

95 | 2009

Karl-Josef Laumann | Ursula Lehr  
Heinz Mechling | Ferdinand Tillmann  
Annette Widmann-Mauz

Prävention bis ins  
hohe Alter

ZUKUNFTSFORUM  
POL



ISBN 978-3-940955-57-9

[www.kas.de](http://www.kas.de)



Konrad  
Adenauer  
Stiftung

## INHALT

- 5 | VORWORT
- 7 | PRÄVENTION BIS INS HOHE ALTER: EINLEITUNG  
*Ferdinand Tillmann*
- 9 | LANGLEBIGKEIT VERPFLICHTET:  
BEWEGUNGSFÖRDERUNG OHNE ALTERSGRENZEN  
*Ursula Lehr*
- 27 | BEWEGUNG UND SPORT – VORAUSSETZUNGEN  
FÜR EIN GELINGENDES ALTERN  
*Heinz Mechling*
- 47 | DIE BEDEUTUNG EINES PRÄVENTIONSGESETZES:  
GESUNDHEIT IST KEINE FRAGE DES ALTERS  
*Annette Widmann-Mauz*
- 51 | ANFORDERUNGEN EINER ÄLTER WERDENDEN  
GESELLSCHAFT AN DAS GESUNDHEITSWESEN  
*Karl-Josef Laumann*
- 56 | DIE AUTOREN
- 56 | ANSPRECHPARTNER IN DER  
KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

*Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.  
unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch  
elektronische Systeme.*

© 2009, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin

Gestaltung: SWITSCH Kommunikationsdesign, Köln.  
Printed in Germany.  
Gedruckt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

ISBN 978-3-940955-57-9

## VORWORT

Die weiter zunehmende Lebenserwartung der Menschen in den westlichen Industrieländern ist eine sehr positiv zu bewertende Entwicklung, die Anlass zur Freude gibt. Gleichzeitig stellt sich die Aufgabe, das Altern so zu gestalten, dass die Lebensqualität möglichst lange erhalten bleibt. Ziel ist es, gesund und kompetent alt zu werden und Phasen mit Krankheit und Behinderungen möglichst auf ein Minimum zu reduzieren.

Damit dies gelingen kann, müssen die Möglichkeiten der Medizin in Therapie und Diagnostik durch eine intensive Gesundheitsforschung weiter ausgebaut werden. Bereits heute stehen altersassoziierte Erkrankungen zunehmend im Fokus der biologisch-medizinischen Forschung, ebenso chronische Erkrankungen, die im Vergleich zu akuten Erkrankungen im Alter an Bedeutung gewinnen. Auch die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen müssen den demografischen Herausforderungen angepasst werden.

Darüber hinaus ist es notwendig, den Präventionsgedanken zu stärken. Damit oft zitierte Aussagen wie „Hauptsache gesund!“ nicht zur bloßen Floskel verkommen, muss jeder mehr Verantwortung für das eigene körperliche und geistige Wohlergehen übernehmen. Bewegung und Sport sowie Ernährung sind wichtige Schlüsselfaktoren für ein gesundes und kompetentes Älter-Werden.

Die nachfolgenden Texte basieren auf einem Workshop „Prävention bis ins hohe Alter“, den die Konrad-Adenauer-Stiftung am 7. April 2008 in Berlin durchführte. Sie erläutern aus wissenschaftlicher und politischer Sicht unterschiedliche Aspekte der Prävention als Voraussetzung für ein gutes Altern.

Berlin, im Januar 2009

*Dr. Norbert Arnold  
Leiter Team Gesellschaftspolitik  
Hauptabteilung Politik und Beratung  
Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.*

## PRÄVENTION BIS INS HOHE ALTER: EINLEITUNG

*Ferdinand Tillmann*

Der heute 78-Jährige immer noch sportlich aktive Alpinist Heiner Geißler, von 1967 bis 1977 Gesundheits- und Sportminister von Rheinland-Pfalz und von 1982 bis 1985 Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, war es, der seinerzeit schon treffend formulierte: „Mancher Arzt täte besser, seinen Patienten weniger Pillen und dafür mehr Bewegung zu verschreiben.“

Und insofern ist die Kommission „Gesundheitsprävention und Sport“ der Senioren-Union der Konrad-Adenauer-Stiftung sehr dankbar dafür, dass sie im April 2008 einen Workshop „Prävention bis ins hohe Alter“ durchführte und nun eine Textsammlung mit wichtigen Beiträgen zu diesem Thema vorlegt.

Wie es der Zufall wollte, berichtete ausgerechnet am Veranstaltungstag die *Berliner Zeitung* über eine Warnung der Kirchen aus Anlass der „Woche für das Leben“ davor, dass „die Sorge um körperliche Fitness und äußeres Wohlbefinden einen derart breiten Raum einnehme, dass von einer ‚Gesundheitsreligion‘ gesprochen werden kann“.

Einerseits ist die Sorge vor einem falsch verstandenen Fitnesskult verständlich, der in seiner extremen Form nicht nur, wie von den Kirchen befürchtet, quasi-religiöse Züge annehmen kann, sondern auch für die Gesundheit eher schädlich als nützlich ist (man denke z. B. an die zunehmenden Essstörungen oder an zu intensive Nutzung von Solarien, die zwar Gesundheit vortäuscht, aber ihr in Wirklichkeit schadet, oder auch an den zunehmenden und extrem gesundheitsgefährdenden Missbrauch von Dopingmitteln im Kraft- und Fitnesssport).

Andererseits ist aber der verantwortungsvolle Umgang mit dem eigenen Leben und der eigenen Gesundheit ein hohes ethisches Gebot! Prävention gewinnt an Bedeutung – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der mit höheren Lebenserwartungen und mit der Zunahme der älteren Bevölkerung verbunden ist. Ungesund leben und alleine auf die Medizin hoffen, dass sie die „beschädigte Gesundheit“ durch kurative Maßnahmen wiederherstellt, ist unethisch und unverantwortlich. Jeder muss im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst zur eigenen Gesundheit beitragen. Dafür steht der Präventionsgedanke.

Dass Bemühungen um eine vernünftige, der Gesundheit verpflichtete bewegungsorientierte und ernährungsbewusste Lebensweise bis ins hohe Alter nichts mit „Gesundheitswahn“, der quasi zur Ersatzreligion wird, zu tun haben, hat der Workshop eindrucksvoll unterstrichen.

Dass Prävention zudem ein wirksames Mittel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist, sollte in Zeiten des Verteilungskampfes um die zur Verfügung stehenden Mittel auch nicht unterschlagen werden.

Besonderer Dank gebührt den qualifizierten sachkundigen Referenten des Workshops, die deutlich gemacht haben, wie entscheidend in einer immer älter werdenden Gesellschaft die Aspekte der Prävention vor allem durch Bewegung und gesunde Ernährung in vielfacher Hinsicht sind.

Mir, als ehemaligem Vorsitzenden des Sportausschusses des Deutschen Bundestages, ist es aus diesem Grunde auch ein wichtiges Anliegen, dass ein Präventionsgesetz verabschiedet wird, das effizient und unbürokratisch die Vorsorge fördert. Dabei sollten die Eigenverantwortung des Einzelnen und das gesundheitliche Bewusstsein in der Gesellschaft gestärkt werden und die Rahmenbedingungen für ein stärkeres Mitwirken des organisierten Sports als kompetenter Partner einer flächendeckenden Prävention verbessert werden.

## LANGLEBIGKEIT VERPFLICHTET: BEWEGUNGSFÖRDERUNG OHNE ALTERSGRENZE

*Ursula Lehr*

### **EINLEITUNG**

Wir leben in einer alternden Gesellschaft. Immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter. Wir leben in einer Zeit des demografischen Wandels. Die Bevölkerungspyramide steht Kopf. Immer mehr Ältere stehen immer weniger Jüngeren gegenüber. Wir haben eine zunehmende Langlebigkeit und rückläufige Geburtenzahlen.

Die Tatsache der zunehmenden Langlebigkeit sollten wir begrüßen und nicht etwa als Problem oder gar als Katastrophe hinstellen; doch wir selbst und die Gesellschaft haben sich darauf einzustellen; wir haben alles zu tun, damit die zusätzlichen Lebensjahre nicht eine Verlängerung der Dahinsiechens und Sterbens bedeuten, sondern zu „gewonnenen Jahren“ werden. Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden, bei Erhalt der Selbstständigkeit und größtmöglicher Unabhängigkeit ist im Interesse aller: der Älteren selbst, ihrer Familien, der jüngeren Generationen und der ganzen Gesellschaft.

Es kommt nicht nur darauf an, wie *alt* wir werden, sondern auch, *wie* wir alt werden. Alt werden und sich dabei wohlfühlen, das kommt aber nicht von alleine; dafür muss jeder einzelne etwas tun – von früher Jugend an, denn Altern ist ein lebenslanger Prozess. Unser Verhalten in Kindheit und Jugend, im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter bestimmt mit, wie wir uns als 60-, 70-, 80-, 90- und 100-Jährige und Ältere fühlen. Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre, sondern den Jahren Leben zu geben; es gilt, aktiver zu leben und aktiv zu erleben.

Nach einem ersten einleitenden Überblick über den demografischen Wandel, möchte ich zweitens die Notwendigkeit eines gesunden, kompetenten, d. h. „bewegten, aktiven Älterwerdens“ deutlich machen, drittens Motivations- und Barrierefaktoren aufzeigen und viertens schließlich die Konsequenzen für die Praxis kurz ansprechen.

## I. DER DEMOGRAFISCHE WANDEL

### 1. Die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist enorm gestiegen und liegt heute in Deutschland für den neugeborenen Jungen bei 76 Jahren und das neugeborene Mädchen bei rund 82 Jahren! Pro Jahr steigt die Lebenserwartung bei Neugeborenen um drei Monate – oder pro Tag um fünf Stunden! Jedes zweite heute geborene Baby hat die Chance, 100 Jahre alt zu werden!

Der heute 60-Jährige hat im Durchschnitt noch knapp 25 Lebensjahre vor sich. Das heißt: Die Älteren, die heute in Rente gehen (oder geschickt werden), haben noch mehr als ein Viertel ihres Lebens vor sich – bei besserer Gesundheit und höherer Kompetenz, als dies vor Jahrzehnten der Fall war.

Hier muss ich Frank Schirrmacher recht geben: Wir brauchen eine Kalenderreform unseres Lebens! Indem wir das Altern umdefinieren, helfen wir unseren Kindern mehr als dadurch, dass wir ständig um die verpassten Geburten von 1984 weinen. Die hat es nicht gegeben. Und die, die damals nicht geboren worden sind, werden auch keine Kinder auf die Welt bringen.

Unsere Lebensläufe anders konzipieren heißt auch, das Seniorenalter später beginnen zu lassen, länger fit zu sein!

## 2. Leben in einer alternden Gesellschaft

Der Anteil der über 60-Jährigen (fünf Prozent um die Jahrhundertwende) ist heute bei knapp 24 Prozent, und wird 2050 bei über 38 Prozent liegen. Aber auch der Anteil der über 80-, 90-, 100-Jährigen steigt rapide. Zur Zeit rechnen wir mit rund einer halben Million über 90-Jährigen und rund 10.000, die hundert und älter sind. 2025 werden wir eine Million „90 plus“ und 44.000 „100 plus“ haben – und 2050 rechnen wir (bei einem Bevölkerungsrückgang von 82 Millionen auf um die 70 Millionen) mit ca. zwei Millionen „90 plus“ und 114.700 Über-100-Jährige.

Die Gruppe der Hochbetagten oder Langlebigen, die der über 80-Jährigen, ist weltweit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren. Doch die übliche Einteilung, von den so genannten „jungen Alten“ und ab 80/85 von den „alten Alten“ zu sprechen, ist problematisch. Manch einer ist schon mit 55/60 ein „alter Alter“, andere sind noch mit 90 „junge Alte“. Das „functional age“ ist ausschlaggebend, die Funktionsfähigkeit verschiedener körperlicher und seelisch-geistiger Fähigkeiten. Amerikaner sprechen von den „go go's“, den „slow go's“ und den „no go's“, womit sehr deutlich die körperliche Beweglichkeit unterstrichen wird. Diese Funktionsfähigkeiten sind keinesfalls an ein chronologisches Alter gebunden, sondern werden von biologischen und sozialen Faktoren, die während eines ganzen Lebens einwirken, mitbestimmt. Hier werden Schulbildung, berufliches Training, Ernährung, körperliches Training, Interessen, Lebensstil und Reaktionen auf Belastungen ausschlaggebend. Einem generellen Defizit-Modell des Alterns ist der Kampf anzusetzen; es wurde durch viele Studien widerlegt.

Eines ist besonders wichtig: Wir müssen beweglich, mobil bleiben! Mobilität bedeutet Unabhängigkeit, Flexibilität und Individualität. Die Mobilität wird einmal beeinflusst von der Situation des Individuums und ist – in Grenzen – trainierbar, sodann von verschiedenen Umweltfaktoren, baulichen Gegebenheiten, Verkehrsbedingungen etc. abhängig.

Wir leben in einer alternden Gesellschaft, bedingt einmal durch eine Verlängerung der Lebenserwartung, zum anderen durch nachlassende Geburtenzahlen. Von Überalterung nur aufgrund der zunehmenden Langlebigkeit zu sprechen, wäre einseitig. Wir haben auch eine Unterjüngung, es fehlen die Kinder. Darauf haben sich auch unsere Sportvereine, von denen ein knappes Viertel der Mitglieder (23,2 Prozent) heute unter 15 sind und 41 Prozent jünger als 26 Jahre sind, einzustellen.

### 3. Das Verhältnis der Generationen hat sich verändert

Kamen vor 100 Jahren auf einen über 75-Jährigen noch 79 Jüngere, so sind es heute 10,4! Und in acht Jahren, 2015, werden es nur noch 8,4 sein! Und man hat berechnet, dass im Jahre 2040 ein Über-75-Jähriger nur noch sechs bis sieben Personen (nach der 11. Bevölkerungsvorausschätzung sogar nur 4,3 Personen) gegenüberstehen wird, die jünger als 75 Jahre sind.

Nun, 75-Jährige sind noch lange nicht pflegebedürftig, aber gewisse Einschränkungen sind bei manchen schon gegeben (ohne dass man sie gleich der „Sitzgruppen-Gymnastik“ oder „Behindertensportgruppen“ zuordnen muss). Einschränkungen in der Mobilität (Gehfähigkeit, Arthritis, Arthrose, Gelenkprobleme, gelegentliche Gleichgewichtsstörungen, Beeinträchtigung der Handkraft, Griff-Fähigkeit, Beeinträchtigungen der Sensorik und Sensibilität) können schon häufiger vorkommen.

Angesichts eines solchen Bevölkerungsaufbaus (der Anteil der über 75-Jährigen ist fast so groß wie jener der unter 20-Jährigen) sollte man aber auch einmal z. B. Konzepte der Stadtentwicklung überdenken – von der Verkehrsführung bis hin zu Sportstätten und Sportmöglichkeiten für Ältere; neben Kinderspielplätzen brauchen wir Sport- und Freizeitmöglichkeiten für Ältere; Warmbadetage in Schwimmbädern werden immer notwendiger (Rheuma). Wir müssen uns aber auch Gedanken über die Erreichbarkeit von Sportstätten und Schwimmbädern machen. Hier spielt sowohl der Öffentliche Nahverkehr als auch die Parkplatzfrage eine ganz große Rolle. Manch einer kann noch bestens Auto fahren, hat aber Gehprobleme. Das Treppensteigen fällt vielen schwer (hat die Treppe Geländer, Handläufe, an beiden Seiten; sind die einzelnen Treppenstufen deutlich markiert [Kontrastsehen]). Und: gibt es genug sichere Radwege, sichere Spazier- und Wanderwege – mit Sitzbänken in der richtigen Höhe und Armlehnen zum Sich-Hochstemmen? Schließlich gilt: Bewegung ist im Alter nötig, Bewegung hält gesund! Aber Ausruhen ist gelegentlich auch angebracht.

Eine Frage wäre auch: Lassen sich auch Sportgeräte und Sportstätten und auch Fitness-Center sicherer, altengerechter gestalten? Schauen Sie sich manche Treppen und Duschanlagen in Schwimmbädern an! Ein Ausrutschen Älterer hat nun einmal mehr Konsequenzen (Knochenbrüche etc.) als ein Ausrutschen Jüngerer. Ein Problem sind manchmal auch die

engen Umkleideräume in Sportstätten, vor allem, wenn dort eine Sitzgelegenheit fehlt. Und wie steht es mit der entsprechenden Sportkleidung, die oft über die Größe 40 nicht hinausgeht? Sind unsere Fitness-Studios auf diese sich verändernde Klientel eingerichtet?

Wir haben über den entsprechenden Ausbau von Beschäftigungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten nachzudenken (und sollten hier Ältere in die Programmgestaltung mit einbeziehen). Ein Umdenken im Freizeitbereich wird nötig, aber auch ein Umdenken im Gesundheitsbereich wird erforderlich. Der Prävention ist ein viel größerer Stellenwert einzuräumen, auch in den Bereichen, für die die Krankenkasse nicht zuständig ist! Es geht ja nicht nur um bezahlte oder nicht bezahlte Vorsorgeuntersuchungen, um bezahlte oder nicht bezahlte Medikamente, sondern es geht um Verhaltensweisen, um einen gesunden Lebensstil! Eigenverantwortung in Bezug auf richtige Ernährung, aber erst recht auch in Bezug auf hinreichende richtige körperliche Bewegung ist gefragt! Denn Altwerden macht nur Spaß, wenn man halbwegs gesund und kompetent alt wird. Wir müssen zum Erhalt der Selbstständigkeit (manchmal auch nur der Teil-Selbstständigkeit) und auch zur Wiedererlangung einer verloren geglaubten Selbstständigkeit viel mehr trainieren, unsere Muskelkraft wieder aufbauen!

Studien (Mechling, siehe Beitrag in dieser Broschüre) haben gezeigt: Prävention, um „fit für 100“ zu sein, ist auch bei Hochaltrigen nötig, möglich und erfolgversprechend! Bewegungsprogramme im Bereich der Stadt- und Gehsicherheit bedeuten Sturzprophylaxe! Bedenken wir doch, dass jeder dritte Pflegefall auf Stürze zurückgeht. So können wir einer Pflegebedürftigkeit vorbeugen. Wir können durch Training den Grad, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit verringern. Durch Training kann die Ersteinstufung in Pflegestufe 1 zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, und selbst eine Rückstufung von Pflegestufe 2 in Pflegestufe 1 wäre möglich! Dies wäre mit einer Erhöhung der Lebensqualität des Betroffenen, aber auch mit finanziellen Einbußen für das Heim bzw. für die pflegenden Angehörigen verbunden – und ob das immer gewollt ist?

Im Hinblick auf die Bedeutung körperlichen Trainings bedarf es der Schulung des Pflegepersonals und der im Altenheim bzw. in der Altenarbeit Tätigen. Bewegung und Sport gehören in die Ausbildungsprogramme der Altenpflege! Natürlich bedarf es auch eines Personalschlüssels, der nicht dazu führt, dass noch gehfähige Senioren in den Rollstuhl gesetzt werden

aus momentanen Zeitersparnisgründen: so wird Immobilität antrainiert und die nächst höhere Pflegestufe herbeigeführt ohne zwingende Notwendigkeit! – Wir brauchen ein Muskelaufbau-Training zum Erhalt der Alltagskompetenz!

Auch wenn wir die Situation primär unter dem Aspekt der Lebensqualität der Pflegebedürftigen sehen sollten, sei hier die mögliche Kosteneinsparung erwähnt. So konnte Mechling nachweisen: Wird der Zeitraum für ein gesünderes Altern verlängert, werden erhebliche Kosten gespart. Die realistischen jährlichen Personalkosten von 3.000 € für eine Übungsgruppe (2x wöchentlich) amortisieren sich, wenn

- zwölf stationär versorgte Teilnehmer einen Monat länger in Pflegestufe 1 statt 2 verbleiben können als untrainierte,
- fünf Teilnehmer der Pflegestufe 1 einen Monat länger ambulant statt stationär versorgt werden können, oder
- drei Teilnehmer einen Monat später in Stufe 1 eingestuft werden als ohne Training.

Die Erhaltung der Selbständigkeit ist auch angesichts der Tatsache nötig, dass immer mehr Senioren in Ein-Personen-Haushalten wohnen. Langlebigkeit bedeutet aber auch mehr und mehr, als Single durch das Leben zu gehen. Wir haben einen Rückgang der Drei- und Zwei-Generationen-Haushalte und der Anstieg der Ein-Generationen- bzw. Ein-Personen-Haushalte. Nur 1,1 Prozent von allen 37 Millionen Haushalten in der Bundesrepublik sind Drei-Generationen-Haushalte. Knapp 44 Prozent aller Haushalte in Deutschland sind heute Ein-Personen-Haushalte (im Jahr 1900 waren es nicht einmal fünf Prozent!). Diese zunehmende Singularisierung und Individualisierung sollte aber keineswegs mit Einsamkeit gleichgesetzt werden. Sie hat aber Konsequenzen sowohl in Bezug auf die Kinderbetreuung als auch auf etwaige notwendig werdende Hilfs- und Pflegeleistungen im Alter – und auch deswegen muss man alles tun, um möglichst unabhängig zu bleiben und seine Selbständigkeit lange zu erhalten. Aber diese zunehmende Singularisation zeigt auch die Notwendigkeit, außerhalb der Familie mit anderen Menschen zu sprechen. Ein Kontakt mit mehr oder minder Gleichaltrigen muss heute außerhalb der Familie gesucht werden – und da bieten gewiss Sportvereine, Interessengruppen, Volkshochschulkurse und dergleichen gute Gelegenheit. Trainingsgruppen erwiesen sich auch als kontaktfördernd.

#### 4. Altern muss nicht Pflegebedürftigkeit bedeuten

Studien zeigen, dass etwa 70 Prozent der über 85-Jährigen noch allein ihren Alltag bewältigen können. Auch die neueren Daten der Pflegeversicherung bestätigen dieses Bild. Freilich, Hochrechnungen – der steigende prozentuale Anteil der über 80-Jährigen in den kommenden Jahren – gehen von höheren Zahlen aus. Doch hier sollte man vorsichtig sein. Wir werden älter, als es unsere Eltern und Großeltern geworden sind, sind dabei aber gesünder. Eine kürzlich veröffentlichte Studie der Duke-Universität stellt fest: „Senioren bleiben länger gesund.“ Die Krankheitsanfälligkeit von Menschen im Alter von über 65 Jahren nimmt deutlich ab. Diese nachgewiesene von Jahr zu Jahr abnehmende Krankheitsanfälligkeit der Alten hat viele Gründe. Nach Manton sind es vor allem die Fortschritte der Medizin in Diagnose und Therapie, der Medizintechnik, der Pharmakologie, der gesundheitsbewusstere Lebensstil im Hinblick auf Ernährung und Sport, das Wissen um die Bedeutung der Prävention. Und diese Prävention ist auch noch bei 80-, 90- und 100-Jährigen notwendig. Bewegungs-, Trainings- und Mobilisierungsangebote sind sowohl in die institutionelle Pflege als auch in die häusliche Pflege einzubauen!

#### II. LANGLEBIGKEIT VERPFLICHTET ZU EINEM GESUNDEN, KOMPETENTEN, D. H. ZU EINEM „BEWEGTEN“, AKTIVEN ÄLTERWERDEN

Es gilt für Jung und Alt: „aktiver leben“ und „aktiv erleben“! Dadurch lässt sich zu einem Teil wenigstens Pflegebedürftigkeit vermeiden oder sie zumindest in ein höheres Alter hinauszuschieben. Prävention ist nicht nur kostensparender, sondern erhöht vor allem die Lebensqualität der Senioren und die ihrer Familien. Aktives, gesundes, „bewegtes“ Älterwerden ist eine Aufgabe für uns alle, die schon in Kindheit und Jugend beginnt und dann im mittleren und höheren Erwachsenenalter von ganz großer Bedeutung ist.

Zu einem gesunden und kompetenten Altern tragen bei:

- Gesunde Ernährung (Verzicht auf Nikotin, Alkohol in Maßen),
- Körperliche Aktivität, Sport,
- Geistige Aktivität („Gehirn-Jogging“),
- Sozialkontakte, soziale Aktivität,
- Fähigkeit zur Stressbewältigung,

- Vorsorgeuntersuchungen und nicht zuletzt
- eine ausgeglichene Lebensbilanz.

Während mit zunehmendem Lebensalter das Interesse an medizinischen Fragen (Vorsorgeuntersuchungen etc.) und auch an gesunder Ernährung zunimmt, zeigt das Interesse an Sport offenbar stark abnehmende Tendenzen.

Bewegung, körperliche – und geistige – Aktivität, wird schon seit der Antike zu den wesentlichsten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Altern genannt. Methodisch abgesichert waren diese Aussagen damals freilich nicht; sie beruhten auf Einzelerfahrungen und Einzelbeobachtungen.

Schon vor mehr als 2000 Jahren empfahl bereits Hippokrates (460-377 v. Chr.) als Regeln für eine gesunde Lebensführung, die ein hohes Lebensalter garantiere: „Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Maß gebraucht werden und in den Arbeiten, an die jeder Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig“ (Hippokrates, *de articulis reponendis*).

Frühe Hinweise auf eine notwendige Aktivität im Alter, eine lebenslange Vorbereitung auf das Alter, die schon in Kindheit und Jugend beginnen sollte und neben dem physischen Bereich auch den geistigen Bereich umfassen muss, findet man auch bei Plato (427-347 v. Chr.) in seiner *Politeia* und auch bei Cicero (106-43 v. Chr.) in seiner Schrift *Cato maior de senectute*. Sie preisen die lebenslange körperliche Aktivität, die richtige Ernährung, weisen aber auch auf die Notwendigkeit geistiger Aktivität und entsprechende Sozialkontakte, sozialer Zuwendung hin, die während des ganzen Lebens geübt werden müsse: Nichtaufhören, Weitermachen, ständiges Üben in allem, das sei die Maxime, so Cicero.

Heute haben wir durch neuere Forschungen hinreichend Belege für die Zutreffendheit dieser alten Einsichten. Spätestens seit Anfang der 1970er Jahre betonen Mediziner, Psychologen, Sportwissenschaftler und andere Disziplinen aufgrund ihrer Forschungen den Wert körperlichen Trainings, den Wert der Aktivität, der Bewegung.

Die meisten körperlichen Altersveränderungen (in Bezug auf die Muskulatur, die Atmungsorgane und sonstige Funktionen), die zwar – je nach Individuum – in sehr unterschiedlichem Lebensalter eintreten können, „ähneln denen, die auch ein Mangel an Bewegung im Gefolge hat.“ (Schmidt, 1972).

Erst kürzlich hat die WHO festgestellt: „Millionen Tote durch zu wenig Bewegung und zuviel Zucker, Fett, Salz!“ Danach verursacht die Bewegungsarmut jährlich 1,9 Millionen Tote, ist für zehn bis sechzehn mancher Krebserkrankungen und auch Diabetes verantwortlich; ebenso für 22 Prozent der ischämischen Herzkrankheiten. Weltweit sind 60 Prozent der Erwachsenen nicht bewegungsaktiv genug, 1,9 Millionen Menschen erleiden jährlich durch Bewegungsmangel eine Behinderung.

Nun, der Nachweis, dass die für das einzelne Individuum „richtigen“ sportlichen Aktivitäten, in richtiger Dosierung ausgeübt, das psychische Wohlbefinden steigern und die relevanten physiologischen Werte auch beim 40-, 50- und sogar 70-Jährigen noch verbessern können, ist mehrfach seitens der Sportwissenschaft und Sportmedizin erbracht worden (Hollmann, Rieder, Meusel u. a.).

Ebenso wurde gezeigt, dass körperliche Aktivität, Bewegung und Sport auch auf kognitive Fähigkeiten von Einfluss sind. Schnellere Reaktionszeiten, bessere Gedächtnisleistungen, besseres Abschneiden bei Problemlösungsaufgaben konnten u. a. Birren et al., Oswald et al. und Baumann et al. zeigen. In Langzeitstudien haben jene Senioren und Seniorinnen ihre intellektuellen Fähigkeiten, vor allem Gedächtnisleistungen, am stärksten verbessert und über Jahre hinweg gehalten, die neben dem Gedächtnis-Trainingsprogramm gleichzeitig ein körperliches Aktivierungsprogramm durchgeführt haben (vgl. Baumann).

Nach einer kritischen Analyse der Literatur über den Zusammenhang von sportlicher Betätigung, Gesundheit und Anpassung an das Alter kommt Meusel (1996) zu dem Schluss, dass bei einer in dieser Hinsicht inaktiven Lebensweise das Leistungsniveau in allen motorischen Fähigkeiten zurückgeht. „Schon geringe Bewegungsaktivität im Alltag, Beruf und Sport wirkt sich besonders bei sonst bewegungsarmer Lebensweise positiv im Sinne einer Verzögerung der Rückbildungsprozesse aus. Auch im höheren Alter können durch gezieltes Training noch Anpassungsprozesse in Gang gesetzt werden, die degenerativen Veränderungen entgegenwirken.“

Andernfalls beginnt der Rückgang der Leistungsfähigkeit ohne Training schon am Ende des zweiten, spätestens im dritten Lebensjahrzehnt. Jede der motorischen Fähigkeiten Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Gelenkigkeit, Gleichgewicht und Koordination hat ihre spezifische Bedeutung für die Erhaltung der allgemeinen motorischen Leistungsfähigkeit im Alter und für die Bewahrung oder Verbesserung einzelner Merkmale der Gesundheit.“ (Meusel, 1996, S.119). Und weiter heißt es: „Was bisher als Alternsprozess verstanden wurde, ist in hohem Maße Auswirkung mangelnden Trainings. Deshalb kann sportliche Betätigung und Bewegungsaktivität überhaupt helfen, die Leistungsfähigkeit in allen motorischen Fähigkeiten bis ins hohe Alter zu erhalten“ (Meusel, 1996, S.119).

Sport spielt nach Opaschowski nur bei fünf bis sieben Prozent der Senioren eine Rolle, obwohl die verschiedenen Formen des Seniorensports so sehr propagiert werden und eine wichtige Präventionsmaßnahme sind. Genaue Zahlenangaben sind hier schwierig, da die Definition „sportlicher Aktivität“ sehr schwammig ist. Wenn man nicht nach körperlicher Aktivität oder Bewegung fragt, sondern „sportliche Aktivitäten“ enger definiert, dann ist die Teilhabe an dieser Art der Freizeitgestaltung in repräsentativen Studien äußerst gering. Nach einer Erhebung bei 9.400 Personen im Jahr 1991 und bei 13.600 Personen im Rahmen des „Sozioökonomischen Panels“ in Deutschland stellen Mielke & Uhlenbruck 1997 fest, dass nur 2,2 Prozent bis 2,7 Prozent der über 50-Jährigen Befragten täglich Sport treiben. Einmal wöchentlich treiben danach 16,2 Prozent der 50- bis 60-Jährigen, aber nur 3,3 Prozent der über 80-Jährigen Sport. Dennoch, ein Vergleich der Jahre 1986 bis 1998 zeigt, dass die wöchentliche sportliche Aktivität bei den über 50-Jährigen Frauen von zehn auf 19 Prozent, bei den gleichaltrigen Männern von zwölf auf 19 Prozent gestiegen ist und der Anteil der nie Sporttreibenden in diesem Zeitraum von 85 auf 65 Prozent bei den Frauen und von 80 auf 55 Prozent der Männer gesunken ist.

### **III. HERAUSFORDERUNGEN ZU SPORTLICHER AKTIVITÄT: MOTIVATIONS- UND BARRIEREFAKTOREN**

Dass körperliche Aktivität, Bewegung und Sport notwendige Voraussetzungen für ein gesundes Altern sind, gehört in weiten Bevölkerungskreisen heute schon bald zum Allgemeinwissen und wird allgemein anerkannt. Doch dieses Wissen führt nicht unbedingt zu einem entsprechenden Verhalten. Wenn auch die Zahl der sportlich aktiven Senioren in den

letzten Jahren zugenommen hat, ist die Gruppe der Abstinente sehr groß. Es gilt also, sowohl die Motivationsfaktoren als auch die Barrieren sportlicher Betätigung zu ergründen.

#### **Motivation zu Bewegung, körperlicher Aktivität und Sport**

Welford hat die „Kosten-Nutzen-Theorie“ aus der Volkswirtschaft auf die „Motivations-Barriere-Theorie“ des Alltagsverhaltens bei älteren Menschen übertragen. Während es im jüngeren Lebensalter starke Motivationen zur sportlicher Betätigung gibt (Wunsch nach Fitness, Wunsch nach Attraktivität, Wunsch nach Gesundheit, Wunsch nach Leistung und Anerkennung derselben) und die Barrieren äußerst niedrig sind, steigen die Barrieren mit zunehmendem Lebensalter an (anderweitige familiäre Verpflichtungen, weniger Zeit, Verlust der Attraktivität u. a. m.), während die Motivationen zunehmend schwinden.

Im höheren Erwachsenenalter schließlich dominieren die Barrieren (schwere Erreichbarkeit der Sportstätte, negatives Altersbild und negatives Selbstbild, zunehmende Unsicherheit), während die Motivationen stark herabsinken, was dann schließlich zu einer sportlichen Inaktivität führen kann.

Befragen wir jene Älteren, die sportlich aktiv sind, so werden an erster Stelle expressive Motive genannt: „weil Bewegung und Sport Spaß machen“, „weil ich dann guter Stimmung bin, mich wohler fühle“, „weil man mit anderen Menschen zusammen ist“. Erst danach folgen Nennungen, die mehr „instrumentelle“ Motive betreffen, die sich auf die Erhaltung der Gesundheit beziehen: „um beweglich zu bleiben“, „um etwas gegen meinen hohen Blutdruck zu tun“, „um etwas gegen mein Übergewicht zu tun“. Fragt man hingegen sportlich inaktive ältere Personen, was für sie möglicherweise motivierende Momente wären, so werden ausschließlich instrumentelle Motive im Sinne einer Gesundheitsförderung genannt, die jedoch – solange man noch keinen Leidensdruck verspürt – nicht motivierend wirken.

Das heißt: Um ältere „Bewegungslahme“ zu motivieren, sollten wir weit mehr den Spaß, die Freude an der Bewegung, das Vergnügen und Wohlfühlen betonen und Sport und Bewegung nicht nur als „Pflicht“ zur Gesunderhaltung herausstellen.

### Barrieren gegenüber sportlicher Betätigung und Bewegung

Eine wichtige Barriere gegen sportliche Betätigung im Alter ist auch nach unseren Studien durch das in der Gesellschaft bestehende negative Altersbild („was rennt der Alte da noch rum“), aber auch durch fehlende Information gegeben. Alten Menschen gesteht man höchstens bestimmte Sport- und Bewegungsarten zu (Golf, Spaziergehen), schon beim Walking werden sie – oder genauer: fühlen sie sich – belächelt. Das wird sich wahrscheinlich in Zukunft ändern; an die heutigen 50er auf Inline-skatern hat man sich auch schon gewöhnt.

Auch das Vorurteil, die eigenen Kräfte seien im Alter verbraucht, trägt zu dieser Hemmung gegenüber Sport und Bewegung im Alter bei. Manchmal sind es auch krankheitsbedingte Einschränkungen, gesundheitliche Handicaps, die eine Bewegungsreduzierung fordern. Hier bedarf es der sportmedizinischen Beratung, welche Sportart für welche Person in welcher Situation günstig und fördernd ist. Außerdem konnten biographische Wurzeln aufgezeigt werden. Bei den heutigen Seniorinnen und Senioren, vor allem in der Altersgruppe der über 75-/80-jährigen Frauen, gab es kaum Gelegenheit zu sportlicher Betätigung in der Schul- und Jugendzeit. Fest steht nämlich: Diejenigen Männer und Frauen, die auch schon in ihrer Jugend und im jüngeren Erwachsenenalter sportlich aktiv waren, sind es auch eher im höheren Alter. So bleibt zu erwarten, dass die Seniorengeneration von morgen weit mehr sportliche Interessen und Aktivitäten zeigen wird.

Als weitere Hemmschwellen gegen sportliche Betätigung im Alter wären Misserfolgserlebnisse bei sportlichen Betätigungen („Ich war immer der letzte bei unserer Radwanderung; ich kam mit dem Tempo der anderen nicht mit“, „bei der Gymnastik habe ich nie mit den Fingerspitzen den Boden erreicht“, „beim Schwimmen musste ich schon nach zwei Runden aufgeben“ u.ä.) zu nennen.

Auch ein negatives Bild des eigenen Körpers, Verlust der Attraktivität und mangelndes Selbstvertrauen trägt zur Bewegungsarmut und sportlicher Abstinenz bei.

Außerdem wurden in mehreren Studien ökologische Faktoren genannt, die einen hemmenden Einfluss auf Sport, körperliche Aktivität und Bewegung hatten, die vor allem Städte und Kommunen zur Kenntnis nehmen

sollten, da sie zu einem Abbau eines Teiles dieser Hemmschwellen vielleicht beitragen könnten. Unter den ökologischen Barrieren, die sportlichen Tätigkeiten älterer Menschen im Wege stehen, wurde immer wieder die verkehrungünstige Lage von Sportstätten und Schwimmbädern genannt, das Fehlen bequemer öffentlicher Verkehrsmittel und nahegelegener Haltestellen. Bei Schwimmbädern bemängelte man außerdem ungünstige Öffnungszeiten bzw. die Blockierung günstiger Zeiten durch Schulklassen und Jugendgruppen, vor allem aber die für ältere und manchmal rheumageplagte Menschen zu kalten Wassertemperaturen, gelegentlich auch schwierige Einsteigleitern in Schwimmbecken und zu enge Umkleidekabinen.

Freilich lassen sich derartige Mängelkataloge nicht verallgemeinern. Hier müsste man vor Ort Erhebungen durchführen, Befragungen älterer Mitbürger, die bewegungsaktiv sind wie auch solcher, die eher bewegungsabstinent sind.

### IV. KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS

Wenn wir die demografische Entwicklung vor Augen haben, dann sind auch die Kommunen, die Länder, der Bund, die ganze Gesellschaft gefordert; dann haben unsere Sportvereine und Fitness-Studios sich zu fragen, wer ihre Mitglieder in naher Zukunft sein werden und was sie tun können, um für Ihre Mitglieder interessant zu bleiben und vielleicht sogar noch neue Mitglieder zu werben. Dann hat die Fitness- und Wellness-Branche sich zu überlegen, wie ihr Angebot auszusehen hat. Wie sieht es mit der Mitgliederstruktur der Vereine aus? Hier kann ich mir eine Rüge der offiziellen Statistik nicht ersparen. Schauen wir ins *Statistische Jahrbuch* – noch 1995! –, da findet man unter der Rubrik 17.14. „Vereine und Mitglieder des Deutschen Sportbundes“ die 13,6 Millionen männlichen und 8,2 Millionen weiblichen Mitglieder aufgeteilt in die Altersgruppen „unter 15“, „15-19“, „19-22“ und die Restkategorie „22 und mehr“, zu der immerhin 9,1 Millionen männliche und 5,1 Millionen weibliche Mitglieder zählen. Das heißt: Rund zwei Drittel aller Mitglieder hat man in die „Restgruppe“ abgeschoben! Eine kleine Verbesserung ergibt sich aus dem Statistischen Jahrbuch 2002: Jetzt finden wir 14,3 Millionen männliche (ein Plus von 700.000) und 9,1 Millionen weibliche Mitglieder (ebenso ein Plus von 700.000) verzeichnet. Die Alterseinteilung lautet jetzt: „unter 15“, „15-26“, „27-40“ und „41 und mehr Jahre“. Immerhin: die Restgruppe (5,4 Millionen Männer und 3,2 Millionen Frauen) beginnt nicht

wie sieben Jahre davor bei den über 22-Jährigen, sondern erst bei den über 40-Jährigen, die immerhin noch mehr als ein Drittel (36 Prozent) der Gesamtgruppe ausmachen.

Und schauen Sie im *Statistischen Jahrbuch 2004* nach, dann finden Sie wieder die Alterseinteilung mit der Restgruppe „41 und mehr“ (Mehr als die Hälfte unserer Bevölkerung ist hier die „Restgruppe“, denn 42,8 Millionen Menschen in Deutschland sind über 40 Jahre alt). Dabei sind von 14,27 Millionen männlichen Mitgliedern in Sportvereinen 3,18 Millionen unter 15 Jahre alt, 2,67 Millionen zwischen 15 und 26 Jahren, 2,84 Millionen zwischen 27 und 40 Jahren, aber 5,58 Millionen über 41 Jahre alt. Von den 9,26 Millionen in Vereinen sportlich aktiven Frauen sind 2,41 Millionen unter 15, 1,55 Millionen zwischen 15 und 26 Jahren alt, 1,88 Millionen zwischen 27 und 40 und fast doppelt so viele, 3,42 Millionen, sind über 41 Jahre alt – immerhin 38,8 Prozent. Es würde sich also gewiss lohnen, auch die Gruppe der über 40-Jährigen – und auch die der über 50- und 60-Jährigen etwas differenzierter zu betrachten! Hier wäre die erste Konsequenz in einer alternden Gesellschaft, das Alter – das heißt, hier schon die über 40jährigen – nicht zu entdifferenzieren!

Vereine und auch Fitness-Studios werden sich zu fragen haben: Wie gewinne ich ältere Menschen, wie spreche ich sie an, was kann man tun, um bei ihnen eine Hemmschwelle zu überwinden? Tag der Offenen Tür; kostenfreie Schnupperkurse; Einladung zu einmaligen attraktiven Veranstaltungen; Verteilen von Informationsblättern; Überzeugung der behandelnden Hausärzte, die entsprechende Empfehlungen aussprechen? Sodann heißt es: Wie halte ich sie bei der Stange; wie überzeuge ich sie davon, dass „aktiver leben“ nicht nur gesund ist, sondern auch Spaß macht? Wie mache ich das Treffen im Verein für sie attraktiv, welche Rahmenveranstaltungen (z. B. Wanderungen, Vortragsabende) wären sinnvoll? Sicher bedeutet die Möglichkeit zu sozialen Kontakten, zu Gesprächen, auch einen gewissen Pluspunkt.

Aber was hat der Trainer, der Übungsleiter alles zu beachten, besonders bei jenen Mitgliedern, die erst im Alter dazugestoßen sind? Ein bisschen Gerontologie, ein Wissen um die Entwicklung im Alter, ein bisschen Alterspsychologie wäre für ihn gewiss hilfreich. Wie kann er das häufig negativ getönte Selbstbild älterer Menschen stärken? Wie kann er auch bisher sportlich Inaktiven Erfolgserlebnisse verschaffen – oder wenigstens Misserfolgserlebnisse verhindern? Wie kann man Scheue und

Zurückhaltende in die Gemeinschaft integrieren, so dass sie sich wohl fühlen? Wie kann man Überaktive bremsen, evtl. auch kritisieren, ohne sie zu entmutigen? Diese und andere Fragen sollten in Arbeitskreisen diskutiert werden.

## SCHLUSS

Lassen Sie mich kurz zusammenfassen: Wir leben in einer alternden Welt. Jeder Einzelne von uns, aber auch die Gesellschaft und auch die Vereine, haben alles zu tun, damit möglichst gesund und bei hoher Lebensqualität ein hohes Alter erreicht werden kann. Dass – neben richtiger Ernährung und Vermeidung sonstiger Risikofaktoren – Sport, Bewegung, körperliche Aktivität, aber auch geistige und soziale Aktivität dazu beitragen, ist heute durch viele Untersuchungen belegt. Es gilt, zu informieren, zu motivieren, mögliche Hindernisse und Barrieren, die diesen Aktivitäten im Wege stehen, aufzuspüren und zu beseitigen. „Aktiver leben – aktiv erleben“, das ist die Herausforderung in unserer Zeit des demografischen Wandels, in einer Zeit zunehmender Lebenserwartung. Und noch einmal: Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben! Der junge, bewegungsarme, wenig aktive Mensch wirkt alt – und der alte, bewegungsreiche, aktive Mensch wirkt eher jung.

## LITERATUR

- *Baumann, H. (1992): Altern und körperliches Training; Bern: Huber.*
- *Baumann, H. / Leye, M. (Hrsg.) (1994): Psychomotorisches Training – ein Programm für Seniorengruppen. Göttingen: Hogrefe.*
- *Birren, J. E., Mac Rae, P. G. / Fisher, L. M. (1995): Behavior, aging and physical activity. In: Harris, S., Heikinnen, E. / Harris, W.S. (Hrsg.): Physical activity, aging and sports, Vol. IV, S.3-20, Albany, NY: Center for Study on Aging.*
- *Lehr, U. (2007): Psychologie des Alterns; 11. überarbeitete Auflage (1. Auflage 1972); Heidelberg, Wiesbaden: Quelle & Meyer.*

- Manton, K. / Stallard, E. / Corder, L. (1998): *The dynamics of dimensions of age-related disability 1982-1994 in the US elderly population*; in: *Journal of Gerontology, Biological Sciences*, 53 A, Seite B59-B70.
- Mechling, H.: *Bewegung und Sport*, siehe Beitrag in diesem Heft.
- Meusel H. (1996): *Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter*. Wiesbaden: Quelle & Meyer.
- Meusel, H. (2004): *Bewegung und Sport*. In: Kruse, A. / Martin, M. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie*, S. 255-272, Bern: Huber.
- Mielke, C. / Uhlenbruck, G. (1997): *Exercise in the elderly: influence of certain socioeconomic parameters*. In: Huber, G. (Hrsg.): *Healthy aging, activity and sports*. S. 387-393; Gamburg: Verlag für Gesundheitsvorsorge.
- Opaschowski, H. W. (1998): *Leben zwischen Arbeit und Muße*. Hamburg: Germa Press.
- Oswald, W. D. (1993): *Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA)*, *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4; S. 205-222.
- Oswald, W. D. / Hagen, B. / Rupprecht, P. (1998): *Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA): Verlaufsanalyse des kognitiven Status*; *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 11, S. 202-221.
- Rieder, H. (1977): *Psychologische Aspekte des Alterssports*. In: *Sportunterricht*, 26, S. 122-129.
- Rieder, H. (1992): *Körpertherapie bei Älteren*. In: Baumann, H. / Leye, M. (Hg): *Älter werden – kompetent bleiben*, S. 110-116. Erlangen: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Schmidt, J. (1972): *Höheres Alter und Sport*. In: Hollmann, W. (Hrsg.): *Zentrale Themen der Sportmedizin*, S. 188-189, Berlin, Heidelberg: Springer.

- Welford, A.T. (1977): *Motor performance*. In: Birren, J. E. / Schaie, K. W.: *Handbook of aging and the individual*, S. 562-683. Chicago: University of Chicago Press.

# BEWEGUNG UND SPORT – VORAUSSETZUNGEN FÜR EIN GELINGENDES ALTERN

*Heinz Mechling*

## **VORBEMERKUNGEN**

Die Zahl der 100-Jährigen wird sich vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2050 weltweit verdreifachen. Dieser bisher wenig berücksichtigte Trend hat Folgen. Er verändert das bisher dominante Krankheitsspektrum im Alter. Dieses hat sich in Deutschland bereits von 1990 bis 2004 verändert. So sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen um 33 Prozent und bei Männern um 38 Prozent gesunken. Die Sterblichkeitsrate bei Krebserkrankungen ist ebenfalls gesunken (vgl. Robert-Koch-Institut, 2006). Diese insgesamt positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre müssen allerdings durch den demografischen Wandel relativiert werden. Bestimmte Krankheiten nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Ein Anstieg insbesondere bei den psychischen, neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. Depressionen, Angstzustände) ist belegt und weiterhin zu erwarten. Eine zunehmende Bedeutung kommt der Demenz zu. Weltweit sind vier bis sechs Millionen neuer Fälle von Demenz pro Jahr zu erwarten. Der Anstieg an Demenz in den Industrieländern (Europa, Nordamerika, Japan) wird zwischen 2001 und 2040 mit 100 Prozent angegeben. In den Entwicklungsländern liegt der Anstieg mit 300

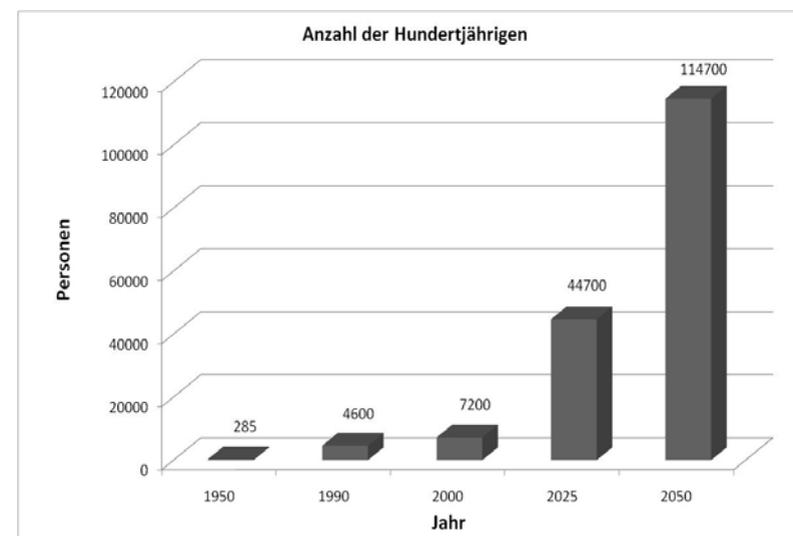
Prozent wesentlich höher. In Deutschland wird sich die Zahl der Demenzerkrankungen bis 2050 verdoppeln. Dies bedeutet hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem und an die pflegenden Angehörigen – meistens Frauen.

Den positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre stehen neue Herausforderungen gegenüber – es ist mit umfassenden Veränderungen des dominanten Krankheitsspektrums zu rechnen. Wenn es nicht gelingt, der steigenden Gesamt-Lebenserwartung durch Prävention einen späteren Beginn chronischer Erkrankungen entgegen zu setzen, müssen wir uns in Verbindung mit der Lebensverlängerung auch mit einem verlängerten Leben in Krankheit auseinander setzen.

### 1. SOZIODEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG UND PRÄVENTION

Die Lebenserwartung in Deutschland liegt für Frauen bei 82,1 Jahren und bei Männern bei 76,6 Jahren. Mit 60 Jahren haben Frauen noch eine weitere Lebenserwartung von 25 Jahren und Männer von 21 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2007). Lag der Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen im Jahre 1900 noch bei ca. fünf Prozent, betrug er im Jahre 2003 bereits 24 Prozent. Der Anteil der über 50-Jährigen betrug 2003 bereits 35 Prozent der Gesamtbevölkerung. Für das Jahr 2030 prognostizieren die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) einen Anteil der über 60-Jährigen von 35 bis 38 Prozent. Betrug die Zahl der 100-Jährigen in Deutschland 1964 noch 265, waren dies 1994 bereits 4602 und 2006 insgesamt 7.900 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008). Für das Jahr 2025 werden für Deutschland 44.200 und für 2050 114.700 100-Jährige prognostiziert (United Nations, 2001).

Abb. 1: 100-Jährige in Deutschland



Bereits heute konfrontieren uns dieser Anstieg der Lebenserwartung und die beschleunigte Zunahme der Langlebigkeit mit Fragen nach den auftretenden Folgen und den zu ergreifenden Maßnahmen.

Aus dieser sozialen und der damit einhergehenden gesundheitsökonomischen Entwicklung ist abzulesen, dass wir zunehmend gezwungen sein werden, nicht nur Krankheiten zu heilen, sondern ihnen vorzubeugen. Prävention muss zu einem gesamtgesellschaftlichen Leitziel werden, das umfassende Änderungen des Lebensstils, insbesondere in den Bereichen Bewegung und Ernährung, beinhaltet. Selbst Krankheiten, die mit der beschriebenen Altersentwicklung einhergehen, wie die Alzheimer Erkrankung und andere Formen von Demenz, können direkt und indirekt von solchen präventiven Maßnahmen und Interventionen profitieren. Direkt können die krankheitsauslösenden Veränderungen der Funktionsprozesse (physiologische, neurobiologische Mechanismen) verlangsamt und hinausgezögert werden (vgl. Cherkas et al., 2008) und indirekt kann eine Multimorbidität (Bluthochdruck, Depression, Schmerz) in Verbindung mit diesen Krankheiten vermieden werden (vgl. Mechling, 2005).

Exemplarisch für viele Alterserkrankungen wird die Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Verbindung mit der Hochaltrigkeit hier akzentuiert

betrachtet und mögliche Interventionsformen durch Bewegungsprogramme beschrieben.

## **2. FOLGEN STEIGENDER LEBENSERWARTUNG UND HOCHALTRIGKEIT – BEISPIEL DEMENZ**

In einer umfassenden Studie haben Wimo, Winblad, Agüero-Torres und von Stauss (2003) das weltweite Vorkommen von Demenz (Prävalenz) beschrieben. So muss man davon ausgehen, dass weltweit 24 bis 30 Millionen Menschen an Demenz erkrankt sind, davon ca. 70 Prozent an Alzheimer-Erkrankungen und ca. 30 Prozent an andere Formen der Demenz (z. B. vaskuläre Demenz). Nahezu die Hälfte (46 Prozent) dementer Menschen leben in Asien, acht bis zehn Millionen (30 Prozent) leben in Europa. In Nordamerika leben zwölf Prozent, in Lateinamerika sieben Prozent und in Afrika fünf Prozent dementer Menschen. Die Berechnungen wurden auf der Grundlage weltweit vorliegender demografischer Daten von älteren Menschen, von altersgruppenbezogenen Prävalenzen und Inzidenzen von Demenz aufgrund einer Meta-Analyse berechnet (Ferri et al., 2005). Ursachenerklärungen für die weltweit unterschiedliche Verteilung wurden nicht geliefert. Dies ist darin begründet, dass die Basis der Schätzungen Einschränkungen unterliegt. Als mögliche Gründe werden genannt: unentdeckte milde Demenz in Entwicklungsländern, geringere Überlebensrate mit Demenz in diesen Ländern, epidemiologische Auswirkungen von Risikofaktoren wie vaskuläre Erkrankungen einschließlich Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes Typ 2 werden erst zukünftig in Verbindung mit Demenz beobachtbar (vgl. Ferri et al., 2005, p. 2115f). Diese internationale Arbeitsgruppe hat auf der Grundlage von UN-Bevölkerungsschätzungen und -projektionen die Anzahl dementer Menschen für das Jahr 2001 berechnet und für das Jahr 2040 prognostiziert. Das weltweite Auftreten von Demenz (Inzidenz) liegt nach Ferri et al. (2005) bei vier bis sechs Millionen neuer Fälle pro Jahr. Dies entspricht einem neuen Fall alle sieben Sekunden und eine Verdoppelung der Betroffenen alle 20 Jahre. Die Prognose für das Jahr 2040 ausgehend vom Jahr 2001 liegt bei 81 bis 100 Millionen. In entwickelten Ländern wird ein Anstieg von 100 Prozent und in Entwicklungsländern ein Anstieg von 300 Prozent prognostiziert.

Das Vorkommen von Demenz in Deutschland liegt in der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen bei ca. drei bis fünf Prozent, bei den 80 bis 85-Jährigen bei ca. zehn Prozent, bei den 86 bis 90-Jährigen bei ca. 20

Prozent und bei den über 90-Jährigen bei ca. 33 Prozent (Weyerer, 2005). Zurzeit leiden ca. eine Million Personen in Deutschland an einer Demenz (Bickel, 2005). Mit zunehmender Lebenserwartung und dem beschleunigten Anwachsen der Gruppe der über 85-Jährigen wird die Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) jedes Jahr um ca. 200.000 steigen. Die Prognose für die Gesamtzahl dementer Personen in Deutschland bis zum Jahre 2030 liegt bei 2,5 Millionen (Weyerer, 2005). Mit zunehmender Hochaltrigkeit steigen Hilfebedarf, Pflegequote und Pflegewahrscheinlichkeit stark an. Das Risiko pflegebedürftig zu werden, liegt vor dem 60. Lebensjahr bei rund 0,6 Prozent, im Alter von 60 bis 80 Jahren bei 3,9 Prozent. Ab dem 80. Lebensjahr wächst das Pflegerisiko auf 28,3 Prozent an (Bundesministerium für Gesundheit, 2006). In „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ wird eine Zunahme vom Jahre 2002 von 1,89 Millionen bis zum Jahre 2030 auf 3,09 Millionen Pflegebedürftige angenommen.

Aus dem hier in den Vordergrund gerückten Beispiel der Entwicklung der Demenz sowohl international als auch national müssen wir davon ausgehen, dass Demenz eine wesentliche Ursache für Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität und Mortalität unter älteren Menschen ist. Mit den offensichtlichen Konsequenzen dieser Entwicklung müssen wir uns wissenschaftlich aber auch in hohem Maße gesellschaftlich auseinandersetzen.

Diese Entwicklungen sind lange bekannt und bereits frühzeitig in internationale und nationale Erklärungen und Berichte eingeflossen. Bereits ab 1982 wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, präventive Maßnahmen zu ergreifen. Die damals erhobenen Forderungen haben nichts an Gültigkeit verloren, aber dramatisch an Dringlichkeit gewonnen.

## **3. INTERNATIONALE UND NATIONALE ERKLÄRUNGEN UND BERICHTE**

An internationalen Erklärungen liegen der *UN-International Plan of Action on Aging* aus dem Jahre 1982, die *WHO Active Aging-Erklärung* aus dem Jahre 2002 sowie die Erklärung *Active Aging in Europe* des Europarates aus dem Jahre 2004 vor. Bereits 1982 wurde von der UN in der „Recommendation 3“ auf Prävention hingewiesen: „Early diagnosis and appropriate treatment is required, as well as preventive measures to reduce disabilities and diseases of the aging“ (United Nations, 1983).

Prävention wird vor diesem Hintergrund von der WHO und dem Europarat nicht nur zur Vermeidung von Erkrankungen betrachtet, sondern insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung funktioneller Einschränkungen durch präventive Belastungsminderungen und Ressourcen-Stärkung. Gesundheitsförderung und Prävention werden somit nicht als Gegensätze betrachtet, sondern als sich gegenseitig ergänzende Beiträge, Risiken und Inzidenzen zu minimieren.

Mit den nationalen Erklärungen und Berichten wenden sich die Bundesregierung, Landesregierungen und Kommissionen nicht nur an politische Entscheidungsträger, sondern auch an alle Verantwortlichen in Wirtschaft, Gesundheit und Bildung. Von Seiten der Bundesregierung sind hier insbesondere die Altenberichte seit dem Jahre 1992 bis zum Jahre 2005 zu erwähnen. Für den hier betrachteten Zusammenhang sind dies insbesondere der dritte (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2001) und vierte Altenbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend, 2002). Dabei stellt der dritte Altenbericht die „Ressourcen älterer Menschen für die Gesellschaft“ in den Vordergrund und propagiert ein medizinisches und pflegerisches Versorgungsmodell mit eindeutigen Akzenten auf der Prävention und der Rehabilitation. Der vierte Altenbericht stellt die „Hochaltrigkeit“ und damit die besondere Berücksichtigung demenzkranker Menschen in den Mittelpunkt. Neue Strategien für eine differenzierte, therapeutische, rehabilitative und pflegerische Betreuung werden gefordert. So erscheint es nur konsequent, wenn die Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ (Deutscher Bundestag, 2002) fordert „[...] sich gesellschaftlich viel stärker für die Erhaltung von Kompetenz, Leistungskapazität und Gesundheit älterer Menschen zu engagieren“.

Noch deutlicher wird dies in der Entschließung der 14. Landesgesundheitskonferenz „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“ gefordert: „Angesichts demografischer und soziostruktureller Veränderungen und der Fortschritte in der Medizin ist auch ein verstärktes Engagement für die Zielgruppe der älteren und alten Menschen notwendig. Auch sie ziehen einen besonderen Nutzen aus der Prävention“ (Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales NRW, 2005, S. 7).

Wird die sich gegenseitig ergänzende Wirkungsweise von Prävention und Gesundheitsförderung betrachtet, muss zwischen verschiedenen Akzen-

tuierungen unterschieden werden. So richtet sich Prävention für das Alter an gesamt-gesellschaftlich präventive Maßnahmen von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter. Prävention im Alter verweist auf die bis in das höchste Alter gegebenen Möglichkeiten, positive Effekte durch entsprechende Interventionen zu erzielen. In beiden Fällen geht es um die Sicherung und den Erhalt der Kompetenz und der optimalen Ressourcen-Organisation. In Anlehnung an den zweiten Altenbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998) wird zwischen Fachkompetenz und Daseinskompetenz unterschieden. Die Fachkompetenz rückt die auch im dritten Altenbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001) im Mittelpunkt stehenden „Ressourcen älterer Menschen“ für die Gesellschaft in den Vordergrund und bezieht sich darauf, wie die Erfahrung und das „Weisheitswissen“ (Staudinger & Baltes, 1994) bei einem sich individuell und gesellschaftlich veränderndem Altersbild genutzt werden können. Die Daseinskompetenz bezieht sich primär auf das Individuum und die Alltagsbewältigung im Altersverlauf bis in das höchste Alter. Die hierfür zu berücksichtigenden Ressourcen betreffen die geistige, soziale sowie körperlich funktionelle Leistungsfähigkeit. Für die weitere Betrachtung erfolgen daher eine Akzentsetzung auf: erstens Prävention im Alter, zweitens Daseinskompetenz und drittens funktionelle Ressourcen.

Fasst man die Grundaussagen der internationalen und nationalen Erklärungen und Berichte zusammen, dann finden sich übergreifend die folgenden Aussagen und Forderungen:

- Stärkung der Prävention für das Alter und im Alter;
- Stärkere Gewichtung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege;
- Nicht Schonräume, sondern Angebotsräume schaffen;
- Niemand zurück lassen, der schon schwach ist;
- Entwicklung kreativer und innovativer Handlungsentwürfe.

Diesen Forderungen wird in den nächsten Kapiteln aus der Sicht der Überlegungen zu körperlich-sportlicher Aktivität im Alter, den empirisch bestätigten Effekten körperlich-sportlicher Aktivität sowie mit der Präsentation des Programms „fit für 100“ Rechnung getragen.

#### 4. ZU DEN EFFEKTEN KÖRPERLICH-SPORTLICHER AKTIVITÄT IM ALTER

Der Zusammenhang von körperlich-sportlicher Aktivität mit der Leistungsfähigkeit, der Gesundheit und der Lebenserwartung ist vielfach bestätigt (Blair et al., 1995; Erikssen et al., 1998; Lee & Paffenbarger, 2000; Myers et al., 2002). Die Trainierbarkeit nicht nur der Ausdauer, sondern auch der Kraft und deren gesundheitsstabilisierende Effekte sind bis in das höchste Alter belegt. Über diese körperlichen Aspekte hinaus wird die Wirkung körperlich-sportlicher Aktivität und eines erhöhten Fitness-Niveaus auf die geistige Leistungsfähigkeit in neueren Studien zunehmend verifiziert (vgl. Kramer & Erickson, 2007; Kramer et al., 1999). Der positive Effekt körperlichen Trainings auf die geistige Leistungsfähigkeit ist deswegen von besonderer Bedeutung, da in einer aktuellen Metaanalyse der Effekt eines ausschließlich kognitiven Trainings auf die geistige Leistungsfähigkeit im Alternsgang nicht belegt werden kann „[...] there is currently little scientific evidence that differential engagement in mentally stimulating activities alters the rate of mental aging“ (Salthouse, 2006, S. 84).

Die gesundheitliche Wirkung von körperlich-sportlicher Aktivität zeigt sich schon bei moderaten Belastungen. So bewirkt bereits eine Belastung bei einem mittleren Gehtempo von ca. vier km/h bei 2,5 Stunden pro Woche eine Reduktion des Risikos einer Herz-Kreislauf-Erkrankung um ca. 25 Prozent (vgl. Manson et al., 2002). Myers et al. (2002, p. 799) stellen dazu fest „[...] wenn sich die Belastungsfähigkeit auf dem Laufband – oder Fahrradergometer auch nur um ein MET erhöht, geht dies mit einer Reduktion der Infarktrate um 14 Prozent (bei unter 65-jährigen) und um 18 Prozent bei Älteren einher.“ Dabei entspricht ein MET 3,5 ml Sauerstoff pro Kilogramm und Minute und damit dem Energieumsatz in Ruhe. In neueren Untersuchungen zum Zusammenhang von körperlich-sportlichem Training bzw. einem hohen Fitness-Niveau und geistiger Leistungsfähigkeit wird festgestellt, dass „die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit eng einhergeht mit der Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ (Morley, 2004, p. 24). Colcombe und Kramer (2003) belegen, dass die neuronalen Aktivitätsmuster von trainierten Personen bzw. Personen mit hohem Fitness-Niveau das Entscheidungsverhalten für Alltagssituationen positiv beeinflussen und eher mit dem Muster jüngerer Erwachsener vergleichbar sind. Durch körperlich-sportliche Aktivität und Training gehen sie sogar davon aus, dass „die biologische Uhr sich etwas zurück drehen lässt“.

Werden diese empirische belegten Effekte berücksichtigt, und zieht man darüber hinaus Erkenntnisse aus epidemiologischen Untersuchungen heran, so zeigt es sich, dass die Faktoren für die individuelle Lebenserwartung auf der Grundlage von soziodemografischen epidemiologischen Daten und präventiven Gesichtspunkten neben weiteren Faktoren das Verhalten und eine Verhaltensänderung in den Mittelpunkt stellen. Vaupel (1998) belegt, dass 50 Prozent der individuellen Lebenserwartung den externen Faktoren wie medizinische Entwicklung, Verbesserung von Ernährung und Umwelt sowie dem Verhalten zuzuschreiben sind. Der genetischen Ausstattung und dem genetischen Einfluss weist er 25 Prozent und weitere 25 Prozent dem Einfluss der ersten 30 Lebensjahre zu. Bei den ersten 30 Lebensjahren kommt es dabei auf die Versorgung, Vermeidung von Infektionen, Erwerb von positiven Gewohnheiten und Verhalten an. Aus dieser Perspektive besteht nicht nur die Notwendigkeit reliable und valide Diagnose- und Therapiemethoden/Medikationen zu entwickeln, wie dies aktuell von Lim, Chong und Sahadevan (2007) für die Demenz gefordert wird. Darüber hinaus sind zunehmend unter präventiven Gesichtspunkten Verhaltensänderungen anzustreben und effektive Interventionsformen für körperlich-sportliche Aktivitäten spezifisch zu entwickeln und zu implementieren. Mit dem Programm „fit für 100“ wird ein spezifisches Angebot für Menschen im höheren Erwachsenenalter ohne und mit Demenz vorgestellt.

#### 5. DAS „FIT FÜR 100“-PROGRAMM

Das Programm „fit für 100 – Bewegungsangebote für Hochaltrige“ hat verschiedene Ausgangspunkte und Hintergründe. Aus soziodemographischer Sicht handelt es sich bei der Gruppe der über 80-Jährigen um die am schnellsten wachsende Altersgruppe in Deutschland. Aus sportwissenschaftlicher Sicht handelt es sich bei dieser Gruppe des „vierten Alters“ um eine trainings- und bewegungsbezogen vernachlässigte Zielgruppe. Über sie liegt wenig gesichertes Wissen zu Bewegungsangeboten insgesamt und noch weniger gesichertes Wissen zu Bewegungsangeboten bei Menschen mit Demenz vor (vgl. Larson et al., 2006). Die Zielgruppe für „fit für 100“ ist charakterisiert durch ein Alter von 80+ wobei auch unter 80-Jährige mit berücksichtigt werden. Diese Personen können in der eigenen Häuslichkeit sowie auch in teil- oder vollstationären Versorgungseinrichtungen leben. In Frage kommen sowohl Personen ohne Hilfebedarf, mit Hilfebedarf ohne Pflegestufe und Personen in Pflegestufe 1 bis 2. Das Spektrum der eigenen Orientierung reicht von Selbstständigkeit bis zu demenziellen Erkrankungen.

Die mit dem Programm „fit für 100“ verbundenen Ziele und Aufgaben bestehen insbesondere darin,

- Alltagskompetenz und Selbständigkeit zu erhalten,
- den altersbedingten Abbau zu verzögern,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu reduzieren oder zu stabilisieren,
- Stürzen vorzubeugen,
- persönliche Erfolgserlebnisse zu erfahren,
- soziale Kontakte und Kommunikation zu stärken und auf diese Weise,
- Lebensqualität zu steigern.

Die in Kapitel 3 vorgenommene Akzentsetzung auf die Punkte Prävention, Daseinskompetenz und funktionelle Ressourcen sowie die trainingswissenschaftlichen Erkenntnisse bestimmen die Auswahl der Methode und der Inhalte für das Programm.

Das „fit für 100“-Programm beinhaltet neben einem Kanon an funktionellen Kräftigungsübungen auch Koordinationsübungen sowie Alternativübungen der Beinmuskulatur für Rollstuhlfahrer. Diese wurden in ihrer Gesamtheit über einen Zeitraum von einem Jahr in Modellgruppen aus allen Bereichen der Altenhilfe (ambulant, teilstationär und stationär) erprobt (Projektförderung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen – MAGS NRW, 2005-2007). Das Training fand zweimal wöchentlich mit je 60 Minuten in der Gruppe statt, wobei auf eine individuelle Förderung und Ansprache besonders geachtet wurde. Die Inhalte bestanden aus einem gezielten Muskelaufbautraining, bei dem freie Gewichte individuell steigerbar (Gewichtsmanschetten mit einschiebbaren Gewichten) und Kleinhanteln eingesetzt wurden. Die mittlere Belastungsintensität erfolgt nach subjektivem Belastungsempfinden. Koordinative und sensomotorische Übungen ergänzten das Krafttraining im Hinblick auf die Sturzprophylaxe. Ergänzend wurden spielerische Formen, Musik, Gesang und Kommunikationen eingesetzt.

### Projektergebnisse und Erfahrungen

Für eine detaillierte Beschreibung der Untersuchung und der Ergebnisse sei auf Mechling (2007) verwiesen. Exemplarisch werden hier Ergebnisse für die Handkraft, die Beweglichkeit, die Standsicherheit sowie die psychisch kognitive Fähigkeit gegeben. Das subjektive Empfinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Verlauf der Untersuchung wird ebenso

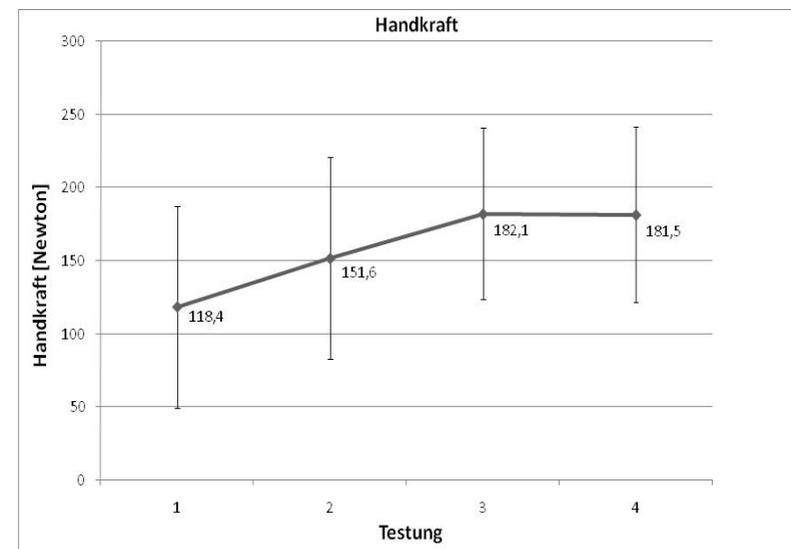
dargestellt wie einige praktische Beispiele zur Verdeutlichung der alltagsnahen Effekte der vorliegenden Ergebnisse. Dies gilt auch für die Anwendbarkeit des „fit für 100“-Programms bei Demenzerkrankten. Sowohl der Nutzen für die Bewohner als auch der Nutzen für die Einrichtungen wird beschrieben und exemplarisch eine Kostenabschätzung vorgenommen. In die Auswertung wurden Daten von 113 Personen mit einem Altersdurchschnitt von 81,7 Jahren aufgenommen.

### Handkraft

Die Handkraft konnte durch das „fit für 100“-Trainingsprogramm um 53 Prozent erhöht werden.

Eine solche Verbesserung leistet einen wichtigen Beitrag zur Alltagsbewältigung z. B. beim Halten am Treppengeländer, beim Aufstützen mit den Händen beim Aufstehen, beim Öffnen von Gefäßen oder beim Nutzen des Essbestecks. Darüber hinaus vermittelt sie Sicherheit bei sturzgefährdenden Situationen.

Abb. 2: Handkraft

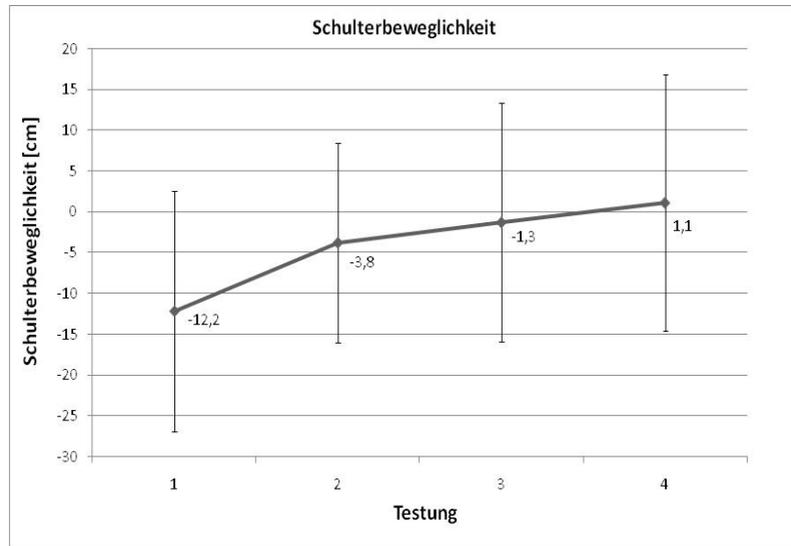


## Beweglichkeit

Bei der Schulterbeweglichkeit wurde erfasst, wie weit die beiden ausgestreckten Arme nach oben und hinter die Schulterachse geführt werden konnten. Die Beweglichkeit verbesserte sich von anfangs 12 cm vor der Schulterachse bis zu 1 cm hinter der Schulterachse – eine Verbesserung von 13 cm.

Diese Verbesserung schafft die Voraussetzung zu selbständigem An- und Auskleiden, beim Frisieren und beim Waschen. Die verbesserte Beweglichkeit ergänzt die verbesserte Handkraft z. B. bei der Handhabung von Essbesteck und Trinkglas durch eine sicherere Handhabung und Führung.

Abb. 3: Beweglichkeit

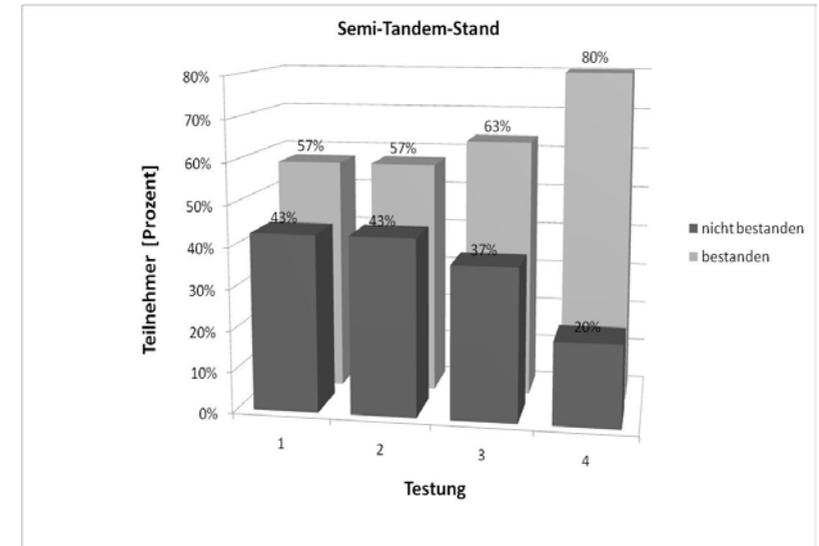


## Standsicherheit

Konnten zu Beginn des „fit für 100“-Trainingsprogramms nur 57 Prozent den Semi-Tandem-Stand (ein Fuß um eine Fußlänge nach vorne versetzen und zehn Sekunden stehen) bewältigen, waren es bei der vierten Messung 80 Prozent.

Die verbesserte Standsicherheit reduziert das Sturzrisiko, erleichtert das Bewältigen von Gehstrecken und nimmt Ängste. In Verbindung mit der ebenfalls verbesserten Bein kraft stellt die Standsicherheit einen wichtigen Beitrag zur Sturzprävention dar.

Abb. 4: Standsicherheit



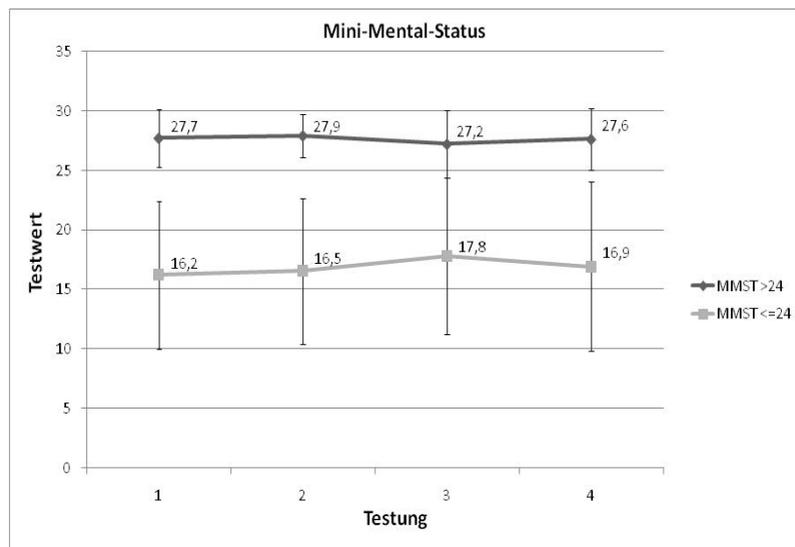
## Kognitive Leistungsfähigkeit

Die Ergebnisse des MMST (Mini-Mental-Status-Test; Punkteskala von 0-30) beziehen sich auf zwei Gruppen. Die Gruppentrennung erfolgte anhand eines MMST-Wertes von 25. Über 25 ist von keiner kognitiven Beeinträchtigung auszugehen, unter 25 von leichten kognitiven Beeinträchtigungen, unter 20 von einer leichten bis mittleren Demenz und unter 10 von einer schweren demenziellen Beeinträchtigung. Innerhalb eines Jahres blieben die Werte in beiden Gruppen weitgehend stabil. Eine trainingsbedingte Verbesserung wurde nicht erwartet, aber bereits die Stabilität in der Gruppe mit leichter bis mittlerer Demenz muss als positive Entwicklung gewertet werden.

Bei Demenzkranken kann das Training stabilisierend auf die körperliche Unruhe, den Abbau innerer Spannungen und den Erhalt von zeitlicher, räumlicher und personaler Orientierung, wenn auch auf einem niedrigen

Niveau wirken. Die wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens sind über längere Zeit besser zu bewältigen. Pflegeabhängigkeit kann evtl. reduziert werden.

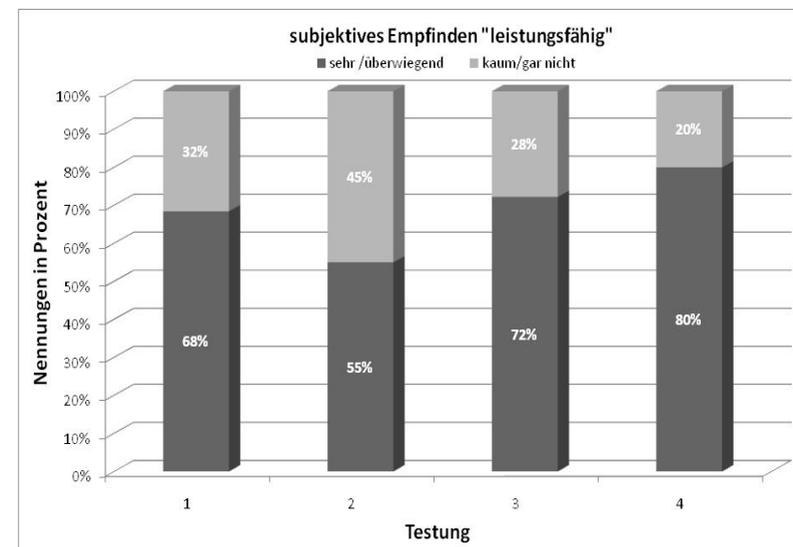
Abb. 5: Mini-Mental-Status



### Subjektive Empfindungen

Im Projektverlauf wird eine klare Tendenz zur positiven Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit deutlich. Von anfänglich 68 Prozent gaben am Ende des Trainingsprogramms 80 Prozent an sehr oder überwiegend leistungsfähig zu sein.

Abb. 6: Subjektive Empfindung „leistungsfähig“



Diese Feststellung drückt sich aus in sichererem Gehen, etwas mehr Unabhängigkeit, positiven Erlebnissen bei der Alltagsbewältigung und einem verbesserten Selbstwertgefühl.

### Nutzen für die Bewohner

Neben den rein körperlichen Effekten, der verbesserten Leistungsfähigkeit profitieren die Bewohner in besonderem Maße durch den Erhalt der Alltagskompetenz und der Selbständigkeit. Wird Bewegungssicherheit im Alltag vermittelt und Angst reduziert, stellt dies einen wichtigen Beitrag zur Sturzprävention dar. Kann Pflegebedürftigkeit vermieden, reduziert oder auch nur stabilisiert werden, stellt dies einen hohen persönlichen Wert dar. Positive Erlebnisse durch Eigenaktivität, verbessertes Selbstwertgefühl und die Erfahrung von Neuem führen auch zu neuen Kontakten, einem veränderten sozialen Miteinander. Dies sind wichtige Voraussetzungen, um die Lebensqualität von Bewohnern zu steigern. Wenn auch oft nur kurzzeitig, lässt sich so die Lebensfreude bei Demenzkranken steigern.

### Nutzen für die Einrichtungen

Der Nutzen für die Bewohner kann konsequenterweise zu physischen und psychischen Entlastungen für das Pflegepersonal führen. Die Sturzgefahr für die Bewohner lässt sich durch das „fit für 100“-Trainingsprogramm reduzieren. Auch für Demenzkranke können neue Angebote eingeführt und gestaltet werden. Solche Angebote sind für die Öffentlichkeitsarbeit von Einrichtungen nutzbar. Die Kostenseite kann, wie die folgende Kostenabschätzung zeigt, kein Hinderungsgrund sein.

### Kosteneinsparung

Angenommene jährliche Kosten von 3.000 € für eine Übungsgruppe (Übungsleiter und Material) amortisieren sich für die Pflegekasse bereits, wenn 5 Teilnehmer mit Pflegestufe I einen Monat länger ambulant anstatt stationär versorgt werden als ohne Training (Differenz der Leistungen für Pflegestufe I stationär vs. ambulant: 639 €).

## 6. ABSCHLIESSENDE THESE

Wenn wir für die Zielgruppe der „alten Alten“ nicht jetzt beginnen präventiv zu handeln, haben wir es zukünftig nicht nur mit einem Kostenproblem, sondern in erster Linie mit einem humanitär ethischen Problem zu tun.

### LITERATUR

- Bickel, H. (2005): *Epidemiologie und Gesundheitsökonomie*. In: C. W. Wallesch / H. Förstl (Hrsg.): *Demenzen. Referenzreihe Neurologie* (S. 1-15). Stuttgart: Thieme.
- Blair, S. N. / Kohl, H. W. / Barlow, C. E. / Paffenbarger, R. S. / Gibbons, L. W. / Macera, C. A. (1995): *Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men*. *JAMA*, 273(14), 1093-1098.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): *Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation*. Berlin: MuK.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation*. Berlin: MuK.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation*. Berlin: MuK.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006): Zugriff am 17. Juli 2008, unter [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_601068/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Zahlen-Fakten-14-03-08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-Fakten-14-03-08.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601068/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Zahlen-Fakten-14-03-08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-Fakten-14-03-08.pdf)
- Cherkas, L. F. / Hunkin, J. L. / Kato, B. S. / Richards, J. B. / Gardner, J. P. / Surdulescu, G. L. et al. (2008): *The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length*. *Archives of Internal Medicine*, 168(2), 154-158.
- Colcombe, S. / Kramer, A. F. (2003): *Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study*. *Psychological Science*, 14(2), 125-130.
- Deutscher Bundestag (2002): *Demografischer Wandel. Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik*. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Erikssen, G. / Liestol, K. / Bjornholt, J. / Thaulow, E. / Sandvik, L. / Erikssen, J. (1998): *Changes in physical fitness and changes in mortality*. *The Lancet*, 352(9130), 759-762.
- Ferri, C. P. / Prince, M. / Brayne, C. / Brodaty, H. / Fratiglioni, L., Ganguli, M. et al. (2005): *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- Kramer, A. F. / Erickson, K. I. (2007): *Capitalizing on cortical plasticity: influence of physical activity on cognition and brain function*. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(8), 342-348.
- Kramer, A. F. / Hahn, S. / Cohen, N. J. / Banich, M. T. / McAuley, E. / Harrison, C. R. et al. (1999): *Ageing, fitness and neurocognitive function*. *Nature*, 400, 418-419.

- Larson, E. B. / Wang, L. / Bowen, J. D. / McCormick, W. C. / Teri, L. / Crane, P. et al. (2006): Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144(2), 73-81.
- Lee, I. M. / Paffenbarger, R. S., Jr. (2000): Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. *The Harvard Alumni Health Study. American Journal of Epidemiology*, 151(3), 293-299.
- Lim, W. S. / Chong, M. S. / Sahadevan, S. (2007): Utility of the clinical dementia rating in Asian populations. *Clinical Medicine and Research*, 5(1), 61-70.
- Manson, J. E. / Greenland, P. / LaCroix, A. Z. / Stefanick, M. L. / Mouton, C. P., Oberman, A., et al. (2002): Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*, 347(10), 716-725.
- Mechling, H. (2005): Körperlich-sportliche Aktivität und erfolgreiches Altern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48(8), 899-905.
- Mechling, H. (2007): fit für 100 – Förderung der Mobilität und Selbstständigkeit für Hochaltrige. *Praxisleitfaden zur Einrichtung von Bewegungsangeboten für alle Bereich der Altenhilfe*. Köln: Deutsche Sporthochschule.
- Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales NRW (2005): Entschließung der 14. Landesgesundheitskonferenz „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“ [Elektronische Version], unter [http://www.mags.nrw.de/08\\_PDF/002/landesgesundheitskonferenz7\\_12\\_2005.pdf](http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/landesgesundheitskonferenz7_12_2005.pdf)
- Morley, J. E. (2004): The top 10 hot topics in Aging. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(1), 24-33.

- Myers, J. / Prakash, M. / Froelicher, V. / Do, D. / Partington, S. / Atwood, J. E. (2002): Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal of Medicine*, 346(11), 793-801.
- Robert Koch-Institut (2006): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Salthouse, T. A. (2006): Mental Exercise and Mental Aging. *Evaluating the Validity of the "Use It or Lose It" Hypothesis. Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 68-87.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Zugriff 2008, unter <http://www.statistik-portal.de/>.
- Statistisches Bundesamt (2007): Zugriff 2008, unter <http://www.destatis.de/>.
- Staudinger, U. M. / Baltes, P. B. (1994): The psychology of wisdom. In R. J. Sternberg (Ed.), *Encyclopedia of human intelligence* (S. 1143-1152). New York: Macmillan.
- United Nations (1983): *Vienna international plan of action on aging*. New York.
- United Nations (2001): *World Population Aging: 1950-2050* (No. ST/ESA/SER.A/207). New York: United Nations Publications.
- Vaupel, J. W. / Carey, J. R. / Christensen, K. / Johnson, T. E. / Yashin, A. I. / Holm, N. V. et al. (1998): Biodemographic trajectories of longevity. *Science*, 280, 855-860.
- Weyerer, S. (2005): *Altersdemenz* (Heft 28). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Wimo, A. / Winblad, B. / Aguero-Torres, H. / von Stauss, E. (2003): The Magnitude of Dementia Occurrence in the World. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17, 63-67.

# DIE BEDEUTUNG EINES PRÄVENTIONSGESETZES: GESUNDHEIT IST KEINE FRAGE DES ALTERS

*Annette Widmann-Mauz*

Als gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion fühle ich mich der langfristigen Erhaltung der Gesundheit unserer Mitbürger sowie der nachhaltigen Stabilisierung unseres Gesundheitswesens zutiefst verpflichtet. Beide Ziele sind eng miteinander verknüpft. Dies zeigt sich besonders beim Thema Prävention. Denn sie ist für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitswesens unerlässlich.

Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung trägt wesentlich zur Erhaltung bzw. Steigerung der Lebensqualität der Bevölkerung bei. Sie ist ein sehr erfolgversprechender Ansatz für die Bewältigung der demografischen Herausforderungen. Schon in wenigen Jahren wird ein Drittel der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein. Gleichzeitig nimmt auch die Anzahl der Hochbetagten zu. Für das Gesundheitswesen bedeutet dies, langfristig die Behandlung schwerer Krankheitsverläufe effizienter zu gestalten, das Entstehen von Krankheiten überhaupt zu verhindern bzw. der Verschlimmerung einer eingetretenen Krankheit vorzubeugen. Das Präventionspotential für die Erkrankungen des höheren Lebensalters ist hoch.

Die Union hat ein zukunftsweisendes Konzept für ein effizientes und unbürokratisches Präventionsgesetz entwickelt. Das Präventionskonzept der Union beabsichtigt, mit klaren Vorgaben die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland weiterzuentwickeln und voranzubringen. Die Vorstellungen der Union konkretisieren die Vereinbarungen des Koalitionsvertrags.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion will:

- die Prävention und Gesundheitsförderung an prioritären Zielen orientieren.
- die Kooperation der Akteure und die Koordinierung der Maßnahmen fördern.
- die Qualität in der Prävention voranbringen.
- so wenig Bürokratie wie möglich.
- die Verantwortung der Gesellschaft und des Einzelnen stärken.

Die Eckpunkte der Union sehen vor, dass die bestehenden Verantwortlichkeiten der Präventionsträger (Krankenkassen, Pflegekassen, RV, UV, Kommunen, Länder, Bund, PKV) insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung, Organisation und Durchführung von Präventionsmaßnahmen erhalten bleiben. Gerade der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bedarf unbürokratischer Regelungen. Statt komplizierter Antrags- und Bewilligungsverfahren wollen wir den direkten Kontakt der Akteure und die unmittelbare Finanzierungsverantwortung stärken, damit die Maßnahmen schnell und unkompliziert durchgeführt werden können. Die (finanziellen) Mittel sind nicht in neue aufwändige Organisations- und Finanzierungsstrukturen zu geben, sondern sollen effizient direkt in die Maßnahmen fließen. Die Definition von Präventionszielen und Qualitätskriterien soll auf Bundesebene in schlanker Form über einen „Nationalen Rat für Prävention“ geleistet werden, der weitere Bedarf an Koordination und Kooperation im Bereich von Maßnahmen in den Lebenswelten außerhalb des Betriebs auf Landesebene über entsprechende Landesarbeitsgemeinschaften. Dabei ist es überaus wichtig, die Verantwortung des Einzelnen und der Gesellschaft zu stärken: Menschen müssen weniger als Behandelte, sondern vielmehr als Mithandelnde verstanden werden. Für uns ist es unabdingbar, dass vorhandene sinnvolle und bewährte Präventionsmaßnahmen gestärkt und weiterentwickelt werden. Dies gilt insbesondere für die betriebliche Gesundheitsförderung, hier haben sich die Kooperationen zwischen einzelnen Kostenträgern und den Betrieben be-

währt. Die betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland kann als nachahmenswertes Erfolgsmodell exponiert werden, und es darf auf keinen Fall sein, dass erfolgreiche Strukturen zerschlagen werden. Für uns ist die betriebliche Gesundheitsförderung ein Garant für die zielgerichtete Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens gerade vor dem Hintergrund der sich verändernden Arbeitswelt.

Im Unterschied zur Union hält das BMG in seinem Entwurf im Kern an seinen Vorstellungen aus der rot-grünen Regierungszeit zur Ausgestaltung eines Präventionsgesetzes fest. Zwar wird die Idee der Union, einen Präventionsrat einzurichten, aufgegriffen, aber schon bei erster Betrachtung zeigt sich, dass der alte Stiftungsgedanke aus der rot-grünen Legislaturperiode hinter der neuen Überschrift steckt. Mit einer Etablierung von Landes-Präventionsräten sollen 16 weitere Gremien geschaffen werden, denen die Sozialversicherungsträger angehören müssen, in denen ihre Versichertengelder zwangskollektiviert, bürokratisch verwaltet und für Maßnahmen bewilligt werden. Die Höhe der Beiträge, die von den Sozialversicherungsträgern abgeführt werden, soll durch Rechtsverordnung festgelegt werden und kontinuierlich ansteigen. Diese Räte bilden de facto den institutionellen Rahmen für einen Pool, die Sozialversicherungsgelder werden vergemeinschaftet, und es kommt es zu einer generellen Vereinheitlichung von Maßnahmen und Akteuren.

Die Union lehnt dies ab. Etikettenschwindel ist mit der Union nicht zu machen. Mit dem Pool-Konstrukt auf Landesebene und Stiftung wird über Einheitsmaßnahmen und Einheitsfinanzierung der Weg in die Einheitskasse „Deutsche Sozialversicherung“ gebahnt. Mit dem Pool-Konstrukt kommt es zu einer Zwangskollektivierung von Versichertengeldern der Sozialversicherungszweige. Das Stiftungsmodell kann zu Verschiebebahnhöfen von den Sozialversicherungen hin zu den Ländern und Kommunen führen. Neben diesen strategischen Punkten, die als eine Weichenstellung zur Organisation des deutschen Gesundheitswesens zu werten sind, gibt es noch weitere Punkte, die gegen die BMG-Eckpunkte sprechen. Statt zu einem Abbau kommt es zu einem Bürokratieaufbau, da zusätzliche neue Institutionen neben bestehenden Institutionen und Gremien geschaffen werden. Über die Stiftung bzw. den Pool bietet sich die erneute Gelegenheit, die PKV in die Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben einzubeziehen und ihr mittelfristig die Legitimation als eigenständiges System zu entziehen. Es kommt zu einem weiteren Auseinanderdriften zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern

von Prävention (Mittelaufbringung über Beiträge gewinnt zunehmend Steuercharakter). Der Druck auf die GKV für höhere Steuerzuschüsse für gesamtgesellschaftliche Leistungen wird damit erhöht.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion will auch mit dem aktuellen Koalitionspartner gemeinsam ein Präventionsgesetz gestalten. Wir stellen uns auch hier der Verantwortung und werden einen am Ende überzeugenden Weg finden, den wir gemeinsam gehen können. Ein solcher Weg ist allerdings nicht vereinbar mit bürokratischen Antrags- und Bewilligungsverfahren, Zwangskollektivierung von Versichertengeldern oder gar einer generellen Vereinheitlichung von Maßnahmen und Akteuren. Daher fasse ich zusammen: „Das Präventionsgesetz ist nicht tot, aber es liegt tief in der Narkose“.

## ANFORDERUNGEN EINER ÄLTER WERDENDEN GESELLSCHAFT AN DAS GESUNDHEITSWESEN

*Karl-Josef Laumann*

Ich freue mich darüber, dass es unsere immer weiter fortschreitenden medizinischen Erkenntnisse und Behandlungsmethoden immer mehr Menschen erlauben, älter und gleichzeitig gesünder älter zu werden. Auf der anderen Seite bin ich mir auch darüber bewusst, dass diese Errungenschaft ihren Preis hat: Gesundheit wird immer teurer! Der wachsende Anteil der älteren Bevölkerung bringt auch einen wachsenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen mit sich.

Vor dem Hintergrund dieses demografischen Wandels kombiniert mit dem kostenintensiven Fortschritt müssen zwei Fragen geklärt werden:

1. Wie können wir eine Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems weiterhin gewährleisten?
2. Welche Verbesserungen müssen wir einführen, um der älter werdenden Bevölkerung ein möglichst gesundes Leben im Alter zu ermöglichen?

Hierzu stoßen wir als CDU in Deutschland und in NRW in den verschiedensten Bereichen Entwicklungen und Veränderungen an.

## **1. PRÄVENTION**

Den ersten Bereich, den ich hier nennen will, ist die Prävention. Hat noch vor einigen Jahren der Prävention negativ angehaftet, dass ihr der wissenschaftliche Beweis, Kosten sparend zu sein, fehlt, so hat sich dieses in den letzten Jahren geändert. Man hat gerade in den europäischen Ländern erkannt, dass der Schlüssel für eine Verhinderung, Hinauszögerung und Verlaufsänderung von Krankheiten eindeutig in der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention liegt und hierdurch auch erhebliche Kosten gespart werden können.

### **1.1. Präventionsgesetz**

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat deshalb – übrigens als Erste – im Juni 2001 öffentlich die Einführung eines Bundespräventionsgesetzes gefordert (vgl. Antrag CDU/CSU-Bundestagsfraktion vom 14.05.2002, BG-Drucks. 14/9085).

Zum aktuellen Sachstand des Gesetzesentwurfes will ich nur noch eines beifügen: Ich halte die Notwendigkeit der Einführung eines solchen Gesetzes, welches unsere Vorstellungen enthält, auf Bundesebene für nötig!

### **1.2. Konkretes Beispiel: Sturzprävention**

Lassen Sie mich aber auch zur Prävention auf Landesebene an einem konkreten Beispiel ausführen, wie wir die Prävention im hohen Alter weiterentwickelt haben – am Beispiel der Sturzprävention. Der Anteil sturzbedingt schwerer Verletzungen wie Hüftfrakturen erlangt zunehmend an Bedeutung.

Sie alle kennen die hieraus erwachsenden Konsequenzen. Es ist nämlich nicht mit dem ausgeheilten Bruch, dem vielleicht neuen künstlichen Hüftgelenk getan. Vielmehr verlieren viele ältere Menschen nach einem Sturz ihre Mobilität, werden ängstlich, trauen sich nichts mehr zu und bleiben lieber auf dem Sofa sitzen, um keinen weiteren Sturz zu riskieren. Ihnen fehlt die dringend notwendige Bewegung und in letzter Konsequenz droht dann die Pflegebedürftigkeit.

Deswegen haben wir in NRW trägerübergreifende Konzepte entwickelt, die sich mit der Vermeidung von Stürzen alter Menschen befassen. Im Rahmen dieser Landesinitiative sollen Alten- und Pflegeheime nach klar definierten Standards sturzpräventive Maßnahmen einführen. Daneben sind Schulungen zur weiteren Qualifizierung von Trainerinnen und Trainern, Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten geplant. Auch prüfen wir, wie wir gute Angebote auch für den häuslichen Bereich entwickeln können, und wie wir es schaffen, dass diese Angebote auch demente Patienten erreichen.

## **2. DEMENZ**

Wie Sie wissen, wird Demenz in Zukunft immer mehr zur Volkskrankheit. In NRW leben derzeit etwa 300.000 demenzkranke Menschen. Bereits bis zum Jahr 2020 wird sich diese Zahl auf etwa 600.000 verdoppelt haben. Deshalb muss die Situation der Demenzkranken nachhaltig verbessert werden.

Ich denke hier sowohl an die Schaffung und Förderung geeigneter Pflegestrukturen als auch die Förderung präventiver, den Krankheitsverlauf positiv beeinflussender Maßnahmen. Uns ist es gelungen, das Nationale Demenzforschungszentrum nach Nordrhein-Westfalen zu holen. Ich verhehle nicht, dass ich hierüber stolz bin. Wir erhoffen uns aufschlussreiche wissenschaftliche Erkenntnisse, die Ansatzpunkte für effektive Präventionsstrategien bieten werden.

## **3. PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UNTERSTÜTZEN**

Mit der Landesinitiative „Demenz-Service NRW“ unterstützen wir in NRW die wertvolle Pflege-Arbeit in den Familien.

Die Aufrechterhaltung eines selbstbestimmten Lebens in der gewohnten Umgebung ist Wunsch vieler älterer Menschen. Ein Großteil der chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen wird daher nach wie vor von Familienangehörigen im eigenen häuslichen Umfeld betreut. Die familiäre Pflege muss aus meiner Sicht immer den Vorrang vor der stationären Pflege haben!

Aber ich weiß auch genau, welche Belastung eine solche familiäre Pflege mit sich bringt. Deshalb ist die Förderung, Qualifizierung, Unterstützung und vor allem die Entlastung pflegender Angehöriger immens wichtig.

Die Grenzen der seelischen und körperlichen Belastbarkeit werden bei Angehörigen ohne Hilfestellung schnell erreicht. Das haben wir erkannt und tragen mit den durch das Land und die Pflegekassen geförderten Modellprojekten der Demenz-Servicezentren in NRW dieser Erkenntnis Rechnung.

#### 4. WOHNORTNAHE VERSORGUNG

Gerade aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft müssen wir uns auch für den Erhalt einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung auch in Zukunft einsetzen. Denn gerade der ältere Patient benötigt den Kontakt zu seinem Hausarzt, der ihn oftmals in den verschiedenen Lebensphasen über viele Jahre begleitet hat. Vereinzelt gibt es bereits heute in ländlichen Gebieten Engpässe in der hausärztlichen Versorgung, die sich aufgrund der Altersstruktur der Hausärzte in den kommenden Jahren verschärfen werden.

Insbesondere in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden, den Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen wollen wir dieses Problem „in den Griff“ bekommen. Ich habe hierzu das „Aktionsbündnis Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in NRW“ ins Leben gerufen.

Konkret erarbeiten wir zurzeit im Rahmen eines Modellprojektes ein Anreizsystem, mit dem wir versuchen wollen, Ärzte in der Weiterbildung zur Praxisübernahme in künftig absehbar unterversorgte Gebiete zu bewegen.

#### 5. INTEGRIERTE VERSORGUNG

Die Übergänge vor allem zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie ambulanten Diensten müssen gerade auch für ältere Menschen noch besser organisiert werden, davon bin ich überzeugt.

Das Versorgungsmanagement sollte eine umfassende Aufklärung von zu entlassenden Patienten und Angehörigen über ihre zukünftigen Lebensbedingungen, notwendige Pflege und Versorgung sowie vorhandene Angebote enthalten.

Auch hier gibt es in NRW bereits gute Ansätze. So gilt das Modellprojekt „Patientenüberleitung in Essen“, initiiert von der Essener Pflege- und Gesundheitskonferenz, als wegweisend.

Ich kann an dieser Stelle auch über einen integrierten Versorgungsvertrag im Ruhrgebiet (Herne) berichten, den ersten, wirklich bevölkerungsbezogenen integrierten Versorgungsvertrag für die Zielgruppe älterer und hochbetagter Menschen.

Mit diesem Versorgungskonzept, das im Kern auf eine „Intensive Ambulante Therapie“ setzt, soll es insbesondere gelingen, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Nebenbei wird das Projekt Auskunft darüber geben, welche Versorgungsstrukturen (auch Anzahl der noch benötigten stationären Betten) wir für ältere Menschen denn tatsächlich brauchen! Ich bin sehr gespannt, ob sich die hohen Erwartungen für alle Beteiligten zum Nutzen der Patienten einstellen.

Zum Schluss möchte ich noch einmal in aller Deutlichkeit sagen:

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen darf nicht

- aus Gründen des Alters,
- der Art der Erkrankung oder
- aus sonstigen wirtschaftlichen Erwägungen heraus

eingeschränkt werden.

Lassen Sie uns die Herausforderungen des demografischen Wandels annehmen – mit allem, was wir haben!

## DIE AUTOREN

*Karl-Josef Laumann MdL  
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen*

*Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr  
Bundesministerin a.D., Institut für Gerontologie  
der Universität Heidelberg*

*Professor Dr. Heinz Mechling  
Leiter des Instituts für Bewegungs- und Sportgerontologie,  
Deutsche Sporthochschule Köln, und Direktor des Instituts für  
Sportwissenschaft und Sport der Universität Bonn*

*Ferdinand Tillmann  
Vorsitzender der Kommission „Gesundheitsprävention und Sport“  
der Senioren-Union*

*Annette Widmann-Mauz MdB  
Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion  
im Deutschen Bundestag*

## ANSPRECHPARTNER IN DER KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

*Dr. rer. nat. Norbert Arnold  
Teamleiter Gesellschaftspolitik  
Politik und Beratung  
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.  
10907 Berlin  
Tel.: 030 / 2 69 96 35 04  
Fax: 030 / 2 69 96 35 51  
E-Mail: [norbert.arnold@kas.de](mailto:norbert.arnold@kas.de)  
<http://www.kas.de>*

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

[http://www.kas.de/publikationen/zukunftsforum\\_politik.html](http://www.kas.de/publikationen/zukunftsforum_politik.html)

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

gern schicken wir Ihnen unsere Veröffentlichungen auch zu. Bitte bestellen Sie mit dem umseitigen Vordruck.

Bis zu drei Exemplaren geben wir kostenlos ab. Ab vier Exemplaren berechnen wir eine Schutzgebühr (Bearbeitungs- und Versandkosten) von € 3,00 je Heft. Bei größeren Bestellungen ab 30 Exemplaren gewähren wir einen Rabatt, so dass jedes Heft dann € 2,00 kostet.

Bitte schicken Sie zusammen mit Ihrer Bestellung einen entsprechenden Verrechnungsscheck, Briefmarken oder Geld, erst dann können wir Sie beliefern.

Alle Studien – die aktuellen und vergriffenen – können Sie im Internet herunterladen.

Wenn Sie Fragen zu den Publikationen der Konrad-Adenauer-Stiftung haben, erreichen Sie uns per E-Mail: [publikationen@kas.de](mailto:publikationen@kas.de)

Wir wünschen eine interessante Lektüre.

Ihr Publikationen-Team

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BESTELLUNG

Kurztitel	Heftnummer	Preis

\* Bitte beachten Sie die umseitigen Lieferbedingungen.

### Absender

Vor- und Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

Bitte bestellen Sie hier:  
Konrad-Adenauer-Stiftung  
Rathausallee 12  
53757 Sankt Augustin

Fax: 0 22 41 / 2 46-2479  
E-Mail: [bestellung@kas.de](mailto:bestellung@kas.de)

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 50 | Föderalismusreform: Föderalismus in Europa I
- 51 | Föderalismusreform: Föderalismus in Europa II
- 52 | Wie wird die Globalisierung heute beurteilt? – Ein Beitrag zu einer „rationaleren“ Diskussion
- 53 | Deutsche Außenpolitik im 21. Jahrhundert. Arbeitskreis Junger Außenpolitiker (*vergriffen*)
- 54 | Globalisierungsdebatte II: Positionen und Gegenpositionen
- 55 | Afrika realistisch darstellen: Diskussionen und Alternativen zur gängigen Praxis. Schwerpunkt Schulbücher (*vergriffen*)
- 56 | Von TIMSS zu IGLU – Eine Nation wird vermessen (*vergriffen*)
- 57 | Ideen für Berlin: Eine Synopse strategischer Entwicklungsvorschläge
- 58 | Jedes Kind zählt – Neue Wege der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung
- 59 | Christ sein in der Politik. Hermann Ehlers heute – anlässlich seines 100. Geburtstags
- 60 | Zur Krise und Reform der Universität
- 61 | Föderalismusreform – Vor der Reform ist nach der Reform? Eine erste Bilanz der Arbeit der Bundesstaatskommission
- 62 | Was die Gesellschaft zusammenhält. Plädoyer für einen modernen Patriotismus
- 63 | Aufbau oder Abriss Ost? Konzeptionelle Überlegungen zur nachhaltigen Stadtentwicklung in den neuen Ländern

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 64 | Föderalismus in Europa III
- 65 | Rechtsextremismus in der Bundesrepublik Deutschland.  
Auf dem Weg zur „Volksfront“?
- 66 | Sozialer Bundesstaat
- 67 | Ein Jahr nach der EU-Osterweiterung: Erste Erfahrungen, Probleme,  
Aussichten
- 68 | Möglichkeiten der wirtschaftlichen Entwicklung strukturschwacher  
Regionen in Ostdeutschland
- 69 | Der deutsche Föderalismus im Reformprozess
- 70 | Wie lange dürfen wir arbeiten? Gesetzliche Altersgrenzen als  
Verfassungsproblem
- 71 | Deutsch-russische „Strategische Partnerschaft“: Eine kurzsichtige  
Strategie oder Handeln im Interesse Europas?
- 73 | Der „Bachelor“ – Anregungen zur aktuellen Studienreformdebatte
- 74 | Familienfreundliche Personalpolitik
- 75 | Auf dem Weg zu einem patientenfreundlichen Gesundheitssystem.  
Liberalisierung des Pharmamarktes. Eine Ordnungsökonomische  
Analyse und Implikation für den deutschen Pharmamarkt.
- 76 | Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen. Mehr Qualität und Effizienz  
durch Wettbewerb. Plädoyer für die Stärkung des Bürgers im  
Gesundheitswesen  
Englische Ausgabe: Better Health Care at Affordable Prices  
Higher Quality and Greater Efficiency through Competition.  
Arguments for Strengthening the Citizen's Position in the Health  
System

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

- 78 | Perspektiven der Innovationspolitik für die neuen Länder
- 79 | Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben –  
Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien  
Englische Ausgabe: Euthanasia and self-determination in dying –  
A review of the debate in central and western Europe, the United  
States and Australia
- 80 | Dem Sterben einen Sinn geben
- 81 | Gesundheitskompetenz ausbauen
- 82 | Sozialer Bundesstaat – ein Spannungsfeld
- 83 | Stammzellforschung als politische Herausforderung
- 84 | Die Mitglieder der CDU – eine Umfrage der  
Konrad-Adenauer-Stiftung
- 85 | Ethische Bewertungen der Stammzellforschung
- 86 | Probleme der Föderalismusreform in Deutschland – Der gegen-  
wärtige Stand der Reformen und der Auftrag der Föderalismus-  
kommission II
- 87 | Das Rechtsextreme Bündnis: Aktionsformen und Inhalte
- 88 | Die UNO-Leitlinien zur Dezentralisierung und Stärkung der  
Kommunen | UN Guidelines on decentralization and the  
strengthening of local authorities
- 89 | Deutschland in der Globalisierung – Auswirkungen und Handlungs-  
ansätze für eine bessere Balance zwischen Gewinnern und Verlierern
- 90 | Die Entzauberung der Extremisten? – Erfolgsbedingungen der NPD  
im internationalen Vergleich

## ZUKUNFTSFORUM POLITIK

### BROSCHÜRENREIHE ZU AKTUELLEN POLITISCHEN THEMEN

91 | Schöpfungsglaube und Evolutionsbiologie

92 | Der „zweite Frühling“ der NPD – Entwicklung, Ideologie,  
Organisation und Strategie einer rechtsextremistischen Partei

93 | Die Freien Wähler in Deutschland: Geschichte – Struktur –  
Leitlinien

94 | „Die Linke“: Entstehung – Entwicklung – Geschichte

95 | Prävention bis ins hohe Alter