für Nordrhein-Westfalen

- **Größte jährliche Haushaltsbefragung in Europa!** Auswahlsatz liegt bei 1 % der Bevölkerung (Scientific Use File enthält 70 %-Unterstichprobe)
- Die Daten können nach **Bundesländern repräsentativ** aufgeschlüsselt werden (NRW = hochgerechnet 18.209.000 Personen bzw. ungewichtet 98.402 Interviewte)
- **Höchste Rücklaufquoten** einer repräsentativen Gesundheitsbefragung in Deutschland (Ca. 89 % Rücklauf bei Krankheiten und Unfallverletzungen in NRW)
- Eine der **wichtigsten Datenquellen** für Gesundheit in Deutschland und NRW:
  - a. Hauptprogramm (gesetzliche Auskunftspflicht): Bevölkerung, Arbeitsmarkt, Migration...
  - b. Zusatzprogramm Gesundheit (fakultativ): Krankheit, Unfall, Rauchen, BMI
  - c. Ad-Hoc-Modul für ca. 0,1 % der Bevölkerung (fakultativ): Fragen zu Beruf und Familie
- 2005 erstmals unterjährig erhoben, daher **Krankenzustände** im Jahresdurchschnitt möglich
- **Wiederholung** des Gesundheitsprogramms i.d.R. in vierjähriger Periodizität
- Für NRW können Daten auf **Kreisebene** durch ein nachträgliches Statistikverfahren des IT.NRW „runtergebrochen“ werden (siehe [www.liga.nrw.de/gesundheitsindikatoren](http://www.liga.nrw.de/gesundheitsindikatoren)) u.a.

(Vgl. Holleder, A. (2010). Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden)

## Stichprobenerhebung über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt

Mikrozensus 2005 und Arbeitskräfteerhebung  
der Europäischen Union 2006



137 Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank bzw. unfallverletzt?

Bitte wählen mit 150 €

freiwillig

Ja, und zwar  
krank  
unfallverletzt .....

Bitte wählen mit 142 €

Nein .....

Keine Angabe .....

139 Dauert diese Krankheit bzw. Unfallverletzung heute noch an?

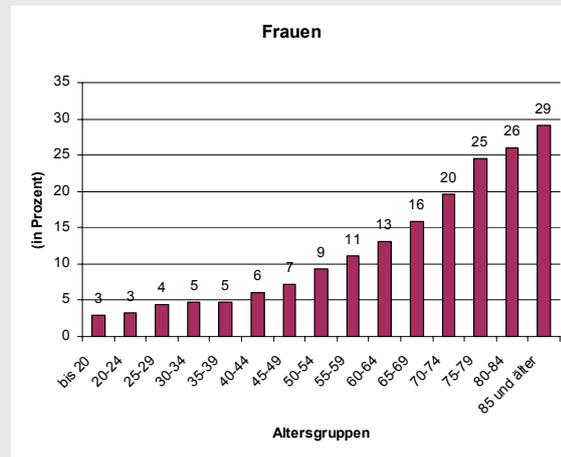
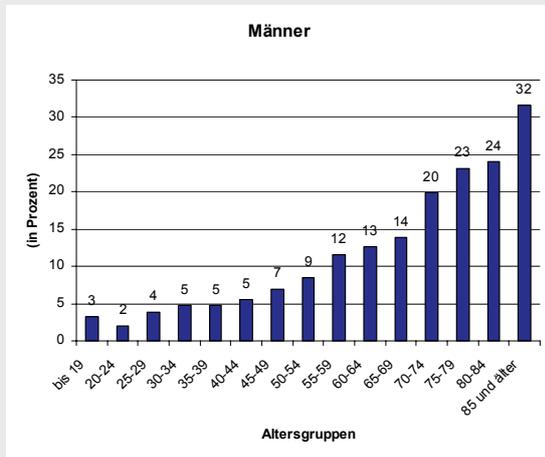
freiwillig

Ja .....

Nein .....

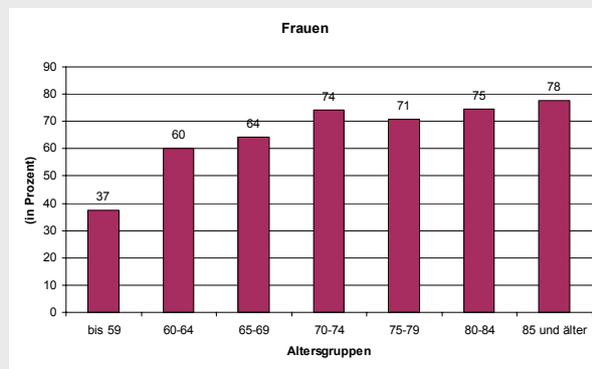
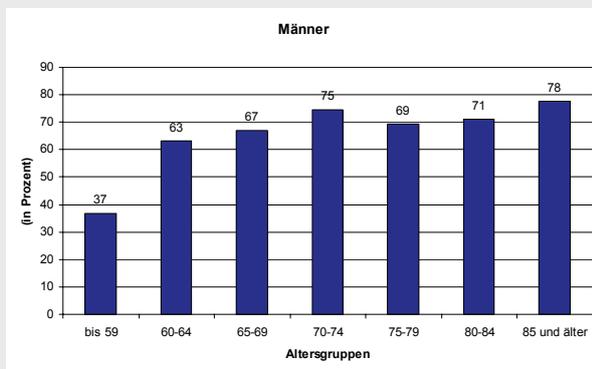
Keine Angabe .....

### Anteile der Erkrankten/Unfallverletzten zum Befragungszeitpunkt nach Alter in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe); N = 8.323 Tsd. und 7.906 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

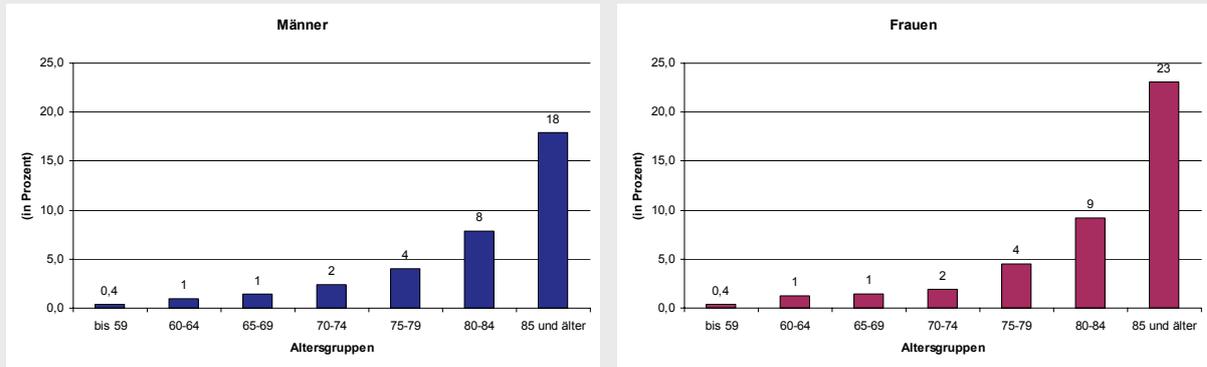
### Anteil der chronisch Erkrankten (Krankheitsdauer von mindestens 1 Jahr) unter allen Erkrankten/Unfallverletzten zum Befragungszeitpunkt nach Alter in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe); N = 620 Tsd. und 762 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.



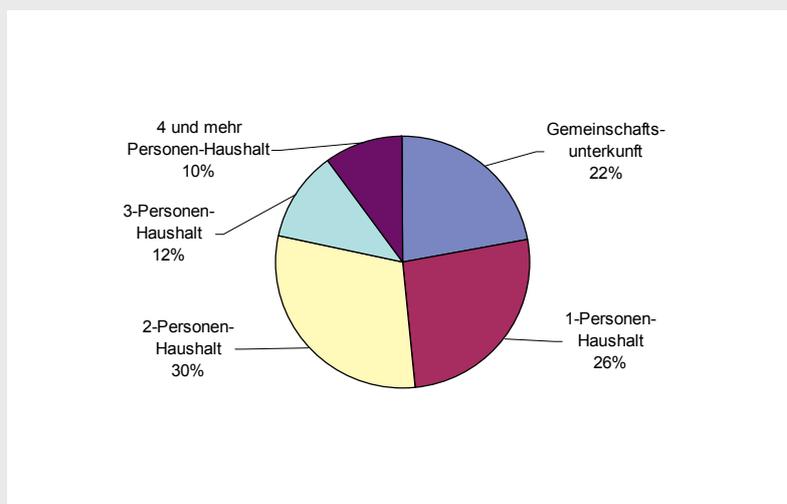
### Anteil der Empfänger/innen von Pflegegeld\* aus der Pflegeversicherung nach Alter in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe); N = 8.867 Tsd. und 9.345 Tsd. \*Pflegebedürftige, die Pflegegeld erhalten, um die Pflege durch selbst organisierte Pflegehilfen sicherzustellen.



### Empfänger/innen von Pflegegeld\* aus der Pflegeversicherung nach Haushaltsgröße in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe); N = 230 Tsd. \*Pflegebedürftige, die Pflegegeld erhalten, um die Pflege durch selbst organisierte Pflegehilfen sicherzustellen.

## Fazit 1

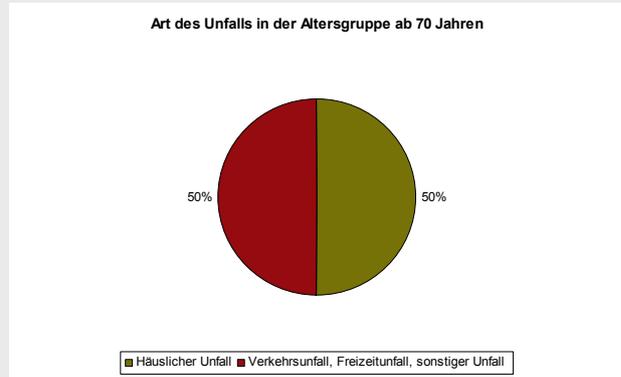
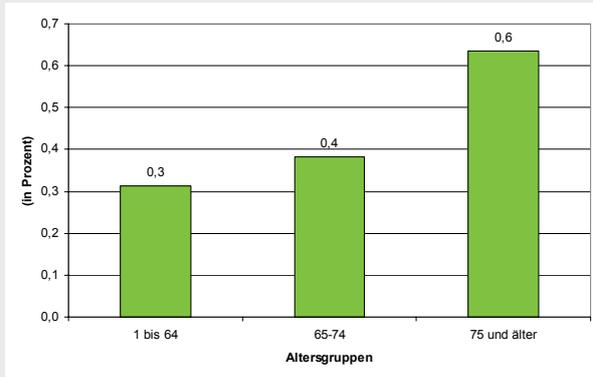
1. Das **Risiko für Krankheiten** und **Chronifizierung** steigert sich erheblich mit zunehmendem Alter.
  2. Bei den über 80-jährigen Erkrankten weisen rund drei Viertel eine **lang andauernde Krankheit/Unfallverletzung** auf.
  3. Die **Pflegebedürftigkeit** wächst bei den über 85-Jährigen sprunghaft an.
  4. Rund ein Viertel der Empfänger/innen von Pflegegeld lebt **alleine** und ca. ein Drittel in einem **Zweipersonenhaushalt**.
- ⇒ Der demografische Wandel wird mittelfristig zu **massiven Verschiebungen** im Krankheits- und Leistungsspektrum der Bevölkerung führen.

## Gliederung

1. Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in NRW
2. Ansätze und Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung
  - Unfallverhütung/Sturzprophylaxe
  - Sozial Benachteiligte
  - Migration
3. Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Familie und Beruf



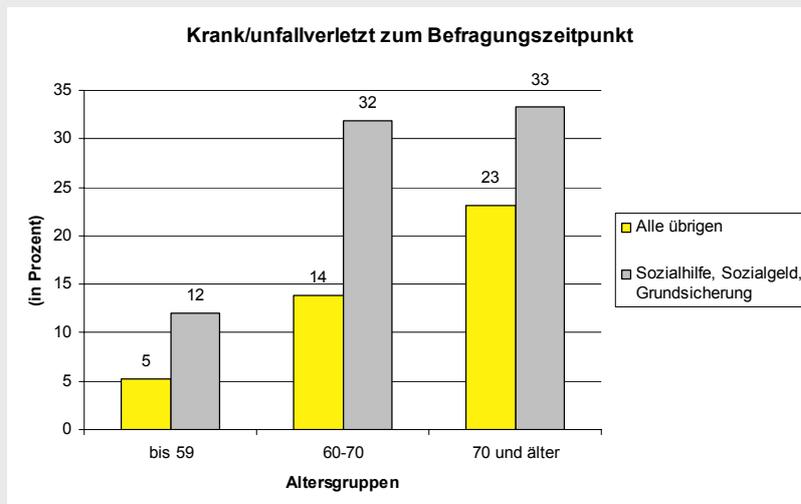
### Anteile der Unfallverletzten zum Befragungszeitpunkt nach Alter und Unfallart in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe); N = 16.226 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

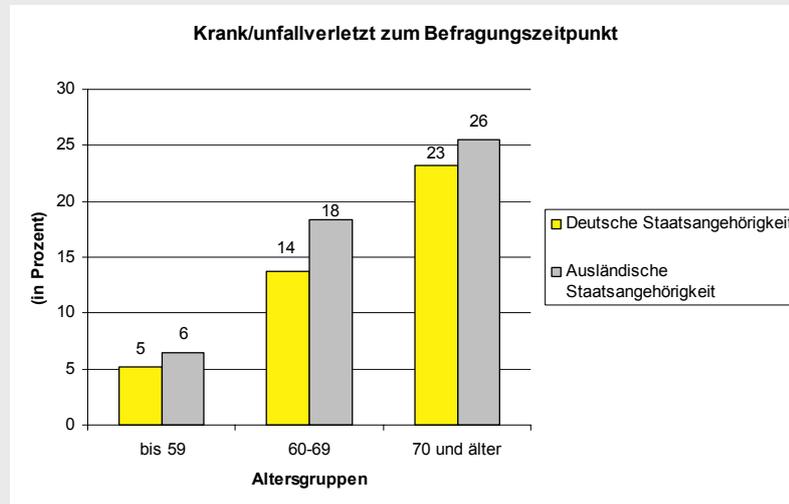


### Krankenstandsquoten nach Lebensunterhalt Sozialhilfe, -geld, Grundsicherung in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt) „Woraus beziehen Sie überwiegend die Mittel für Ihren Lebensunterhalt?“



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe); N = 16.227 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

### Krankenstandsquoten nach Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe);  
N = 16.227 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

## Fazit 2

1. Der relativ **große Anteil an Unfallverletzten** im höheren Alter zeigt erhebliche Präventionspotenziale auf.
  2. Da die Hälfte der Unfallverletzungen bei über 70-Jährigen auf Unfälle im **häuslichen Bereich** zurückgeht, sind die Landesinitiativen zur Sturzprophylaxe und Bewegungsförderung für Ältere im Rahmen des Präventionskonzeptes NRW indiziert.
  3. Der Anteil der Erkrankten/Unfallverletzten ist deutlich erhöht bei denjenigen, die Ihren Lebensunterhalt **überwiegend mit Sozialhilfe/-geld** oder Grundsicherung bestreiten.
  4. Die Krankenstandsquoten von **ausländischen Staatsangehörigen** liegen etwas über denen von Deutschen.
- ⇒ Die Gesundheitsunterschiede geben deutliche Hinweise auf notwendige **Zielgruppenspezifisierungen** in der Prävention und Gesundheitsförderung.

## Gliederung

1. Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in NRW
2. Ansätze und Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung
  - Unfallverhütung/Sturzphrophylaxe
  - Sozial Benachteiligte
  - Migration
3. Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Familie und Beruf

## Stichprobenerhebung über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt

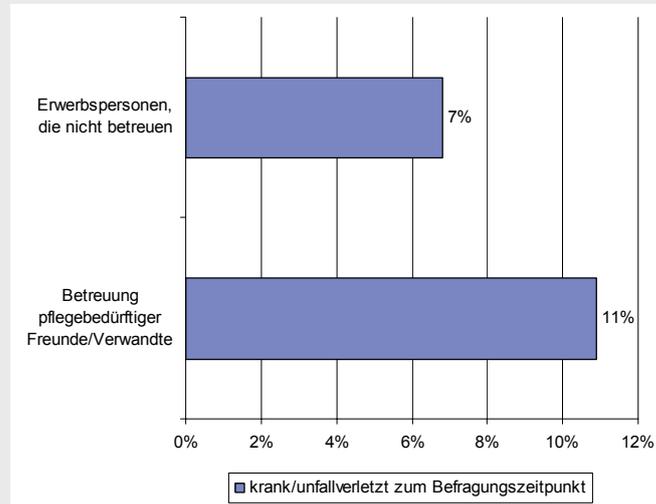
Mikrozensus 2009 und Arbeitskräfteerhebung  
der Europäischen Union 2006



Fragen zu Beruf und Familie	
freiwillig	152. Besuchen Sie regelmäßig (nicht ehrenamtlich) pflegebedürftige Verwandte oder Freunde, die älter als 15 Jahre sind?
	Ja _____
	Bitte weiter mit 155 • Nein _____
freiwillig	154. Können Sie die Anfangs- und Endzeiten Ihrer täglichen Arbeitszeit aus familiären Gründen flexibel gestalten?
	Generell möglich _____
	Ausnahmsweise möglich _____
	Nicht möglich _____
freiwillig	Keine Angabe _____
	155. Gibt es die Möglichkeit, aus familiären Gründen – über Jahres- und Ferienurlaub hinaus – ganze Tage frei zu nehmen?
	Generell möglich _____
	Ausnahmsweise möglich _____
freiwillig	Nicht möglich _____
	Keine Angabe _____

### Krankenstandsquoten von Erwerbspersonen, die Pflegebedürftige betreuen, in NRW im Mikrozensus 2005 (Ad hoc-Modul)

(Betreuen Sie regelmäßig pflegebedürftige Verwandte oder Freunde, die älter als 15 Jahre sind?)  
Zustimmung von 4,6 % der Erwerbspersonen, darunter fast zwei Drittel Frauen)

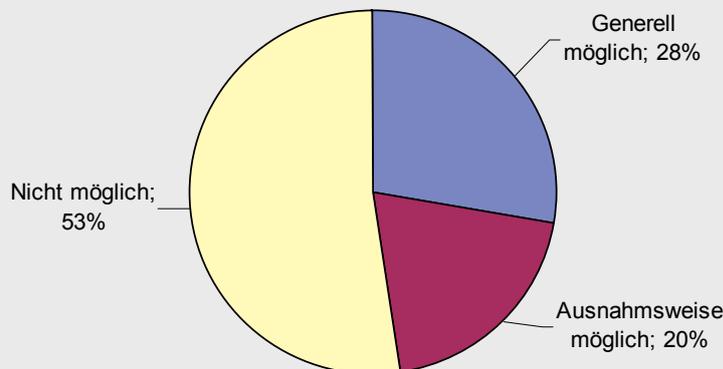


Cave!  
Da Erwerbspersonen, die Pflegebedürftige betreuen, im Durchschnitt älter sind, sinkt das altersadjustierte Krankheitsrisiko auf OR = 1,3.

Anmerkung: Die Fragen des Ad hoc-Moduls im Mikrozensus 2005 wurden an etwa 0,1 % der Bevölkerung gerichtet. Die Beantwortung war freiwillig. Die Rücklaufquote betrug 84 % in NRW. Datenquelle: Mikrozensus Scientific Use File 2005; eigene Berechnung.

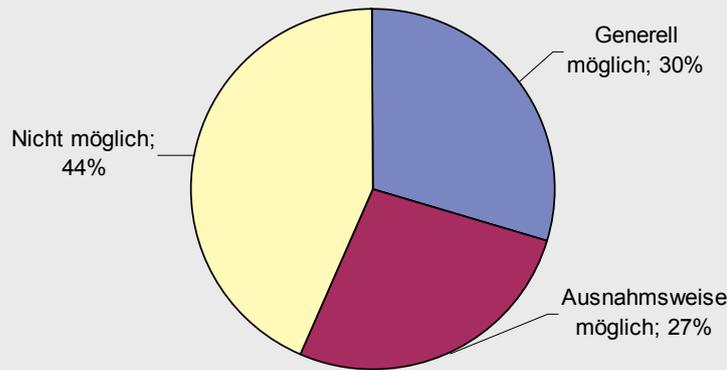
### Ad hoc-Modul im Mikrozensus 2005: „Können Sie die Anfangs- und Endzeiten Ihrer täglichen Arbeitszeit aus familiären Gründen flexibel gestalten?“

- Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 in Nordrhein-Westfalen -



Anmerkung: Die Fragen des Ad hoc-Moduls im Mikrozensus 2005 wurden an etwa 0,1 % der Bevölkerung gerichtet. Die Beantwortung war freiwillig. Die Rücklaufquote betrug in NRW 88 %. Datenquelle: Mikrozensus Scientific Use File 2005; eigene Berechnung.

**Ad hoc-Modul im MK 2005: „Gibt es die Möglichkeit aus familiären Gründen – über den Jahres- und Sonderurlaub hinaus – ganze Tage frei zu nehmen?“**  
- Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 in Nordrhein-Westfalen -



Anmerkung: Die Fragen des Ad hoc-Moduls im Mikrozensus 2005 wurden an etwa 0,1 % der Bevölkerung gerichtet. Die Beantwortung war freiwillig. Die Rücklaufquote betrug in NRW 87 %. Datenquelle: Mikrozensus Scientific Use File 2005; eigene Berechnung.

### Fazit 3

1. Erwerbstätige, die regelmäßig **pflegebedürftige Verwandte oder Freunde** über 15 Jahre betreuen, sind überproportional häufig erkrankt/unfallverletzt.
  2. Die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** ist bei rund der Hälfte der Erwerbspersonen bei Arbeitszeiten und Sonderurlaub nicht gewährleistet, was die häusliche Pflege in der Familie erschwert.
- ⇒ Der demografische und strukturelle Wandel stellt daher eine sehr große Herausforderung nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern für das **gesamte Gemeinwesen** dar.

(Hinweis: Weiterführende Informationen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in NRW LIGA.Praxis 3. Gesunde Arbeit NRW 2009. Zugriff [www.liga.nrw.de/service/downloads/Praxis/index.html](http://www.liga.nrw.de/service/downloads/Praxis/index.html))

## Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen

Katharina Lis,  
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund



Da Gesundheitsförderung für ältere Menschen zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurden im Rahmen des bereits abgeschlossenen EU-Projektes „HealthPRO-elderly“ 16 Leitlinien zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen und Handlungsempfehlungen

zur Umsetzung dieser Leitlinien entwickelt. An dem vom 1. „Public Health Programme“ und vom Fonds „Gesundes Österreich“ geförderten Projekt waren Universitäten und Forschungsinstitute aus insgesamt elf EU-Ländern beteiligt. Unterstützt wurden sie von Partnern auf nationaler und EU-Ebene. Die Projektkoordination oblag dem Österreichischen Roten Kreuz, die wissenschaftliche Begleitung übernahm das römische Institut EMMERE.

Um das Ziel – die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien mit Empfehlungen für potenzielle Akteure auf EU-, nationaler und lokaler Ebene – zu erreichen, wurden verschiedene Untersuchungsschritte durchgeführt (u.a. Auswertung themenspezifischer Literatur, Entwicklung eines Glossars und Kriterienkatalogs, Identifikation und Evaluation von Best-Practice-Beispielen, Rückkopplung der Evaluierungsergebnisse mit Expertinnen und Experten). Die Leitlinien und Handlungsempfehlungen richten sich dabei gleichermaßen an Politikerinnen und Politiker, Praktikerinnen und Praktiker, ältere Menschen selbst und andere relevante Entscheidungsträger. Im Vortrag werden die Leitlinien vorgestellt, die insbesondere für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen auf kommunaler Ebene von Bedeutung sind.



## Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen

Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“

Katharina Lis | Düsseldorf, 10.02.2011

## Hintergrundinformationen zum Projekt

- **Laufzeit:** April 2006 – Dezember 2008
- **Finanzielle Förderung:** EU-Kommission im Rahmen des 1. Public Health Programme sowie durch den Fonds „Gesundes Österreich“
- **Projektkoordination:** Österreichisches Rotes Kreuz, Wien
- **Evaluierung des Projektes:** Emmeerre-Forschungsinstitut, Rom
- **Projektpartner/innen:** 17 Partner/innen aus 11 EU-Ländern

## Projektpartner/innen

### Wissenschaftliche Partner/innen

- Forschungsinstitut des Österreichischen Roten Kreuzes (A)
- Charles Universität Prag (CZ)
- Institut für Gerontologie, TU Dortmund (D)
- Spanisches Rotes Kreuz (E)
- Universität Athen (GR)
- Universität Rom La Sapienza (I)
- Verwey-Jonker Institut (NL)
- Jagiellonian Universität Krakau (PL)
- Slowakische Vereinigung für Public Health (SK)
- Universität Maribor (SL)
- Universität Kent (UK)

### Unterstützende Partner/innen

- Deutsches Rotes Kreuz (D)
- Vereinigung Polnisches Krankenpflegepersonal (PL)
- Slowenisches Rotes Kreuz (SL)

### Kooperationspartner/innen

- European Federation of Nurses Associations
- European Public Health Association
- Red Cross (EU Office)



3



4

## Ziel des Projektes „healthPROelderly“

- Identifizierung lokaler und nationaler Projekte, die einen nachhaltigen Ansatz haben sowie sozioökonomische, ökologische und lebensstilbezogene Determinanten berücksichtigen.
- Das übergreifende Ziel des Projektes healthPROelderly war die Unterstützung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen durch die Entwicklung von **evidenzbasierten Leitlinien mit Empfehlungen** für potentielle Akteure auf lokaler, nationaler und EU-Ebene.

5

## Adressaten der evidenzbasierten Leitlinien

- Die Leitlinien sind hauptsächlich für den Gebrauch in der Praxis im Bereich der Gesundheitsförderung entwickelt worden.
- Fördergeber können die Leitlinien auch als Entscheidungshilfe z.B. bei der Finanzierung von Projekten verwenden.
- Ebenso können die Leitlinien von Vertreter/innen der öffentlichen Verwaltung und der Politik auf lokaler, nationaler und EU-Ebene sowie von Institutionen und Organisationen genutzt werden, die Gesundheitsförderungsprojekte anbieten.

6

## Methodisches Vorgehen

- **Literaturanalyse:** Auswertung themenspezifischer nationaler Literatur zum Thema „Gesundheitsförderung“ und „Alter“
  - **Erstellung eines Glossars:** Verständigung auf sprachübergreifende/ europäische Begrifflichkeiten für verwendete Begriffe bezüglich Gesundheitsförderung
  - **Erstellung eines Kriterienkataloges:** Festlegung von Qualitätskriterien für die Auswahl von Projekten der Gesundheitsförderung
  - **Evaluierung von Best-Practice-Projekten:** Durchführung einer Evaluation von je drei Projekten in jedem beteiligten Land
  - **Expertendiskussionen:** Rückkopplung der Evaluierungsergebnisse mit Expert/innen im Rahmen einer internationalen Konferenz
- ➔ **Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien mit Umsetzungsempfehlungen**

7



8

## Broschüre: Evidenzbasierte Leitlinien



Quelle: [http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE-Guidelines\\_Online.pdf](http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE-Guidelines_Online.pdf)

9

## Anwendung der evidenzbasierten Leitlinien

- Die Leitlinien zeigen Prozesse auf, die wichtige Aspekte bei der Planung, bei der Umsetzung und bei der Erfassung von Gesundheitsförderungsprojekten beschreiben.
- Es müssen **nicht** alle Leitlinien erfüllt werden, um erfolgreiche und nachhaltige Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu betreiben.
- Es können – je nach Bedarf – unterschiedliche Leitlinien als notwendig erachtet bzw. realisiert werden.
- „Die Leitlinien sollten so genutzt werden, wie ein selbständiger Küchenchef ein Rezept verwenden würde: Sie bieten alle Zutaten um bei der Projektplanung und Umsetzung Erfolge zu erzielen und schlagen eine bestimmte Abfolge von Aktionen vor, um die erwünschten Ergebnisse zu erreichen. Das sklavische Befolgen eines Rezepts ist jedoch keine Garantie des Erfolgs. Die besten Küchenchefs benutzen Rezepte als Basis für ein Gericht und geben ihre eigene Note dazu. Sie adaptieren auch ihr Vorgehen, wenn nicht alle Zutaten verfügbar sind“ (Nutbeam 1994).

10

## Evidenzbasierte Leitlinien 1 – 8

- Definition der Zielgruppe vornehmen!
- Heterogenität innerhalb der Zielgruppe beachten!
- Partizipation der Zielgruppe ermöglichen!
- Empowerment der Zielgruppe ermöglichen!
- Maßnahmen evidenzbasiert durchführen!
- Ganzheitlichen Ansatz verfolgen!
- Gesundheitsfördernde Strategien und Methoden anwenden, die der Zielgruppe entsprechen!
- Settingorientierung vornehmen und Erreichbarkeit ermöglichen!

11

## Evidenzbasierte Leitlinien 9 – 16

- Alle wichtigen Akteure beteiligen!
- Interdisziplinarität sicherstellen!
- Ältere Ehrenamtliche einbeziehen!
- Organisationelle und finanzielle Aspekte auf allen Ebenen berücksichtigen!
- Kontinuierliche Evaluation der Maßnahmen mit unterschiedlichen Methoden gewährleisten!
- Nachhaltigkeit der Maßnahmen in den Blick nehmen!
- Transparenz und Übertragbarkeit der Maßnahmen ermöglichen!
- Öffentlichkeitsarbeit für die Maßnahmen forcieren!

12

**Leitlinie 2:** Heterogenität innerhalb der Zielgruppen anerkennen und berücksichtigen, dabei insbesondere Rücksicht auf Geschlecht, Chancengleichheit und soziale Benachteiligung nehmen!

**Ausgewählte Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Leitlinie:**

- Es sollte sichergestellt werden, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Teilnehmer/innen sowie ihren kulturellen und religiösen Hintergrund berücksichtigen.
- Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen innerhalb von Gemeinden bzw. Stadtteilen, um die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in ihrer Lebenswelt einzubeziehen.
- Besondere Aufmerksamkeit auf den Gender-Aspekt. Während es viele gute Beispiele von Projekten gibt, die die spezifischen Bedürfnisse von älteren Frauen berücksichtigen, besteht ein erhöhter Bedarf an Projekten, die auf die gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Männer zugeschnitten sind.

13

**Leitlinie 3:** Zielgruppen so weit wie möglich aktiv einbinden und die Mitsprache älterer Menschen ermöglichen!

**Ausgewählte Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Leitlinie:**

- Älteren Menschen mit unterschiedlichen ethnischen, kulturellen und sozialen Hintergründen von Anfang an eine Stimme geben und sie in alle Phasen eines gesundheitsfördernden Projekts einbeziehen.
- Verschiedenste Strategien für die Aktivierung älterer Menschen einsetzen. Dazu gehören z. B. die Durchführung von Gruppendiskussionen, Beobachtungen oder Befragungen der Zielgruppen bzw. von Vertreter/innen.
- Die Ressourcen der Zielgruppe sollten anerkannt und genutzt werden. Auf ihr Potenzial, ihr Wissen und ihre Sachkenntnisse („Expert/innen in eigener Sache“) kann aufgebaut werden.

14

## **Leitlinie 7: Strategien und Methoden wählen, mit denen sowohl die Zielgruppen als auch die Zielsetzungen angemessen und zuverlässig erreicht werden!**

### **Ausgewählte Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Leitlinie:**

- Erprobte Strategien und Methoden, evidenzbasierte Praxis sowie theoretische Grundlagen wählen, die nach Bedarf an veränderte Anforderungen im Laufe des Projekts angepasst werden können.
- Die verwendeten Strategien und Methoden sollten an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden. Dabei sollten auch sekundäre Zielgruppen (z.B. Familie, Pflegepersonal, Fachleute) berücksichtigt werden.
- Der Aufbau von gesundheitsförderlichen Lebenswelten ist anzustreben. Dabei sollten die individuelle Gesundheit und Bewältigungsstrategien der älteren Menschen gestärkt und die Wechselbeziehung zwischen Lebensbedingungen und individuellem Gesundheitsverhalten erkannt werden.

15

## **Leitlinie 10: Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team anstreben, das über eine ausgewiesene Expertise, Erfahrungen und unterschiedliche Zugänge zu älteren Menschen verfügt!**

### **Ausgewählte Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Leitlinie:**

- Die Identifizierung von gemeinsamen Zielen und die Verständigung auf ein gemeinsames Vokabular ist die Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit.
- Interdisziplinäre Kommunikation sollte innerhalb des Teams aufrechterhalten werden und gegenseitiger Respekt sollte von Vertreter/innen unterschiedlicher Disziplinen gegeben sein.
- Das unterschiedliche Wissen, die Fähigkeiten und Kompetenzen der Expert/innen sollten effektiv eingesetzt und genutzt werden. Dabei sollten Verantwortlichkeiten und Rollen unter den Expert/innen adäquat aufgeteilt werden.

16

## **Leitlinie 11:** Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen bei der Planung, Durchführung und Organisation von Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen beteiligen!

### **Ausgewählte Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Leitlinie:**

- Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen sollen gezielt gewonnen, ausgebildet und betreut werden. Dabei ist es besonders wichtig, die Rahmenbedingungen motivierend zu gestalten, um auch längerfristiges Engagement zu sichern.
- Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen sollten in das multiprofessionelle Team integriert werden. Dabei soll speziell der Austausch und die Partnerschaft zwischen professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen, beruhend auf gegenseitiger Akzeptanz und Anerkennung, gefördert werden.
- Probleme können durch eine klare Rollenverteilung zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen vermieden werden, wobei die Ehrenamtlichen nicht überfordert werden sollen.

17

## **Leitlinie 13:** Verschiedene Evaluationsmethoden anwenden, die zeitgleich einen fortlaufenden und umfassenden Lernprozess initiieren!

### **Ausgewählte Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Leitlinie:**

- Regelmäßige Reflexion durch Projektbeteiligte fördern, um Erfahrungen und gewonnene Erkenntnisse für zukünftige Projekte nutzen zu können.
- Die Evaluationsmethode sollte Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren beinhalten, um auch Teilaspekte in den Vordergrund stellen zu können, die dann auch für die Übertragbarkeit wichtige Hinweise liefern können.
- Die Evaluierung sollte von Anfang an erfolgen und so gestaltet sein, dass sie zu jeder Zeit Auskünfte zum Projektfortschritt erlaubt. So kann aufkommenden Herausforderungen durch folgende Aspekte adäquat begegnet werden: z.B. Sammlung von Daten der Teilnehmer/innen; Entwicklung von Instrumenten, die die Gesundheit der Teilnehmer/innen vor und nach dem Projekt messen; nutzerfreundliche Feedbackbögen; Durchführung einer Stärken-Schwächen-Analyse

18

## Homepage: HealthPROelderly



19

## Quellen

- Nutbeam, D. (1994). Program Management Guidelines for health promotion. State Health Publication (HP), Sydney, Australia.
- Lang, G. & Resch, K. (2008). 33 European Best-Practice Projects: A Case-Study Evaluation of Health Promotion for Older People. Research Institute of the Austrian Red Cross, Vienna.
- Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J. & Brown, P. (Hrsg.) (2008). Evidence-based Guidelines on Health Promotion for Older People. Austrian Red Cross, Vienna.
- Reichert, M. (2009). Internationale Handlungskonzepte. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Dokumentation der Tagung am 26. Februar 2009 in Berlin. Dortmund.
- Strümpel, C. & Billings, J. (Hrsg.) (2008). Overview on health promotion for older people. Austrian Red Cross, Vienna.

<http://www.healthproelderly.com/>

20

## Impulsreferate aus den Workshops (Abstracts)

### Workshop 1 – Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Koordinator und Akteur in der Gesundheitsförderung

#### Älter werden im Kreis Heinsberg

**Dr. Karl-Heinz Feldhoff,  
Gesundheitsamt Kreis Heinsberg**

##### Hintergrund

Die demographische Entwicklung im Kreis Heinsberg erfordert ein zielgerichtetes Handeln aller Verantwortlichen, um auch in Zukunft eine ausgezeichnete Lebensqualität für die alternde Bevölkerung im Kreis vorzuhalten.

##### Zielstellung und Zielgruppe

Zielstellung des Projektes ist die Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren im Kreis Heinsberg auszubauen, Möglichkeiten des gesellschaftlichen und sozialen Engagements zu aktivieren und auszubauen sowie die soziale und gesundheitliche Versorgung zu sichern.

##### Inhalt und Methode/Vorgehensweise

Sowohl die Gesundheitskonferenz des Kreises Heinsberg als auch die Pflegekonferenz des Kreises Heinsberg haben in konzertierten Aktionen die Befassung dieses Themas in den letzten Jahren vorangebracht. Es wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Gesundheits- und Pflegekonferenz gebildet, die alle Aktivi-

täten steuert und koordiniert. Vorausgegangen war eine Analyse von Basisdaten durch ein beauftragtes Büro. Darauf aufbauend hat sich die quantitative Pflegeplanung entwickelt, deren Ergebnisse in den jeweiligen Pflegekonferenzen vorgestellt worden sind. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung wurde parallel dazu ein umfangreiches Zielepaket verabschiedet und in die Praxis umgesetzt. Dabei stehen Maßnahmen der Bewegungsförderung, der Unterstützung pflegender Angehöriger und Gesundheitsfördermaßnahmen für die Beschäftigten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Vordergrund. Ergänzend wurde ein flächendeckendes Angebot für Ernährungsangebote für die älteren Menschen in Wohnortnähe organisiert und damit die ortsnahe Versorgung mit mindestens einer Warmmahlzeit täglich sichergestellt. Durch die Verzahnung mit allen Institutionen des Gesundheitswesens im Kreis Heinsberg über Gesundheits- und Pflegekonferenz ist es gelungen, im Rahmen des laufenden Projektes wichtige Impulse für die Zukunftsgestaltung des Kreises Heinsberg zu geben. Im Hinblick auf die Bewegungsförderung konnte das Projekt der Ärztekammer Nordrhein „Sicher und mobil“ in allen stationären Pflegeeinrichtungen etabliert werden. Im ambulanten Bereich erfolgen in allen kreisangehörigen Städten und Gemeinden umfangreiche Angebote zur Bewegungsförderung. Durch die Verbindung mit der Gesundheitswirtschaft ist gewährleistet, dass die Strukturen der gesundheitlichen Versor-

gung langfristig für den Kreis gesichert sind. Im weiteren Verlauf des Projektes werden nunmehr die Strukturen der zukünftigen Demenzversorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich weiter entwickelt. Dabei spielen die Abläufe der stationären Behandlung von Akutpatienten in den Krankenhäusern ebenso eine wichtige Rolle wie die Evaluierung der derzeitigen ambulanten Demenzstrukturen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in Witten.

### Projektträger und Kooperationspartner

Kreis Heinsberg, Gesundheits- und Pflegekonferenz mit u. a. den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Ärztekammer Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Apothekerschaft des Kreises, Kranken- und Pflegekassen, Kreispolizeibehörde, Verkehrsbetriebe, Kreissportbund, Selbsthilfegruppen und Senioreninitiativen aller kreisangehörigen Städte und Gemeinden

### Ergebnisse

- in Krankenhäusern und Altenheimen stehen warme Mittagsmahlzeiten für Außenstehende flächendeckend im Angebot
- Bildungsträger halten Ernährungskurse für Senioren und pflegende Angehörige vor

- in allen stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen Angebote zur Sturzprävention, im ambulanten Bereich erfolgen präventive Angebote zum Kraft- und Balancetraining über den Kreissportbund
- an fünf Orten sind Seniorentanzgruppen entstanden
- flächendeckend wurden Besuchsdienste einschließlich kleinen Handwerkerdiensten über die Senioreninitiativen organisiert
- Fahrdienstangebote zu Veranstaltungen werden über die Senioreninitiativen bekannt gemacht
- in fünf Gemeinden wurden regelmäßige Erzählcafés eingeführt
- in 2010 wurde eine wissenschaftlich begleitete Befragung in sechs von zehn Gemeinden zur Frage der zukünftigen wohnquartiersbezogenen Versorgung und Struktur durchgeführt

### Schlussfolgerungen

Durch die quartiersbezogenen Sichtweisen im Projekt ist sichergestellt, dass auch zukünftig unter Partizipation der Senioren und der Politik gesundheitsfördernde Strukturen und Maßnahmen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung mit einer zu organisierenden ausreichenden ärztlichen Versorgung gewährleistet werden kann.

Die folgende Präsentation stellt nur einen Auszug dar. Der vollständige Folienvortrag kann unter [http://www.liga.nrw.de/\\_media/pdf/service/veranstaltungen/110210\\_gesundheitimalter/Datei\\_81.pdf](http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/service/veranstaltungen/110210_gesundheitimalter/Datei_81.pdf) heruntergeladen werden.

# Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Koordinator und Akteur in der Gesundheitsförderung

„Älter werden im Kreis Heinsberg“

Dr. med. Karl-Heinz Feldhoff  
Leiter des Gesundheitsamtes  
des Kreises Heinsberg

Vortrag Düsseldorf  
10.02.2011

1

## IST- Analyse

- Demographische Entwicklung im Kreis unter Berücksichtigung der Besonderheiten in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden
- Vorhandene Angebote der Gesundheitsförderung für Senioren
- Vorhandene Strukturen für Senioren in der Versorgung
- Bisheriges ehrenamtliches Engagement

2



**Basisdaten zur Kommunalen Pflegeplanung**

**Demographische Studie zur  
Entwicklung der Bevölkerung  
im Kreis Heinsberg**

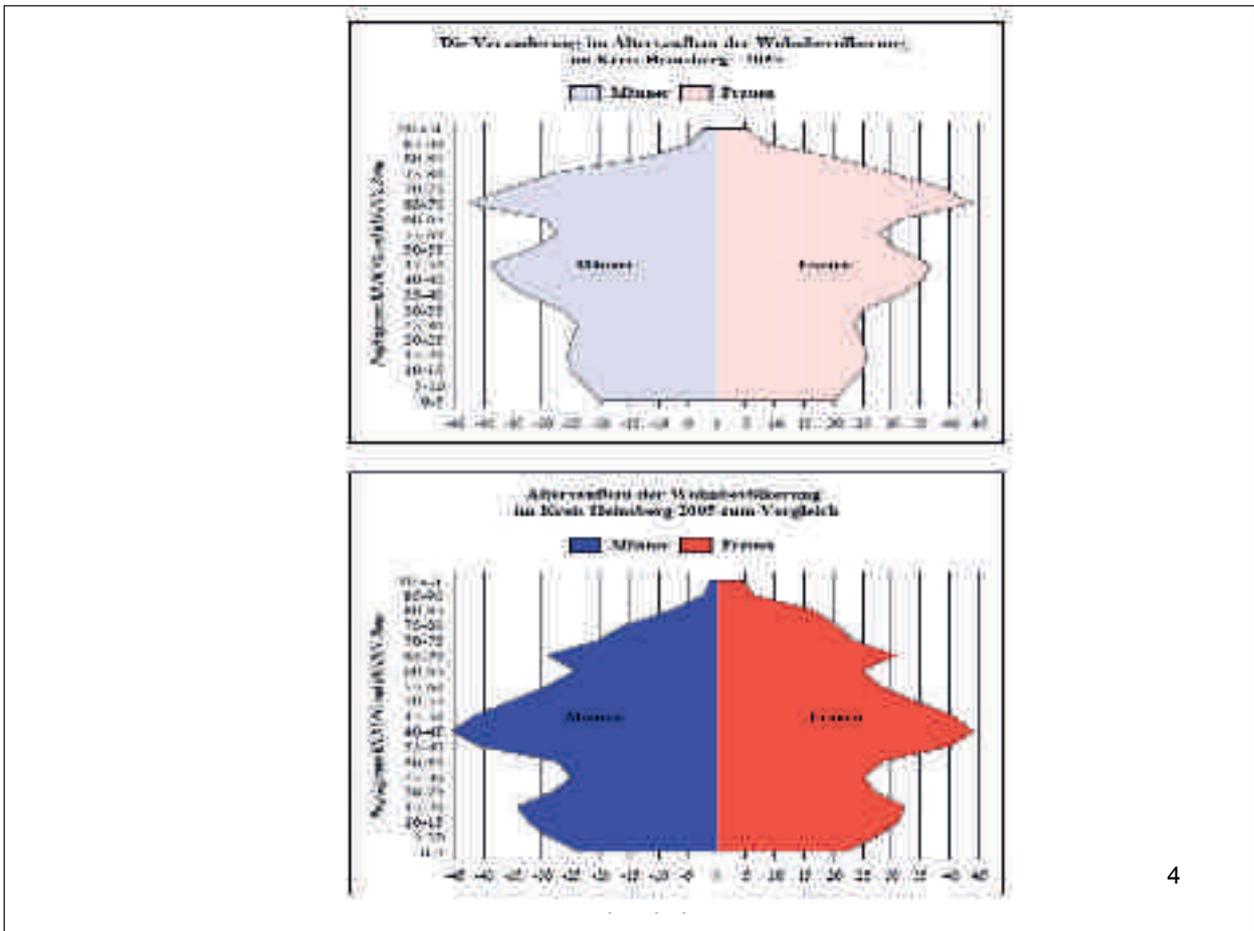
(auf Basis von Langzeitprognosen bis zum Jahr 2035)

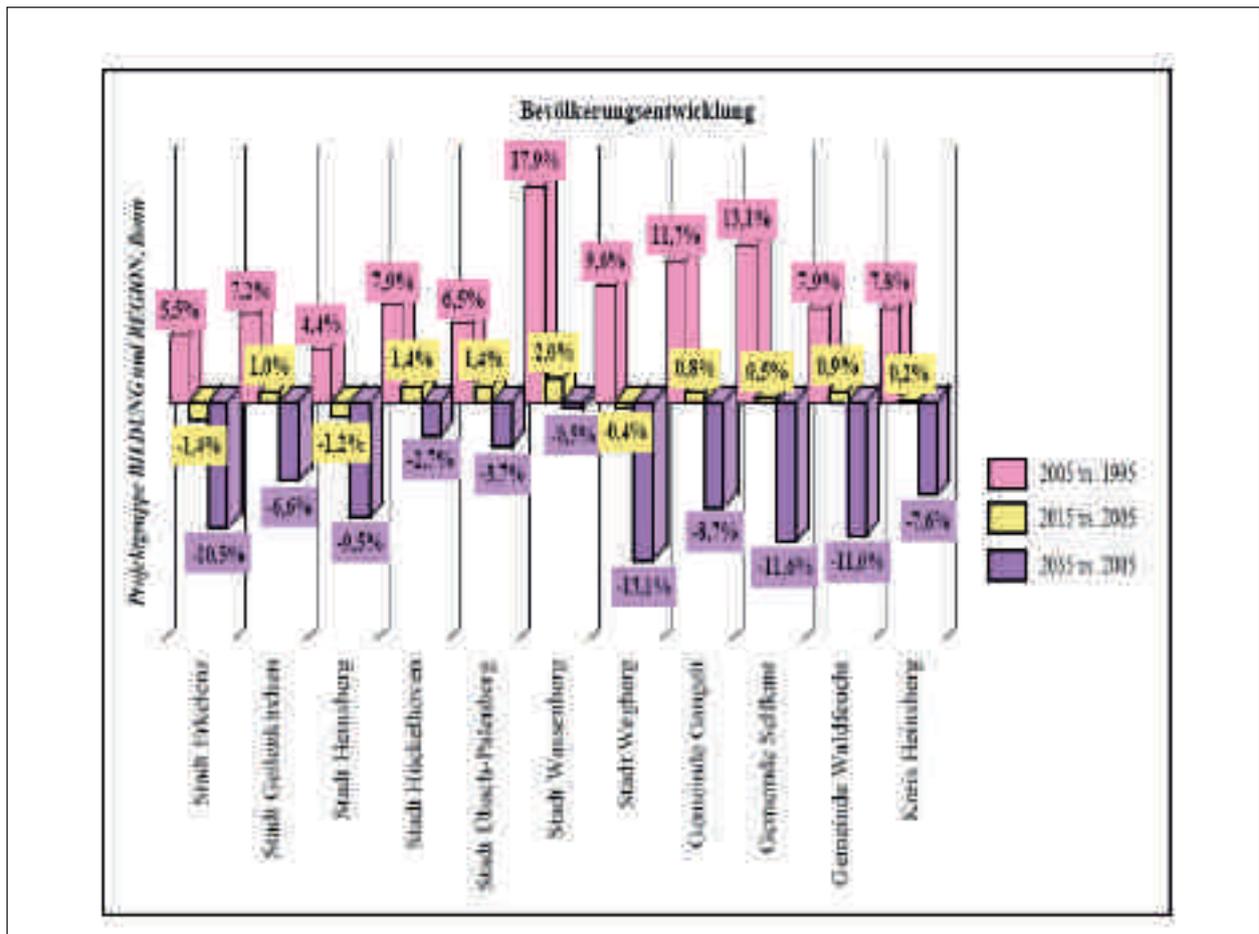
Stand: September 2006

**Poliklinik DEBILITAC und DEBICOM**  
Langerhansstr. 1 • 52525 Ekerdt • Bad Godesberg  
Telefon: 02224 92 92 00 • Fax: 0221 41 41 00

Wald-Klinik, Neukirchen • Mönchen-Graben  
Tel.: 02226 45 40 00 • Fax: 0226 45 45 00  
NStNr. 527122-71 89 30







## Generalziele:

- 1. Gesundheitsförderung für Senioren im Kreis ausbauen
- 2. Möglichkeiten des gesellschaftlichen und sozialen Engagements für Senioren im Kreis aktivieren und ausbauen
- 3. Soziale und gesundheitliche Versorgung im Kreis sichern

## Aufbau der Handlungsempfehlungen

- **Insgesamt 23 Ziele:**

**Ziele und Maßnahmen in der Gesundheitsförderung: Ziele 1-bis 11**

**Ziele und Maßnahmen zur Sicherung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung: Ziele 12 bis 23**

7

## Methodisches Vorgehen

- **Nach dem Auftrag in der 24. Gesundheitskonferenz Aufteilung der Ziele in kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen**
- **Bestandteil der Handlungsempfehlungen sind die Pflegeplanung für den Kreis Heinsberg sowie die Ermittlung der Basisdaten für die demographische Entwicklung**

8

## Methodisches Vorgehen

- Das Projekt wendet Methoden der Partizipation, des instruktiven und operativen Lernens, der teilnehmerorientierten Informationsvermittlung an.

Dazu gehört die jährliche Zusammenstellung der erreichbaren Bildungs-, Förder- und Praxisangebote der Bildungsträger

9

## Genderaspekt

- Die in den Settingansätzen Ernährung und Bewegung angebotenen Maßnahmen werden auch unter Genderaspekten berücksichtigt
- Insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund gilt es für eine weitere Verständigung zu sorgen

10

## Setting Einzelwohnen Ziel 1

- **Gesundes Ernährungsverhalten:**  
Kurzfristige Maßnahmen
- **Krankenhäuser und die meisten Altenheime bieten Warmverpflegung für Außenstehende an**
- **Bildungsträger halten Ernährungskurse für seniorenrechtliches Kochen vor**
- **Fortbildung für Köche**



19

## Ziel 2: Motorische und kognitive Fähigkeiten bei Senioren werden gestärkt

**Kurzfristig:**

- **Angebote zur Sturzprävention**
- **Seniorentanzgruppen**
- **Sitzgymnastikgruppen**



22

## Ziel 2 - mittelfristige Maßnahmen

- Regelmäßiges Wanderangebot für Senioren
- Stützpunktwandern
- Spazierengehen in Gemeinschaft (z.B. Rollatorwandern, Bewirtschaftung von Parkbänken, Ausbauprogramm bei den Städten und Gemeinden)



23

## Ziel 3: ehrenamtliches Engagement

### Kurzfristig:

- Organisation von Friedhofsbesuchen
- Bekanntmachung von Fahrdienstangeboten
- Kreisweiter Ausbau der Telefonketten
- Gesangsangebote in Einrichtungen für Außenstehende öffnen



24

## Ziel 3: Ehrenamtliches Engagement



### Mittelfristig:

- Kreisweiter Ausbau der Besuchsdienste über AK „Soziales Engagement“
- Kreisweite Einführung des Heinzel-männchenprinzips
- Inanspruchnahme generationen-übergreifender Arbeit (z. B. Gerderath Hauptschule)

26

## Ziel 3: Ehrenamtliches Engagement



### Langfristige Maßnahmen:

- Kooperationen mit den entstehenden Familienzentren
- Nachbarschaftspatenschaften
- Begehung der Ortslagen zur kreisweiten Verbesserung der Verkehrsinfrastruktur (z. B. Erkelenz, Übach-Palenberg)

28

## Ziel 4: Ausbau technischer Möglichkeiten für den älter werdenden Menschen



**E - Health - langfristig –**

**Unter Beachtung der moralisch – ethischen Aspekte und Erhalt der Menschlichkeit**

**Unterstützungsleistungen für chronisch Kranke**

**Weiterentwicklung des Hausnotrufdienstes**

29

## SETTING FAMILIE

### Ziele 5 bis 7

**Ziel 5: Ernährungsverhalten wie bei Ziel 1**

**Ziel 6: Motorische Fähigkeiten wie bei Ziel 2**

**Ziel 7: Familien erfahren Unterstützung**

30

## Ziel 11: Kooperationen

- **Langfristig: Überlegungen zur Einrichtung von Pflegehotels (hauswirtschaftliche Versorgung) unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit**
- **Nutzung von Telekommunikationsstrukturen zur raschen Information der stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere durch Arztpraxen und Krankenhäuser**

31

## Ziel 12: Kommunale Pflegeplanung

- **Kurzfristig: Ausbau des Angebotes Pflegetelefon (Kreis Heinsberg/ „starke Partner“/ Pflegehotline)**
- **Hinweis auf Zugangswege für niedrigschwellige Angebote und Kontaktmöglichkeiten durch Pflegeführer**

32

## **Ziel 12: Entwicklung neuer Wohnformen**

- **Mittelfristig: neue Modelle des Zusammenlebens älterer Menschen werden forciert, z.B. Wohngemeinschaften**
- **Auswertung der Ergebnisse der Bürgerbefragung zu alternativen Wohnformen in Erkelenz durch Runden Tisch**

35

## **Ziel 13: Vernetzung der medizinischen Leistungsträger**

- **Kurzfristig: Weiterentwicklung der integrativen Diabetesversorgung im Kreis**
- **Schaffung von Angebotsstrukturen für die Versorgung alter Menschen (stationär/ ambulant; Hausbesuchssystem)**

36

## **Ziel 15: Hilfestellungen für sozial Benachteiligte und Menschen mit Migrationshintergrund**

- **Kurzfristig: Einbeziehung des Integrationsbeauftragten in das Gesamtkonzept des Projektes**
- **Mittelfristig: Unterstützung des Fördervereins „Alt hilft Jung, Jung hilft Alt“**
- **Angebotsstrukturen für pflegebedürftige (geistig-) Behinderte mit dezentralen Strukturen<sub>9</sub>**

## **Ziel 15: Hilfestellungen für sozial Benachteiligte**

- **Langfristig: Unterstützung der Aktivitäten von Lebenshilfe e.V. Heinsberg und der Gangelter Einrichtungen zur Weiterentwicklung der vorhandenen Strukturen**

## Ziel 16: Versorgung geriatrischer Patienten

- **Mittelfristig: Einführung des geriatrischen Assessments bei Entlassung aus der Psychiatrie und Fortführung im ambulanten Bereich**
- **Modellhaft im Ärzte- und Gesundheitsverbund Rur e.V.**



41

## Ziel 17: Durchlässigkeit der Versorgungsbereiche wird erhöht

- **Kurzfristig: Durchführung von Hausbesuchen zur speziellen Versorgung diabetologischer Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachberufen; Schwerpunktbildung durch das KH HS**
- **Durchführung einer weiteren Fortbildungsveranstaltung „Überleitung“**

42

## **Ziel 22: Entwicklung von Dienstleistungsangeboten durch Verwaltung im Hinblick auf die Bedürfnisse älterer Menschen**

- **Unterstützung der Runden Tische in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden im Sinne der generationenübergreifenden Ansätze**
- **Schaffung eines positiven Leitbildes für die älter werdende Bevölkerung (Alter ist jung)**
- **Anpassung der Kulturzeiten an die Bedürfnisse der Senioren**
- **ÖPNV-Angebote zur Erreichbarkeit von Kulturangeboten und sozialer Hilfen**

43

## **Ziel 23: Schaffung senioren-gerechter Infrastrukturen (1)**

**das heißt:**

- **Senioren-gerechtes Bauen**
- **Senioren-gerechte Bewegungs- und Sportangebote**
- **Senioren-gerechter ÖPNV**
- **Barrierefreie Zugänge**

44

## **Ziel 23: Schaffung senioren- gerechter Infrastrukturen (2)**

- Durchführung entsprechender Prüfverfahren mit einem Anforderungsprofil gemäß der Behaviour-Setting Methode
- Schaffung eines barrierefreien Umfeldes in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden
- Schaffung ausreichender Sicherheit auf Straßen und Wegen im Kreisgebiet

45

## **Aussichten:**

- Leben und Wohnen im Alter
- Integration von Altenhilfeplanung und kommunaler Pflegeplanung
- Weiterentwicklung der lokale Strukturen unter quartiersbezogener Sichtweise
- Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe
- Herstellung des Quartiersbezugs

46

## Fazit

1. Gesundheitskonferenz und die Pflegekonferenz sind als Motoren und Koordinatoren gut geeignet, die gesundheitliche und soziale Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Dabei kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine lenkende und koordinierende Rolle bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu.

49

## Fazit

2. Bei bewährter und vertrauensvoller Zusammenarbeit lassen sich vereinbarte Ziele und Handlungsempfehlungen zeitnah umsetzen.
3. Dabei sollen im ständigen Dialog mit der Politik die erreichten Ergebnisse zeitnah kommuniziert und der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

50

## Gesundheit im Alter in Köln

**Dr. Anne Bunte,  
Gesundheitsamt Köln**

Mit der Veränderung der Altersstruktur unserer Gesellschaft und der gestiegenen Lebenserwartung haben Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention in der zweiten Lebenshälfte eine wesentliche Bedeutung gewonnen.

Eine dringende Aufgabe des Gesundheitssystems muss es sein, älteren Menschen möglichst lange ihre Mobilität zu sichern, damit sie ein selbständiges Leben führen können und nicht frühzeitig auf fremde Hilfe und Pflege angewiesen sind.

Wir alle werden älter und wünschen uns ein langes und gesundes Leben. Gesund zu sein ist allerdings keine Selbstverständlichkeit. Nicht nur die Medizin, sondern auch jede(r) Einzelne kann seine Gesundheit selbst auf vielfältige Weise fördern und erhalten.

Hier setzt das Konzept des Gesundheitsamtes der Stadt Köln an. Dabei ist der Leitgedanke eine erfolgreiche Gesundheitsförderung, die konkrete Maßnahmen anbietet, die an den spezifischen Problemen von Seniorinnen und Senioren ansetzen. Es werden speziell auf die Zielgruppe zugeschnittene Angebote erarbeitet, die die Menschen einbeziehen und beteiligen und bewusst an vorhandene Strukturen anknüpfen – somit auch dem Gedanken der Nachhaltigkeit Rechnung tragen. Das Konzept setzt auf die örtliche Nähe, auf die im Stadtteil vertrauten Personen und den dort angesiedelten Organisationen und (Selbst-) Hilfeeinrichtungen. Es setzt Impulse – zum Beispiel durch verschiedene Projekte wie die Stadtteilrundgänge „Ein Rundgang mit Tiefgang“, das Angebot für Kölnerinnen und Kölner ab 65 „gesund und mobil – fit für 100“ in Kooperation mit der Deutschen Sporthochschule. Das Konzept will zur Nachahmung anregen und es zielt auf die Übertragung der Angebote in die Kölner Stadtteile.

Der Überbegriff markiert



Stadt Köln



Fachtagung

**Gesundheit im Alter:  
Herausforderungen und Strategien in der  
Gesundheitsförderung**

10. Februar 2011, Düsseldorf

**Dr. med. Anne Bunte, Gesundheitsamt Köln**

Gesundheitsamt Köln

gesund altern

Der Überbegriff miltster



Stadt Köln

Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Koordinator und Akteur in der Gesundheitsförderung :  
**Gesundheit im Alter in Köln**



Gesundheitsamt Köln

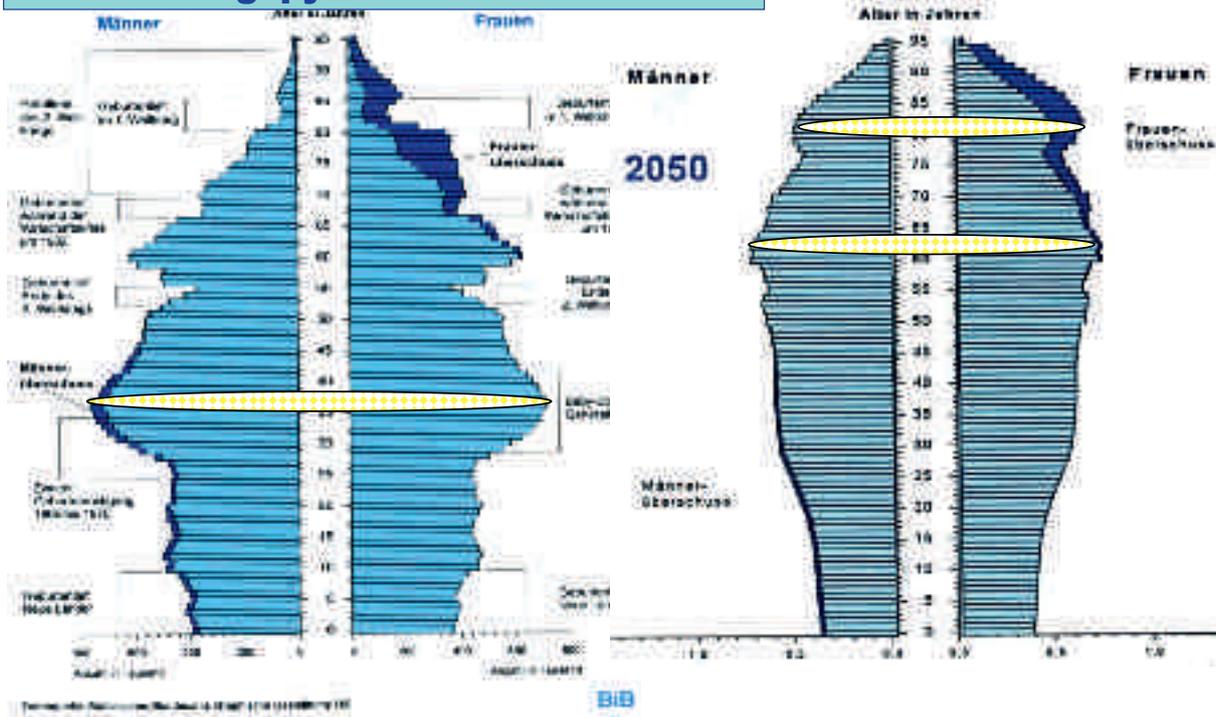
gesund altern

Der Überbegriff miltster



Stadt Köln

**Bevölkerungspyramide 2001 und 2050**



Gesundheitsamt Köln

gesund altern

### Statistische Daten zur Situation in Köln

Köln (2009)	
Einwohner/-innen	1.020.303
Haushalte	531.197
Durchschnittliche Haushaltsgröße (Anzahl Personen)	1,9
Quote Haushalte mit Kindern	18,3 %
Menschen mit Migrationshintergrund	320.448
Quote Menschen mit Migrationshintergrund	31 %
Arbeitslosenquote	10,3%
Quote Empfänger/innen von Leistungen der sozialen Mindestsicherung	13,5%
Quote der Kinder unter 15, die Leistungen der sozialen Mindestsicherung erhalten	24,86 %

Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik

### Lebens-/Wohnsituation

Stand: 31.12.2009  
Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Köln

#### Die größten Bevölkerungsgruppen

25 – 35 Jahre	16,4 %
35 – 45 Jahre	16,6 %
45 – 55 Jahre	14,5 %
65 + älter	18,0 %

#### Kölner Haushalte 531.197

davon mit 1-Person	50,0 %
2-Personen	27,6 %
3-Personen	11,4 %
4-Personen	7,7 %
5-Personen + mehr	3,4 %

#### Grundsicherung im Alter erhalten 10.157 EW

##### Verteilung auf die Bezirke

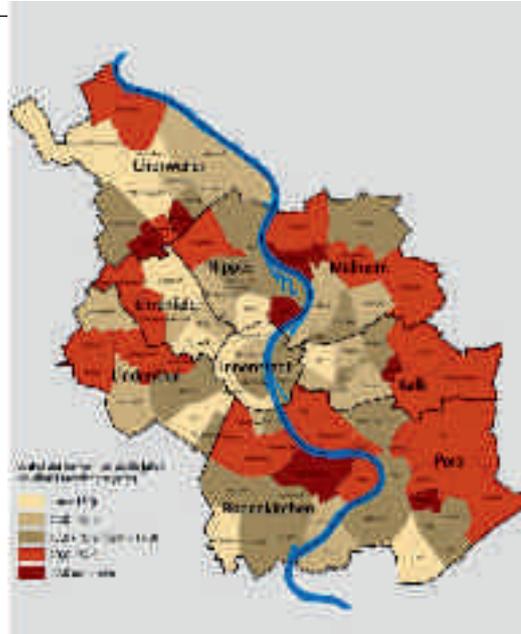
1/Innenstadt	11,0 %
2/Rodenkirchen	7,3 %
3/Lindenthal	6,8 %
4/Ehrenfeld	13,6 %
5/Nippes	10,3 %
6/Chorweiler	13,5 %
7/Porz	8,6 %
8/Kalk	14,3 %
9/Mülheim	14,6 %

##### Verteilung 1-Personen Haushalte auf Bezirke

1/Innenstadt	67,3 %
2/Rodenkirchen	47,1 %
3/Lindenthal	54,2 %
4/Ehrenfeld	53,0 %
5/Nippes	50,4 %
6/Chorweiler	30,9 %
7/Porz	40,1 %
8/Kalk	44,6 %
9/Mülheim	45,3 %



**Demografische und soziale Basisdaten**  
**Anteil der Einwohner ab 65 Jahren, 2008**  
 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Köln 2008/2009)



**Lebens-/Wohnsituation**

**Anteil der > 65 jährigen auf Stadtbezirksebene**

	2006	Prognose 2025
<b>Stadt Köln</b>	<b>18 %</b>	<b>21 %</b>
1/Innenstadt	14,0 %	13,4 %
2/Rodenkirchen	19,2 %	20,0 %
3/Lindenthal	17,5 %	17,8 %
4/Ehrenfeld	15,3 %	16,1 %
5/Nippes	18,6 %	19,2 %
6/Chorweiler	17,3 %	21,9 %
7/Porz	18,7 %	22,5 %
8/Kalk	18,3 %	19,3 %
9/Mülheim	18,4 %	18,7 %

Der Überbörge marlster



Stadt Köln



## Wer beschäftigt sich mit dem Thema Senioren, Alter, Pflege ?

- **Seniorenvertretung Köln**
- auf Stadtebene: 0221/ 221-27515  
E-Mail: [seniorenvertretung@stadt-koeln.de](mailto:seniorenvertretung@stadt-koeln.de)  
es gibt in allen 9 Stadtbezirken Seniorenvertretungen
- **Seniengemeinschaften in den Parteien**
- AG 60plus, SPD
- SeniorenUnion, CDU
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Gesundheitsamt Köln

gesund altern

Der Überbörge marlster



Stadt Köln



## Wer beschäftigt sich mit dem Thema Senioren, Alter, Pflege ? Zentrales Beratungstelefon für Senioren und Menschen mit Behinderung

Tel. 221-27400

### Schnelle Hilfe für vernachlässigte oder verwahrloste Personen

Tel. 221-24444

### Heimaufsicht

Tel. 221-27404, 221-26580, 221-27572

### Bürgerberatung

Tel. 221-24000

### Sozialpsychiatrischer Dienst beim Gesundheitsamt

Tel. 221-24710

### Volkshochschule

Angebote für die 2. Lebenshälfte

Tel. 221-95304

### SBK, Sozialbetriebe Köln

Tel 7775-521

### Behindertenbeauftragter der Stadt Köln

Tel. 221-29098

### Seniorenberatungsstellen in jedem Stadtbezirk

### Alzheimer Forum

Beratung für Angehörige

Gesundheitsamt Köln

gesund altern

Der Überbegriff umfasst



Stadt Köln

- **AWO Kreisverband Köln**  
Tel. 204070
- **Caritasverband**  
Tel. 955700
- **Deutsches Rotes Kreuz**  
Tel. 54870
- **Synagogen-Gemeinde Köln**  
Tel. 71662-0
- **Der Paritätische**  
Tel. 951542-0
- **Diakonisches Werk Köln und Region**  
Tel. 160380
- **Die Johanniter**  
Tel. 221-92227
- **ASB – Alten und Pflegeheime Köln GmbH**  
Tel. 3579012
- **Malteser**  
Tel. 435555
- **Fachstelle für pflegende Angehörige**  
Tel. 95570-457
- **Zu Huss e.V.**  
Tel. 221-99162
- **Kölsch Hätz  
Nachbarschaftshilfen**  
Tel 95570-280 oder – 287
- **Demenz-Servicezentrum Region Köln und das südliche Rheinland**  
Tel. 02203/3691-11170
- **32 SeniorenNetzWerke  
in Kölner Stadtteilen...**

Gesundheitsamt Köln

gesund altern

Der Überbegriff umfasst



Stadt Köln

## Geriatric

- [Evangelisches Krankenhaus Kalk](#)
- [Malteser Krankenhaus Sankt Hildegardis](#)
- [Sankt Marien Hospital](#)

## Gerontopsychiatrische Zentren

- [Alexianer Krankenhaus](#)  
Tel. 01803-8800 13952
- [Rheinische Kliniken Köln](#)  
Tel. 60608-507

Gesundheitsamt Köln

gesund altern



## Wer beschäftigt sich mit dem Thema Senioren, Alter, Pflege ?

- **Bürgerzentren, Bürgerhäuser und Nachbarschaftsheime**

Bürgerhaus Stollwerck  
 BÜZE Alte Feuerwache  
 Quäker Nachbarschaftsheim e.V.  
 BÜZE Deutz  
 Bürgerschaftshaus Bocklemünd/Mengenich e.V.  
 BÜZE Ehrenfeld  
 BÜZE Nippes  
 BÜZE Chorweiler  
 BÜZE Engelshof e.V.  
 Begegnungszentrum Finkenbergr  
 BÜZE Kalk  
 BÜZE Vingst  
 BÜZE Mütze, Mülheim



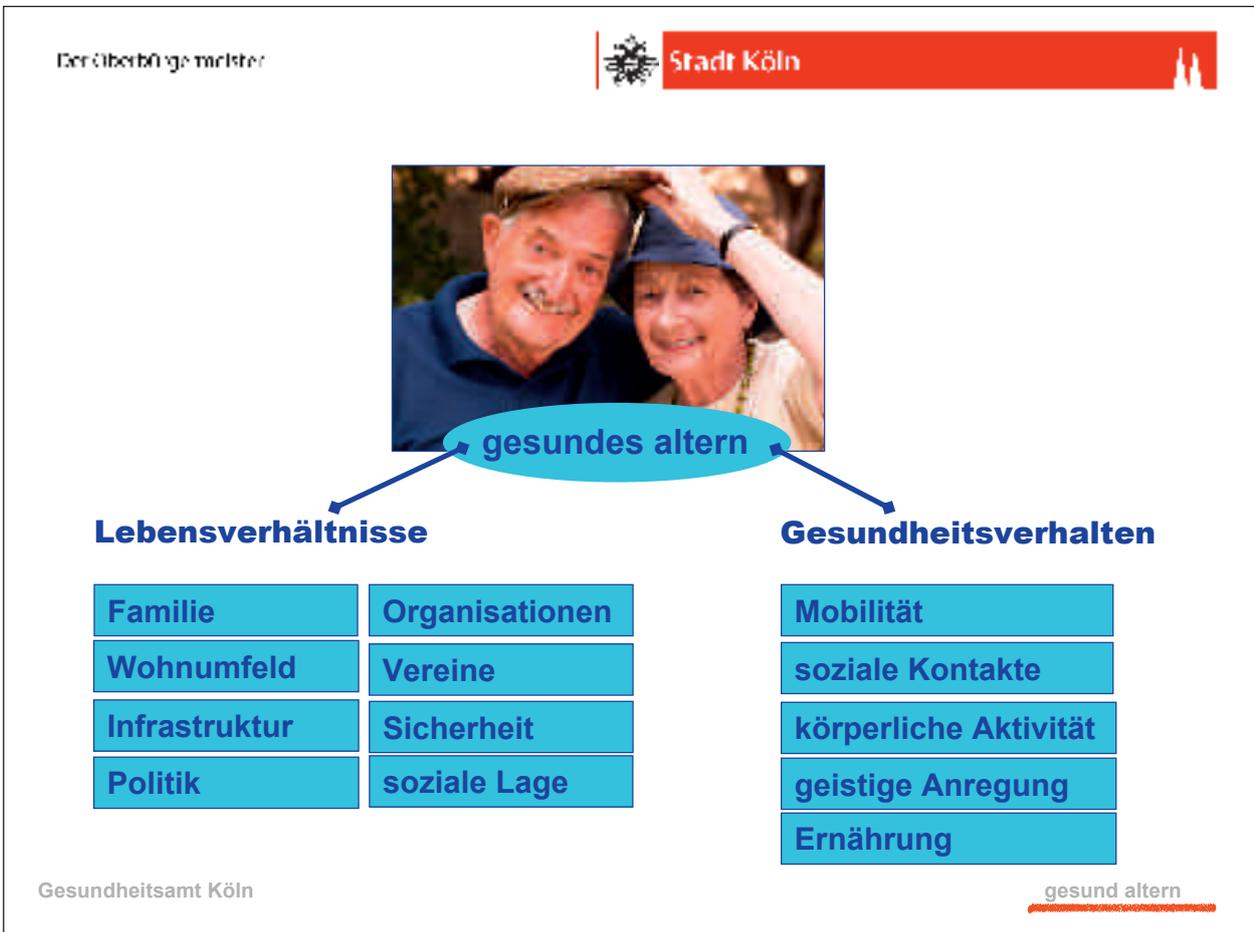
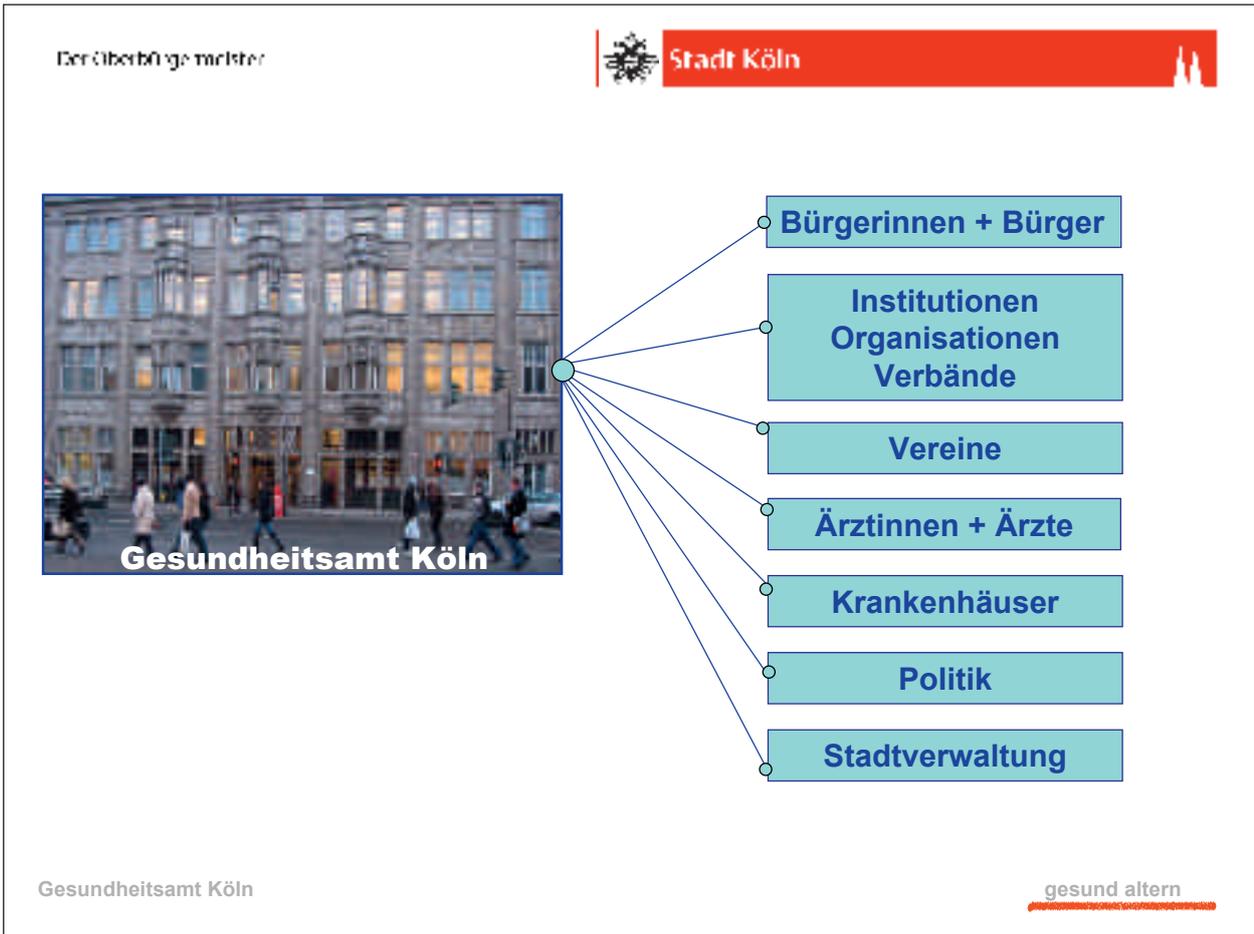
## Wer beschäftigt sich mit dem Thema Senioren, Alter, Pflege ?

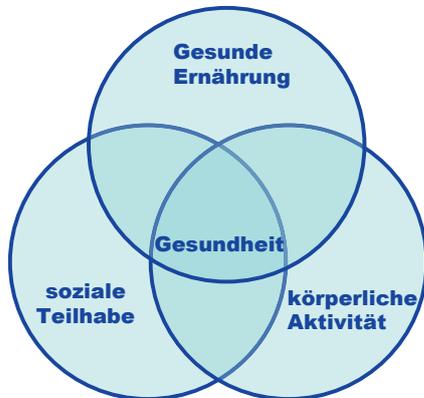
### Ehrenamtliches Engagement

- Büro für Bürgerengagement der AWO Köln
- Ceno – Centrum für nachberufliche Orientierung & Die Paten e.V.
- Kölner Freiwilligen Agentur e.V.
- Nachbarschaftshilfen Kölsch Hätz
- Freiwilligenzentrum Mensch zu Mensch
- SKF – Börse für bürgerschaftliches Engagement

### Sonstiges

- **Polizei Köln**  
 Kommissariat Vorbeugung  
 Tel. 229-8615  
 Senioren-Info – Ansagetext  
 Tel. 229-2299





Quelle: U. Dapp, 2006  
Albertinen-Haus, Hamburg

### Bewegung

- Ausdauer
- Gleichgewicht
- Kraft

### Ernährung

- vielseitig
- „Fünf am Tag“
- Trinkverhalten
- Genussmittel



### Soziale Teilhabe

- Wohnformen
- Ehrenamtliches Engagement
- Selbsthilfe



## Gesundheitsförderung

- ➔ **Präventiver Ansatz**
- ➔ **Gesundheitsvorsorge und gesundheitsgerechtes Verhalten haben neben Umweltfaktoren und genetischen Einflüssen eine erhebliche Auswirkung.**
- ➔ **Es ist (fast) nie zu spät, sein Leben gesundheitsgerechter zu gestalten.**
- ➔ **Es geht aber nicht nur um „Verhalten“, sondern auch um die Gestaltung der „Verhältnisse“.**
- ➔ **Dies erfordert eine institutionen- und sektorübergreifende Kooperation und Netzwerkbildung.**



Der Überbegriff maltet



### 4 Wirkungsebenen

Intern	Organisation	Sozialrume	Stadtweit
<p>Kompetenz-Team „Gesundheit im Alter“</p> <p>Interne Fortbildungen Infoveranstaltungen</p> <p>Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit</p>	<p>Kommunale Gesundheits-Konferenz (KGK) Arbeitsgruppe: „Gesundheit im Alter“</p> <p>Kooperation mit: - Ärztekammer - BZgA - GSN - Hochschulen, etc.</p> <p>Vernetzung mit: - Verbänden + Vereinen - Institutionen vor Ort</p>	<p>Kooperationen - Seniorenvertretung - SeniorenNetzwerke - Sozialraumkoordinatoren</p> <p>Senioreneinrichtungen Angebot: „Gesundheit vor Ort“</p> <p>Stadtteilbezogene Veranstaltungen - runde Tische, - Stadtteilkonferenzen</p>	<p>Aktionen z. B. zum „Tag der Zahngesundheit“</p> <p>Aktionstage „gesund &amp; mobil im Alter“ (alle 2 Jahre)</p> <p>Stadtteilrundgänge „Ein Rundgang mit Tiefgang“</p> <p>Fachtagungen „Traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte alter Menschen – erkennen, verstehen..“</p> <p>Projekte „gesund &amp; mobil – fit für 100“</p>

Gesundheitsamt Koln gesund altern

Der Überbegriff maltet



### Projektbeispiele

**2007**



**seit 2008**



**2008 + 2010**



**2010**



**2010**



Gesundheitsamt Koln gesund altern

Der Überbörge meister



Stadt Köln



## „gesund & mobil – fit für 100“

Ein Bewegungs-, Informations- und Beratungsangebot

➔ Kooperation mit dem Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der DSHS

➔ Angebot besteht aus

- einem Bewegungsprogramm, das die Muskelkraft aufbaut, das Gleichgewicht schult, die Gedächtnisleistung fördert und die Aufmerksamkeit und Konzentration stärkt  
2 x in der Woche, je 1 Stunde
- einer offenen Informationssprechstunde zu den Themen: Ernährung, Zahngesundheit, Impfschutz, Osteoporose, Blasenschwäche, Vorsorgeuntersuchungen, Augen, Ohren, Medikamente, Herz-/Kreislaufkrankungen  
1 x im Monat, je 3 Stunden
- Qualifizierung zur/zum Übungsleiter/in für „fit für 100-Gruppen“  
damit nach der Projektphase qualifizierte Übungsleiter/innen in den Stadtteilen zur Verfügung stehen

➔ Projektphase: 5 Monate im Gesundheitsamt

➔ Übertragung in die Stadtteile

Gesundheitsamt Köln

gesund altern



Der Überbörge meister



Stadt Köln



## „gesund & mobil – fit für 100“

Ein Bewegungs-, Informations- und Beratungsangebot

- „Mit einem Kraft- und Ausdauertraining kann man viele Krankheiten und Gebrechen hinauszögern und lange selbstständig bleiben.

Denn schon ab 30 Jahren verliert der Mensch pro Jahrzehnt bis zu zehn Prozent Muskelmasse - bis zum 80. Lebensjahr kann der Schwund bei 50 Prozent liegen – Kraft, die dann für das Tragen von Einkaufstüten, bei der Arbeit im Haushalt oder beim Duschen fehle.“

- „Wer sich regelmäßig bewegt, steigert seine Konzentrationsfähigkeit, weil das Gehirn besser mit Sauerstoff versorgt und gut durchblutet wird.“



Professor Dr. Heinz Mechling

Leiter des Instituts für Bewegungs- und Sportgerontologie an der Deutschen Sporthochschule Köln

Gesundheitsamt Köln

gesund altern

Der Überbegriff lautet



Stadt Köln

Stand: Frühjahr 2011

Angebote in Köln
<b>Aktiv in der zweiten Lebenshälfte! 65 +</b> ein Übungsprogramm, das den gesamten Körper einbezieht und für jedes Alter geeignet ist, besonders aber gedacht für Frauen und Männer im Alter 65+
<b>fit für 100 - Gruppen</b> , (Förderung der Mobilität und Selbstständigkeit für Hochaltrige) <b>NADIA – Gruppen</b> , (Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen)
<b>Gymnastik, Wassergymnastik, Tai Chi, Qi Gong</b>
<b>Stadtteilrundgänge</b> - „Ein Rundgang mit Tiefgang“, mehr Bewegung in jedem Alter, "gesund & mobil im Alter - fit für 100"
<b>Gymnastik, Wassergymnastik, Qi Gong, Pilates, Tanzen, Tennis, Radfahren, Wandern</b>
<b>gesund und beweglich auch im Alter</b>
<b>Bewegungsangebote für Senioren</b>
<b>Gymnastik - Sitz-, Wirbelsäulen-, Beckenboden-, Wasser-, Fitnesstraining</b>
<b>fit für 100-Gruppen, Fitness, Gymnastik, Gedächtnstraining, Kegeln, Nordic Walking, Radfahren, Spaziergehen, Wandern, Tanzen, Yoga</b>
<b>fit werden - gesund bleiben</b> - ein präventives Haltungs- und Bewegungsangebot für Ältere, <b>Senioren-sport</b> - Haltung und Bewegung, <b>fit ab 50</b> - präventives Herz- Kreislauf-Training
<b>Älter und aktiv</b> attraktive, zielgruppenorientierte Angebote für Menschen in der zweiten Lebenshälfte
<b>Gymnastik, Seniorentanz</b>
<b>Yoga für ältere Menschen - 60+</b>

Organisationen
<b>Bildungswerk Landessportbund Stadtsportbund Köln</b>
<b>Deutsche Sporthochschule</b>
<b>Forum für Gesundheit und Sport</b> im Krankenhaus Porz am Rhein
<b>Gesundheitsamt Köln</b>
<b>KSG / Kölner Seniorengemeinschaft</b>
<b>Melanchthon Akademie</b>
<b>Netzwerk Gesundheitsbildung Köln</b>
<b>SBK / Sozialbetriebe Köln</b>
<b>SNW / SeniorenNetzwerke</b>
<b>Turn- + Sportvereine</b>
<b>VHS</b>
<b>Wohlfahrtsverbände Köln</b>
<b>Zentrum für Sport und Medizin</b> am Evangelischen Krankenhaus Weyertal

Gesundheitsamt Köln

gesund altern

Der Überbegriff lautet



Stadt Köln

## Ein Rundgang mit Tiefgang



- Idee**
- Ältere Menschen, die sich noch nicht sportlich betätigen, motivieren Spaß und Freude an der täglichen Bewegung zu finden.
  - Entwicklung eines niederschweligen Angebotes, das Körper und Geist in Bewegung bringt.
  - Nicht die „große Kultur“, sondern die „Alltäglichkeiten“ im eigenen Stadtteil sichtbar machen.

- Ziel**
- ältere Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren um möglichst lange ihre Mobilität zu erhalten, damit sie ein selbständiges Leben führen und sich aktiv am sozialen Leben beteiligen können und nicht frühzeitig auf fremde Hilfe und Pflege angewiesen sind.

- Zielgruppe**
- Menschen ab ca. 60 Jahre
  - eigenständig lebend, nicht pflege- / hilfebedürftig
  - noch nicht „organisiert“
  - von Einsamkeit bedrohte, isoliert u. zurückgezogen lebende, schwererreichbare Seniorinnen und Senioren



- Inhalt**
- Ein „Rundgang mit Tiefgang“ beinhaltet Stadtteilrundgänge, die zu Sehenswürdigkeiten und Besonderheiten in den jeweiligen Stadtteilen führen.
  - Seniorinnen und Senioren planen für ihren Stadtteil einen Rundgang (stellen ihr Wissen zur Verfügung), Gesundheitsamt setzt gemeinsam mit den Senioren/innen die Idee um
  - kostenloses, niederschwelliges und „zeitloses“ Angebot
  - erweiterungsfähig, je nach den Bedürfnissen, Möglichkeiten, Anforderungen und Idee der Senioren/innen (z. B. Fahrradtouren, mit ÖPNV, etc.)

Gesundheitsamt Köln

gesund altern



## Ein Rundgang mit Tiefgang



### Auswirkungen

- Die Rundgänge erreichen ältere Menschen in ihrem Lebensumfeld
- Veränderungen im Alltag durch mehr Mobilität
- Anregungen zur Verbesserung des Lebens-/Wohnumfeldes in Gremien einbringen
- Aufbau sozialer Kontakte verstärkt
- Partizipationsmöglichkeit für Senioren/innen

### Übertragung

- Das Konzept ist je nach den Bedürfnissen, Möglichkeiten, Anforderungen und Ideen der Menschen und des jeweiligen Stadtteils ausbaufähig.
- Eine Übertragung auf andere Städte und Gemeinden ist ohne Weiteres möglich.

### Finanzierung

- Stiftungsgelder (Druckkosten für einen Rundgang, Auflage 5.000 ca. 1.000 €)
- Gesundheitsamt (Personal + Grafik)

### Evaluation

- Auflagenhöhe + Nachfrage
- Einzelanforderungen
- kostenfreie Zusendung



## Ausblick und Perspektive

### Öffentlicher Gesundheitsdienst sollte kontinuierlich

- ➡ Bedarfe erkennen
- ➡ Programme entwickeln
- ➡ Impulse geben
- ➡ koordinieren und steuern
- ➡ kooperieren und vernetzen
- ➡ weiterentwickeln, fördern und unterstützen
- ➡ Strukturen verändern



Der Überbegriff ist:



Stadt Köln



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**



Gesundheitsamt Köln

gesund altern

## Workshop 2 – Gesundheits- und bewegungsförderliche Kommunen

### Konzept für eine bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune

**Dr. Jens Bucksch, Dr. Thomas Claßen,  
Universität Bielefeld**

Es mehren sich internationale Befunde, wonach die Schaffung einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Umwelt wesentlich zu einer nachhaltigen Kommunalentwicklung beitragen kann. Das Wissen um konkrete Strategien zur Veränderung räumlich-struktureller Faktoren in der Kommune bleibt jedoch für die kommunal tätigen Akteure relativ unbekannt und verhindert ein effektives verhältnisorientiertes Handeln (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung). Im Rahmen eines durch NRW In-Form geförderten Projekts hat die Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften im Auftrag des Zentrums für Bewegungsförderung NRW im LIGA.NRW, ein Transferkonzept zur bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung erarbeitet. Die Referenten werden die Eckpunkte dieses Transferkonzeptes vorstellen.

Einleitend wird auf die theoretische Basis (sozial-ökologischer Ansatz) sowie die konkreten evidenzbasierten Ansatzpunkte für eine bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung eingegangen (z.B. Erreichbarkeit und Zugang zu Grünflächen und Sportanlagen, ästhetische Aspekte im Wohnumfeld, Elemente

der Flächennutzung). Durch diesen weitreichenden Ansatz wird deutlich, dass nicht nur das Gesundheitsressort allein, sondern ebenso Ressorts wie z.B. die Stadt- und Verkehrsplanung einbezogen werden müssen. Kommunalen Gesundheitskonferenzen kann allerdings eine zentrale Steuerungsaufgabe zukommen. Dasselbe gilt für den Nutzen einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommune. Der Mehrwert (Co-Benefit) geht ebenfalls weit über gesundheitliche Aspekte hinaus und betrifft u.a. ökologische Aspekte wie z.B. Luft- und Naturraumqualität oder den ökonomisch messbaren Image-Gewinn für eine Kommune.

Im Kern des Vortrags werden idealtypische Planungsschritte und Prozessabläufe beschrieben und mit Beispielen veranschaulicht, die eine Umsetzung der Evidenz in Maßnahmen der bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung ermöglichen können. Folgende Planungsschritte werden in der Literatur (Edwards, P. & Tsouros, A. (2008). A healthy city is an active city: a physical activity planning guide. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe) hierbei als wegweisend angesehen und von den Referenten ausgeführt: Sensibilisierung, Etablierung einer Steuerungsgruppe, Leitbildentwicklung, Bedarfsanalyse, Handlungsziel-/Strategieentwicklung, Prüfung des Finanzierungskonzeptes, Konkrete Umsetzung von Maßnahmen, Evaluation, Steuerung der Ergebnisse.

## Konzept für eine bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung

Jens Bucksch<sup>1</sup> & Thomas Claßen<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld

<sup>2</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Umwelt und Gesundheit, Universität Bielefeld

1

## Konzeptentwicklung: Voraussetzungen

Projektfinanzierung durch:



Projektumsetzung durch:

- Zentrum für Bewegungsförderung (ZfB) im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW)

Projektdurchführung

- Jens Bucksch, Thomas Claßen & Angela Heiler (Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld)

2

## Der Auftrag

- erteilt durch das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Fachgruppe 4.1 „Gesundheitsmanagement“)
- Ausarbeitung eines evidenzbasierten und anwenderfreundlichen Konzeptes zur *bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommune*
- Zielsetzung: *Handlungsleitfaden soll Schlüsselakteure vor Ort befähigen*, modellhaft eine bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune (weiter) zu entwickeln

3

## Arbeitsschritte

- Recherche, Analyse und Bewertung vorliegender Ansätze und Eckpunkte zur *alltagsbezogenen Bewegungs- und Gesundheitsförderung im kommunalen Raum*
- Berücksichtigung von Strukturen, Maßnahmen und Absichten insbesondere auf *Verhältnisebene*
- *Ableitung eines erprobungsfesten Konzeptes* zur kommunalen Bewegungs- und Gesundheitsförderung
- Ausarbeitung eines *Transferkonzeptes* (inkl. Vorschlägen zur Finanzierung und Evaluation) und Verschriftlichung in Form eines praxisnahen Handlungsleitfadens

4

## Berücksichtigte Prämissen

- Zielgruppe des Handlungsleitfadens: Akteure der Bewegungs- und Gesundheitsförderung aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den kommunalen Gesundheitskonferenzen
  - Kompetenzsteigerung für eine *intersektorale und umfassende Lebensraumgestaltung*
  - *Signalwirkung für andere Sektoren* insbesondere im Bereich der kommunalen Entwicklungsplanung
- Entwicklung des Konzeptes in Modulen, die unabhängig voneinander unter verschiedenen kommunalen Rahmenbedingungen anwendbar sind
- Schwerpunkt: (sozial) benachteiligte Personengruppen

5

## Aufbau des Handlungsleitfadens

- Kap. I **Grundlagen** einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung
- Kap. II **Transferkonzept** zur bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung
- *Kap. III Ergänzende Materialien und Tools*
- *Kap. IV Literaturverzeichnis*

6



## Der Handlungsleitfaden

Weshalb sollte Bewegung ein integrativer Bestandteil der gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung sein? (3)

- Bewegungsförderung im kommunalen Alltag (evidenzbasierte Beispiele und Co-Benefits):
  - strukturiertes Netz an Fahrrad- und Gehwegen verringert langfristig Investitionen in die Verkehrsinfrastruktur (Edwards/Tsouros 2006, 2008)
  - Einwohner und Erwerbstätige einer Kommune sind wirtschaftlich produktiver (Hendriksen et al. 2010; Lahti et al. 2010)
  - häufigeres Bewegungsverhalten in Quartieren fördert einen stärkeren sozialen Zusammenhalt (Leslie/Cerin 2008), eine stärkere Netzwerkbildung und ggf. Wiederbelebung von Stadtteilen (Edwards/Tsouros 2006, 2008; Seaman et al. 2010)

9 • ...

## Der Handlungsleitfaden

- Der Einfluss der Lebensumwelt auf das alltägliche Bewegungsverhalten (4)
  - „4 D`s“: Density, Diversity, Design, Destination
  - Walkability – Index
  - Verkehrs-, Gebäude- und allgemeine Städteplanung/-gestaltung
- Rechtliche Rahmenbedingungen und politikbezogene Ansätze (5)
  - Nationaler Radverkehrsplan
  - Gesetzliche Grundlagen (ROG, LPIG, BauGB, ÖGDG ...)
  - Planungs- und Entwicklungsrelevante Strukturen in NRW

10



# Der Handlungsleitfaden

- Synopse: Evidenzbasierte Implikationen für ein Transferkonzept einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommune (6)

11

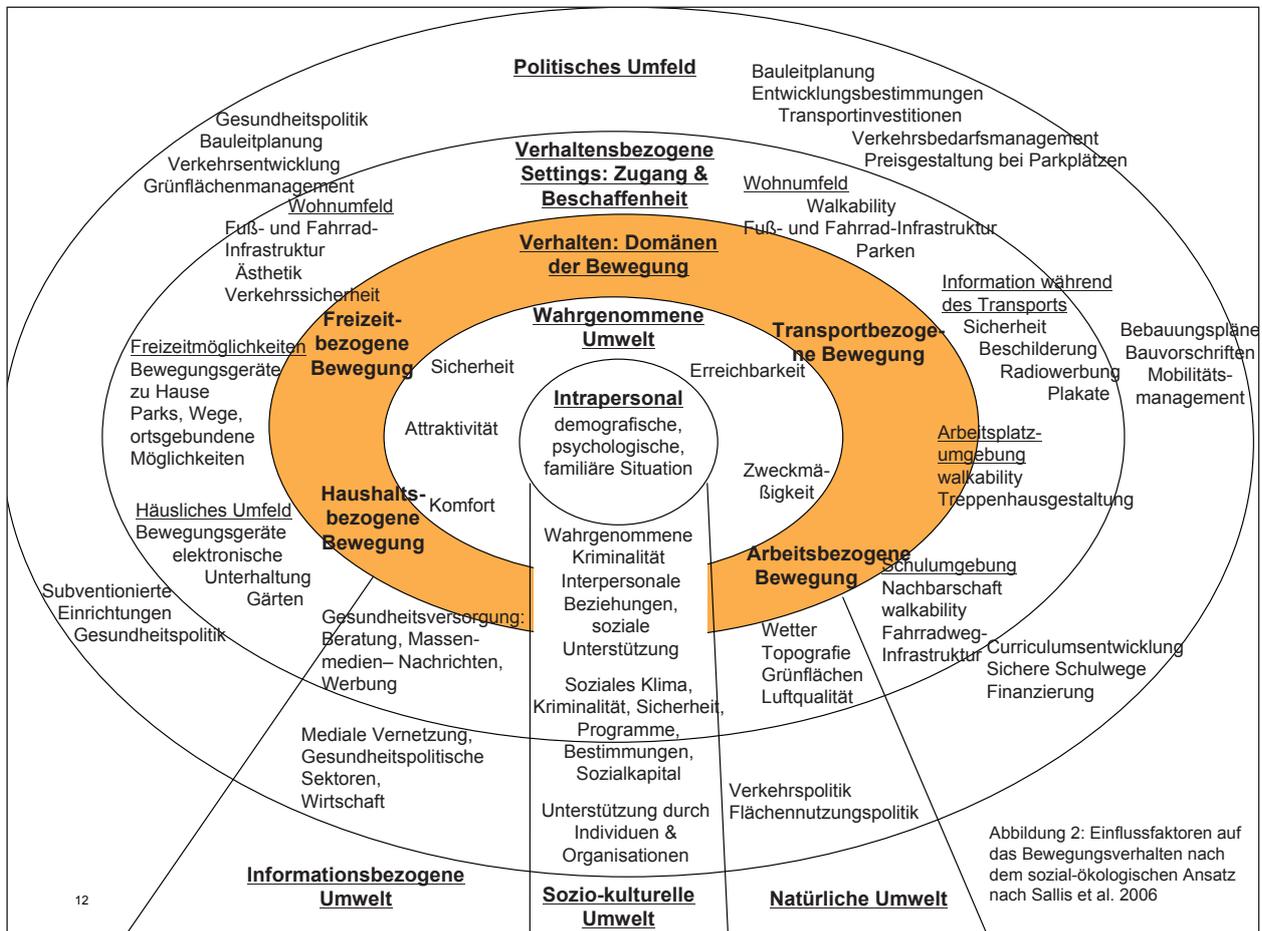


Abbildung 2: Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten nach dem sozial-ökologischen Ansatz nach Sallis et al. 2006

12

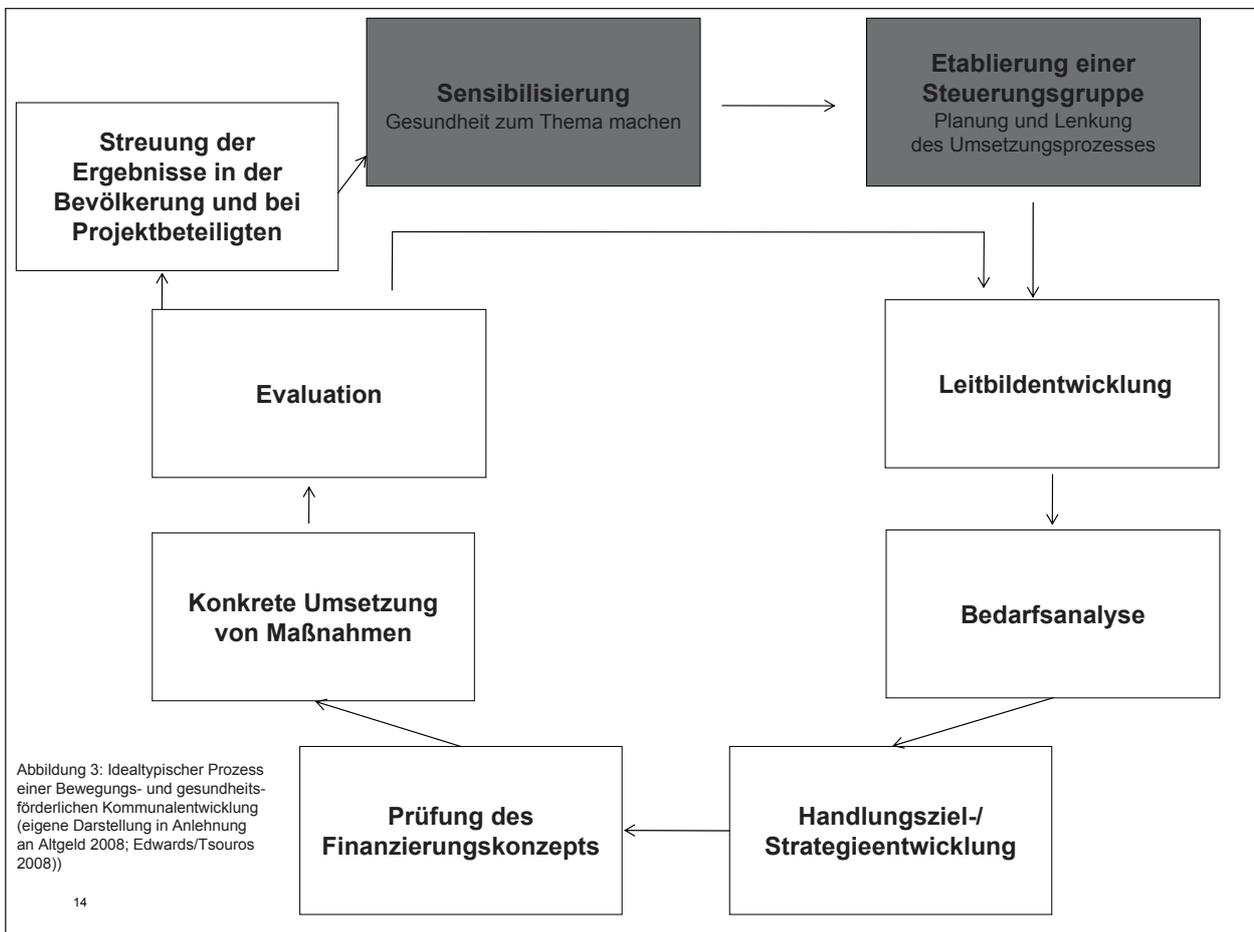


## Der Handlungsleitfaden

### Kap. II Transferkonzept zur bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung

- Vorüberlegungen zur Planung einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommune (7)
- dargestellt als idealtypischer Prozess

13



14

## Sensibilisierung

- Günstige Voraussetzung für Strategieentwicklung und Akzeptanz von Maßnahmen
- Sensibilisierung wie und wofür?
  - Aufmerksamkeitslenkung/Sensibilisierung, dass die Themen Stadtentwicklung sowie Bewegungs- und Gesundheitsförderung zusammengehören
  - Politische Legitimität für notwendiges intersektorales Handeln
  - Identifizierung über angesehene Persönlichkeiten

15

## Beispiel für Sensibilisierung von Entscheidungsträgern



Bewegung fördert das Wohlbefinden sowie die physische und geistige Gesundheit. Sie wirkt präventiv gegen Krankheiten, fördert soziale Kontakte und Lebensqualität, bringt ökonomische Vorteile und trägt zu ökologischer Nachhaltigkeit bei. Gemeinschaften, die gesundheitsfördernde Bewegung unterstützen, indem sie vielfältige und leistbare Zugänge in verschiedenen Lebensbereichen für Jung und Alt schaffen, können viele dieser positiven Effekte erzielen.

Die Toronto Charta für Bewegung umfasst vier Aktionen basierend auf neun Leitsätzen. Sie ist ein Aufruf an alle Länder, Regionen und Gemeinschaften, sich für mehr politisches und soziales Engagement einzusetzen, um gesundheitsfördernde Bewegung für alle zu unterstützen.

## Etablierung einer Steuerungsgruppe

- Organisierte Anwaltschaft notwendig
- Zusammensetzung der Steuerungsgruppe
  - Zusammenführung unterschiedlicher Akteure und Bevölkerungsgruppen
  - Berücksichtigung aller wichtigen Entscheidungsträger
  - Zusammensetzung hängt von kommunalen Gegebenheiten ab
  - Anknüpfung an bestehende Strukturen
  - „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ im NRW-Kontext ggfs. geeignet, um Führungsrolle zu übernehmen

19

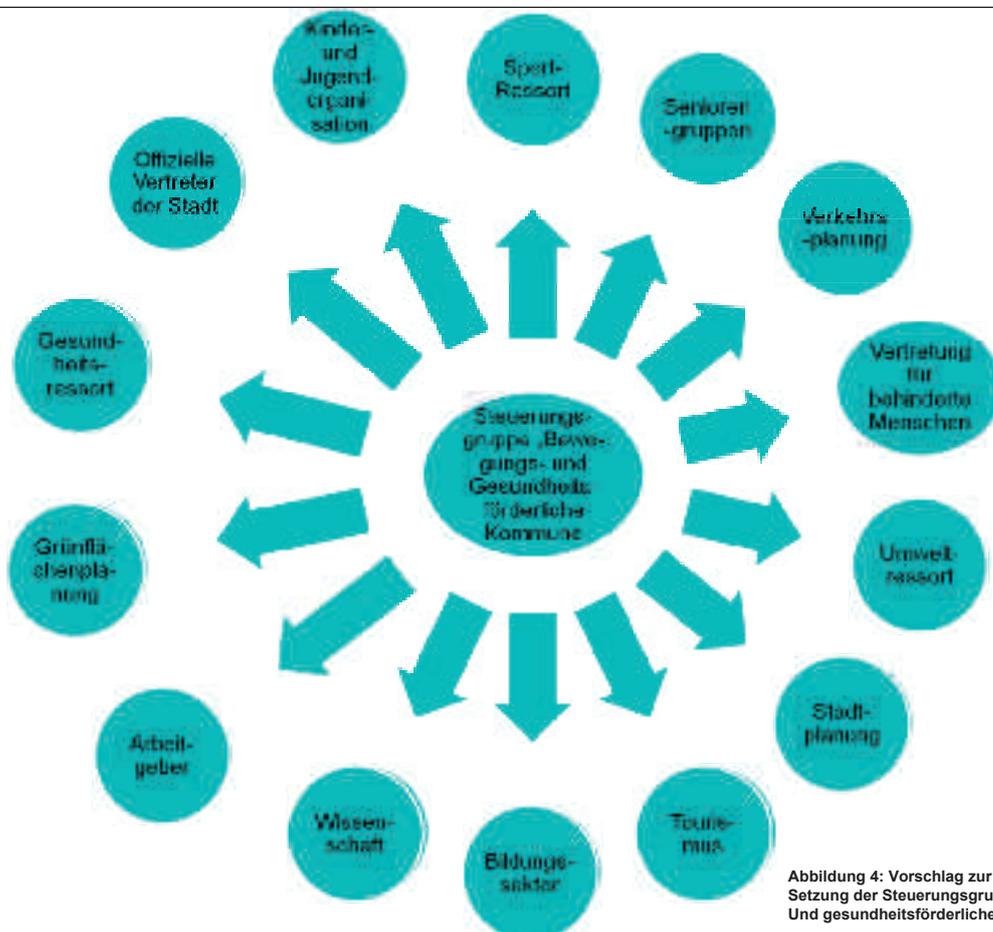


Abbildung 4: Vorschlag zur Zusammensetzung der Steuerungsgruppe „bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune“

20

## Aufgaben der Steuerungsgruppe

- Prozess hin zur Bewegungs- und Gesundheitsförderlichen Kommune initiieren, Prozess begleiten und Prioritäten setzen
- Identifizierung und Einsatz von Ressourcen (Finanzen, Wissen, Kontakte)
- Koordinierung und Zusammenführung von Aktivitäten

21

## Leitbildentwicklung

- Erste Aufgabe der Steuerungsgruppe
- Ausgangs- und Bezugspunkt der nachfolgenden Aktivitäten
- Zentrale Frage zur Leitbildentwicklung:
  - „Was muss passieren, damit die Einwohner der Stadt sich mehr bewegen?“
- Einbezug von Bürger/innen - *Good Practice der Partizipation*

22

## Beispiele für Leitbilder von Kommunen

- Eine Stadt der kurzen Wege, in der viele Einrichtungen des täglichen Bedarfs binnen weniger Gehminuten erreicht werden
- Eine hohe Durchmischung der Lebensbereiche Wohnen, Leben und Arbeiten im nachbarschaftlichen Wohnumfeld
- Sich in der Natur und in Grünräumen bewegen
- Vorbildhafte intersektorale Zusammenarbeit bei kommunalen Planungsaktivitäten
- Verkehrssichere Straßenzüge und Stadtteile mit geringer Kriminalität

23

## Bedarfsanalyse

- Konkrete Planung/Evaluation ist abhängig von fundierten Kenntnissen über Bedarf und Bedürfnisse
- Informationen zu wahrgenommenen und tatsächlich vorhandenen umweltbezogenen Einflussfaktoren
- Informationen zum Bewegungs- und Gesundheitsverhalten
- Informationen zu personenbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheitsverhalten (z.B. Wissen, Einstellungen)
- Dabei möglichst alle Zielgruppen (jung bis alt, mobilitätseingeschränkt, sozial benachteiligt) berücksichtigen

24



## Instrumente der Bedarfsanalyse

- Nutzung vorhandener Daten/Routine-Daten
- Befragungen
- Beobachtungsprotokolle
- runde Tische
- Fokusgruppengespräche
- Expertenstatements
- Stärken-Schwächen Analyse
- *unter intensiver Beteiligung der Bürger/innen*

25



## Beispiele für Beobachtungsindikatoren und mögliche Fragestellungen

Einflusskategorie	Beobachtungsindikator	Mögliche Fragestellung
Flächennutzung	Zugang zum öffentlichen Nahverkehr, Entfernung zu verschiedenen Zielpunkten in der Kommune	Wie weit liegt das nächste Geschäft, die öffentliche Einrichtung entfernt? Wie kommen Sie dorthin?
Straßen- und Fußwegesystem	Wegenetz, Grünräume und Bäume entlang der Straße, Sackgassen	Ist Ihr Wohnviertel fußgängerfreundlich? Sind in Ihrem Wohnumfeld Grünräume?
Infrastruktur zum Fahrradfahren und Gehen	Vorhandensein von Bürgersteigen; Fahrradwege an Hauptstraßen; sichere Abstellmöglichkeiten für Fahrräder	Gibt es Bürgersteige im Wohnviertel und sind diese im guten Zustand? Können Sie mit Ihrem Hund im Wohnviertel spazieren gehen?
Besondere Bevölkerungsgruppen	Gut zugängliche und gesellschaftlich/sozial wertgeschätzte bewegungsförderliche Räume für Kinder und junge Menschen sowie beeinträchtigte und behinderte Personen;	Wo können Sie als ältere Person in der Kommune aktiv sein? Gibt es sichere und interessante Räume für Kinder und Jugendliche, um ihr Bewegungsverhalten zu erproben?

26

## Handlungsziel-/Strategieentwicklung

- Abgleich zwischen Leitbild und realer Ausgangssituation
- Formulierung von Leitzielen zu den Themen baulich-technische, natürliche und soziale Umwelt, Settings, Bevölkerungsgruppen
- Beispiele von Leitzielen
  - Veränderung der baulich-technischen Umwelt auf Kommunalebene, um Nutzung des ÖPNV und transportbezogene Bewegung zu erhöhen
  - Gestaltung eines bewegungs- und gesundheitsförderlichen Lebens in Schulen, Unternehmen, Stadtteilen, Quartieren sowie Freizeit- und Sporteinrichtungen

28

## Handlungsziel-/Strategieentwicklung

- Leitziele in Handlungsziele übersetzen
  - SMART-Kriterien (Spezifisch, Messbar, Anspruchsvoll, Realistisch, Terminiert)
- Kurz- und langfristige Etappenziele sollten erreichbar sein
- Beispiele
  - Anzahl an Arbeitnehmer/innen, die zu Fuß/ mit Fahrrad oder mit ÖPNV zur Arbeit fahren, in den nächsten 5 Jahren um 10% erhöht
  - Nutzung von Parks zur aktiven Freizeitgestaltung wird um 25% in den nächsten 5 Jahren erhöht

29

## Finanzierung

- Schlüsselproblem
- Strategien zur Finanzierung vom Sponsoring über EU-Programme bis zur Einbindung in kommunale Planungs- und Vollzugsverfahren
- Übersichten bieten hier verschiedene Publikationen (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2010; LIGA.NRW 2010)
- Anschluss/Anbindung an Initiativen und Programme zur Förderung von bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunen
  - z.B. Nationaler Aktionsplan IN FORM, Programm „soziale Stadt“, lokale Agenda 21, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit des Landes NRW (APUG NRW)

30

## Konkrete Umsetzung von Maßnahmen

- Genaue Beschreibung und Festlegung, wie ein Handlungsziel erreicht wird
- Planungsschritte
  - Welches sind die wissenschaftlich fundierten Einflussfaktoren?
  - Was kann eine mögliche Maßnahme sein?
  - Wie sieht die konkrete Umsetzung aus?
  - Praktische Umsetzung (Projektmanagement)
  - Maßnahmen beziehen sich auf Settings (Schwerpunkt: Wohnquartier/Stadtteil) und/oder Bevölkerungsgruppen

31

## Beispiel: Setting Stadtteil

- **Handlungsziel:** Steigerung des Gehens und Fahrradfahrens im Alltag
- **Einflussfaktor:** Schaffung einer sicheren Fahrrad- und Fußwegeinfrastruktur
- **Mögliche Maßnahmen:** Fußgängern und Fahrradfahrern bei Verkehrsmittelwahl höchste Priorität einräumen
- **Konkrete Umsetzung:**
  - Verbreitern von Fußwegen, Einführung von Radstreifen, Einschränkung des Autoverkehrs

32

## Evaluation

- Umfasst eine Bewertung der Prozesse, Strukturen und Ergebnisse
- Voraussetzung: Evaluationsprozess von Beginn an mitdenken
- Kontinuierliche Dokumentation
- Messung der Ausgangsbedingungen aufwändig, aber elementar
- Gibt es überprüfbare Ziele?

36



## Evaluation: Nicht nur Steigerung der Bewegung oder Verbesserung der Gesundheit zählt!

- Anzahl an zusätzlichen Gelegenheiten zur Bewegung
  - Umfang an Kilometern qualitätsverbesserter Fahrradwege
- Anzahl an Programmen, die durchgeführt wurden
- Anzahl an Schulen, Betrieben und Einwohnern, die in Projekten/Programmen teilnahmen
- Wahrnehmung von Maßnahmen bei Entscheidungsträgern und verschiedenen Bevölkerungsgruppen

37



## Streuung der Ergebnisse in der Bevölkerung und bei den Projektbeteiligten

- Interesse von Bürger/innen und Projektbeteiligten, ob angestrebte Ziele erreicht wurden und wie es weitergeht
- Rückhalt und Sensibilisierung für eine Weiterentwicklung
- Mögliche Formate der Kommunikation
  - Elektronische Aufbereitung
  - Postwurfsendungen
  - Beiträge in lokaler Presse, Fernseh- und Radiosendern
  - Info- und Diskussionsveranstaltungen

38

## Kernbotschaften/Zusammenfassung

- Investitionen in eine Bewegungs- und Gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung haben wissenschaftlich nachgewiesene Effekte
- Nicht zu unterschätzender Mehrwert für die Kommune (z.B. Luft- und Naturraumqualität, Lebensqualität, Image-Gewinn)
- Beteiligte Akteure aus unterschiedlichen Ressorts (z.B. Gesundheit, Bauen, Verkehr) müssen sich vernetzen und zusammenarbeiten
- Auch relativ kleine Maßnahmen können den Unterschied machen!
- Wichtiger Beitrag zur nachhaltigen Kommunalentwicklung

41

Diese Präsentation stellt nur einen Auszug dar.  
Der vollständige Folienvortrag kann unter:  
[http://www.liga.nrw.de/\\_media/pdf/service/veranstaltungen/110210\\_gesundheitimalter/Datei\\_10.pdf](http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/service/veranstaltungen/110210_gesundheitimalter/Datei_10.pdf)  
heruntergeladen werden.

## **NRW in Form: Gesunde Ernährung und mehr Bewegung**

**Helmut Breittkopf,  
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege  
und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen**

Kooperation hat einen Mehrwert für die Beteiligten. Dies gilt für alle Politikbereiche. Angesichts der Vielfältigkeit der Zuständigkeiten und der geringen Durchlässigkeit der Systeme ist Kooperation sowohl innerhalb des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen aber auch mit anderen Sektoren, z.B. der Jugendhilfe, ohne Alternative.

Wichtige Grundlagen und Voraussetzungen für gelingende Kooperation sind durch die Landesgesundheitskonferenz und die kommunalen Gesundheitskonferenzen bereits gelegt. Diese Ansätze bedürfen aber der Stärkung und Weiterentwicklung. Gänzlich am Anfang stehen die Bemühungen zur intersektoralen Zusammenarbeit. Dabei richtet sich die Forderung nach einer umfassenderen Zusammenarbeit und Verringerung der Schnittstellen an alle Partnerinnen und Partner im

Gesundheitswesen und natürlich auch an die Landesregierung selbst.

Mit der Interministeriellen Arbeitsgruppe „NRW in FORM“ (IMAG) haben sechs Ressorts der Landesregierung damit einen Anfang gemacht. Die IMAG hat sich zum Ziel gesetzt, durch abgestimmte und gemeinsame Aktivitäten dazu beizutragen, das Bewusstsein für gesunde Ernährung und mehr Bewegung in der Bevölkerung zu fördern. In dem Workshop werden Konzept und bisherige Aktivitäten der IMAG näher vorgestellt. Es soll diskutiert werden, welche Möglichkeiten und Interessen von kommunaler Seite bestehen, die Ziele der IMAG aufzugreifen. Ferner wird thematisiert, welche Möglichkeiten zur Unterstützung von Seiten der IMAG für Erfolg versprechende kommunale Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der gesunden Ernährung und Bewegung vorhanden sind.

## Gemeinsam für mehr Bewegung im Alltag: Der Beitrag des Zentrums für Bewegungsförderung NRW

**Gunnar Geuter,  
LIGA.NRW**

Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität sind gesundheitsfördernd und integraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Dennoch nutzen viele Menschen das gesundheitsförderliche Potenzial von Bewegung noch zu selten.

Deshalb wurde im September 2009 im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen als zentrale Fachstelle eingerichtet. Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen wird durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen sowie das Bundesgesundheitsministerium im Rahmen von IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung – gefördert.

Ziel des Zentrums ist es, einen Beitrag zur Bewegungsförderung im Lebensalltag von Menschen zu leisten. Regelmäßige gesundheitsförderliche Bewegung und körperliche Aktivität sollen als Teil eines gesunden

Lebensstils gestärkt und verbessert werden. Das Zentrum arbeitet dabei vornehmlich auf der Ebene der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung in Nordrhein-Westfalen und unterstützt diese bei Ihrer Arbeit vor Ort. Zentrale Aufgaben des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen sind:

Die Entwicklung, Aufbereitung und Weitergabe qualitätsgesicherter Informationen zur Bewegungsförderung

Die Initiierung und Unterstützung von Vernetzungsaktivitäten bestehender Angebote und Akteure

Die Identifikation, Analyse und Kommunikation evidenzbasierter Interventionen und gelungener Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung

Die Förderung der Qualität und Qualitätsentwicklung in der Bewegungsförderung

Die Förderung und Weiterentwicklung bewegungsförderlicher Strukturen

Auf der Homepage des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen finden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung unter anderem zahlreiche qualitätsgesicherte Fachinformationen, Praxishilfen und -materialien. Diese sind kostenfrei nutzbar und können abgerufen werden unter: [www.zfb.nrw.de](http://www.zfb.nrw.de)

Landesinstitut für  
Gesundheit und Arbeit  
des Landes Nordrhein-Westfalen



### Gemeinsam für mehr Bewegung im Alltag: Der Beitrag des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen

Vortrag anlässlich der Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

Gunnar Geuter



## Gliederung

1. Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen
2. Ergebnisse
3. Perspektiven

Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 1

10. Februar 2011

Gunnar Geuter



## Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen



Eingerichtet am 01.09.2009 im Rahmen des nationalen Aktionsplans „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“



Gefördert und unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen



Gefördert und unterstützt vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen



Gefördert und unterstützt von NRW IN FORM

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen



Trägerschaft: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen



Inhaltlich angebunden am Regionalen Knoten NRW im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 2

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ziel und Zielgruppe des Zentrums für Bewegungsförderung NRW

- **Gesundheitsziel:**  
Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag als Beitrag zur Gesunderhaltung und Teil eines gesunden Lebensstils
- **Zielgruppe:**  
bisheriger Schwerpunkt: Menschen im Alter von 60 Jahren und älter (Multiplikatorenansatz)
- **Umsetzungsstrategie:**  
Förderung alltagsbezogener Bewegungsaktivitäten zur nachhaltigen Verbesserung des Bewegungsverhaltens

Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 3

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Wie unterstützt das Zentrum Akteurinnen und Akteure vor Ort?

- Entwicklung, Aufbereitung und Weitergabe qualitätsgesicherter Informationen zur Bewegungsförderung
- Initiierung und Unterstützung von Vernetzungsaktivitäten bestehender Angebote und Akteure
- Identifikation, Analyse und Kommunikation evidenzbasierter Interventionen und gelungener Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung
- Förderung der Qualität und Qualitätsentwicklung in der Bewegungsförderung
- Förderung und Weiterentwicklung bewegungsförderlicher Strukturen

Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 4

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ergebnisse

- Fachtagung: Bewegung im Alter am 8. Dezember 2009 (Düsseldorf)



Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 5

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ergebnisse

- Fachtagung: Bewegungsförderung 60+ am 26. Oktober 2010 (Essen)



Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 6

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ergebnisse

- Leitfaden „Bewegungsförderung 60+“ (zweibändig)



Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

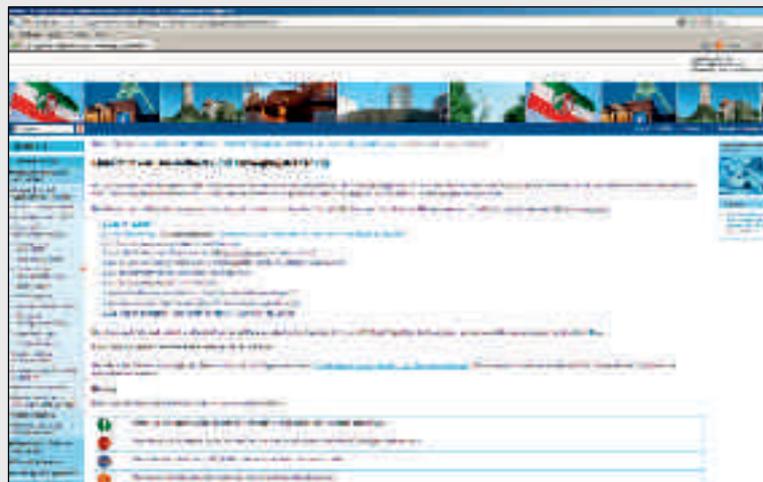
Folie 7

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ergebnisse

- Leitfaden und Online-Tool  
„Qualität in der Gesundheits- und Bewegungsförderung“



Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 8

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ergebnisse

- Workshopreihe zu „Qualität und Evaluation in der Gesundheits- und Bewegungsförderung“



Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 9

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ergebnisse

- Aufbau eines Fachinformationsportals im Internet ([www.zfb.nrw.de](http://www.zfb.nrw.de))



Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 10

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Ergebnisse

- Fachgespräche
- Vorträge
- Fachpublikationen
- Veranstaltungsbeteiligungen

Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 11

10. Februar 2011

Gunnar Geuter

## Aktuelle Vorhaben

- Online-Leitfaden „Bewegungsförderung 60+“
- Fachkonzept „Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune“ (NRW IN FORM Projekt)
- Bürgerinformationen zu Bewegung und Gesundheit im Internet auf der LIGA.NRW-Homepage
- Lose-Blatt-Sammlung und Homepage zur systematischen Darstellung der Projektergebnisse der einzelnen Zentren für Bewegungsförderung (IN FORM Projekt)

Zentrum für Bewegungsförderung NRW

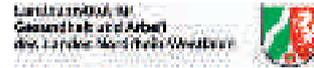
Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 12

10. Februar 2011

Gunnar Geuter



## Perspektiven

- Erweiterung der Zielgruppe „Bewegungsförderung im Lebenslauf“
- Konzentration auf unterschiedliche „Subgruppen“ und Settings
  
- Evidenzberichte
- Handbuch „Bewegungsförderung und Gesundheit“
- Weitere Workshopangebote zum Themengebiet „Qualität“
- 3. Fachtagung des Zentrums für Bewegungsförderung im Herbst 2011
- Ausbau der Praxishilfen zur Bewegungsförderung
- Ausbau des Fachinformationsportals unter [www.zfb.nrw.de](http://www.zfb.nrw.de)

Zentrum für Bewegungsförderung NRW

Ergebnisse

Ausblick/Perspektiven

Folie 13

10. Februar 2011

Gunnar Geuter



## Workshop 3: Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen

### Armut und Gesundheit im Alter

**Dr. Antje Richter-Kornweitz,  
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie  
für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.**

Im Jahr 2008 lag die Armutsquote in der Gesamtbevölkerung Europas bei 17 %. Nach den Angaben der europäischen Union hatten im selben Jahr 19 % der Über-65-Jährigen in der EU weniger als 60 % des Netto-äquivalenzeinkommens zur Verfügung und lebten somit unterhalb der Armutsschwelle. In Deutschland lag die Armutsrate der Über-65-Jährigen in diesem Jahr bei 15 % und war damit laut EU ebenso hoch wie die Armutsquote der deutschen Gesamtbevölkerung (15 %). Angaben zur Einkommenshöhe Älterer macht der Mikrozensus. Im Jahr 2008 standen 48,1 % der über 59-Jährigen monatlich zwischen 700 und 1.500 Euro zur Verfügung. 25,4 % in dieser Altersgruppe verfügten jedoch nur über ein monatliches Nettoeinkommen von unter 700 Euro.

Menschen, denen es aus gesundheitlichen Gründen und/oder auf Grund der Arbeitsmarktlage nicht möglich ist, lange genug im Erwerbsleben zu bleiben, tragen bereits heute das Risiko von Altersarmut. Die seit den 1990er Jahren ansteigende Zunahme von atypischen Beschäftigungen, wie Teilzeitbeschäftigungen, geringfügigen und befristeten Beschäftigungsverhältnisse, die im Übrigen für 54 % der weiblichen Arbeitnehmerinnen die

Regel sind, führt schon jetzt zu prekären Lebenssituationen bei den Betroffenen und wird künftig die Alters-einkünfte mindern, da kaum finanzieller Spielraum für private Vorsorge gegeben ist. Frauen werden zukünftig wegen dieser Teilzeiterwerbstätigkeit sowie der noch immer geringeren Lohnzahlungen im Vergleich zu Männern und wegen Kindererziehungs- und Pflegezeiten aller Wahrscheinlichkeit nach zu den besonders Betroffenen gehören.

Neben der materiellen Versorgung ist die Versorgung im Wohnbereich entscheidend für die soziale und die gesundheitliche Situation Älterer. Demografische Aspekte, regionale Besonderheiten, Unterschiede zwischen Stadt und Land, Infrastruktur und Mobilität sowie die Situation im Stadtteil bzw. der Nachbarschaft beeinflussen die konkrete Lebenslage in diesem Feld. In enger Verknüpfung und in Wechselwirkung dazu steht die Situation im Bereich der sozialen Teilhabe und der Einbindung in soziale Netzwerke. Das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen in allen genannten Bereichen wirkt sich entscheidend auf den Gesundheitsstatus älterer Menschen aus.

# Armut und Gesundheit im Alter

**Düsseldorf, 10. Februar 2011**

**Dr. Antje Richter-Kornweitz**  
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für  
Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

## Einflüsse

- Demografische Entwicklung
- Wirtschaftliche Entwicklung
- Gesellschaftliche Veränderungen
- Heterogene Lebenslagen

## Armut

Armut schränkt die Handlungsspielräume des Menschen gravierend ein und schließt eine gleichberechtigte **Teilhabe** an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft aus.

Armut hat immer **Unterversorgung** in wesentlichen Lebensbereichen zur Folge.

## Armut im Alter

**Unterversorgung in wesentlichen Lebensbereichen?**

- Materielle Grundlage
- Versorgung mit bzw. Standards in Wohnbereich und Wohnumgebung
- Soziale Beziehungen und soziales Netzwerk
- **Gesundheitliche Situation**

## Armutsrisiko 2008

### Armut in Europa / 60%-Grenze

- 17 % Gesamtbevölkerung
- 19% Über-65-Jährige

### Deutschland / 60%-Grenze (D)

- 15 % Gesamtbevölkerung
- 15% Über-65-Jährige
  - 20% Frauen
  - 14% Männer

Relative Armut -  
60% des  
Durchschnittsein-  
kommens

### Verfügbares Durchschnittseinkommen

- Ca. 1.536,75 Euro (Monat/Single)

### Armutsschwelle (60%)

- 845,21 Euro (Monat/Single)

Quelle: Joint Report 2010; Stat. Monatshefte Niedersachsen 6/2010

## Armutsrisiko 2008 (D)

### Über 59-Jährige haben zu

- **26,5%** ein monatliches Nettoeinkommen über 1.500,--Euro
- **48,1%** ein monatliches Nettoeinkommen zwischen 700,- und 1.500,- Euro
- **25,4%** ein monatliches Nettoeinkommen von unter 700,- Euro

Quelle: Mikrozensus 2008

## Rentenhöhen und Grundsicherung im Alter

- **Rentenhöhe (2006)**
  - Frauen 519,-- Euro
  - Männer 964,-- Euro
  
- **Empfänger von Grundsicherung\* (2007)**
  - Allgemein 2,4% (371.000 Personen)
  - Frauen 2,8%
  - Männer 1,9%

\*Bruttobedarf durchschnittlich 607,--Euro;  
 Quelle: Informationsdienst für Altersfragen 2/2009

## Alter und Armut „bisher“

- Bisher bekannte und „anerkannte“ Risikogruppen
  - Allein lebende Frauen
  - Hochaltrige

## Weitere Risikogruppen

- **Schon heute**
  - Chronisch Kranke
  - Menschen mit Behinderungen
  - Psychisch Kranke
  - Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen
  - Mitglieder sozialer Randgruppen
  
- **Zukünftig**
  - Niedrigeinkommensbezieher/innen
  - Menschen mit Phasen längerer Erwerbslosigkeit

## Materielle Lage der Rentnerinnen und Rentner

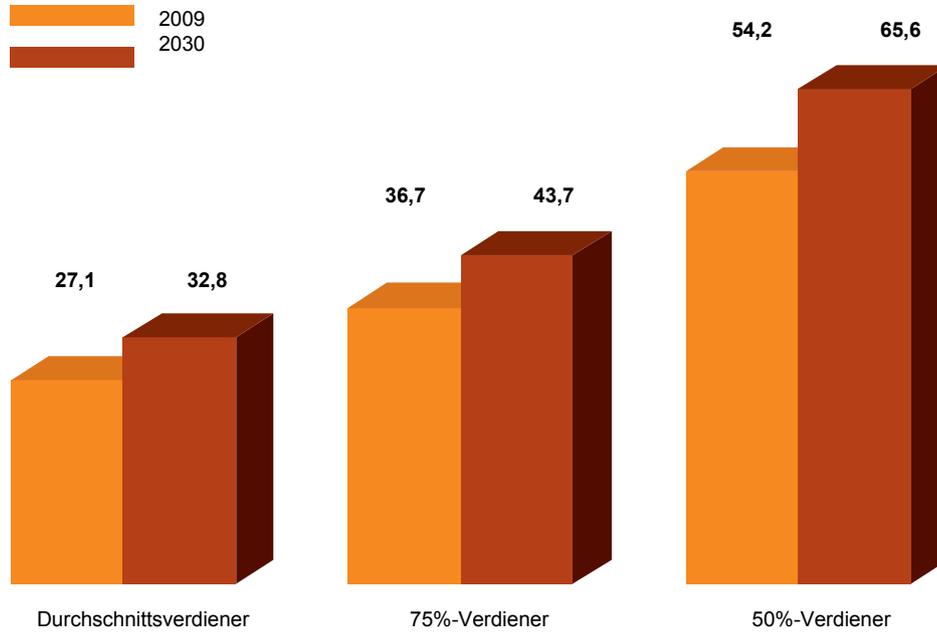
**Besonders betroffen werden Frauen in Ost und West sein**

- Schon heute niedrige Renten,
  - d.h. nur 40% des Durchschnittseinkommens
  
- Auf Grundsicherungsniveau waren 2004
  - 89% (West) und 69% (Ost) der Frauen
  - Im Vergleich Männer 37% (West) und 25% (Ost) \*
  
- Die Hälfte aller erwerbstätigen Frauen hat Ansprüche unter 683,- €\*\*
  
- Die niedrigsten Ansprüche im nationalen Vergleich haben Frauen in der Region Weser-Ems – sie erhalten durchschnittlich 652,- €\*\*.

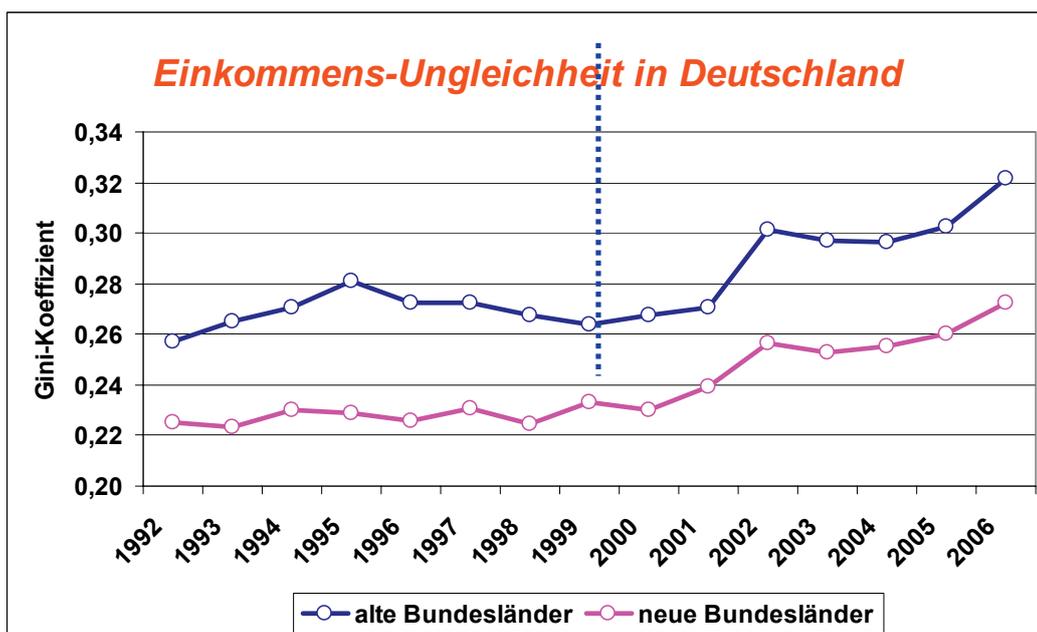
\*Schmähl / 2008; \*\*Raffelhüschen / 2009



### Erforderliche Anzahl an Beitragsjahren zur Deckung des Grundsicherungsbedarfs (2009: 663,-- Euro) mit der Nettorente (Single, Wertebasis 2009)



### Einkommensverteilung: klarer Trend



Quelle: Grabka/Frick 2008

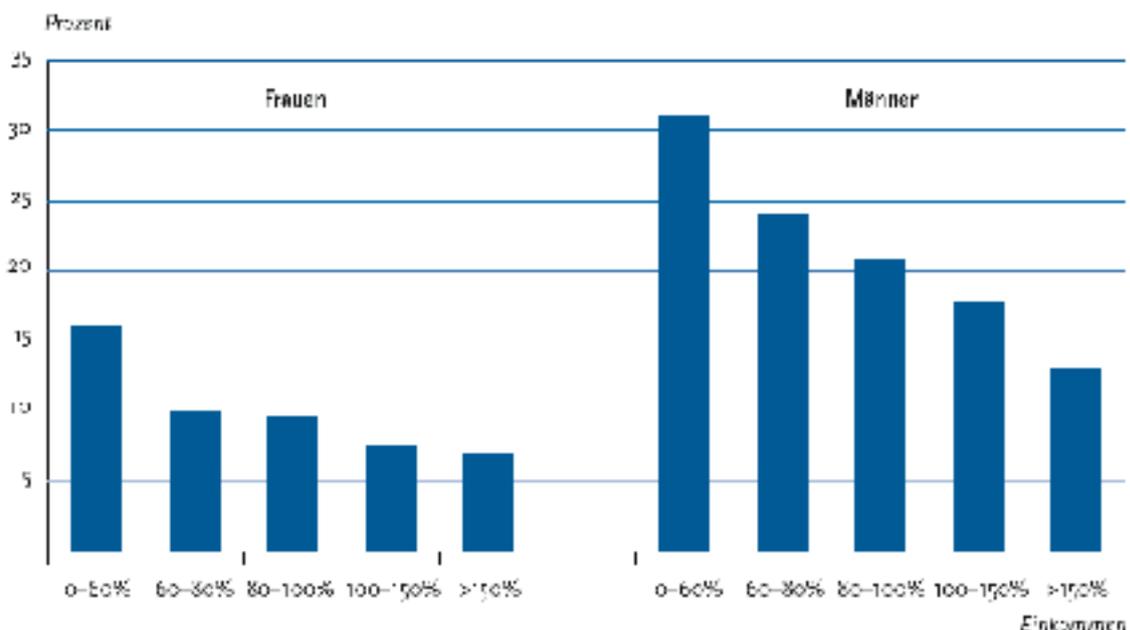
## Armut und Gesundheit

### Sozialstatusbedingte Unterschiede in der Mortalität

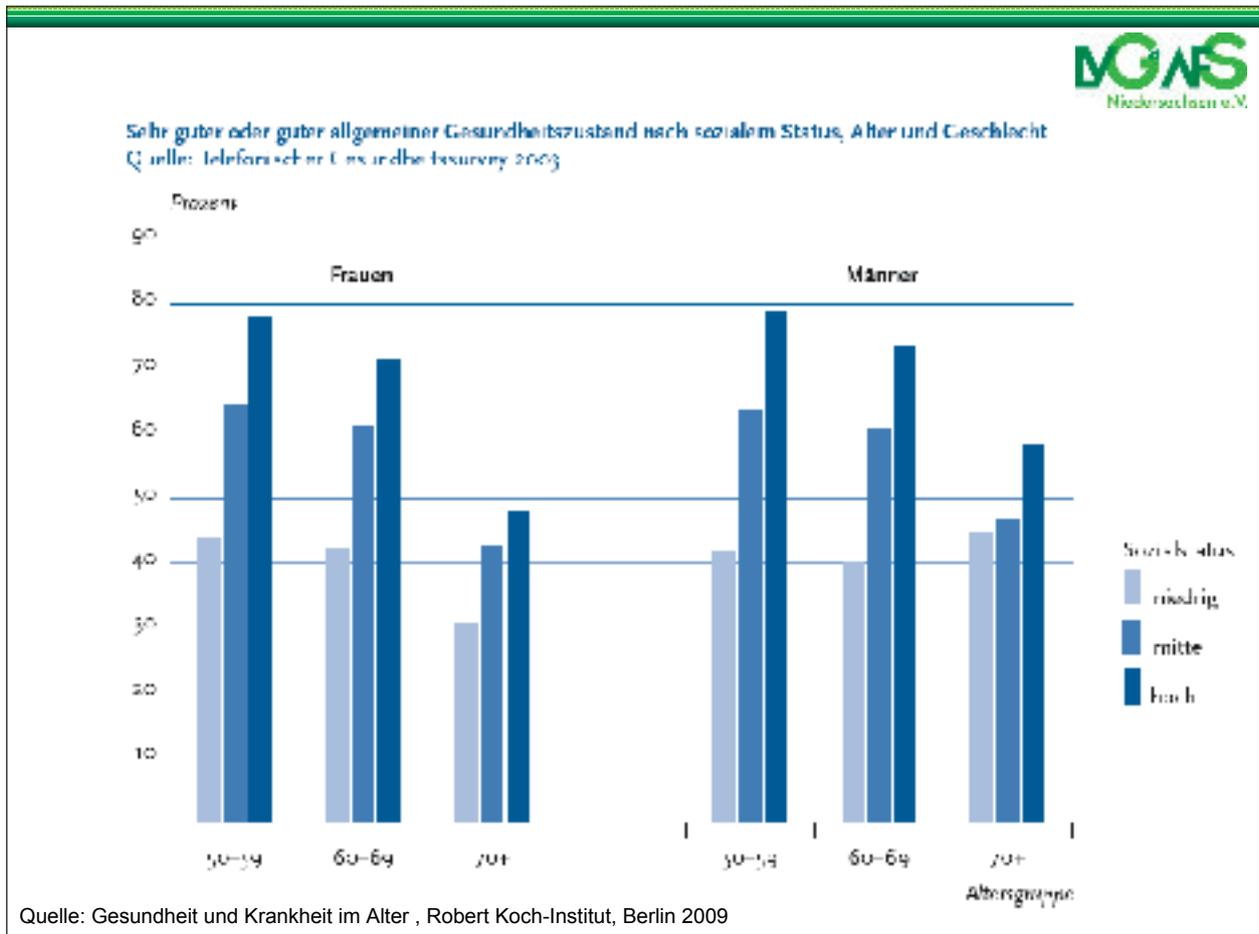
- Die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe betrug bei Männern **10,8** und bei Frauen **8,4 Jahre**
- Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe sterben in der niedrigsten Einkommensgruppe mehr als **doppelt so viele** Männer und Frauen, bevor sie das **65. Lebensjahr** erreicht haben.

Lampert, Kroll, Dunkelberg in APuZ, 42/2007

Vorzeitige Sterblichkeit von Männern und Frauen vor einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen  
Quelle: Sozio-ökonomisches Panel und Periodensterbetafel 1993 bis 2005 [47]



Quelle: Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut, Berlin 2009



**MGMS**  
Niederrhein e.V.

## Alter, Gesundheit und Ungleichheit

- Epidemiologischer Wandel
  - Zunahme chronischer Erkrankungen
- „Junge“ Alte bzw. Hochaltrige
  - In späteren Altersphasen hohes Risiko für Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit, Demenz
- Demenz
  - jährlich hohe Zahl an Neuerkrankungen

Risikofaktor  
Chronische  
Krankheit

Risikofaktor  
Pflegebedürftigkeit

# Gesundheitliche Versorgung - Empirische Ergebnisse -

## Höhere Gefährdung in unterer Statusgruppe

- geringere Teilnahme an Präventionsmaßnahmen
- schlechtere Sanierung kranker Zähne
- weniger Besuche beim Facharzt
- mehr aus Kostengründen 'vermiedene Arztbesuche'
- weniger Zeit beim Gespräch mit dem Arzt (GKV/PKV)
- größere Sorge um künftige Absicherung bei Krankheit
- längeres Warten auf ärztliche Behandlung (GKV/PKV)
- größere Probleme bei Zuzahlungen
- schlechtere Versorgung von Diabetikern, etc.

Ungleiche  
Leistungsvergabe durch  
die  
Versorgungsinstanzen  
(Bücher 2010)

Mentalitäts- und  
Kompetenzunterschiede im  
Umgang mit den Instanzen  
der pflegerischen  
Versorgung (Bücher 2010)

## -Kommunen-

Durch Gesundheitsförderung und Prävention  
nicht erreichte Zielgruppen

Nicht erreichte Gruppe:	Gesundheitsförderung	Sport und Bewegungsförderung
Ältere Migranten	75,6	73,5
Nicht mobile ältere Menschen	57,7	61,4
Sozial benachteiligte/ bildungsferne ältere Menschen	52,6	51,5
Ältere Männer	32,7	25,8
Ältere Menschen mit Seh- und/ oder Hörbehinderung	18,6	20,5
Sonstige	10,9	9,8
Ältere Frauen	4,5	4,5

Quelle: Hollbach-Grömig, Seidel-Schulz in BZgA 2007

## Handlungsempfehlungen

- **Unterstützungsstrukturen aufbauen**
- **Fachkompetenz sichern**
- **Datenlage sichern**



## Rahmenbedingungen fördern

- **Infrastrukturen auf kommunaler Ebene, z.B.**
  - medizinische und pflegerische Versorgung
  - Fahrdienste, mobile Einkaufsmöglichkeiten,
  - haushaltsnahe Dienstleistungen
  - Beratungsangebote
  - zugehende Hilfen
  - städtebauliche Konzepte und Wohnkonzepte
- **Förderung von Nachbarschaftshilfe und freiwilligem Engagement**
  - Aufbau von Unterstützungsstrukturen in der Nachbarschaft
  - Beteiligungsorientiert vorgehen!

Erhalt von  
Autonomie!



## Fördern auf individueller Ebene

- Förderung der Gesundheitskompetenz
- Gesundheitsinformationen verstehen und nutzen
- adäquate Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen
- angemessene Entscheidungen zur Gesundheit treffen



## Handlungshilfe „Gesund älter werden im Stadtteil“

**Thomas Wagemann,  
BKK-Landesverband NORDWEST**

Das Modellprojekt „Gesund älter werden im Stadtteil“ wurde von Mai 2005 bis Dezember 2007 im Auftrag des BKK Bundesverbandes und des BKK-Landesverbandes NORDWEST in Kooperation mit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, vertreten durch das damalige Ministerium für Bauen und Verkehr und das damalige Innenministerium (Abteilung Sport) sowie mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung durchgeführt. Ziel des Modellprojekts war die Erprobung von Zugangswegen zur Zielgruppe älterer, sozial benachteiligter Menschen sowie eines Ansatzes ältere, sozial benachteiligte Menschen, die bisher nicht durch Angebote der Gesundheits- und insbesondere Bewegungsförderung erreicht wurden, in ihrem Lebensumfeld anzusprechen, zu sensibilisieren und zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu aktivieren. Dadurch sollte ein Beitrag zum Erhalt der Selbstständigkeit und Mobilität geleistet werden. Hierzu galt es zum einen die Aktivierung der älteren Menschen zu mehr altersgerechter Bewegung und zum anderen den Aufbau und die Unterstützung von Strukturen und Angeboten in neun ausgewählten Projektstandorten zu erreichen. Zentrales Element zur Schaffung von

Zugangsstrukturen zur Zielgruppe war die Einbindung der Quartiersmanager aus dem Bund/Länder-Programm „Soziale Stadt“.

Um Bedingungen und Schlüsselfaktoren ermitteln zu können, mit denen dieser Ansatz über das Modellprojekt hinaus übertragbar gemacht werden kann, wurden die Entwicklungen in den Interventionsstandorten dokumentiert und evaluiert. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die neue Form der stadtteilbezogenen und zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung in der Vorbereitungs- und Startphase, aber auch im Umsetzungsprozess kein Selbstläufer ist. So gibt es einerseits Akteure, für die Gesundheitsförderung ein neues, weithin unbekanntes Thema ist; auf der anderen Seite gibt es Einrichtungen oder Angebote mit Gesundheitsbezug, die bislang wenig oder nicht den Kontakt mit Älteren suchen. Die Konsequenz: Aktivitäten, wie sie zum „Gesund älter werden“ anstehen, finden umso größeren Anklang bei Institutionen und privaten Organisationen, je eher diese den Bedarf nachvollziehen können und je größer die Unterstützung durch zuständige Stellen und eventuelle Kooperationspartner ist.

Auf der Grundlage der Projektergebnisse wurde daher ein Leitfadentext entwickelt, in dem Handlungsempfehlungen für eine erfolgreiche Bearbeitung der Themen Alter und Gesundheit auf kommunaler bzw. Stadtteilebene gegeben werden.



# Fachtagung "Gesundheit im Alter"

Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung  
am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

**Workshop 3**  
Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten alten Menschen

Handlungshilfe "Gesund älter werden im Stadtteil"

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de





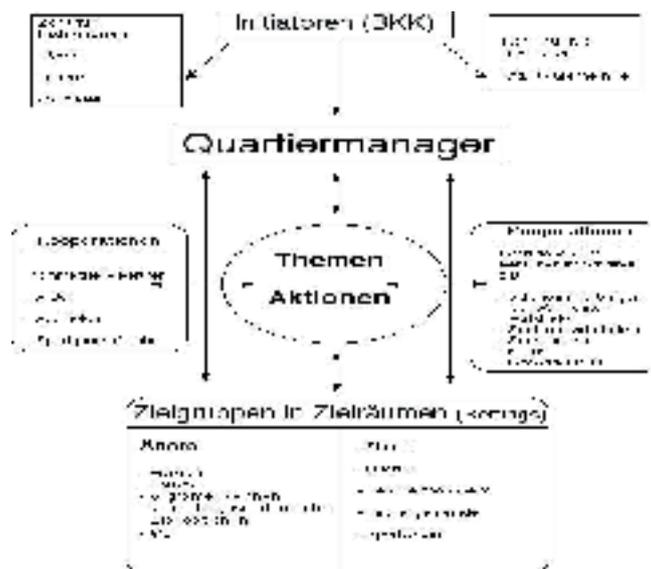
## Projekt "Gesund älter werden im Stadtteil"

<b><u>Laufzeit:</u></b>	Mai 2005 bis Dezember 2007
<b><u>Projektträger:</u></b>	BKK Bundesverband
	BKK-Landesverband NORDWEST
	Ministerium für Bauen und Verkehr NRW
	Innenministerium NRW (Abteilung Sport)
	Landessportbund NRW
<b><u>Projektkoordination:</u></b>	Team Gesundheit GmbH
<b><u>Projektmanagement (Standort):</u></b>	Quartiermanager / Stadtteilbüro
<b><u>Projektstandorte (9):</u></b>	Stadtteile aus dem Bund/Länder-Programm "Soziale Stadt" Aachen Ost, Bergheim Südwest, Bottrop (Ebel, Lehmkuhle, Welheimer Mark, Duisburg (Beek), Essen (Katernberg / Altendorf), Gelsenkirchen (Südost, Bismarck, Schalke Nord), Hamm (Westen), Herne (Bickern, Unser Fritz), Wuppertal Osterbaum
<b><u>Kooperationspartner in den Standorten:</u></b>	Institutionen und Personen im Stadtteil und kommerzielle Partner

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



## Projektstruktur



Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de





## Projektzielgruppe ⇒ ältere sozial benachteiligte Menschen (> 65 Jahre)

### Projektziele:

**Hauptziel** ⇒ Erprobung der Einbindung von Quartiermanagern zur Bildung von Zugangsstrukturen  
(Entwicklung zum "gesunden Setting")

### **Unterziele**

- Aktivierung zu mehr altersgerechter Bewegung und gesundheitsförderlicher Lebensweise
- Schaffung und Unterstützung notwendiger Strukturen und Angebote (Nachhaltigkeit)
- Entwicklung der Standorte (Vernetzung)
- Gewinnung von Kooperationspartnern
- Koordination und Dokumentation der Maßnahmen
- Prozess- und Ergebnisevaluation
- Identifikation von Bedingungen für eine Übertragbarkeit

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



4



## **Unterstützungsinstrumente**

- Gesamtkoordination wurde eingerichtet
- Koordination und Organisation der Aktivitäten durch Quartiermanager
- Kooperation mit Strukturen des organisierten Sports (KSB/SSB)
- Angebote aus dem Programm "Sport der Älteren" und "Mit Haltung in eine neue Lebensphase,,
- Angebote der Wohlfahrtsverbände, Altenhilfe etc.
- Ideenbörse für Angebote (auch Präventionskurse der Krankenkassen)
- Qualifizierung der Quartiermanager (Gesundheitsförderung)
- Workshops für Kooperationspartner
- finanzielle Unterstützung für Projekte (Förderrichtlinien)
- Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit / PR-Maßnahmen

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



5



## Ergebnisse

### • Gewonnene Kooperationspartner (31)

Sport (11)	SSB und Sportvereine
Kirche und Kultur (11)	z. B. Bildungswerke, Kirchengemeinden, Moscheevereine, Seniorennetzwerke
Wohlfahrtsverbände (1)	AWO
öffentl. Institutionen (3)	Verbraucherzentrale, Seniorenbeirat, VHS
kommerzielle Anbieter (4)	z. B. Ärzte, Fitnessstudio

### • Durchgeführte Maßnahmen

Schwerpunkt Sportaktivität	z. B. Nordic Walking, Rückentraining, Fahrrad neu entdecken, Wandertreffen, Sportkurse für Migranten etc.
Schwerpunkt soziales Leben	z. B. Senioreninternetcafé, Theaterspiel, Runder Tisch, Gedächtnistraining etc.
Schwerpunkt Gesundheit	gesundes Frühstück, gesunde Ernährung, Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen (Demenz etc.), Gesundheitszirkel für MigrantInnen etc.

### • Nachhaltige Implementierung von Angeboten an einigen Standorten gelungen

### • 2 Standorte sind während der Projektlaufzeit ausgeschieden

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



6



## Fazit

Der Ansatz der Implementierung gesundheitspolitischer Themen via Quartiermanager in Stadtteilen ist grundsätzlich erfolgversprechend. Allerdings erfordert er einen hohen Personaleinsatz zur Ansprache, Instruierung und Motivation des Quartiermanagements sowie die Unterstützung im politischen Raum. Darüber hinaus sind entsprechende zeitliche Ressourcen des Quartiermanagers und finanzielle Mittel zwingend erforderlich. Zur Gewinnung von Kooperationspartnern sind PR-Instrumente unerlässlich und finanzielle Anreize gefragt. Außerdem sind weitere Parameter zu beachten.

⇒ Handlungshilfe

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



7



## Handlungshilfe

**Empfehlungen / Erfolgsparameter für die Implementierung und Umsetzung einer nachhaltigen, stadtteilbezogenen und zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung**

### 1. Bedarfsbeschreibung und Projektidee

- **Daten zur Sozialstruktur und Morbidität ermitteln**
- **Formulierung der konkreten Projektidee, des Bedarfs, der Handlungsmöglichkeiten und des Nutzens für die Stadt/Kommune**
- **Identifizierung vorhandener Angebote und von Akteuren, die beim Thema Gesundheitsförderung einbezogen werden können**

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: [thomas.wagemann@bkk-nordwest.de](mailto:thomas.wagemann@bkk-nordwest.de)



8



## Handlungshilfe

### 2. Unterstützung der Führungsebene (Politik/Verwaltung) gewinnen

- **Begründung des Nutzens des Konzeptes aus der Perspektive der Verwaltung/Lokalpolitik**
- **zusätzlichen Bedarf an Ressourcen und Personal begründen**
- **Kommunikation mit Politikern und Multiplikatoren im Vorfeld, um so für Unterstützung zu sorgen**
- **verbindliche und belastbare Beschlüsse und Vereinbarungen mit der Leitungsebene der Stadtverwaltung vor Projektbeginn schließen**

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: [thomas.wagemann@bkk-nordwest.de](mailto:thomas.wagemann@bkk-nordwest.de)



9



## Handlungshilfe

### 3. Nutzung vorhandener Strukturen

- Quartiermanager als Organisator, Vermittler, Vernetzer, Impulsgeber und Beschleuniger nutzen

#### Voraussetzungen

##### *Fachliche Ebene:*

- fachliche Qualifizierung der Quartiermanager in puncto "Gesundheitsförderung" sicherstellen (Unterstützung durch Krankenkasse!?)

##### *Organisatorische Ebene:*

- Beantragung eines förmlichen Beschlusses bei der Verwaltung / Politik, damit "Gesund älter werden" als Aufgabe im städtischen Interesse und durch offizielle Weisung an die Quartiermanager erfolgt
- Organisation der zusätzlichen Ressourcen und Kapazitäten des Quartiermanagers

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



10



## Handlungshilfe

### 4. Identifizierung der Projekt-/Kooperationspartner

- Erstellung einer symbolischen "Stadtteilkarte", die einen Überblick zu allen Institutionen, Terminen und Personen, deren Kompetenz, Ressourcen und Strukturen gibt (z. B. Ärzte, Apotheker, Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbände, Krankenhäuser, Wohnungsbaugesellschaften etc.)
- Identifizierung von Personen aus diesen Bereichen als Multiplikatoren und Akteure
- Analyse der Interessen (oder Verpflichtungen) der potenziellen Partner an einer Beteiligung am Projekt (Argumente formulieren)

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



11



## Handlungshilfe

### 5. Durchführung eines Workshops im Stadtteil

- Organisation am zentralen Ort im Stadtteil
- Einladung an alle potenziellen Partner
- Überzeugende Darstellung des Bedarfs, Nutzens und Machbarkeit der Projektidee

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



12



## Handlungshilfe

### 6. Arbeitsplan für den Workshop / Fragen:

- Welche zielgruppengerechten Angebote gibt es schon oder können angepasst werden?
- Wer hat den direkten Zugang zur Zielgruppe?
- Wie kann die Zielgruppe außerdem erreicht werden?
- Welche Räume/Veranstaltungsorte sind nutzbar?
- Welche Kommunikationswege können genutzt werden?
- Welche speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe (Mobilität, Sprachkenntnisse, Kultur) müssen bei der Maßnahmeplanung berücksichtigt werden?
- Welche personellen, sachlichen oder finanziellen Ressourcen stehen seitens der Akteure zur Verfügung?
- Wie und durch wen kann die Aufmerksamkeit für das Projekt geweckt werden?
- Wer kann Kurse oder Maßnahmen durchführen (Qualifikation)?

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



13



## Handlungshilfe

### 7. Umsetzung / Struktur / Maßnahmen

- Wer ist Projektträger (Stadtteilbüro, Wohlfahrtsverband etc.)?
- Organisationsstruktur und Verantwortlichkeiten (Projektleitung, Steuerungsgremium, Gesundheitszirkel der Akteure) festlegen
- Finanzierung organisieren (Mischfinanzierung ⇒ Gemeinschaftsaufgabe)
- Dokumentation / Evaluation
- Kein starrer Maßnahmenkatalog sinnvoll, da die Maßnahmen / Angebote mit gesundheitsförderlicher Ausrichtung abhängig von der jeweiligen Bevölkerungs-, Sozial- und Infrastruktur sind (Partizipation)
- Beispiele für zielgruppenspezifische Angebote sortiert nach: Zielgruppe/Akteure/Maßnahmen/Orte/Materialien/Sonstiges (s. Handlungshilfe)

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



14



#### Bezugsquellen:

**Papierversion (0,50 € Stk.):**

<http://www.bkk.de/tns/service/medienshop/mehr-gesundheit-fuer-alle/gesund-in-der-2-lebenshaelfte/>

**Download:**

<http://www.bkk.de/versicherte/mehr-gesundheit-fuer-alle/aelter-werden-und-gesund-bleiben/gesund-aelter-werden-im-stadtteil/>

Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: thomas.wagemann@bkk-nordwest.de



15



**Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben**



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

*Thomas Wagemann, BKK-Landesverband NORDWEST,  
Tel: 0201 / 179-1608, E-Mail: [thomas.wagemann@bkk-nordwest.de](mailto:thomas.wagemann@bkk-nordwest.de)*

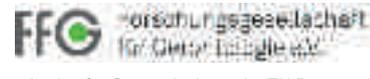


## Gesund leben und älter werden in Eving

**Katharina Lis,  
TU Dortmund**

Mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Gesund leben und älter werden in Eving“ werden die Ziele des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten aufgegriffen. Das umfassende Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines integrierten Konzeptes der Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit höheren sozialen, personalen und gesundheitlichen Risikofaktoren, die von bestehenden gesundheitsfördernden Angeboten kaum bis gar nicht erreicht werden. Als Zielgruppen wurden ältere Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, mit Migrationshintergrund und mit Mobilitätseinschränkungen identifiziert. Angelehnt an den Setting-Ansatz sollen die Zielgruppen in ihren Lebensbezügen erreicht werden, um deren Lebensverhältnisse

gesundheitsförderlich zu gestalten und ihre durch die soziale Lage bedingten schlechteren Gesundheitschancen zu verbessern. Um die Teilnahme sozial benachteiligter Älterer an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erhöhen, werden bedarfsgerechte Angebote entwickelt, mit denen Zugangsbarrieren wie Motivations-, Identifizierungs- und Verständigungsprobleme sowie der Mangel an finanziellen Ressourcen überbrückt werden.



Institut für Gerontologie an der TU Dortmund



## Gesund leben und älter werden in Eving Workshop: „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen“

Katharina Lis | Düsseldorf, 10.02.2011

## Hintergrundinformationen zum Projekt

- **Laufzeit:** August 2008 bis Februar 2011
- **Finanzielle Förderung:** Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- **Förderkontext:** Mit der Förderinitiative „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ werden die Ziele des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten aufgegriffen und stellen einen wichtigen Beitrag zu dessen Umsetzung dar.

2

## Zielsetzung des Projektes „Gesund leben und älter werden in Eving“

Veränderung des Gesundheitsverhaltens älterer Personen

- durch die Entwicklung bedarfsgerechter niedrigschwelliger Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie durch Stärkung von Gesundheitsressourcen (Verhaltensprävention).
- durch die Verortung gesundheitsfördernder Maßnahmen unmittelbar in der Lebenswelt älterer Menschen, um diese in ihren Lebensbezügen zu erreichen und eine gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse zu initiieren (Verhältnisprävention).

3

## Zielgruppen

### Ältere Menschen

- mit niedrigem sozioökonomischem Status
- mit Migrationshintergrund
- und/oder mit Mobilitätseinschränkungen

4

## Setting

- Nördlicher, ehemals durch Zechenbau geprägter Stadtbezirk in Dortmund, der einem Strukturwandel unterliegt
- Vielfältige Infrastruktur, jedoch Lücken und Handlungsbedarf im Hinblick auf Gesundheitsförderung und gesundes Altern

### Bewohnerstruktur

- 36.137 EW
- ca. 20% über 65 Jahre
- 26,4% mit Migrationshintergrund
- 13,5% arbeitslos
- etwa 19% Empfänger von SGBII-Leistungen

5

## Bedeutung des Settings Stadtteil

- Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden im Stadtteil verortet, da für ältere Menschen die unmittelbare Wohnumgebung und somit der Stadtteil als Lebenswelt eine zentrale Rolle einnimmt
- Noch bedeutsamer wird der kommunale Bezug vor allem für ältere Menschen, die durch gesundheitliche Probleme in ihrer Mobilität eingeschränkt oder aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen beeinträchtigt sind
- Somit kann der Stadtteil einen geeigneten Zugang für ältere Menschen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen bieten

6

## Strukturbildung und Vernetzung

- Um Maßnahmen der Gesundheitsförderung – zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Zielgruppen – zu entwickeln und diese abgestimmt sowie nachhaltig im Stadtbezirk zu verankern, wurden bereits bestehende Strukturen vor Ort genutzt.
- Die Steuerungsgruppe (IfG, Seniorenbüro, Städt. BZ, Präventionszentrum, Interkultureller Treff) hat sich mit weiteren Akteuren (z.B. Ärzten, Apothekern, Vertreter/innen von Vereinen, usw.) aus dem Stadtbezirk vernetzt.
- Gemeinsam wurden strukturelle Voraussetzungen wie z.B. Arbeitsstrukturen geschaffen und Zielsetzungen vereinbart.

7

## Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

- Bestandsanalyse des Angebotsspektrums im Stadtbezirk (Ist-Zustand)
  - Bedarfsermittlung seitens der Zielgruppen (Befragungen der Zielgruppen und deren Vertreter/innen)
- ➔ Festlegung von Handlungsbedarfen
- Sensibilisierung für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen
  - Vermittlung eines positiven Altersbildes (Empowerment)

8

## Umsetzung des Konzepts gesundheitsfördernder Maßnahmen

- Vorab: Festlegung von Kriterien wie z.B. zugehender Ansatz, Niedrigschwelligkeit, Sicherung von Zugängen, Vermeidung formaler Barrieren, niedrige Kosten, Nachhaltigkeit, usw.
- Organisation und Durchführung von über 30 Kurse zum Thema Bewegung, Gesunde Ernährung und Stressbewältigung
- Durchführung von Gesundheitstage und Vorträgen zu verschiedenen Gesundheitsthemen

9

## Evaluation und Qualitätssicherung

- Evaluation aller Maßnahmen durch das IfG
- Die Evaluation führte zu einer Optimierung und Erweiterung des Angebotsspektrums.
- Auf Basis der Ergebnisse wurde das Konzept erneut an die Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppen angepasst.
- Qualitätskriterien waren z.B. Partizipation der Zielgruppe, Passgenauigkeit der Angebote, Zugänge zu Angeboten, Nachhaltigkeit
- Die Kurse wurden von den TN positiv beurteilt.
- Es gibt einen Wunsch nach Fortsetzung.

10

## Schaffung nachhaltiger Strukturen

- Antragsstellung auf die Fortführung bewährter Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Krankenkassen und dem Landesministerium.
- Entwicklung einer Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Stadtteil.
- Verankerung des Themas Gesundheitsförderung als Handlungsfeld im Stadtbezirk (Runder Tisch „Netzwerk Senioren“).
- Erstellung eines Handbuchs mit Handlungsempfehlungen für die Praxis.

11



## Workshop 4: Kultursensible Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten

### Kulturelle Vielfalt – Chance und Herausforderung

**Heike Reinecke,**  
**MGEPA NRW**

In Nordrhein-Westfalen leben 4,1 Mio. Menschen, die einen Zuwanderungshintergrund haben. Im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ist der der über 65-Jährigen zwar deutlich geringer, mit dem demographischen Wandel wird sich aber auch die Altersstruktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund verschieben – die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten wird steigen. Trotz eher geringer Datenlage ist erkennbar, dass vor allem Arbeitsmigrantinnen und -migranten häufig einen schlechteren Gesundheitszustand und ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen. Ältere Migrantinnen und Migranten haben bestehende Dienste und Angebote aber teilweise noch wenig für sich erschlossen. Liegt es „nur“ an mangelnder Kenntnis über das Gesundheits- und Pflegesystem, seine Angebote und die jeweiligen individuellen Leistungsansprüche? Oder sind auch sprachliche und kulturelle Barrieren ursächlich – entsprechen die bestehenden Angebote überhaupt den Bedürfnissen von Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund? Wenn wir in diesem Zusammenhang von der Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung des Gesundheits- und Pflegesystems sprechen – was heißt das konkret? Diesen Fragen soll sich der Workshop nähern.

### Aktives Altern – Gesundheitsförderung und Prävention bei Senioren mit Migrationshintergrund

**Dr. Arif Ünal,**  
**Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln**



## **Aktives Altern – Gesundheitsförderung und Prävention bei Senioren mit Migrationshintergrund**

**10. Februar 2011  
Düsseldorf, Hotel MutterHaus**

Arif Ünal, Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln



## **Gesundheitszentrum für MigrantInnen**

**GÖÇMENLER SAĞLIK MERKEZİ**

**Центр "Здоровье" для  
Мигрантов**

**Schaafenstr. 7**

**50676 Köln**

**Tel.: 0221/42 03 98 0**

**Mail: [gesundheitszentrum@paritaet-nrw.org](mailto:gesundheitszentrum@paritaet-nrw.org)**



## Ziele des Gesundheitszentrums

- Die MigrantInnen über bestehende Gesundheitsangebote zu informieren, beraten und weiterzuvermitteln.
- Gesundheitsversorgung der MigrantInnen durch eigene Angebote zu verbessern.
- Die Fachkräfte fort- und weiterzubilden.
- Die MigrantInnen in die öffentliche Gesundheitsdienste zu integrieren.

## Aufgabenbereiche :

- ✓ Präventionsarbeit.
- ✓ Medizinische und psychologische Beratung.
- ✓ Nachsorge (Betreutes Wohnen.)
- ✓ Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte.
- ✓ Koordination und Vernetzung.
- ✓ Stärkung der Selbsthilfe.
- ✓ Öffentlichkeitsarbeit.
- ✓ Case-Management

## Daten aus dem Mikrozensus 2005

- **15,3 Mio/19%** Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland
- Bei den unter 5jährigen stellen sie knapp 1/3 der Bevölkerung
- In 24,5% aller Ehen hat mindestens ein Partner einen Migrationshintergrund



## Prognose

- „Unsere nachwachsende Generation wird in zehn zwanzig Jahren mehrheitlich einen Migrationshintergrund haben. Wir werden **andere Deutsche** haben als die, die wir heute haben.“  
(Strohmeier 2003)



## Migration in Zahlen/Ältere Flüchtlinge.

- Heute sind **1,8 Millionen Menschen, d.h. ca. 9% der Menschen mit Migrationshintergrund über 60 alt.**
- Nach Angaben der **UNHCR** waren 2007 ca. **42 Millionen Menschen** auf der Flucht vor Krieg, Gewalt, Verfolgung, Folter, Menschenrechtverletzungen und Armut.
- **Jeder zehnte Flüchtling ist älter als 60 Jahre.**



## Ältere MigrantInnen – eine wachsende Bevölkerungsgruppe

- Zunehmend kommen die ersten Generationen der ArbeitsmigrantInnen in das Rentenalter. Mitte der 90er Jahre lebten etwa 500.000 MigrantInnen im Alter von 60 in Deutschland.
- Für das Jahr 2030 werden etwa 2,8 Millionen ältere MigrantInnen prognostiziert.



## Sie sind eine heterogene Gruppe

- Menschen mit Migrationshintergrund gehören verschiedene Kulturen, Welten an. Je nach Geschlecht, Persönlichkeit, Alter, Beruf, Milieu, Aufenthaltsstatus Erlebnishintergrund (freiwillige oder erzwungene Migration) und Möglichkeiten entwickeln sie ihre einzigartige Lebenswege..
- Es gibt Flüchtlinge, ArbeitsmigrantInnen, AsylbewerberInnen, SpätaussiedlerInnen. Es gibt HeiratsmigrantInnen, die kaum deutsch sprechen, oder die in Deutschland geborene Tochter vietnamesischer oder Iranischer Eltern, die in Jura promoviert. Hochqualifizierte Green-Card-Zuwanderer oder Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus.



## Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter

- Insbesondere 50-60 jährige Männer mit Migrationshintergrund klagen nach erfahrenen und empfundenen Ablehnungen im Lebenslauf, über zunehmende Gefühle der Selbstentwertung und depressive Versagensängste am Ende ihres Arbeitslebens.
- Bundesweit sind zu wenige Fakten über die Gesundheit und Pflegebedürftigkeit von MigrantInnen bzw. Flüchtlingen bekannt.



## Altern

- Das Altwerden bringt vielerlei Veränderungen mit sich
- Man kann sich zur Ruhe setzen, den Ruhestand genießen, Dinge tun, für die man sonst nie Zeit hatte.
- Einige der alten Menschen bereiten sich auf den Lebensabschnitt „Pensions-Ruhestand“ vor. Sie haben persönliche Ziele und Pläne wie: Reisen, Hobbys, Haus renovieren, Kindern bei Hausbau helfen, Gartenarbeit, Enkelkinder beaufsichtigen
- Aber auch weniger willkommene Veränderungen treten ein: Vitalität und Gesundheit lassen stetig nach, körperliche Gebrechen nehmen zu.



## Altern

- Generelle Umstände des Alterns gelten auch für die älteren MigrantInnen. Es gibt aber einige Besonderheiten, die das Altersdasein in der Migration negativ beeinflussen, wie z.B. **niedrigeres Einkommen, Wohnungsqualität, somatischer und psychischer Gesundheitszustand, Bildung, Ernährung, Freizeitaktivitäten usw.**
- Qualitative Analysen der Gesundheitszustände älterer MigrantInnen zeigen tiefe Auswirkungen der Arbeits- und Migrationsbelastungen auf die MigrantInnen. Diese sind häufiger als Deutsche von chronischen Krankheiten betroffen

## Kultur und Alter

- In der westlichen Welt wird der Mensch mit dem Ende der Berufstätigkeit, d.h., ab 65 Jahren, als alt bezeichnet.
- In anderen Ländern wie z.B. in China oder Japan wird der Mensch bereits mit 50 als alt bezeichnet.
- Entsprechende Versorgungseinrichtungen wie Heime, geriatrische Kliniken und Tageskliniken fühlen sich ab diesem Alter für sie zuständig.



## Besonderheiten des Alterns in der Migration

- Da die Gestaltungsmöglichkeit des Lebens u.a. stark von materiellen und gesundheitlichen Ressourcen abhängig ist, haben ältere MigrantInnen weniger Möglichkeiten, auf sie zurückgreifen, da diese Ressourcen beschränkt sind.
- Besonders die erste Generation hat sich sehr stark über die Arbeit definiert. Deshalb fällt es ihnen unheimlich schwer, das Leben nach dem Erwerbsleben zu genießen und ihre Freizeit altersgemäß zu gestalten. Sie haben sehr wenige gesundheitliche sowie materielle Ressourcen.

- Eine migrationsbiographische Studie in Heidelberg zeigte z.B., dass ältere MigrantInnen sich im Alter ausschließlich im Haushalt, bei der Unterstützung der Familie sowie bei Ausübung der religiöser Pflichten sehen.
- Begriffe wie Freizeit, kennen ältere MigrantInnen z.B. aus der Türkei gar nicht. Freie Zeit wird als negativ angesehen.

- In vielen Kulturen wird dem alten Menschen häufig positiven Eigenschaften zugesprochen wie: Er/Sie ist erfahren oder weise. Er wird mit dem größten Respekt behandelt und gilt als „Oberhaupt“ der Familie.
- Das positive Altersbild ist in kulturellem Gebot verankert, das die Achtung vor und die Pflege der alten Menschen als Pflicht und Ehre der Familienmitglieder vorsieht.

## Alt werden in dem fremden

- In Deutschland alt zu werden und den Lebensabend hier zu verbringen war und ist immer noch nicht Teil der Lebensplanung der Mehrheit der MigrantInnen. Die Rückkehrentscheidung wurde immer wieder verschoben.
- Im Moment ist das **Pendeln zwischen Migrations- und Herkunftsland** eine beliebte Form der Gestaltung des RentnerInnendaseins, solange sie mobil sind und genügend finanzielle Mittel vorhanden sind. Ein bisschen dort, ein bisschen hier:
- Bei älteren MigrantInnen herrscht die Ambivalenz in die alte Heimat zurückkehren zu wollen oder in der neuen Heimat zu bleiben. Nicht allen gelingt eine befriedigende Problemlösung.

## Rückkehr

- Es ist eine Tatsache, dass die alten Menschen sehr gerne in ihre Heimat zurückkehren möchten. Sie sind fixiert auf den Ort, auf das Haus ihrer Herkunft. "Die alten Leute wollten, zu Hause' sterben und in ihrer Heimat begraben werden."
- Die Flüchtlinge haben faktisch nicht die Möglichkeit in ihren Heimatländer zurückzukehren.

## Angebote



## Angebote

- Es gibt Bildungskonzepte und Angebote für Senioren, die aber den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen mit Migrationshintergrund nicht entsprechen. Z.B. Seniorenreisen, Kaffeefahrten, Sommerkurse, Altersuniversitäten, Sportliche Angebote.
- Flüchtlinge mit wenig oder gar keinem Deutsch, die in die Jahre kommen sind, bleiben im Alter eher unter sich. Man findet sie somit in Teestuben, auf Parkbänken, in Gebetshäusern, Kaffees oder im Rahmen ihrer Familien.

## Angebote

- Der Besuch einer Kirche oder Moschee, wird zum Ort der Begegnung und des Trostes.
- Angebote sollten sich an den Lebensentwürfen und Wünschen älterer MigrantInnen orientieren, in Form von: Spiele der Heimat, Tavla-Backgammon, Mensch ärgere dich nicht, Tänze.
- Besonders in den Bereichen; Bewegung, Ernährung, kulturelle Aktivitäten, Freizeit Angebote entwickelt werden.





Danke für Ihre Aufmerksamkeit



 **DER PARITÄTISCHE**  
PARISOZIAL KÖLN

## Demenz & Migration: Demenzservicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

**Elena Maevskaya,**  
**Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte**

Die Landesinitiative Demenz-Service NRW bietet mit über 2000 Angeboten, Initiativen, Diensten und Einrichtungen in NRW Unterstützung bei Demenz für Betroffene und Angehörige. Die zentralen Akteure im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW sind 12 Demenz-Servicezentren, die regional eingebunden sind.

Darüber hinaus gibt es das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, das sich im Unterschied zu den anderen Demenz-Servicezentren ausschließlich dem Themenspektrum „Demenz und Migration“ widmet und für ganz NRW zuständig ist. Das Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte wird vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und den Landesverbänden der Pflegekassen gefördert.

Ziel des Demenz-Servicezentrums für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ist die Verbesserung der häuslichen Versorgung demenziell erkrankter Migrantinnen und Migranten und Unterstützung der Angehörigen.

Die Menschen mit Zuwanderungsgeschichte können in gleicher Weise von dementiellen Erkrankungen betroffen

sein wie die Deutschen. Die Krankheit kennt keine ethnischen Grenzen.

Sie können aber leider auf ein existierendes Unterstützungsnetzwerk nicht in gleichem Maße wie die Deutschen zurückgreifen. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. Es geht nicht nur um die mangelnden Deutschkenntnisse der älteren Migrantinnen und Migranten, sondern auch darum, dass die hier erlernte deutsche Sprache verloren geht, da das Kurzzeitgedächtnis von Demenz betroffen ist. Die Muttersprache, die das Langzeitgedächtnis gespeichert hat, bleibt allerdings länger erhalten. Ereignisse aus der Heimat werden oft mit Erinnerungen aus Deutschland vermischt.

Die größten Schwierigkeiten sind die Informationsdefizite bei den Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und die Tatsache, dass es kaum oder keine angepassten Unterstützungsangebote gibt, die dringend gebraucht werden.

In diesem Zusammenhang ist es eine wichtige Aufgabe, einerseits den Bedarf der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu erkennen, andererseits die Unterstützungsangebote an die Bedürfnisse der demenziell erkrankten Migranten und Migrantinnen anzupassen.

Gleichzeitig ist es erforderlich, die Strukturen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe zu dem Thema „Demenz und Migration“ zu sensibilisieren, die neuen Initiativen anzuregen, die Fachkräfte und Interessierte zu beraten, sowie interkulturelle Öffnungsprozesse der bestehenden Einrichtungen zu unterstützen.

## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

### Demenz und Migration

Fachtagung: Gesundheit im Alter  
Düsseldorf, 10. Februar 2011



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGERINNEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)



## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

Deutschland - 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen mit  
Demenz

NRW- 300.000

Diese Zahl wird sich bis zum Jahr 2050 mehr als  
verdoppeln (laut Radzey).

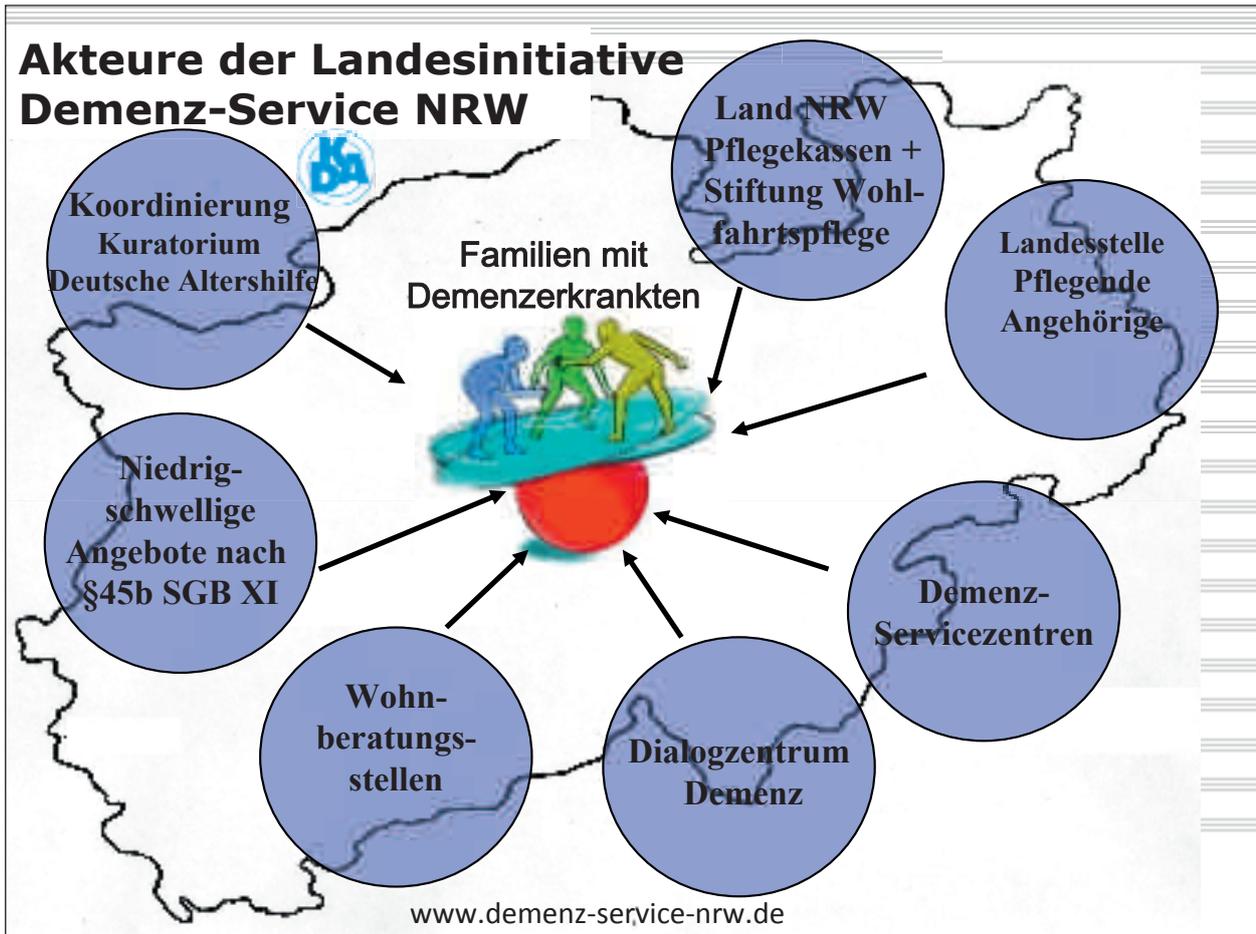
Bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte kann  
bundesweit (Stand: 2009) von ungefähr 120.000 an  
Demenz erkrankten Menschen ausgegangen werden.



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGERINNEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)





### Einzugsbereiche der Demenz-Servicezentren NRW

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

**Das Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, zuständig für ganz NRW**

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

Demnzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund sind eine bislang bundesweit vernachlässigte Gruppe, die bisher nicht im Fokus der Demenzforschung, der Versorgung, der Unterstützung leistenden Institutionen und der Gesundheitspolitik stand.

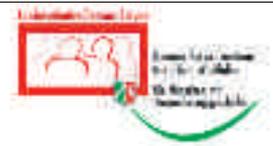


LANDESVBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)



## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

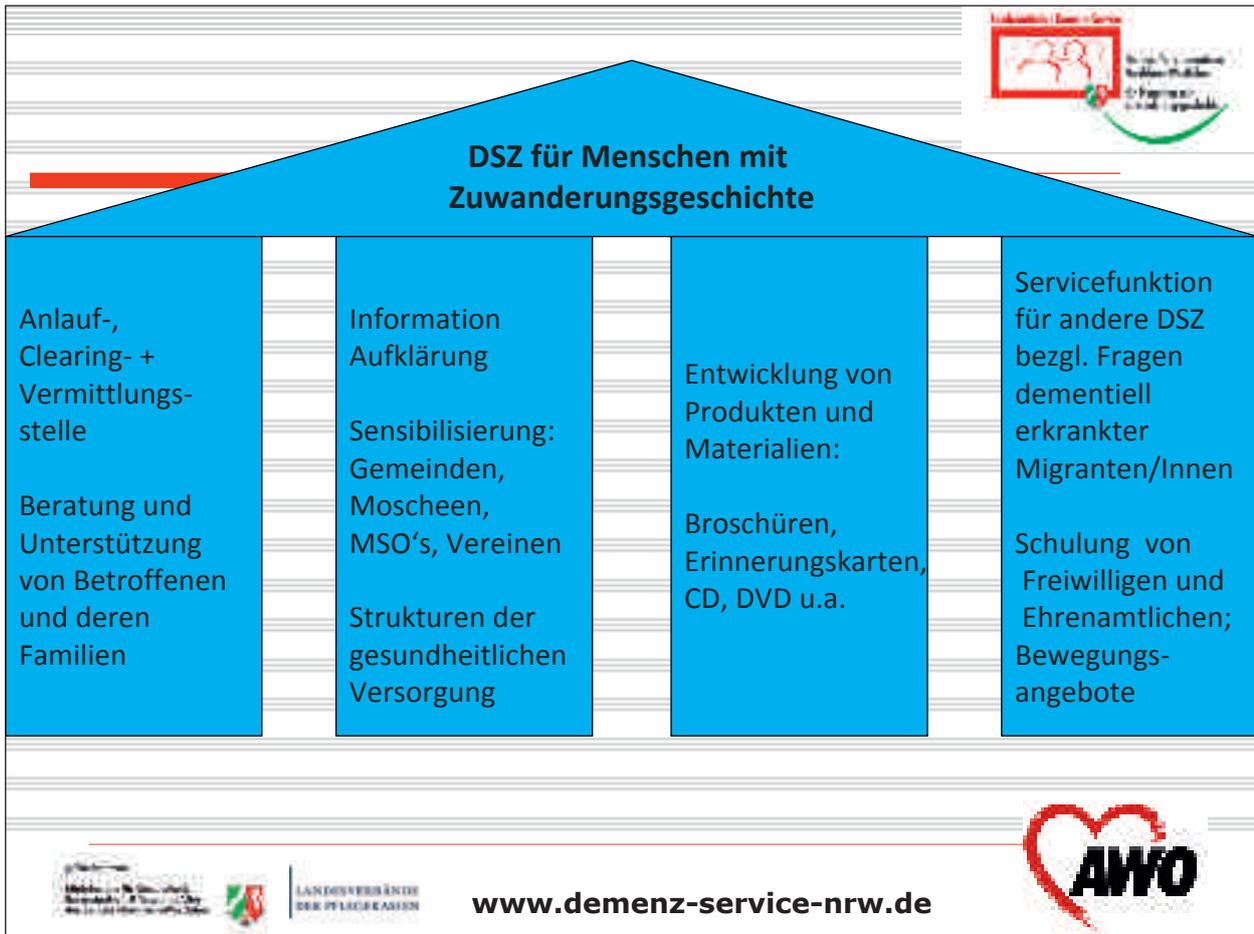
Migranten können in gleicher Weise von Demenz betroffen sein wie auch Deutsche:  
so wird bundes- und weltweit von 5-7% der Bevölkerung über 65 Jahren ausgegangen, d.h.  
in Deutschland ungefähr 120.000 an Demenz erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund



LANDESVBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)





## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

### Erfahrungen

- mangelnde Deutschkenntnisse bei älteren Migranten und krankheitsbedingter Rückfall in die Muttersprache
- fehlende bzw. vorurteilsbehaftete Kenntnisse über die Demenzkrankheit bei Migrantinnen und Migranten
- kein direkt erlebtes Bild vom Altwerden in Deutschland
- die Versorgung von erkrankten Familienmitgliedern überwiegend in den Familien

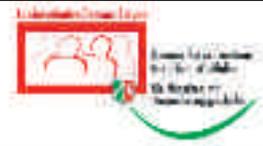


LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)



## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

### Erfahrungen

- fehlende Test- und Diagnoseverfahren für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
- kaum vorhandene muttersprachliche Informationen sowie Therapie- und Unterstützungsangebote
- oftmals fehlende interkulturelle Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Institutionen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens
- hohe Zugangsbarrieren der bestehenden Angebote



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)



## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

### Besonderer Unterstützungsbedarf und erste Lösungsansätze

- kulturell angepasste Informations- und Aufklärungsmaterialien
- kulturell angepasste Pflege und Versorgung
- Aufbau von Betreuungsgruppen mit muttersprachigem Betreuungspersonal
- Schulungsangebote für Ehrenamtliche zu muttersprachlichen Senioren-/Demenzbegleitern
- Schaffung von bisher fehlenden Versorgungsketten



LANDVERBÄNDE  
DER PFLEGERINNEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)



## Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte



[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

### Fazit

- Demenz- ein tabuhaftes und kein ausführlich behandeltes Thema
- Ressourcen von Migranten
- auf die Bedürfnisse der älteren demenziell erkrankten Migranten und ihren Angehörigen zugeschnittene spezifische Angebote



LANDVERBÄNDE  
DER PFLEGERINNEN

[www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)



## Workshop 5 - Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen

### Regionale Netzwerke Pflege

**Günther Pauli,**  
**Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH**

In der Städte-Region-Aachen existieren auf verschiedenen Ebenen Zusammenschlüsse bzw. Kontakte formeller und informeller Art, die regionale Netzwerke nutzen und profilieren. Regionale Netzwerke leisten somit einen Beitrag zum optimierten Austausch der Erfahrungen unterschiedlicher Strukturen und Projekte.

- ▶ Kollegialer Austausch der Heimleitungen untereinander (informeller Heimleiterstammtisch) mit gemeinsamen Aktivitäten, auch über den beruflichen Rahmen hinaus (z.B. „nährisches Pflegefestival“)
- ▶ Von der AOK-Rheinland/Hamburg, Regionaldirektion Kreis Aachen, als größter Pflegekasse in der Region initiierte gemeinsame Fortbildungen und Beratung. („Gemeinsam geht es besser“ Angebote für pflegende Angehörige)
- ▶ Amt für Altenarbeit als anerkannter und etablierter Partner in der Aus- und Fortbildung der Altenarbeit im Kreis Aachen
- ▶ Pflegeportal: [www.pflege-regio-aachen.de](http://www.pflege-regio-aachen.de)

Mit dem Amt für Altenarbeit berücksichtigt die Städtere-gion die Belange alter Menschen in besonderer Weise dadurch, dass eine eigenständige Organisationsein-

heit eingerichtet wurde. Derzeit setzt sich das Amt für Altenarbeit zum Ziel, den Prozess des Alt-Werdens zu unterstützen und die hierfür förderlichen Rahmenbedin-gungen im Rahmen seiner Möglichkeiten mit zu gestal-ten. Die Leistungen des Amtes für Altenarbeit sollen dazu dienen, möglichst günstige Voraussetzungen und Bedingungen für das Älterwerden zu schaffen und Hilfen sowohl für das Altwerden als auch für das Altsein zur Verfügung zu stellen. Das Amt versteht sich in Teil-bereichen als Service- und Koordinationsstelle für die Belange älterer, allerdings nicht nur pflegebedürftiger, Menschen. Seine Aufgaben sind:

- ▶ Wohnberatung im Kreis Aachen.
- ▶ Förderung von Wohnraumanpassungen, Altenerho-lungen und komplementäre Dienste.
- ▶ Geschäftsführung von Seniorenbeirat und Pflegekon-ferenz des Kreises Aachen.
- ▶ Interessenvertretung für Senioren und Seniorinnen im Kreis Aachen durch den Ombudsmann.
- ▶ Ausbildung von examinierten Altenpflegerinnen und Altenpflegern (Fachseminar für Altenpflege).
- ▶ Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mit-arbeiter in der Alten- und Krankenpflege.
- ▶ partielle Kurse für pflegende Angehörige.

## Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende – „Neuheit für Pflege“

**Alexandra Daldrup,  
Unfallkasse NRW**

Wer Familienmitglieder pflegt, leistet wichtige aber auch extrem belastende Arbeit. Die Folgen sind oftmals körperliche und psychische Beschwerden bei den pflegenden Angehörigen selbst. Hilfsangebote nehmen sie wenig in Anspruch. Die Unfallkasse NRW hat deshalb das Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende „Neuheit für Pflege“ ins Leben gerufen. Das ist bislang einmalig in Deutschland.

Allein in Nordrhein-Westfalen pflegen hunderttausende Familienmitglieder ihre Angehörigen. Ohne ihr Engagement wäre das gar nicht möglich. Damit entlasten sie die öffentlichen Haushalte und Sozialsysteme. Jedoch wissen Experten: „Pflegende Angehörige sind hierbei oft stärker und ganz anders belastet als Pflegeprofis“. Ängste und Sorgen, die Vereinbarkeit der Pflegetätigkeit mit dem eigenen Beruf, bürokratische Hürden: Das lastet auf den Betroffenen - und gipfelt oft in eigenen Beschwerden.

„Mit dem Projekt „Neuheit für Pflege“ soll die psychische und körperliche Gesundheit der Angehörigen geschützt und dadurch in ihrem Engagement weiter gestärkt werden. Schon jetzt stehen die pflegenden Angehörigen als nicht erwerbsmäßig Pflegende unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Gemeinsam mit den Städten Dortmund und Solingen, der Barmer Ersatzkasse sowie der Landesstelle pflegender Angehöriger und

dem Arbeitsausschuss Gesundheitswesen der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (LAG) will die Unfallkasse NRW neue Wege gehen, um die Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu erhalten, fördern und/oder wiederherzustellen.

Welche Angebote gibt es für pflegende Angehörige? Wie können Sie gebündelt werden? Wo gibt es Bedarf? Und: Wie können die pflegenden Angehörigen besser erreicht werden? Diese und andere Fragen will das Netzwerk in den Modell-Städten beantworten. „In Dortmund und Solingen wollen wir eng mit den örtlichen Akteuren wie den lokalen Pflegeberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen zusammen arbeiten“, „Darüber hinaus möchten wir von den pflegenden Angehörigen konkret erfahren, in welchen Bereichen sie Probleme sehen und was sie sich für Unterstützungsmöglichkeiten/Angebote wünschen.“

Ziel ist es, den pflegenden Angehörigen eine Anlaufstelle zu bieten, wo sie alle Informationen finden. „Dazu werden bereits vorhandene Angebote verschiedener Träger zum Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegender gebündelt, weiterentwickelt, erweitert und vernetzt“. Darüber hinaus sollen neue Produkte zum Gesundheitsschutz entwickelt werden. Das Projekt wird modellartig in Dortmund und Solingen durchgeführt und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Es wird von der Universität Witten/Herdecke wissenschaftlich begleitet und evaluiert, eine bundesweite Nachahmung ist erwünscht.

Die folgende Präsentation stellt nur einen Auszug dar. Der vollständige Folienvortrag kann unter: [http://www.liga.nrw.de/\\_media/pdf/service/veranstaltungen/110210\\_gesundheitimalter/Datei\\_3.pdf](http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/service/veranstaltungen/110210_gesundheitimalter/Datei_3.pdf) heruntergeladen werden.

## Situation der pflegenden Angehörigen in NRW



## „Eckdaten“ Pflegestatistik 2007 für NRW

**484.801 Pflegebedürftige insgesamt**

**Zu Hause versorgt:  
331.339 (68%) durch ...**

**In Heimen versorgt:  
153.462 (32%)**

**Ausschließlich Angehörige:**

**224.507 (46,31%)  
Pflegebedürftige**

**Pflegedienste:**

**106.832  
Pflegebedürftige**

Pflegedienste werden von Angehörigen unterstützt

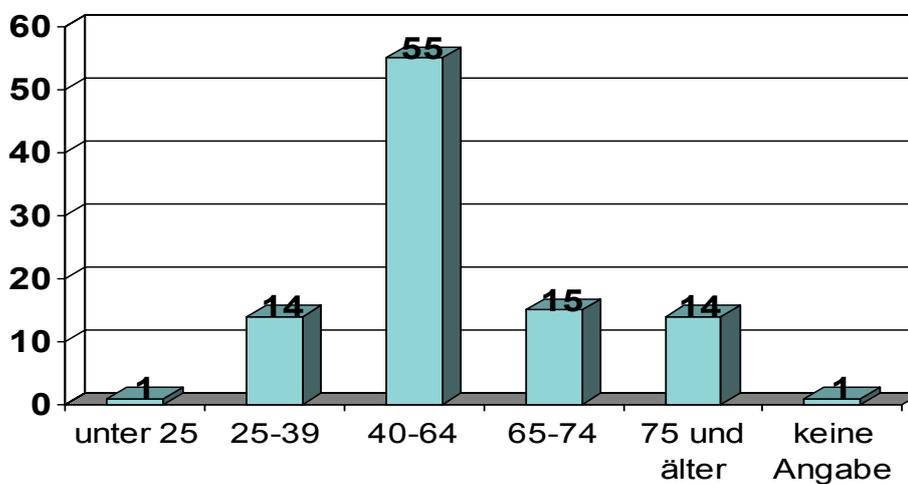
**Nahezu die Hälfte aller Pflegebedürftigen in NRW mit einer Pflegestufe werden zu Hause und ausschließlich von Angehörigen versorgt.**

## Aktuelle Situation

- In 73 % der Fälle sind Frauen die Hauptpflegepersonen
- Männer holen zwar auf, sind aber dennoch als Pflegepersonen in der Minderheit
- Männer übernehmen im Regelfall die Pflege der Partnerin

## Aktuelle Situation

- Altersstruktur der Hauptpflegepersonen



## Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

- Überraschend und unerwartet, z. B. nach Schlaganfall oder Unfall
- Schleichend, über Jahre hinweg, z. B. bei chronischen Erkrankungen

## Lebenssituation pflegender Angehöriger

- Pflege entspricht einer Vollzeitstelle
- Ständiger „Bereitschaftsdienst“
- Viele organisatorische Aufgaben

## Lebenssituation pflegender Angehöriger

- Mangelnde Zeit für Entspannung, Urlaub, Hobbys und Schlaf
- Soziale Beziehungen verringern sich, Freunde und Bekannte reduzieren den Kontakt
- Psychische Belastungen: z.B. Rollenkonflikte, schlechtes Gewissen

## Zahlreiche Belastungen I

- Zu wenig Zeit für sich selbst, „Nicht-Abschalten-Können“
- Stets In-Bereitschaft-Sein („Full-Time-Job“)
- Veränderung der vertrauten Person, der Beziehung, familiäre Konflikte
- Mangelndes Verständnis und Unterstützung

## Zahlreiche Belastungen II

- Einstellen auf neue Situation (Mangel an Wissen, Lernen durch Probieren)
- Angst/Sorgen/Unsicherheiten
- Einschnitte im Privatleben/Veränderungen im Wohnumfeld
- Vereinbarkeit mit dem Beruf
- Bürokratische Hürden

## Entfremdung von eigener Gesundheit

### Durchhalten bis zur körperlichen Erschöpfung

- Ignorieren von Beschwerden
- Überschätzen ihre Potentiale
- Hilfe wird zu spät gefordert
- Annehmen von Hilfe wird problematisch

## Befunde bei pflegenden Angehörigen

- Umfangreiche Schmerzsymptomatik (Rücken-, Gelenk- und Kopfschmerzen)
- Herz- und Magenbeschwerden, Bluthochdruck
- Schlafstörungen
- Schwache Immunabwehr
- Depressive Verstimmungen, Ängste

## Häufigste Selbstpflegemaßnahmen

▪ Medikamente	37,0 %
▪ Ignorieren	34,0 %
▪ Professionelle Hilfe anfragen	19,1 %
▪ Beten	12,6 %
▪ Hausmittel einsetzen	11,2 %

Mit Blick auf die Zahl der chronischen und schwerwiegenden Krankheiten pro Person sind pflegende Angehörige deutlich kränker als der Durchschnitts-Deutsche - die Zahl der entsprechenden Diagnosen liegt um 51% höher!

## Schlechte Erfahrungen im System

- Nicht-Zuständigkeiten: „von Pontius bis Pilatus“
- Negativen Eindruck von den Professionellen
- Erfahrungen mit Begutachtungen
- Kampf um Leistungen

## Pflegende Angehörige wünschen sich:

- Mehr Information und Beratung
- Mehr Begleitung
- Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
- Mehr Mitbestimmung /Abbau von Bürokratie

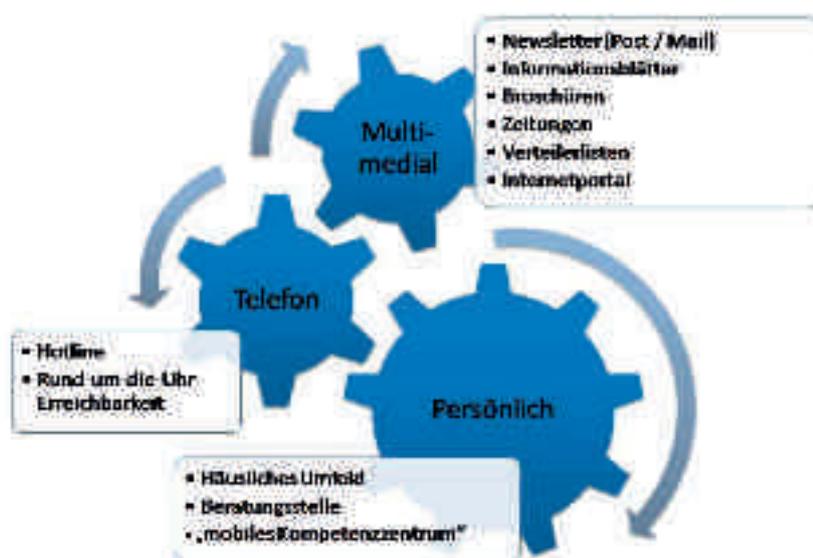
(Ergebnisse der EUROFAMCARE Studie)

## Pflegende Angehörige wünschen sich:

- Reduktion der Kosten für die Familie
- Mehr Entlastung /Auszeiten
- Stärkere Nutzerorientierung der Anbieter
- Mehr gesellschaftliche Anerkennung

(Ergebnisse der EUROFAMCARE Studie)

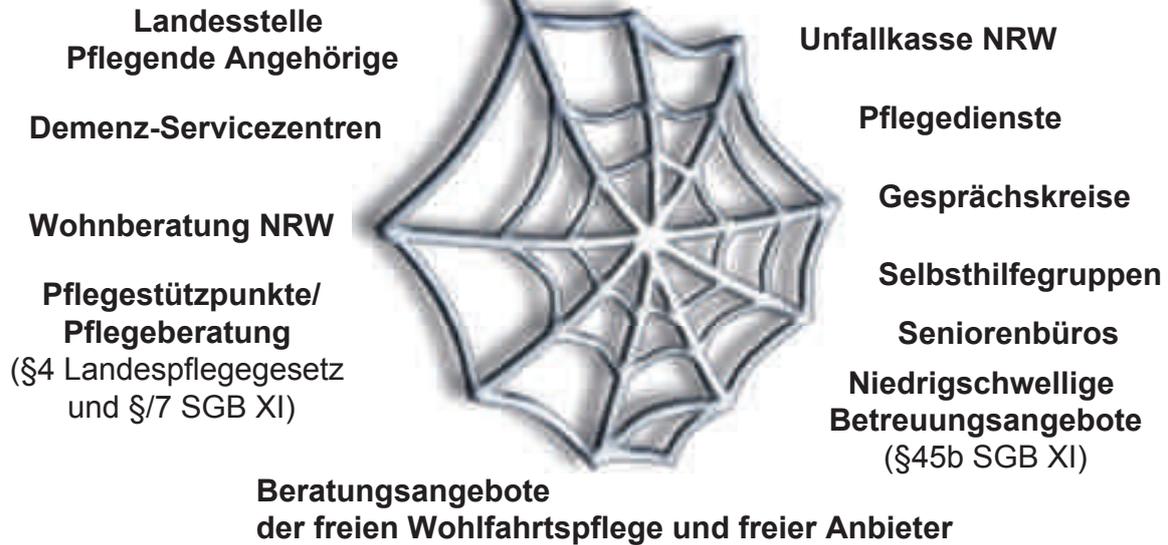
## Wünsche an Beratung aus unserer Sicht



*Mischke, C.; Meyer, M.: « Am Ende habe ich gewusst, was ich am Anfang gerne gewusst hätte » Beratung Pflegender Angehöriger – Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von ‚Pflegendenkarrieren‘ aus der Perspektive Pflegender Angehöriger, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Saarbrücken 2008*

## Pflegende Angehörige...

brauchen ein gutes Netzwerk an Informationen, Beratung sowie Unterstützungs- und Entlastungsangebote



## Projekt „Neuheit für Pflege“

- „Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegenden“

## Hauptziel

- Vernetzung, Nutzung und Erweiterung der für die Pflegebedürftigen entwickelten Strukturen  
  
sowie Integration des
- Präventionsgedankens für nicht erwerbsmäßig Pflegende.

## Trägergemeinschaft

- Unfallkasse NRW
- Städte Dortmund und Solingen
- Barmer GEK
- Ausschuss Altenhilfe der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein Westfalen
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

## Erweiterte Zielsetzung

- Aufklärung der nicht erwerbsmäßig Pflegenden über die Risiken der Laienpflege
- Steigerung der Eigenverantwortung der nicht erwerbsmäßig Pflegenden für ihre eigene Gesundheit durch Entwicklung von Risikovermeidungs-/Gesundheitsförderungsstrategien
- Steigerung der Inanspruchnahme von bestehenden Unterstützungsangeboten

## Erweiterte Zielsetzung

- Verbesserung der Kommunikationsstrukturen zwischen nicht erwerbsmäßig Pflegenden und den mit ihnen beruflich befassten Personengruppen
- Stärkung der Lobby nicht erwerbsmäßig Pflegender durch Schaffung von Transparenz und Offenheit für deren Probleme

## Erweiterte Zielsetzung

- Einbindung und Vermittlung bürgerschaftlich Engagierter in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene  
z. B.: Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkurse und Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsgruppen.

## Übersicht Projektschritte

- Regionalisierung
- Situationsbeschreibung/Ist-Analyse
- Abstimmung und Weiterentwicklung lokaler Programme
- Implementierung des Präventionsgedankens
- Erarbeitung eines Qualitätskriterienkatalogs
- Evaluation

## Zeitplan

- Ziel 2008:  
Schaffung der Rahmenbedingungen des Netzwerks
  
- Ziel 2009:  
Bestandsaufnahme und Implementierung regionaler Treffen der Kooperationspartner

## Zeitplan

- Ziel 2010:  
Implementierung des Gesundheitsschutzes nicht erwerbsmäßig Pflegender, Öffentlichkeitsarbeit, Schaffung einer Internetplattform
  
- Ziel 2011:  
Festigung der Strukturen, Sicherung der Nachhaltigkeit, Präsentation der Ergebnisse

## Ein täglicher Balanceakt: Dich pflegen & für mich sorgen - Entlastung und Empowerment pflegender Angehöriger

**Hartmut Emme von der Ahe und Marco Mehwald,  
Pari Sozial Minden-Lübbecke**

Die häusliche Pflege eines Familienmitglieds geht für die Pflegeperson in vielen Fällen mit einer hohen Belastung und einem eigenen Erkrankungsrisiko einher. Pflegende Angehörige gelten als eine Hochrisikogruppe für vielfache, gesundheitliche Störungen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit nimmt mit zunehmender Pflegedauer zu und die pflegenden Angehörigen geben an, dass sie sich zugunsten der Pflegeperson gesundheitlich vernachlässigen. So kommt es nicht selten vor, dass im Pflegeverlauf bzw. am Ende einer Pflegeaufgabe die, oft selbst hochaltrigen Pflegepersonen einen eigenen Hilfebedarf entwickelt haben. Diese Dynamik wird vom sozialen Umfeld und der Gesellschaft zwar wahrgenommen, eine wirksame Entlastung wie auch die nötige Wertschätzung bleiben aber aus. Teils verweigern die Pflegepersonen Hilfe, teils wird die Aufgabe vom sozialen Umfeld delegiert. Die häusliche Pflege wird zudem als persönliches Schicksal wahrgenommen und die geforderte geteilte Verantwortung so wie die gesellschaftliche Lastenverteilung zur Stärkung der häuslichen Pflege lässt auf sich warten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Ist dieses Geschehen beeinflussbar oder geht mit der Übernahme einer Pflegetätigkeit regelhaft die Selbstausschöpfung der Pflegeperson einher? Gibt es protektive Faktoren, die trotz Pflegebelastung gesundheitsförderlich wirken? Gibt es Selbstschutz-Strategien, die sich die Pflegenden zueigen machen können? Gibt es Entlastungsmöglichkeiten, die sich besonders bewährt haben? Und: Wie können sich pflegende Angehörige solidarisieren und Ihre Interessen geltend machen?

Diesen Fragen wird anhand des seit acht Jahren bestehenden Demenz-Sorgenetzwerks im Kreis Minden-Lübbecke nachgegangen. Dort können pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz Entlastung „lernen“ und erfahren. Die Betroffenen haben aber auch eine Interessensselbstvertretung aufgebaut und sind dadurch vielen anderen Angehörigen ein Vorbild. Stellvertretend schaffen sie verbesserte Pflegebedingungen und sind stolz darauf, z.B. durch das Krankenhausprojekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“.

Man könnte sagen: Wer Gesundheitsförderung sät, kann Gesundheitsförderung ernten.

## **Anhang**

**A1 Projektposter zum Thema  
„Gesundheit im Alter“**

**A2 Personenprofile der  
Referentinnen und Referenten**

## A1 Projektposter zum Thema „Gesundheit im Alter“



Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

## „gesund & mobil im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang“

- Aufgenommen in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ im Jahr 2008 -

Laufzeit des Projektes: Januar 2008 – Angebot wird fortgeführt

### Hintergrund

Durch den demografischen Wandel wird die Bevölkerung Nordrhein-Westfalens zunehmend älter. Ein gesundheitsförderlicher und aktiver Lebensstil ist eine wichtige Strategie, um bis ins hohe Alter selbstständig und mit möglichst wenig körperlichen Einschränkungen leben zu können. Studien haben jedoch gezeigt, dass gerade ältere Menschen häufig körperlich inaktiv sind. Deshalb sind neue Strategien gefragt, um diese zu mehr Bewegung zu motivieren. Rundgänge im Stadtteil können dazu einen Beitrag leisten.

### Zielstellung und Zielgruppe

Ziel ist es, ältere Menschen, die wenig sportlich aktiv sind, zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren. So sollen sie möglichst lange ihre Mobilität erhalten, um ein selbstständiges Leben führen und sich aktiv am sozialen Leben beteiligen zu können und nicht frühzeitig auf fremde Hilfe und Pflege angewiesen zu sein. Das Projekt soll Anregungen geben, Impulse setzen und Verknüpfungen bewirken.

### Inhalt und Methode

Ein Rundgang mit Tiefgang beinhaltet Stadtteilrundgänge, die zu Sehenswürdigkeiten und Besonderheiten in den jeweiligen Stadtteilen führen. Es ist ein kostenloses, kulturell interessantes, niederschwelliges und „zeitloses“ Angebot. Das Konzept ist je nach den Bedürfnissen, Möglichkeiten und Ideen der Bürgerinnen und Bürger und des jeweiligen Stadtteils ausbaufähig. Darüber hinaus sollen Seniorinnen und Senioren motiviert werden, die nächsten Rundgänge für ihre Stadtteile selbst zu planen.

### Projektträger und Kooperationspartner

Träger: Gesundheitsamt der Stadt Köln



### Ergebnisse

- Entwicklung von unterschiedlichen Rundgängen in bisher vier Kölner Stadtteilen
- Erstellung von Stadtteilbroschüren zu den Rundgängen
- Öffentlichkeitsarbeit zum Thema "Mehr Bewegung im Alter"
- Durchführung von Aktionstagen "gesund & mobil im Alter"
- „gesund & mobil – fit für 100“, ein Kooperationsprojekt mit dem Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule

### Schlussfolgerungen

Rundgänge im Stadtteil erreichen ältere Menschen dort, wo sie sich am meisten aufhalten, in ihrem Lebensumfeld. Die zahlreichen kulturell interessanten und kostenlosen Angebote an Stadtrundgängen und deren Akzeptanz haben gezeigt, dass auch im Alter zu einer körperlich aktiven Lebensweise motiviert werden kann. Damit dies auch in Zukunft geschieht, werden die bestehenden Angebote fortgeführt und weiterentwickelt.

Kontakt: Stadt Köln • Ansprechpartnerin: Erika Meißner  
Tel. 0221 / 22 12 47 54 • Fax. 0221 / 22 12 27 55  
E-Mail: erika.meissner@stadt-koeln.de • Homepage: www.stadt-koeln.de/3/gesund-im-alter

Nähere Informationen zum Projekt unter [www.infoportal-praevention.nrw.de](http://www.infoportal-praevention.nrw.de)

Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

## Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“

Laufzeit des Projektes: August 2008 – Februar 2011

### Hintergrund

Ausgelöst durch demographische Entwicklungen und die damit einhergehende potenzielle Zunahme an Multimorbidität und chronischen Erkrankungen wird die Gesundheitsversorgung vor wachsende Anforderungen gestellt. Für den Erhalt der Selbstständigkeit und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wird der Prävention und Gesundheitsförderung besonders bei schwer erreichbaren und sozial benachteiligten älteren Menschen eine zentrale Rolle zuteil.

### Zielstellung und Zielgruppe

Das Ziel des Projektes ist es daher, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsangebote für ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, mit Migrationshintergrund und mit Mobilitätseinschränkungen zu entwickeln, um ihre Gesundheitschancen durch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse zu erhöhen. Um die Zielgruppen tatsächlich zu erreichen, werden bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt und nachhaltige Strukturen etabliert.

### Inhalt und Methode

Um gesundheitsförderliche Strukturen auf- und auszubauen, wurde zu Beginn des Projektes ein Aktionsbündnis gegründet. Durch Vernetzungsaktivitäten konnten zahlreiche Kooperationspartner gewonnen und das Netzwerk erweitert werden.

Die Gesundheitsressourcen und Potenziale der Zielgruppen konnten dadurch gestärkt werden, dass niedrigschwellige Maßnahmen unmittelbar in der Lebenswelt der Zielgruppen verortet wurden.

Zur Überprüfung der Zielerreichung wurde eine Evaluation durchgeführt.

### Projekträger und Kooperationspartner

Träger: Institut für Gerontologie an der TU Dortmund  
 Kooperationspartner: Ortsansässige Akteure, z.B. Seniorenbüro, Städtisches Begegnungszentrum, Interkultureller Treff, Ärzte-Netzwerk, Runder Tisch  
 Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit



Interkultureller Frühstückstreff im Städtischen Begegnungszentrum

### Ergebnisse

- Etablierung zielgruppengerechter Kurse in Regelangebote
- Strukturelle Weiterentwicklung des Netzwerks durch die Gewinnung weiterer Akteure
- Kompetenzerweiterung im Hinblick auf gesundheitsförderliches Wissen und Verhalten bei älteren sozial benachteiligten Menschen
- Aufbau eines Informationssystems zur kontinuierlichen Bekanntmachung der Aktivitäten des Aktionsbündnisses

### Schlussfolgerungen

Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen, dass insbesondere durch kontinuierliche Vernetzungs- und Koordinierungsaktivitäten sowie zugehende Methoden der Ansprache sozial benachteiligte Zielgruppen erreicht werden können. Eine nachhaltige Stärkung der Gesundheitsressourcen für ältere sozial benachteiligte Menschen im Stadtteil kann nur dann gesichert werden, wenn erprobte und bewährte Strukturen durch z.B. eine im Stadtteil angesiedelte Anlaufstelle für Gesundheitsförderung und Prävention verstetigt werden.

Kontakt: Institut für Gerontologie am der TU Dortmund • Ansprechpartner : Dipl.-Päd. Katharina Lis  
 Tel. 0231/ 72848814 • Fax. 0231/ 72848855  
 E-Mail: lis@post.uni-dortmund.de • Homepage: www.ffg.uni-dortmund.de

Nähere Informationen zum Projekt unter [www.infoportal-praevention.nrw.de](http://www.infoportal-praevention.nrw.de)



Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

## "Aktives Altern – Gesundheitsförderung und Prävention bei Senioren mit Migrationshintergrund"

### Hintergrund

Die Annahme, dass Arbeitsmigranten für kurze Zeit bleiben und dann in ihre Heimatländer zurückkehren, hat sich als falsch herausgestellt. Hochrechnungen zeigen, dass sich die Anzahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in 10 Jahren verdoppeln wird. Die Auflösung der traditionellen Familienverbände führt dazu, dass die Zahl älterer alleinlebender MigrantInnen wächst, die professionelle Hilfe benötigen. Fehlende Deutschkenntnisse erschweren die Inanspruchnahme von Regeldiensten.

### Zielstellung und Zielgruppe

Vorrangiges Ziel ist die interkulturelle Öffnung der Regeldienste für ältere Menschen mit Migrationshintergrund.

Ältere MigrantInnen nehmen selten die Dienste der verschiedenen Institutionen der Altenhilfe in Anspruch, da diese bei Migranten schlichtweg nicht bekannt sind. Konfessionelle Bindungen können ebenso eine Barriere darstellen.

Daher wird angestrebt, vorhandene institutionelle Zugangsbarrieren abzubauen, um die älteren Menschen mit Migrationshintergrund in die Regelversorgung integrieren zu können.

### Inhalt und Methode

Im Vordergrund steht die zentrale Frage, wie ältere MigrantInnen erreicht werden können.

Es muss in Richtung der MigrantInnen Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich der Regeldienste betrieben werden. Älteren MigrantInnen muss die Möglichkeit zur Religionsausübung eingeräumt werden. Diese Dienste müssen zudem einer interkulturellen Öffnung unterzogen werden. Das bedeutet: Einbindung muttersprachlicher Fachkräfte mit zusätzlicher interkultureller Kompetenz, Bildung interkultureller Teams, Qualifizierung von Fach- und Pflegekräften, muttersprachliche Beratung und Information u.v.m.

### Projekträger und Kooperationspartner

Träger: Gesundheitszentrum für MigrantInnen  
Kooperationspartner: Netzwerk Altenarbeit, SBK (Soziale Betriebe Köln), ambulante Pflegeeinrichtungen, Migranten-Selbsthilfeorganisationen und verschiedene Wohlfahrtsverbände.

### Ergebnisse

Besonders die erste Generation hat sich sehr stark über die Arbeit definiert. Deshalb fällt es ihnen schwer, das Leben nach dem Erwerbsleben zu genießen und ihre Freizeit altersgemäß zu gestalten. Sie haben sehr wenige gesundheitliche sowie materielle Ressourcen.

Der Gesundheitszustand sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen gehören mittlerweile zu den zentralen Themen bei Tagungen über ältere MigrantInnen. Einige Einrichtungen der Altenhilfe entwickeln Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, wie z.B. Wohngruppen in den Alten- und Pflegeheimen, Seniorengruppen für ältere MigrantInnen usw.

### Schlussfolgerungen

Hier sind in erster Linie die Träger der Altenhilfe aufgefordert zu handeln. Da die Zahl älterer MigrantInnen stark steigt und weiter zunehmen wird, muss sich die Altenhilfe diesem Klientenkreis öffnen. Sie müssen bedarfsorientierte und zielgruppenspezifische Angebote entwickeln und sich interkulturell öffnen. Um den Zugang zu erleichtern und die Fachkompetenz der Einrichtungen zu nutzen, muss die Altenhilfe mit den Selbsthilfeorganisationen der MigrantInnen kooperieren.

Kontakt: Gesundheitszentrum für MigrantInnen • Arif Ünal MdL, Leiter des Gesundheitszentrum für MigrantInnen  
Tel. 0221 – 4203980 • Fax. 0221 – 42039855  
E-Mail: arif.uenal@paritaet-nrw.org

Nähere Informationen zum Projekt unter [www.infoportal-praevention.nrw.de](http://www.infoportal-praevention.nrw.de)

## Älter werden im Kreis Heinsberg

- Aufgenommen in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ im Jahr 2008 - Sonderpreis 2008 des „Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen“-

Laufzeit des Projektes: Januar 2007 – Ende nicht festgelegt

### Hintergrund

Die demographische Entwicklung im Kreis Heinsberg erfordert ein zielgerichtetes Handeln aller Verantwortlichen, um auch in Zukunft eine ausgezeichnete Lebensqualität für die alternde Bevölkerung im Kreis vorzuhalten.

### Zielstellung und Zielgruppe

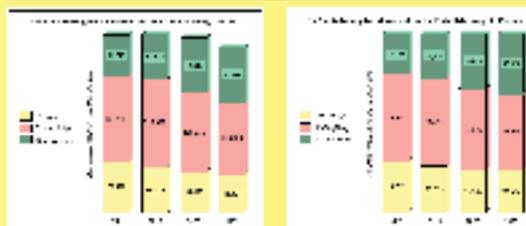
Zielstellung des Projektes ist, die Gesundheitsförderung für Senioren im Kreis Heinsberg auszubauen, Möglichkeiten des gesellschaftlichen und sozialen Engagements zu schaffen und auszubauen sowie die soziale und gesundheitliche Versorgung zu sichern.

### Inhalt und Methode

Es wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Gesundheits- und Pflegekonferenz gebildet, die alle Aktivitäten steuert und koordiniert. Auf Grundlage einer Analyse von Basisdaten hat sich die quantitative Pflegeplanung entwickelt, deren Ergebnisse in den jeweiligen Pflegekonferenzen vorgestellt wurden. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung wurde ein umfangreiches Zielepaket verabschiedet und in die Praxis umgesetzt. Dabei stehen Maßnahmen der Bewegungsförderung, der Unterstützung pflegender Angehöriger und Gesundheitsförderung für die Beschäftigten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Vordergrund. Ergänzend wurde ein flächendeckendes Ernährungsangebot für ältere Menschen in Wohnortnähe organisiert. Zudem fand eine Verzahnung mit allen Institutionen des Gesundheitswesens im Kreis Heinsberg über Gesundheits- und Pflegekonferenz statt und die Verbindung mit der Gesundheitswirtschaft wurde hergestellt. In Zukunft werden die Strukturen der zukünftigen Demenzversorgung weiter entwickelt und die derzeitigen ambulanten Demenzstrukturen evaluiert.

### Projektträger und Kooperationspartner

Kreis Heinsberg, Gesundheits- und Pflegekonferenz mit u. a. den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Ärztekammer Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Apothekerschaft des Kreises, Kreissportbund und Senioreninitiativen



Quelle: „Demographische Studie zur Entwicklung der Bevölkerung im Kreis Heinsberg“ Projektgruppe Bildung und Region Bonn, September 2006

### Ergebnisse

- flächendeckendes Angebot an warmen Mittagsmahlzeiten in Krankenhäusern und Altenheimen
- Bildungsträger halten Ernährungskurse für Senioren und pflegende Angehörige vor
- in allen stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen Angebote zur Sturzprävention, im ambulanten Bereich erfolgen präventive Angebote zum Kraft- und Balancetraining über den Kreissportbund
- an 5 Orten sind Seniorentanzgruppen entstanden
- flächendeckend wurden Besuchsdienste einschließlich kleinen Handwerkerdiensten über die Senioreninitiativen organisiert
- Bereitstellung und Bekanntmachung von Fahrdiensten
- 2010: Durchführung einer wissenschaftlich begleiteten Befragung in 6 von 10 Gemeinden zur Frage der zukünftigen wohnquartiersbezogenen Versorgung und Struktur

### Schlussfolgerungen

Durch die quartiersbezogenen Sichtweisen im Projekt ist sichergestellt, dass auch zukünftig unter Partizipation der Senioren und der Politik gesundheitsfördernde Strukturen und Maßnahmen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung mit einer zu organisierenden ausreichenden ärztlichen Versorgung gewährleistet werden kann.



Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

## Demenz & Migration: Demenzservicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

- Aufgenommen in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ im Jahr 2008 -

Laufzeit des Projektes: Februar 2004 – Angebot wird fortgeführt

### Hintergrund

Dementiell erkrankte Migrantinnen und Migranten tauchen bislang in der Wahrnehmung der Versorgung im Gesundheitswesen sowie in der Forschung kaum auf. Ihre Unterstützung und Pflege wird jedoch immer bedeutender und stellt Akteure des Gesundheitswesens vor neue Herausforderungen. Ältere Migrantinnen und Migranten haben aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds eigene Ansprüche an die Pflege. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Freiwillige und Multiplikatoren zu gewinnen und zu qualifizieren.

### Zielstellung und Zielgruppe

Das Ziel ist es, an Demenz erkrankten Migrantinnen und Migranten als auch deren Angehörigen durch eine zugehende Anlauf-, Clearing-, Vermittlungs- und Informationsstelle direkte Unterstützung und Vermittlung zukommen zu lassen. Darüber hinaus sollen Informationsaustausch, Sensibilisierung und der Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Sport-, Bewegungs- und Tanzangeboten gefördert werden.

### Inhalt und Methode

1. Produktentwicklung
2. Information und Aufklärung durch Veranstaltungen, Vorträge, Entwicklungen von Materialien
3. Zugehende und aufsuchende Beratung und Unterstützung durch türkisch- und russischstämmige Fachkräfte
4. Einsatz/Einbindung und Ausbildung von Freiwilligen
5. Thematische Unterstützung der 12 weiteren regional tätigen Demenzservicezentren in NRW

### Abbildung/Graphik/Tabelle



### Projektträger und Kooperationspartner

Träger: Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e.V. und Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Gelsenkirchen-Bottrop

Kooperationspartner: Alzheimer- und ähnliche Gesellschaften in der Türkei und in Russland; „türkische und russische“ Pflegedienste in NRW, Forschungs- und Bildungseinrichtungen, Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover, Migrantenambulanzen u.a.m.

### Ergebnisse

- Zahlreiche Einzelpersonen, Multiplikatoren und Vertreter von Strukturen im Gesundheitswesen und von ethnischen Communities konnten für das Thema sensibilisiert und erreicht werden
- Entwicklung von Produkten wie z.B. Betreuungsmaterialien und kulturell angepasste Informationsmaterialien, die zahlreiche Interessenten aufweisen können
- Abbau von Hemmschwellen bei den Ratsuchenden: Durch zugehende und aufsuchende Beratungsangebote wurden ca. 1000 Familien erreicht
- Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten durch die Unterstützung und Ausbildung von Freiwilligen
- Durch zahlreich aufgebaute Sport-, Bewegungs- und Tanzangebote für pflegende Migrantinnen über 50 J konnten mit Unterstützung von örtlichen Partnern in 2010 sechs neue Gruppen initiiert werden

### Schlussfolgerungen

Die bisherigen Erfolge zeigen, dass es durch Aufklärung, Erreichen von Multiplikatoren und niedrigschwellige, kultursensible Angebote, möglich ist, Migrantinnen und Migranten mit dementieller Erkrankung sowie deren Angehörige anzusprechen und zu unterstützen. Die bisherigen Aktivitäten werden weiter entwickelt.

Kontakt: AWO Bezirk Westliches Westfalen • Ansprechpartner: Reinhard Streibel  
Tel. 0231/ 5483 255  
E-Mail: reinhard.streibel@awo-ww.de • Homepage: <http://www.awo-ww.de>

Nähere Informationen zum Projekt unter [www.infoportal-praevention.nrw.de](http://www.infoportal-praevention.nrw.de)

Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

## Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende – „Neuheit für die Pflege“

- Aufgenommen in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ im Jahr 2009 -

Laufzeit des Projektes: Dezember 2008 – November 2011

### Hintergrund

Unter der Maßgabe „ambulant vor stationär“ rückt die häusliche Pflege mehr in den Mittelpunkt. Die Familie ist der „größte Pflegedienst“ der Nation. Alle Anstrengungen gelten dem Pflegebedürftigen, die Situation der pflegenden Angehörigen spielt kaum eine Rolle. Studien zeigen, dass pflegende Angehörige hoch belastet sind, ihre Gesundheit riskieren und vor Ort konkrete Hilfsangebote fehlen. Vor diesem Hintergrund sind die Stadtteilarbeit sowie die Vernetzung von Multiplikatoren und Anbietern wichtige Ansätze, die Gesundheit der pflegenden Angehörigen langfristig zu erhalten.

### Projekträger und Kooperationspartner

Träger: Unfallkasse NRW, Stadt Dortmund, Stadt Solingen, Barmer GEK, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen – Lippe, Altenhilfe der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege NRW.

Kooperationspartner: Arbeitsgruppe mit 19 Institutionen in Dortmund und eine in Solingen mit 10 Institutionen, Universität Witten/ Herdecke.

Finanzielle Unterstützung durch die „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ (DGUV).

### Zielstellung und Zielgruppe

Hauptziel ist es, den Gesundheitsschutz der pflegenden Angehörigen und ihre Bedarfe stärker in den Fokus zu rücken. Die Anbieter sollen vernetzt und die Zusammenarbeit gefördert werden. Auf diese Weise soll die Inanspruchnahme von Angeboten gesteigert werden. Darüber hinaus wird angestrebt, die Anbieter zu befähigen, auf die jetzige und auf zukünftige Bedarfslagen pflegender Angehöriger zu reagieren und entsprechende Angebote zu planen.

### Ergebnisse

- Wertschätzung für die geleistete Arbeit der pflegenden Angehörigen von der Öffentlichkeit und von der Politik
- Deutliche Fokussierung pflegender Angehöriger bei allen Dienstleistern im Umfeld und deren Vernetzung
- Entwicklung innovativer Angebote
- Durchführung von Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen von Multiplikatoren

### Inhalt und Methode

Das Projekt ist in 5 Projektschritte unterteilt:

1. Situationsbeschreibung und Bestandsaufnahme vorhandener Angebote und Strukturen
2. Vernetzung der bestehenden Angebote
3. Implementierung des Präventionsgedankens, Erarbeitung entsprechender Qualitätskriterien zur Bewertung der vorliegenden Strukturen
4. Öffentlichkeitsarbeit
5. Evaluation durch die Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department Pflegewissenschaft

### Schlussfolgerungen

Die Resultate des Projektes zeigen, dass die Vernetzung von Anbietern im Stadtteil gelingt und die Gesundheit von pflegenden Angehörigen mehr in den Mittelpunkt rückt. Aufgrund der positiven Ergebnisse ist die Entwicklung von Angeboten und Produkten wie die Implementierung eines Internetportals, die flächendeckende Verfügbarkeit von niederschweligen Angeboten und eine Notfallcheckliste, die bei plötzlichem Ausfall des pflegenden Angehörigen die Versorgung des Pflegebedürftigen regelt, erstellt worden.

Eine Broschüre zur Wertschätzung und Einschätzung im Erstkontakt mit pflegenden Angehörigen ist für Pflegeberater entwickelt worden. Es wird ein Selbstbewertungs-/und Selbstverpflichtungskatalog erstellt, mit dem Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen überprüfen können, in wie weit sie pflegende Angehörige und deren Gesundheit fokussieren.

Kontakt: Unfallkasse NRW (Alexandra Daldrup), Universität Witten/Herdecke (Tanja Segmüller)  
Tel. 0251/ 2102 - 239  
E-Mail: a.daldrup@unfallkasse-nrw.de • Homepage: <http://www.gesundheitsdienstportal.de>

Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“ am 10. Februar 2011 in Düsseldorf

## Handlungshilfe „Gesund älter werden im Stadtteil“

- Aufgenommen in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ im Jahr 2006 -

Laufzeit des Projektes: Mai 2005 – April 2007

### Hintergrund

Aufgrund der veränderten Altersstruktur in der Bevölkerung gewinnt die Gesundheitsförderung bei älteren Menschen zunehmend an Bedeutung. Gesundheitsförderung im Setting „Stadtteil“ ist besonders bei älteren Menschen eine wichtige Strategie, weil ihr Bewegungsradius im Alter abnimmt, häufig eine enge Verbindung zu ihrem Wohnort besteht und wichtige Akteure sowie Strukturen bereits vor Ort sind.

### Zielstellung und Zielgruppe

Ältere und sozial benachteiligte Menschen, die bisher schwer durch Angebote der Gesundheits- und Bewegungsförderung erreicht werden konnten, sollen in ihrem Lebensumfeld (Stadtteil) zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise aktiviert werden. Sie sollen sich ihre Selbstständigkeit und Beschwerdefreiheit möglichst lange erhalten können.

### Inhalt und Methode

Zur Aktivierung von mehr altersgerechter Bewegung und gesundheitsförderlicher Lebensweise wurden notwendige Strukturen im Stadtteil geschaffen und bereits bestehende Angebote genutzt. Für die Umsetzung des Projektes wurden Quartiersmanager eingesetzt, die die Koordination der entwickelten Maßnahmen und Vernetzung von Akteuren übernahmen. Es wurden zudem auch Erfahrungen aus Programmen des LandesSportbundes NRW sowie der „Werkstatt Sport“ genutzt. Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurde das Projekt evaluiert.

### Projektträger und Kooperationspartner

Träger: BKK Landesverband NORDWEST und BKK Bundesverband  
Kooperationspartner: Ministerium für Bauen und Verkehr NRW, Robert Bosch Stiftung, LandesSportBund NRW, Team Gesundheit GmbH

### Handlungshilfe:



### Ergebnisse

- Ausbau niedrigschwelliger Angebote in Stadtteilen
- Aus- und Weiterbildung von Personal wie z.B. Quartiersmanagern und Übungsleitern
- Aktivierung und Sensibilisierung von schwer erreichbaren älteren Menschen mit sozialer Benachteiligung und/oder Migrationshintergrund
- Erfolgreiche Fortführung der Angebote in zahlreichen Stadtteilen
- Veröffentlichungen: BKK Bundesverband (2009). Handlungshilfe „Gesund älter werden im Stadtteil“, **Download:** [www.bkk-nordwest.de / extras in nrw / bildung und gesundheit](http://www.bkk-nordwest.de/extras_in_nrw/bildung_und_gesundheit)

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieses Projektes zeigen, dass Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil ein wirksamer Ansatz zur Förderung der Gesundheit bei sozial benachteiligten älteren Menschen ist. Dieses Projekt trägt zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von älteren Menschen bei, indem auch nach Projektende einige Angebote weitergeführt werden. Um dieses Potential ausschöpfen zu können, ist es wichtig, diesen Ansatz in anderen Stadtteilen zu etablieren.

Kontakt: BKK Landesverband NORDWEST • Ansprechpartner: Thomas Wagemann  
Tel. 0201/ 1791608  
E-Mail: [thomas.wagemann@bkk-nordwest.de](mailto:thomas.wagemann@bkk-nordwest.de) • Homepage: <http://www.bkk-nordwest.de>

Nähere Informationen zum Projekt unter [www.infoportal-praevention.nrw.de](http://www.infoportal-praevention.nrw.de)

## A2 Personenprofile der Referentinnen und Referenten (in alphabetischer Reihenfolge)

<b>Name:</b> Hermann Allroggen
<b>Institution:</b> Kreisverwaltung Siegburg
<b>Funktion:</b> Dezernent für Soziales und Gesundheit
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> SGB II; SGB XII / Pflege; Gesundheitsförderung Kinder, Jugendliche und Menschen „Ü 60“
<b>Adresse:</b> Kaiser-Wilhelm-Platz 1, 53721 Siegburg
<b>Telefon:</b> 02241 / 13-2191
<b>E-Mail:</b> sozialdezernat@rhein-sieg-kreis.de
<b>Webseite:</b> www.rhein-sieg-kreis.de

<b>Name:</b> Marlis Bredehorst
<b>Institution:</b> Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
<b>Funktion:</b> Staatssekretärin
<b>Adresse:</b> Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
<b>Telefon:</b> 0211 / 8618-4400/4401
<b>E-Mail:</b> marlis.bredehorst@mgepa.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.mgepa.nrw.de

<b>Name:</b> Helmut Breitkopf
<b>Institution:</b> Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
<b>Funktion:</b> Referatsleiter
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Gesundheitsförderung und Prävention
<b>Adresse:</b> Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf
<b>Telefon:</b> 0211 / 855 3486
<b>E-Mail:</b> Helmut.Breitkopf@mgepa.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.mgepa.nrw.de

<b>Name:</b> Klaus Bremen
<b>Institution:</b> Der Paritätische LV NRW e.V.
<b>Funktion:</b> Geschäftsbereichsleiter
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> zuständiger Geschäftsbereichsleiter (Mitglied der Geschäftsleitung) für Gesundheit, Selbsthilfe, Engagement und Nutzer/innen-Interessen im Paritätischen, Mitglied der Landesgesundheitskonferenz
<b>Adresse:</b> Loher Str. 7, 42283 Wuppertal
<b>Telefon:</b> 0202 / 2822430
<b>E-Mail:</b> bremen@paritaet-nrw.org
<b>Webseite:</b> www.paritaet-nrw.org

<b>Name :</b> Dr. PH Jens Bucksch
<b>Institution:</b> Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Prävention und Gesundheitsförderung
<b>Funktion:</b> wissenschaftlicher Mitarbeiter
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Jens Bucksch arbeitet im Schwerpunkt zur Evidenzbasierung von Prävention und Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt stehen dabei die Themen Erklärung eines körperlichen aktiven Lebens sowie Wirkung der körperlichen Aktivität auf Gesundheit und Krankheit.
<b>Adresse:</b> Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Postfach 100131 33501 Bielefeld
<b>Telefon:</b> 0521 / 106-3882
<b>E-Mail:</b> jens.bucksch@uni-bielefeld.de
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/mitarbeiter/bucksch.html">http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/mitarbeiter/bucksch.html</a>

<b>Name:</b> Dr. Anne Bunte
<b>Institution:</b> Gesundheitsamt Köln
<b>Funktion:</b> Amtsleitung
<b>Adresse:</b> Neumarkt 15 – 21, 50667 Köln
<b>Telefon:</b> 0221 / 221 – 260 48
<b>E-Mail:</b> Anne.Bunte@stadt-koeln.de
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.stadt-koeln.de/3/gesundheit/gesund-im-alter/">http://www.stadt-koeln.de/3/gesundheit/gesund-im-alter/</a>

<b>Name:</b> Dr. rer.nat. Thomas Claßen, (Dipl.-Geogr.)
<b>Institution:</b> Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 7 Umwelt und Gesundheit
<b>Funktion:</b> Wissenschaftlicher Angestellter, stellvertretender Arbeitsgruppenleiter
<p><b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b></p> <p>Arbeitsschwerpunkte sind Geographische Gesundheitsforschung und Umwelthygiene, deren Kern die Identifikation, Analyse, Bilanzierung und Bewertung von Risiko- und Schutzfaktoren für die menschliche Gesundheit sowie die Weiterentwicklung und zielgruppengerechte Vermittlung von Strategien des vorsorgenden Gesundheitsschutzes bilden. Im Fokus stehen Analysen zur gesundheitlichen Bedeutung urbaner Lebenswelten und verschiedener Umweltfaktoren (und hier insbesondere des „Faktors Natur“) für Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei dem Wissenschaft-Praxis-Transfer im Kontext der Berücksichtigung gesundheitlicher Belange bei kommunalen Planungs- und Entwicklungsvorhaben gewidmet.</p>
<b>Adresse:</b> Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
<b>Telefon:</b> 0521 / 106-4363
<b>E-Mail:</b> thomas.classen@uni-bielefeld.de
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag7/index.html">http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag7/index.html</a>

<b>Name:</b> Alexandra Daldrup
<b>Institution:</b> Unfallkasse NRW
<b>Funktion:</b> Referentin Gesundheitsschutz für Pflegekräfte
<p><b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sachgebiet „Pflegerische Angehörige“</li> <li>• Präventionskonzepte zum Gesundheitsschutz von pflegenden Angehörigen entwickeln und aktualisieren.</li> <li>• Erstellen von Broschüren und Merkblättern, Verfassen von Aufsätzen und Beiträgen für Fachzeitschriften.</li> <li>• Erstellen von Unterrichtskonzepten und von elektronischen Medien.</li> <li>• Zusammenarbeit mit den Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen, Städte und Gemeinden.</li> <li>• Teilnahme an Informationsforen wie z.B.: Messen REHA-CARE Düsseldorf und die Pflegemesse in Münster sowie die Teilnahme an Informationstagen in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden, den Städten und Kreisen.</li> <li>• Entwicklung von Seminaren zum Thema Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger für Multiplikatoren.</li> <li>• Mitarbeit in regionalen Gremien der Städte und Gemeinden wie z. B: Pflegekonferenzen und Gesundheitskonferenzen.</li> <li>• Arbeitskreise wie z.B.:Altenarbeit und Seniorenarbeit</li> <li>• Projektarbeit</li> <li>• „Wir pflegen“ – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland</li> <li>• Praxis Pflege (Zeitschrift für pflegende Angehörige)</li> <li>• Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegenden „Neuheit für Pflege“</li> <li>• Konzipieren und Durchführen von Fachtagungen</li> <li>• „Fokus pflegende Angehörige“ und „Neuheit für Pflege“</li> </ul>
<b>Adresse:</b> Salzmannstraße 156, 48159 Münster
<b>Telefon:</b> 0251 / 2102-239
<b>E-Mail:</b> a.daldrup@unfallkasse-nrw.de
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.unfallkasse-nrw.de">www.unfallkasse-nrw.de</a>

<b>Name:</b> Manfred Dickersbach
<b>Institution:</b> Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)
<b>Funktion:</b> Dezernent
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte Kordinator des Regionalen Knotens NRW im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, allgemeine Gesundheitsförderung
<b>Adresse:</b> Ulenbergstr. 127 – 131, 40225 Düsseldorf Dienstgebäude: Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld
<b>Telefon:</b> 0521 / 8007-233
<b>Email:</b> manfred.dickersbach@liga.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.liga.nrw.de

<b>Name:</b> Hartmut Emme von der Ahe
<b>Institution:</b> Pari Sozial Minden-Lübbecke
<b>Funktion:</b> Stellvertr. Bereichsleitung Pflege & pflegeergänzende Dienste
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Projektleitung HilDe, EDe I & II und LOTTA
<b>Adresse:</b> Simeonstr. 17, 32423 Minden
<b>Telefon:</b> 0571 / 8280216
<b>E-Mail:</b> info@hilfen-bei-demenz.de
<b>Webseite:</b> www.projekt-edo.de, www.projekt-lotta.de

<b>Name:</b> Dr. Karl-Heinz Feldhoff
<b>Institution:</b> Kreis Heinsberg -Gesundheitsamt-
<b>Funktion:</b> Leiter des Gesundheitsamtes; Leiter der Arbeitsgruppe „Älter werden im Kreis Heinsberg“, der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ sowie der Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung“ im Kreis
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Gesundheitsförderung, Qualitätssicherung, Koordination der gesundheitlichen Versorgung, Projektmanagement verschiedener regionaler und euregionaler Projekte
<b>Adresse:</b> Valkenburger Straße 45, 52525 Heinsberg
<b>Telefon:</b> 02452 / 13 53 01
<b>E-Mail:</b> Karl-Heinz.Feldhoff@kreis-heinsberg.de
<b>Webseite:</b> www.kreis-heinsberg.de

<b>Name:</b> Gunnar Geuter
<b>Institution:</b> Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW
<b>Funktion:</b> Dezernent im Fachbereich 4: „Prävention und Innovation“, Koordinator des Modellprojekts „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“
<p><b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b></p> <p>Gesundheits- und Bewegungsförderung          Aufbau und wissenschaftliche Koordination des Modellprojekts „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“ als zentrale Fachstelle u.a. zur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung, Aufbereitung und Weitergabe qualitätsgesicherter Informationen zur Bewegungsförderung</li> <li>• Initiierung und Unterstützung von Vernetzungsaktivitäten bestehender Angebote und Akteure</li> <li>• Identifikation, Analyse und Kommunikation evidenzbasierter Interventionen und gelungener Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung</li> </ul>
<b>Adresse:</b> Ulenbergstr. 127 – 131, 40225 Düsseldorf Dienstgebäude: Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld
<b>Telefon:</b> 0521 / 8007-544
<b>E-Mail:</b> <a href="mailto:gunnar.geuter@liga.nrw.de">gunnar.geuter@liga.nrw.de</a>
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.liga.nrw.de/ZfB">www.liga.nrw.de/ZfB</a> oder <a href="http://www.zfb.nrw.de">www.zfb.nrw.de</a>

<b>Name:</b> Margrit Glattes
<b>Institution:</b> AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
<b>Funktion:</b> Leiterin des Geschäftsbereichs Prävention/Gesundheitssicherung
<p><b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b></p> <p>u. a. Zuständigkeit für Konzeption und Umsetzungssteuerung aller Präventionsangebote der AOK Rheinland/Hamburg, sowohl in Settings, als auch im Rahmen des Individuellen Ansatzes (Kurse) für unterschiedlichste Ziel- und Altersgruppen</p> <p>Mitglied des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz</p>
<b>Adresse:</b> Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf
<b>Telefon:</b> 0211 / 8791-1128
<b>E-Mail:</b> <a href="mailto:margrit.glattes@rh.aok.de">margrit.glattes@rh.aok.de</a>
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.aok.de/rh">www.aok.de/rh</a>

<b>Name:</b> PD Dr. Alfons Hollederer
<b>Institution:</b> Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
<b>Funktion:</b> Leiter der Fachgruppe 4.1 „Gesundheitsmanagement“
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention, gesundheitspolitische Konzepte, Gesundheitsziele, Europäische Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, Arbeitslosigkeit und Gesundheit
<b>Adresse:</b> Dienstgebäude: Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld
<b>Telefon:</b> 0521 / 8007-266
<b>E-Mail:</b> alfons.hollederer@liga.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.liga.nrw.de

<b>Name:</b> Dr. Eleftheria Lehmann
<b>Institution:</b> Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
<b>Funktion:</b> Institutsleitung
<b>Adresse:</b> Ulenbergstr. 127 – 131, 40225 Düsseldorf
<b>Telefon:</b> 0211 / 3101-1150
<b>E-Mail:</b> Eleftheria.Lehmann@liga.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.liga.nrw.de

<b>Name:</b> Katharina Lis
<b>Institution:</b> Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
<b>Funktion:</b> Wissenschaftliche Mitarbeiterin
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Zuständig für die Bearbeitung und Koordination von EU- und nationalen Projekten in den Bereichen Gesundheitsförderung (HealthPROelderly, Gesund leben und älter werden in Eving) und Technik (Older People and Technological Innovations).
<b>Adresse:</b> Evinger Platz 13, 44339 Dortmund
<b>Telefon:</b> 0231 / 728488-10
<b>E-Mail:</b> lis@post.uni-dortmund.de
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.ffg.uni-dortmund.de/">http://www.ffg.uni-dortmund.de/</a>

<b>Name:</b> Elena Maevskaya
<b>Institution:</b> Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, in Trägerschaft der AWO, UB Gelsenkirchen/Bottrop
<b>Funktion:</b> Dipl. Sozialarbeiterin im Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> 1. Beratung 2. Thematisch orientierte gezielte Öffentlichkeitsarbeit und aktive Aufklärung und Sensibilisierung zum Thema Demenz und Migration <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation und Durchführung von Informations- und Fachveranstaltungen für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Altenhilfe, für Institute der Aus-, Fort- und Weiterbildung, u.a.m.</li> <li>• Organisation und Durchführung von Information- und Fachveranstaltungen in und für ethnische Communities (jüdische und russisch-orthodoxe Gemeinden, Kulturvereine, Spät- und Aussiedlerorganisationen u.a.m.) in russischer und/oder deutscher Sprache</li> </ul> 3. Entwicklung und Erstellung von Informationen und Materialien zum Thema Demenz und Migration 4. Initiierung und Durchführung von speziellen Projekten wie Aufbau der Betreuungsgruppen mit muttersprachlichen (russischen) Seniorenbegleitern, Schulung in russischer Sprache zum Senioren/Demenzbegleiter
<b>Adresse:</b> Paulstr.4, 45889 Gelsenkirchen
<b>Telefon:</b> 0209 / 604 83 28
<b>E-Mail:</b> elena.maevskaya@imz-gelsenkirche.de
<b>Webseite:</b> www.demenz-service-nrw.de, www.awo-gelsenkirchen.de

<b>Name:</b> Günther Pauli
<b>Institution:</b> Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
<b>Funktion:</b> Berater
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Betriebliche Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
<b>Adresse:</b> Neumarkt 35-37, 50667 Köln
<b>Telefon:</b> 0221 / 27180-105
<b>E-Mail:</b> Guenther.pauli@bgf-institut.de
<b>Webseite:</b> www.bgf-institut.de

<b>Name:</b> Professor Dr. med. Elisabeth Pott
<b>Institution:</b> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>Funktion:</b> Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>Adresse:</b> Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
<b>Telefon:</b> 0221 / 8992240
<b>E-Mail:</b> elisabeth.pott@bzga.de
<b>Webseite:</b> www.bzga.de

<b>Name:</b> Heike Reinecke
<b>Institution:</b> Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen
<b>Funktion:</b> Referatsleiterin
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> „Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitliche Versorgung von Zugewanderten“
<b>Adresse:</b> Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf
<b>Telefon:</b> 0211 / 855-3465
<b>E-Mail:</b> heike.reinecke@mgepa.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.mgepa.nrw.de

<b>Name:</b> Dr. Antje Richter-Kornweitz
<b>Institution:</b> Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
<b>Funktion:</b> Wissenschaftliche Mitarbeiterin
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Soziale Lage und Gesundheit
<b>Adresse:</b> Fenskeweg 2, 30165 Hannover
<b>Telefon:</b> 0511 / 388 11 89 33
<b>E-Mail:</b> Antje.richter@gesundheit-nds.de
<b>Webseite:</b> www.gesundheit-nds.de

<b>Name:</b> Jürgen Schiffer
<b>Institution:</b> Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
<b>Funktion:</b> Referatsleiter
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Grundsatzfragen des nationalen und internationalen Gesundheitswesens, Hospiz- und Palliativversorgung
<b>Adresse:</b> Fürstenwall 25, 40190 Düsseldorf
<b>Telefon:</b> 0211 / 855-3563
<b>E-Mail:</b> juergen.schiffer@mgepa.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.mgepa.nrw.de

<b>Name:</b> Lisa Schwermer
<b>Institution:</b> Gesundheitsamt Essen
<b>Funktion:</b> Geschäftsführerin der Gesundheitskonferenz
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> aktuelle Schwerpunktthemen der Essener Gesundheitskonferenz: Alter und Gesundheit, Kindergesundheit, Patientenüberleitung, Netzwerk MRE, Migration und Gesundheit
<b>Adresse:</b> Hindenburgstr. 29, 45127 Essen
<b>Telefon:</b> 0201 / 8853118
<b>E-Mail:</b> lisa.schwermer@gesundheitsamt.essen.de
<b>Webseite:</b> www.gesundheitskonferenz.essen.de

<b>Name:</b> Barbara Steffens
<b>Institution:</b> Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
<b>Funktion:</b> Ministerin
<b>Adresse:</b> Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
<b>Telefon:</b> 0211 / 8618-4300/4301
<b>E-Mail:</b> barbara.steffens@mgepa.nrw.de
<b>Webseite:</b> www.mgepa.nrw.de

<b>Name:</b> Arif Ünal
<b>Institution:</b> Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln
<b>Funktion:</b> Leiter
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Leiter, Zuständig für die Präventionsarbeit, Psychotherapie, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im Gesundheitswesen.
<b>Adresse:</b> Schaafenstr. 7, 50676 Köln
<b>Telefon:</b> 0221 / 42 03 98 0
<b>E-Mail:</b> Arif.uenal@paritaet-nrw.org
<b>Webseite:</b>

<b>Name:</b> Thomas Wagemann
<b>Institution:</b> BKK-Landesverband NORTHWEST / Hauptverwaltung Essen
<b>Funktion:</b> Referent
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Referent für Prävention und Gesundheitsförderung
<b>Adresse:</b> Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
<b>Telefon:</b> 0201 / 179-1608
<b>E-Mail:</b> Thomas.Wagemann@bkk-nordwest.de
<b>Webseite:</b> www.bkk-nordwest.de

<b>Name:</b> Prof. Dr. Ulla Walter
<b>Institution:</b> Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover
<b>Funktion:</b> Direktorin des Instituts
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Frau Prof. Walter leitet am Institut Projekte u. a. zur Konzeption und Evaluation von Präventionsprogrammen, zur Evidenzbasierung, zu Qualitätsmanagement, Zugangswegen, Gesundheits- und Alterskonzepten von Professionellen, Steigerung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Die Projekte befassen sich mit verschiedenen Themenfeldern (u.a. Herz-Kreislauf, Rückenbeschwerden, Neurodermitis, Belastungen durch Stress) und Zielgruppen (u.a. Schwangere, Kinder, Erwerbstätige, Ältere, Migranten, Professionelle). Sie ist u.a. Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied der Kommission für den 6. Altenbericht der Bundesregierung sowie geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).
<b>Adresse:</b> Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
<b>Telefon:</b> 0511 / 532 4455
<b>E-Mail:</b> <a href="mailto:Walter.Ulla@mh-hannover.de">Walter.Ulla@mh-hannover.de</a>
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.mh-hannover.de/epi.html">http://www.mh-hannover.de/epi.html</a>

<b>Name:</b> Wolfgang Werse
<b>Institution:</b> Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
<b>Funktion:</b> Dezernent
<b>Arbeitsschwerpunkte und kurze Tätigkeitsbeschreibung</b> Prävention und Gesundheitsförderung, Schwerpunkt Konzeption, Management, Beratung im Rahmen des Präventionskonzepts NW und seiner Landesinitiativen kommunales Gesundheitsmanagement, Schwerpunkt Beratung, Konzeption, Weiterentwicklung und Transfer kommunale Gesundheitskonferenzen
<b>Adresse:</b> Ulenbergstr. 127 – 131, 40225 Düsseldorf Dienstgebäude: Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld
<b>Telefon:</b> 0521 / 8007-234
<b>E-Mail:</b> wolfgang.werse@liga.nrw.de
<b>Webseite:</b> <a href="http://www.liga.nrw.de">www.liga.nrw.de</a> <a href="http://www.praeventiosnkonzept.nrw.de">www.praeventiosnkonzept.nrw.de</a>



Landesinstitut für  
Gesundheit und Arbeit  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf  
Fax 0211 3101-1189  
[poststelle@liga.nrw.de](mailto:poststelle@liga.nrw.de)

[www.liga.nrw.de](http://www.liga.nrw.de)