

Statusbericht | 7

Dokumentation der Konferenz 2012 »Gesund altern – In der Praxis angekommen?«

Inhalt

Vorwort der Präsidentin

I Einleitung

II Vorträge und Praxisbeispiele

II.1 Gutes Leben im Alter – wie erhält man
Lebensqualität?
Eigenverantwortung, Mitverantwortung,
soziale Teilhabe

II.2 Gesund arbeiten bis zur Rente – wie geht das?

II.3 Vom Nebeneinander zur Synergie.
Das neue Gesundheitsziel »Gesund älter werden«

III Diskussionsergebnisse und Konferenz-Fazit

IV Referentinnen und Referenten

V Teilnehmende Organisationen

Impressum

Vorwort der Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe BVPG-Mitglieder,

die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in Europa wird abnehmen und die Zahl der über 60-Jährigen jedes Jahr um etwa zwei Millionen zunehmen – das ist bekannt. Auch die deutsche Bevölkerung altert so schnell, dass im Jahr 2060 voraussichtlich jeder dritte Bundesbürger über 65 Jahre alt sein wird. Die Europäische Kommission hat das Jahr 2012 vor diesem Hintergrund zum »Jahr des aktiven Alterns und der Generationengerechtigkeit« deklariert. 2012 ist zugleich das Jahr des neuen nationalen Gesundheitsziels »Gesund älter werden«. Das macht deutlich, wie wichtig es ist, dass wir gesund und aktiv altern und gleichzeitig die Beiträge, die ältere Menschen für die Gesellschaft leisten können, stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken.

Aktives und gesundes Altern ist bereits seit 1999 ein Arbeitsschwerpunkt der BVPG. In jenem Jahr hat die BVPG, die damals noch unter »Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe)« firmierte, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Eröffnungsveranstaltung zum Weltgesundheitstag »Aktiv leben – gesund alt werden« durchgeführt. Diese Veranstaltung hat wesentlich zur systematischen und intensiven (gesundheits-)politischen wie gesellschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema beigetragen. In der Folge davon wurden bedeutende Maßnahmen dazu entweder von der BVPG zusammen mit ihren Mitgliedsorganisationen selbst angestoßen oder aber durch Mitwirkung der BVPG in anderen wichtigen Gremien von ihr wirksam unterstützt.

Gemeinsam Gesundheit fördern.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Erstellung der Expertise »Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien«, mit der die BVPG Herrn Prof. Kruse beauftragte und die, vom BMG finanziert, im Jahr 2002 in der Schriftenreihe des BMG erschienen ist. Darüber hinaus muss die Leitung der Arbeitsgruppe (AG) 3 »Gesund altern« hier Erwähnung finden. Die AG hatte die Aufgabe zu klären, welche Präventionsziele Priorität haben, welche Inhalte zum Thema »Gesund altern« vermittelt werden sollen und welche Interventionsstrategien sich bisher bewährt haben. Mit der Vorlage der »Botschaften zum gesunden Älterwerden« im Jahr 2004, dem Beschluss zum »Präventiven Hausbesuch« im Jahr 2005 und der Vorlage von Präventionszielen im Jahr 2008 hat die AG ihren Beitrag zur Beantwortung dieser Fragen geleistet und damit ihre Aufgaben erledigt. Die Beschäftigung mit dem Thema »Gesund altern« wird deshalb seit dem Jahr 2010 in »Statuskonferenzen« weitergeführt.

Darüber hinaus wurde die Diskussion um die Präventionsziele im Rahmen von »gesundheitsziele.de« aufgegriffen. Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. ist mit dem Gesundheitsziele-Prozess besonders verbunden – und zwar sowohl auf der Steuerungs- als auch auf der operativen Ebene. Im Steuerungsgremium ist die Bundesvereinigung über unser Vorstandsmitglied Frau Prof. Maschewsky-Schneider vertreten. Herr Altgeld, ebenfalls Vorstandsmitglied der BVPG, leitete die AG 7 »Gesund aufwachsen«, Herr Dr. Prümel-Philippsen brachte sich in der AG 6 »Tabakkonsum reduzieren« und Frau Dr. Grossmann in der AG 10 »Gesund älter werden« aktiv ein.

Niemand bezweifelt heute mehr, dass Gesundheitsziele ein unverzichtbares Instrument gesundheitspolitischer Steuerung sind. Wir wissen aber auch, dass sich Gesundheitsziele als Instrument zur Verbesserung der Gesundheitslage nicht auf vage Absichtserklärungen beschränken, sondern vielmehr konkrete Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung umfassen müssen. Deshalb sollte diese Konferenz vor allem auch ein Forum des Austausches darüber sein, wo und wie BVPG-Mitglieder bereits jetzt mit ihren jeweiligen Möglichkeiten die Praxis des gesunden Alterns gestalten bzw. wo und wie sie sich in die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels einbringen können.

Ihre



Helga Kühn-Mengel
Präsidentin der BVPG

I | Einleitung

Um die Strategien auf EU- und nationaler Ebene mit Leben zu erfüllen, bedarf es der Umsetzung – und dafür ist die Einbindung der Zivilgesellschaft von besonderer Bedeutung. Die Mit-

gliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) gehören zu den wichtigsten Akteuren im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung – auch über den Gesundheitssektor hinaus. Die Veranstaltung sollte deshalb dazu dienen, den kontinuierlichen und nachhaltigen Austausch der BVPG-Mitgliedsorganisationen über gesundes Altern aufzugreifen und mit neuen Impulsen fortzuführen.

Die Veranstaltung folgte dabei drei Fragestellungen:

- Gutes Leben im Alter – wie erhält man Lebensqualität?
- Gesund arbeiten bis zur Rente – wie geht das?
- Wie können sich die BVPG-Mitglieder in die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels »Gesund älter werden« einbringen?

Bei den ersten beiden Einheiten leitete ein theoretischer Input jeweils dann zwei Praxisbeispiele aus dem Kreis von BVPG-Mitgliedsorganisationen ein; im dritten Teil – bei der Vorstellung des nationalen Gesundheitsziels »Gesund älter werden« – hatten die Anwesenden die Gelegenheit, im Anschluss an den Vortrag in einen knapp einstündigen moderierten Austausch miteinander zu treten.

Nachfolgend sind die Vorträge sowie die Abschlussdiskussion dieser Veranstaltung dokumentiert, die am 16. April 2012 in der Geschäftsstelle der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in Berlin stattfand.

II | Vorträge und Praxisbeispiele

II.1 | Gutes Leben im Alter – wie erhält man Lebensqualität? Eigenverantwortung, Mitverantwortung, soziale Teilhabe

Dr. Stefan Blüher

Die Vorstellungen davon, was gutes Leben im Allgemeinen und gutes Leben im Alter im Besonderen bedeutet, sind naturgemäß vielfältig. Die Vielzahl diesbezüglicher Aspekte und Dimensionen wird üblicherweise über das Konstrukt der »Lebensqualität« operationalisiert. Lebensqualität als Maß für gutes Leben betrachtet dabei sowohl Ressourcen als auch Resultate in subjektiver und objektiver Perspektive.

Beispiele für subjektiv fassbare Ressourcen guten Lebens wären in diesem Sinne etwa spezifische – die eigene Zufriedenheit befördernde – Haltungen und Einstellungen, Selbstwertgefühle oder Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Als objektive Ressourcen können demgegenüber der Bildungsstand, die materielle Lage, der Gesundheitszustand sowie die Verfügbarkeit und Beschaffenheit sozialer Netzwerke gelten. Aus den subjektiv und

objektiv fassbaren Ressourcen schließlich können zufriedenheitsbezogene – subjektive wie objektive – Resultate wie Wohlbefinden, soziale Teilhabe oder die Einnahme bestimmter sozialer Positionen und Rollen abgeleitet werden, die ihrerseits wiederum Ressourcen bilden.

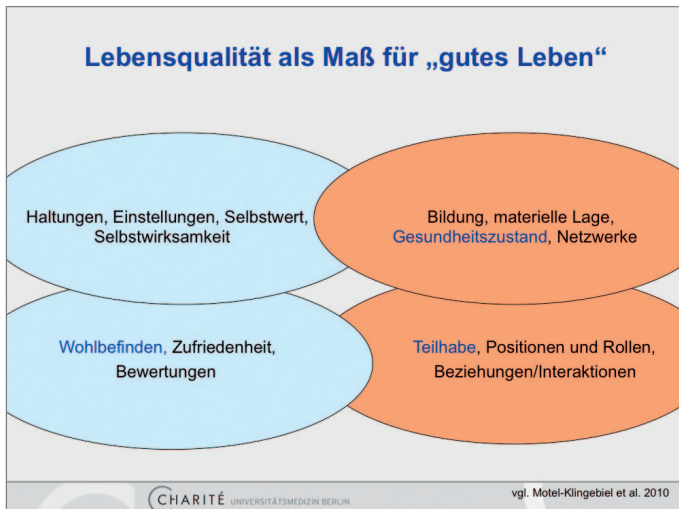


Abbildung 1: Lebensqualität (Vortragsfolie Dr. Stefan Blüher)

Soziale Teilhabe im Sinne einer Integration in das Ressourcen generierende und subjektiv sinnstiftende Beziehungsgefüge einer Gesellschaft ist als wesentlicher Aspekt von Lebensqualität zu begreifen. Die Förderung von sozialer Teilhabe ist damit immer auch Gesundheitsförderung. Angesichts der Unschärfe bzw. Breite des Begriffs »Teilhabe« ist es sinnvoll, in diesem Zusammenhang solche Formen sozialer Teilhabe herauszugreifen, die Aussagen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität – z.B. zum subjektiven Gesundheitsempfinden – ermöglichen. In diesem Beitrag soll daher insbesondere freiwilliges nachberufliches Engagement als eine Form von sozialer Teilhabe im höheren Lebensalter im Mittelpunkt stehen.

Der 4. »Monitor Engagement« (BMFSFJ 2011) weist diesbezüglich eine im Zeitverlauf 1999 bis 2009 recht stabile Engagementquote für die Gesamtbevölkerung (34 – 36%) aus. Nach Altersgruppen (»junge Alte«, »Ältere« und »Hochbetagte«) betrachtet, fällt auf, dass das Ausmaß an Engagement der jungen Alten in etwa dem der Gesamtbevölkerung entspricht, mit steigendem Alter jedoch insgesamt abnimmt. In der Gruppe der Älteren und bei den Hochbetagten ist im Vergleich von 1999 zu 2009 jeweils eine Zunahme der nachberuflichen Aktivität zu verzeichnen.

Von Interesse ist mit Blick auf mögliche zukünftige Entwicklungen hinsichtlich sozialer Teilhabe älterer Menschen aber auch die etwaige Bereitschaft zur Ausdehnung des freiwilligen Engagements. Die Befunde hierzu zeigen für alle Altersgruppen – in geringerem Maße für die Hochbetagten – eine im Vergleich 1999 zu 2009 deutlich zunehmende Bereitschaft, nachberufliche Aktivitäten auszudehnen. Dies verweist sowohl auf Potenziale zur Steigerung von Lebensqualität für

ältere Menschen durch stärkere soziale Teilhabe als auch auf beträchtliche Ressourcen für die Gesellschaft insgesamt.

Im Zusammenhang mit Fragen von Lebensqualität und sozialer Teilhabe im höheren Lebensalter muss der Gesundheitszustand als wichtige (objektive) Dimension bzw. Ressource Beachtung finden. Befunde aus dem Alterssurvey zur (Multi-)Morbidität zeigen, dass fast ein Viertel der 70-85-Jährigen an fünf oder mehr Erkrankungen leidet. Der Anteil mehrfach Erkrankter liegt damit im Vergleich zur Altersgruppe der 55-69-Jährigen doppelt so hoch.

Grundsätzlich muss jedoch zwischen objektivem Gesundheitszustand und subjektivem Gesundheitsempfinden unterschieden werden. Die hier – gerade bei älteren Menschen – häufig zu beobachtenden Diskrepanzen sind in der Gerontologie seit längerem bekannt. Die Variabilität subjektiven Wohlbefindens wird dabei besonders im Zusammenhang mit sozialer Teilhabe augenfällig. Daten des Alterssurvey verweisen auf deutliche Zusammenhänge zwischen Engagement und Gesundheitsempfinden, gerade in der ältesten hier betrachteten Gruppe der 75-85-Jährigen. Während alle Befragten dieser Altersgruppe zu über 20% ein schlechtes bis sehr schlechtes subjektives Gesundheitsempfinden angeben, berichten dies nur 10% der Engagierten aus dieser Gruppe. Umgekehrt bezeichnen Engagierte ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als »sehr gut« im Vergleich zu allen Befragten der ältesten Gruppe.

Die vorliegenden Zusammenhänge zwischen Engagement und Gesundheitsempfinden bilden indes keine Kausalitäten ab, d.h. die Zusammenhänge sind grundsätzlich in zwei Richtungen interpretierbar: Einerseits kann Engagement zu höherem Wohlbefinden und einer verbesserten Gesundheitseinschätzung führen, andererseits engagieren sich womöglich vor allem diejenigen, die ihren Gesundheitszustand besser einschätzen – und eventuell auch tatsächlich gesünder sind. Die Unklarheit hinsichtlich der Kausalität schmälert jedoch die grundsätzliche Bedeutung der vorliegenden Zusammenhänge keineswegs, kann doch davon ausgegangen werden, dass Engagement und Teilhabe im Sinne einer sozialen Ressource in jedem Fall protektive Wirkungen mit Blick auf den Erhalt von Gesundheit entfalten können.

Neben sozialen, psychischen und ökonomischen Ressourcen sind die Bewältigung biographischer Ereignisse, individuelles Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsrelevante Verhältnisse entscheidende Determinanten für gesundes Alter(n).

Ob und inwieweit die im Zuge der gestiegenen Lebenserwartung »gewonnenen Jahre« im Durchschnitt der älteren Bevölkerung zukünftig eher in Gesundheit oder aber in Krankheit – mit physischen oder psychischen Einschränkungen – verbracht werden, ist weitgehend offen und stellt damit eine zentrale Herausforderung für Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention dar. Modellhaft bilden sich die unterschiedlichen Szenarien in der Expansionsthese (höhere Morbidität bei steigender Lebenserwartung), der Kompressionsthese (längeres Leben in Gesundheit) sowie der Bi-Modalitätsthese ab, wonach

die Chancen auf gesundes Alter(n) verhaltens-, verhältnis- und strukturabhängig zu begreifen und damit im Kontext von sozialer Ungleichheit diskutiert werden müssen.

Gleichzeitig verweist dies auf die Bedeutung von zielgruppen-gerechten Zugängen und Ausgestaltungen für den Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Praxisbeispiel zu »Gutes Leben im Alter«

Aktiv bis 100 – Aufbau von Netzwerkstrukturen zur Umsetzung von Bewegungsangeboten für Hochaltrige am Wohnort

Petra Regelin

Das Projekt des Deutschen Turner-Bundes »Aktiv bis 100«, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert worden ist und Teil des DOSB-Projektes »Bewegungsnetzwerk 50 Plus« ist, sollte feststellen, ob es möglich ist, über 80-jährige Menschen, in deren bisherigem Leben der Sport keine Rolle gespielt hat, zur Bewegung zu motivieren und in einen Turnverein zu integrieren. Zielgruppe sind über 80-jährige Menschen. Diese stehen häufig an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit, sie sind angewiesen auf Rollatoren, Gehstöcke, oder, falls sie sich nicht mehr allein fortbewegen können, auch auf Transportdienste.

Das Kernziel der Bewegungsgruppen »Aktiv bis 100« ist es, die Selbstständigkeit durch das körperliche Training zu erhalten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer trainieren gezielt die Muskelkraft (zum Aufstehen, Treppensteigen, Tasche tragen), die Balance und Standsicherheit (um Stürze zu vermeiden), die Beweglichkeit (um sich allein anziehen und waschen zu können) und die Gehfähigkeit und Mobilität (durch ein gezieltes Gehtraining).

Als Modellregionen wurden die Großstadt Frankfurt am Main und die ländliche Region Achern in Baden-Württemberg ausgewählt. Für den Deutschen Turner-Bund war es eine große Aufgabe, die inaktiven Hochbetagten anzusprechen und sie für etwas völlig Neues zu gewinnen. Das konnten die Sportvereine nicht alleine bewerkstelligen. Die Lösung: eine Netzwerkoalition von örtlichen Turn- und Sportvereinen, kommunalen Einrichtungen sowie Kooperationspartnern aus Gesundheits-, Sozial- und Seniorenverbänden bzw. -institutionen, koordiniert und geleitet vom Deutschen Turner-Bund. In diesem kommunalen Netzwerk wurden die Aufgabengebiete geteilt und gemeinsam Strategien entwickelt, wie hochaltrige Menschen anzusprechen und zu gewinnen sind. Dabei hat sich herausgestellt, dass die persönliche Ansprache der alten Menschen mit Hilfe der Netzwerkpartner der entscheidende Erfolgsfaktor war, denn Ängste und Hemmungen der hochaltrigen Menschen sind Hindernisse für eine längerfristige, verpflichtende Vereinsmitgliedschaft.

Daher konzipierte der DTB folgende vierstufige Vereins-Bindungs-Strategie:

1. Stufe: Persönliche TeilnehmerInnenansprache

- TeilnehmerInnenakquise mit Hilfe von Kooperationspartnern, die direkten Kontakt zu älteren/hochaltrigen Menschen haben.
- Persönliche Ansprache in Frage kommender Personen.
- Zusätzliche Flyer und Plakate.
- Motivationsbesuche bei Seniorenveranstaltungen und Kurzpräsentationen von Programmbausteinen zum Mitmachen.

2. Stufe: Schnupperstunde

- Schnupperstunde zum unverbindlichen Mitmachen und Ausprobieren.
- Ältere Menschen können erst einmal schauen, ob der/die Übungsleiter/in, das Programm und die Rahmenbedingungen gefallen.
- Schnupperstunde muss zur gleichen Zeit und am gleichen Ort stattfinden wie das darauf folgende Kursangebot.

3. Stufe: Zeitlich begrenztes Kursangebot

- Kursangebot (z.B. 1/2 Jahr) zum Ausprobieren ohne feste Vereinsmitgliedschaft.
- Zeitraum, in dem die Älteren festlegen können, ob das Training die erwünschten Wirkungen erreicht.
- In einem halben Jahr können die Hochaltrigen Verbesserungen (z.B. verbessertes Gehen oder Treppensteigen) wahrnehmen und spüren.

4. Stufe: Feste Vereinsmitgliedschaft

- Wichtig: Insbesondere hochaltrige Menschen wünschen sich eine sehr kurzfristige Kündigungsmöglichkeit (d.h. Kündigung zum Ende des Monats ermöglichen!).
- Direkt im Anschluss an den Kurs die Vereinsmitgliedschaft anbieten.

Durch persönliche Ansprache über Vertrauenspersonen sollten erste Hemmschwellen abgebaut und über unverbindliche Schnuppertermine beseitigt werden. Ein halbjähriger Kurs mit Einsteiger-Übungen sollte Trainingsfortschritte spürbar machen und längerfristig motivieren. Nach den ersten sechs Monaten wurde den Hochaltrigen eine Vereins-Mitgliedschaft mit sofortiger Kündigungsoption eingeräumt. Der Erfolg: Konkret konnten über 120 begeisterte Turnvereins-Mitglieder jenseits der 80 gewonnen werden, die nie zuvor sportlich aktiv gewesen waren.

Ursprünglich war der Aufbau von zwei »Aktiv bis 100«-Gruppen geplant – mittlerweile sind es zwölf Gruppen. Die Bewegungsgruppen sind inzwischen fester Bestandteil der Vereinsange-

bote geworden. Dank des großen Erfolges hat das Frankfurter Netzwerk den Sportpreis der Stadt Frankfurt »Sport kennt keine Grenzen« gewonnen. Das Amt für Gesundheit sicherte Unterstützung für weitere fünf Jahre zu, das Sportamt und das Dezernat für Soziales und Senioren der Stadt Frankfurt finanzieren den flächendeckenden Aufbau weiterer Gruppen. Das nachhaltige Ziel: Jedem Menschen über 80 die Teilnahme in einer Aktiv bis 100-Gruppe zu ermöglichen, um die Selbstständigkeit bis in höchste Alter durch ein gezieltes Bewegungstraining zu erhalten.

Praxisbeispiel zu »Gutes Leben im Alter«

Gesund und aktiv altern bei Behinderung und chronischer Erkrankung

Marion Rink

Jeder vierte Bundesbürger ist früher oder später von Beschwerden im Bewegungsapparat betroffen. 5 bis 7 Millionen leiden an Arthrosen vor allem in Hüft- oder Kniegelenken.

Wenn von rheumatischen Erkrankungen gesprochen wird, haben viele Menschen das Bild eines alten Menschen vor Augen. Das ist aber nicht so, immer häufiger trifft ein Gelenkschaden auch jüngere Menschen, z. B. infolge von Extremsportarten.

Schmerz und Erschöpfung sind vordringliche Leiden bei entzündlichen Erkrankungen wie Rheumatoider Arthritis, Morbus Bechterew, Kollagenosen oder Vaskulitiden. Über 1 Million Menschen sind hieran auf Dauer erkrankt. Der Großteil im berufstätigen Alter. Hinzu kommen Millionen Schmerzerkrankte mit chronischen Rückenleiden oder Fibromyalgie. Der Leidensdruck der Betroffenen ist sehr hoch.

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind Volkskrankheiten. Die Behandlungskosten und der Ausfall von Arbeitskraft werden mit 40 Milliarden Euro beziffert. Das entspricht 500 Euro pro Kopf der Bevölkerung pro Jahr.

Mit der neuen Kampagne »Aktiv gegen Rheumaschmerz« (www.aktiv-gegen-rheumaschmerz.de) weisen wir den Weg aus Resignation und Passivität. »Heraus aus der Schonhaltung!« ist unsere Botschaft an die rheumakranken Menschen.

Wissenschaftliche Studien zeigen: Mit Sport und Bewegung kann man den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und wieder neue Lebensfreude gewinnen. 100.000 Rheumabetroffene nutzen bereits regelmäßig Bewegungsangebote der Rheuma-Ligen vor Ort. Neben unserem Klassiker, dem Rheuma-Funktionstraining, bieten wir auch viele neue gelenkschonende Trainingsangebote: Muskelaufbautraining und Aqua-Cycling zum Beispiel, aber auch meditative Angebote wie Tai-Chi oder Yoga.

Träger der Kampagne

Landes- und Mitgliedsverbände der Deutschen Rheuma-Liga sowie 8 Partnerorganisationen:

- **AGRZ** (Arbeitsgemeinschaft der regionalen kooperativen Rheumazentren)
- **BDRh** (Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.)
- **BVOU** (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.)
- **DGOOC** (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orth. Chirurgie e.V.)
- **DGORh** (Deutsche Gesellschaft für orthopädische Rheumatologie e.V.)
- **DGRh** (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.)
- **Rheumastiftung**
- **VRA** (Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V.)

Deutsche RHEUMA-LIGA

Abbildung 2: Träger der Kampagne »Aktiv gegen Rheumaschmerz« (Vortragsfolie Marion Rink)

Mit der neuen Kampagne wollen wir zwei Jahre lang gemeinsam mit unseren vielen aktiven Ehrenamtlern und mit den Partnern in der Rheumatologie und Orthopädie Betroffene motivieren, aktiv zu werden.

Und wir scheuen uns nicht, auf die Straße zu gehen: Für 2012 ist eine Rheuma-Bus-Tour quer durch Deutschland geplant. Mit unseren Aktionen wollen wir auch die Öffentlichkeit für das Thema »Rheuma« sensibilisieren, denn die Erkrankung kann jeden treffen.

Mit Plakaten, einer neuen Broschüre, Internetseiten und mit vielen Aktionen vor Ort werden die Mitglieds- und Landesverbände von 2011 bis 2013 auf die Zusammenhänge zwischen rheumatischen Schmerzen und Erschöpfung hinweisen und dass man mit Bewegungstherapie, aber auch mit Sport und Entspannung zum besseren Wohlbefinden beitragen kann. Hiermit wird der Grundstein für ein gesünderes Altern gelegt. Denn was für die Aktiven in der Rheuma-Liga eine Selbstverständlichkeit und im Funktionstraining alltäglich erfahrbar ist, das ist vielen Rheumabetroffenen außerhalb des Verbandes noch zu wenig bekannt. Angesprochen werden sollen daher insbesondere rheumakranke Menschen, die bislang noch schlecht informiert oder motiviert sind und die ihre Erkrankung eher passiv hinnehmen.

Die Botschaft lautet: Werden Sie aktiv trotz Behinderung und chronischer Erkrankung, auch oder erst recht im Alter! Hiermit wird der Grundstein für ein gesünderes Altern gelegt.

II.2 | Gesund arbeiten bis zur Rente – wie geht das?

Heinz Kowalski

Wegen der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen politischen Entscheidung, den Rentenbeginn schrittweise auf das Alter 67 Jahre anzuheben, machen sich viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ebenso wie ihre Unternehmen immer mehr Gedanken, wie das Rentenalter gesund zu erreichen ist.

Gleichzeitig mit der Verlängerung der Lebensarbeitszeit nimmt die Belastung in den Betrieben weiter zu: Leistungsverdichtung, Beschleunigung, Zeitdruck und eine zunehmende Komplexität der Arbeitsanforderungen können sich auf die physische und psychische Gesundheit negativ auswirken. Ohne Gesundheit sind Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft in der Regel verringert. Gesundheit ist damit eine Grundvoraussetzung für Produktivität, und ohne Gesundheit ist ein »Arbeiten bis 67« nur schwer möglich. Notwendig ist jedoch eine differenzierte Betrachtung der Leistungsfähigkeit wegen der unterschiedlichen Fitness und Motivation der Beschäftigten. Gesundheitsförderung im Betrieb ist heute unverzichtbar und eine lohnende Investition der Unternehmen.

Statistische Erhebungen, zum Beispiel der AOK, zeigen eindeutig, dass ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht häufiger arbeitsunfähig sind als ihre jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Dafür fehlen sie wegen chronischer Krankheiten und längerer Genesungszeit deutlich länger. Ab 55 Jahre gilt das insbesondere für Männer.

Ein typisches Beispiel für gleichbleibende Krankheitshäufigkeit ist die Diagnosegruppe der psychischen Störungen, sie verändert sich in den Altersstufen kaum. Anders ist es dagegen bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bei dieser Diagnosegruppe steigen sowohl die Fallhäufigkeit als auch die Falldauer mit zunehmenden Alter an.

Die lange Dauer von krankheitsbedingten Fehlzeiten älterer Mitarbeiter bei psychischer Störung erfordert jedoch besondere Beachtung, weil diese Diagnosegruppe sprunghaft zugenommen hat und damit immer mehr Bedeutung für den Krankenstand eines Unternehmens hat.

Erfolgreiches Altern im Beruf erfordert viele Ansätze. Lebenslanges Lernen und lebenslange Fitness zählen dazu. Eine aktive und gesunde Lebensweise unterstützt diese Ziele ebenso wie gesunde Verhältnisse und gesundes (Führungs-)Verhalten im Betrieb.

Als besonders geeignet hat sich in der betrieblichen Praxis das Modell des »Hauses der Arbeitsfähigkeit« des finnischen Professors Juhani Ilmarinen erwiesen, oft gekoppelt mit dem Work-Ability-Index (WAI), unter www.arbeitsfaehigkeit.net für jedermann leicht auszufüllen und zu berechnen.

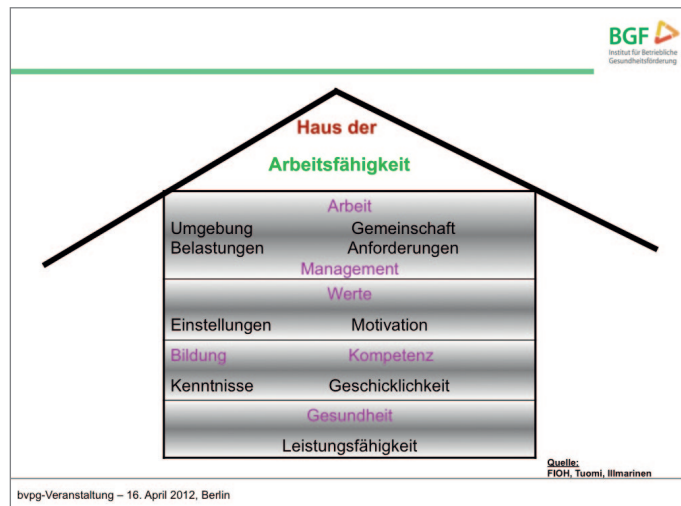


Abbildung 3: Haus der Arbeitsfähigkeit (Vortragsfolie Heinz Kowalski)

Einige große Firmen nutzen den WAI durch ihren Betriebsärztlichen Dienst sogar als Evaluationsinstrument. In unzähligen Studien ist nachgewiesen worden, dass bei guter Anwendung aller vier Ebenen des Hauses der Arbeitsfähigkeit die Arbeitsfähigkeit bis ins Rentenalter gleichbleibend erhalten werden kann.

Um ein Demografie-Gesundheits-Projekt im Betrieb nachhaltig zu implementieren, haben sich firmeninterne Workshops bewährt. Damit kommt das Thema auf die Tagesordnung des Betriebs und wird selbstverständlicher Bestandteil der Organisations- und Personalentwicklung. Unter der Überschrift »Kein Abpfeiff vor dem Spielende« werden vom Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in moderierten Sitzungen Ideen zu insgesamt acht Themenblöcken gesammelt, die auf den Betrieb konkret zugeschnitten sind und realistisch umgesetzt werden können. Zum Beispiel wurde in einem Metallbetrieb die Ausbildungsabteilung mit erfahrenen Meistern genutzt, um die technische Weiterbildung älterer Mitarbeiter umzusetzen, die sich vorher schwer damit taten, in externen Lehrgängen mit jüngeren Teilnehmern mithalten zu können.

Weitere geeignete Maßnahmen können regelmäßige medizinische Checkup-Angebote sein, um rechtzeitig gesundheitliche Risiken wie z.B. ein beginnendes metabolisches Syndrom festzustellen, außerdem ein systematisches betriebliches Eingliederungsmanagement nach der Arbeitsunfähigkeitszeit (BEM) und eine altersangepasste Arbeitszeitorganisation. Zum Thema Demografie und Arbeitszeit gibt es noch erheblichen Forschungsbedarf.

Letztlich geht es immer um drei Bedingungen, um ein gesundes Arbeiten bis zur Rente zu ermöglichen: man muss es wollen, man muss es können und man muss es dürfen.

Prävention kennt keine Altersgrenzen

Dr. Edith Perlebach

Prognosen über die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland haben bereits in den 90er Jahren angekündigt, dass bedingt durch den Geburtenrückgang und die steigende Lebenserwartung älterer Menschen ein Schrumpfungsprozess eintreten wird, der zwangsläufig auch zu einer Verringerung des Bevölkerungsanteils an Erwerbspersonen führen wird. Mit dem Jahr 2010 zeigen die verfügbaren Daten einen klaren Trend für die nächsten 20 Jahre: die Baby-Boomer-Generation hat das »mittlere« Alter inzwischen erreicht und wird auch in den kommenden Jahren im »höheren« Alter den prozentual größten Anteil der Erwerbspersonen ausmachen.

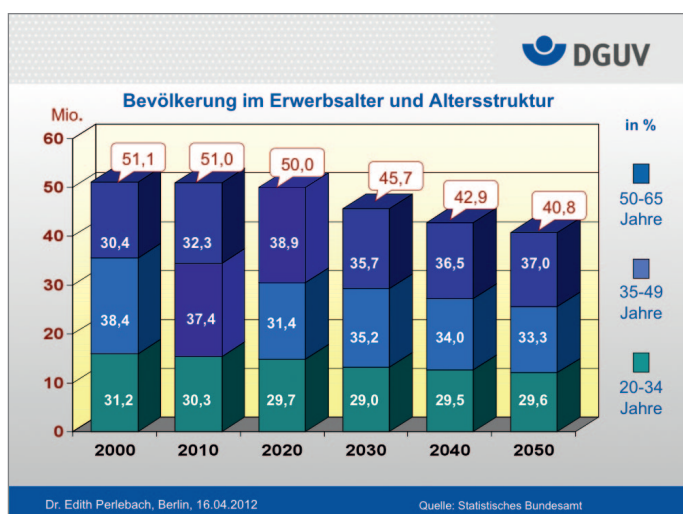


Abbildung 4: Bevölkerung im Erwerbsalter und Altersstruktur 2000 bis 2050 (Vortragsfolie Dr. Edith Perlebach)

Gezielte Präventionsprogramme, die die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbspersonen stärken, sollten alle Altersgruppen einbeziehen, doch insbesondere diejenigen mittleren Alters. Diese Gruppe wird wegen der demographischen Entwicklung anders als die Generationen zuvor und anders als zukünftige gefordert sein, durch regelmäßige Beschäftigung langfristig für ihren eigenen Lebensunterhalt sowie den ihrer Kinder und den ihrer Eltern aufzukommen.

Das Modell des Hauses der Arbeitsfähigkeit von Juhani Ilmarinen (s. auch S. 6) wird weltweit genutzt, um zu erläutern, wie Arbeit und soziales Umfeld miteinander die Arbeitsfähigkeit des Menschen beeinflussen. Auf dieser Grundlage wurden Empfehlungen erarbeitet, die sich in vier betriebliche Handlungsfelder gliedern lassen: altersgerechte Arbeitsgestaltung, Gesundheitsmanagement, Unternehmenskultur der Wertschätzung und Qualifikation und Weiterbildung.

Aus ihrem gesetzlichen Auftrag, Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsge-

fahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhindern (»Vision Zero«), schöpft die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) umfassende Kenntnisse und Informationen über Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld. Im Interesse der Unternehmen und der Arbeitnehmer entwickelt sie auf dieser Basis Präventionsmaßnahmen zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und trägt zur Umsetzung bei.

Präventionsstrategien bei alternden Belegschaften

- ❖ Gesundheits- und altersgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen und -prozessen
- ❖ Abbau von Belastungsspitzen und Wechsel der Belastung
- ❖ Bildung von altersgemischten Teams
- ❖ Befähigung und Motivation der Beschäftigten zu gesundheitsgerechtem Verhalten
- ❖ Entwicklung betrieblicher Modelle für den Übergang in den Ruhestand

Dr. Edith Perlebach, Berlin, 16.04.2012

Abbildung 5: Präventionsstrategien bei alternden Belegschaften (Vortragsfolie Dr. Edith Perlebach)

Ihre Präventionsmaßnahmen werden als wertvoller Beitrag zur Lösung der mit dem demographischen Wandel verbundenen Herausforderungen verstanden. In dieser Auffassung wird sie nicht nur von ihren Mitgliedern – derzeit mehr als 3,8 Millionen Unternehmen und ihre Beschäftigten – bestätigt, sondern auch von der Bundesregierung gestützt. Ziel ist es, die Arbeitswelt so zu gestalten, dass menschengerechte und gesundheitsförderliche Maßnahmen die Menschen in die Lage versetzen, unabhängig von ihren persönlichen Voraussetzungen zur wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wertschöpfung beitragen zu können.

Sicherung der Erwerbsfähigkeit bis 67 – Präventionsprojekte der Deutschen Rentenversicherung für Versicherte, die besonderen physischen und psychischen beruflichen Belastungen ausgesetzt sind

Dr. Ina Ueberschär

Nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI können durch die Deutsche Rentenversicherung medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte erbracht werden, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben.

Seit 2009 sind solche Leistungen auch ambulant möglich. Der Gesetzgeber hat auf Initiative der Deutschen Rentenversicherung das Wort »stationär« im o.g. Paragraphen gestrichen.

Ziel ist es, gefährdete Versicherte rechtzeitig zu erkennen und durch ein spezielles Schulungs- und Trainingsprogramm ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten, ihre Gesundheitskompetenz zu steigern und damit chronische Gesundheitsstörungen zu verhindern. Die nachfolgende Abbildung fasst das zusammen.

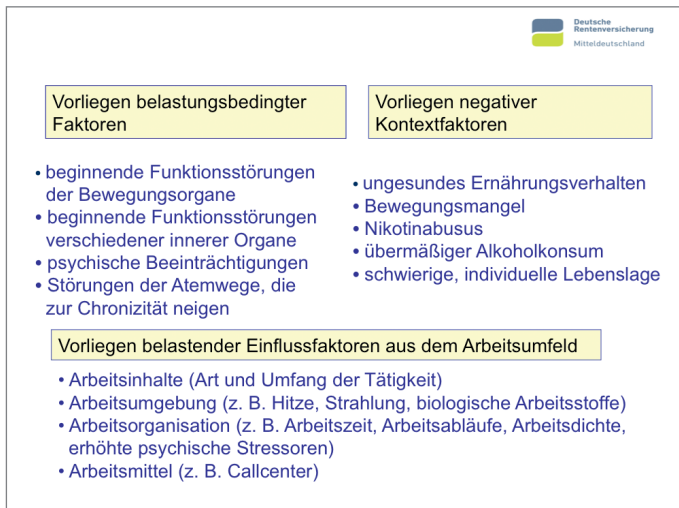


Abbildung 6: Erkennungsfaktoren physischer und psychischer Belastung (Vortragsfolie Dr. Ina Ueberschär)

Somit soll auch vermieden werden, dass später Reha-Leistungen oder eine Erwerbsminderungsrente gezahlt werden müssen.

Es gilt nicht nur der Grundsatz: »Reha vor Rente«, sondern der mindestens ebenso wichtige Grundsatz »Prävention anstatt Rehabilitation«.

Die einzelnen Rentenversicherungsträger bieten derzeit unterschiedliche Präventionsprojekte für ihre Versicherten an, die zunächst als Modellprojekte laufen. Zwei werden im Folgenden genauer dargestellt: BETSI und FEE .

BETSI steht für »Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern« und ist ein Modellprojekt der DRV Bund, der DRV Baden-Württemberg und der DRV Westfalen. Im Rahmen dieses Projektes führte die DRV Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit der Rehaklinik Überryh in Isny eine Burn-Out-Präventionsmaßnahme bei Führungskräften, Lehrern und sozialen Berufen durch. Die nachfolgende Abbildung skizziert das Modellprojekt.

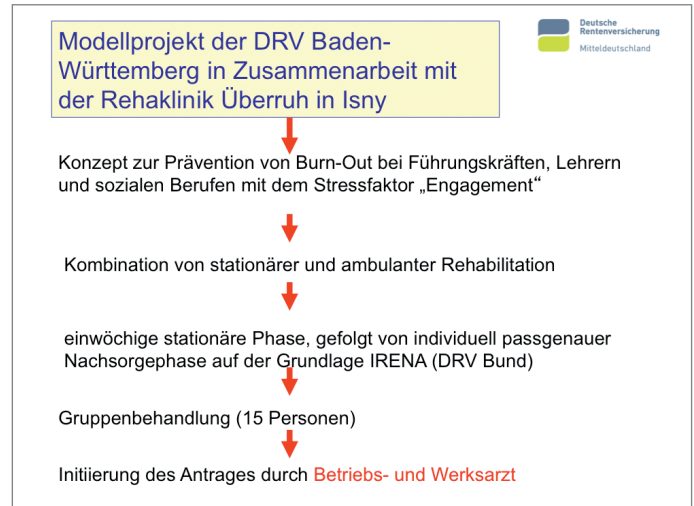


Abbildung 7: Modellprojekt BETSI (Vortragsfolie Dr. Ina Ueberschär, erstellt durch DRV BW)

Zu besseren Verständlichkeit der Abbildung 7: IRENA steht für »Intensivierte Rehabilitationsnachsorge«. Es ist ein Nachsorge-Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund, das im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund vom Ärzteteam zum Ende des Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung empfohlen werden kann.

Die Module der stationären Phase von BETSI umfassen:

- Anamnese: Exploration beruflicher und privater Belastungssituationen, Feststellung der körperlichen Fitness,
- allgemeine Vorträge: Ursachen psychosomatischer Beschwerden, Wechsel von Be- und Entlastung, Hobbys, Kunstgenuss, Partnerschaft,
- Ernährungsschulung,
- gruppenorientierte Bewegungsschulung,
- Entspannungsschulung/Erlernen von Entspannungstechniken.

FEE heißt »Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit« und ist ein Modellprojekt der DRV Mitteldeutschland zur Prävention bei Versicherten, die besonderen physischen und psychischen beruflichen Belastungen ausgesetzt sind, insbesondere in Klein- und Mittelstandsbetrieben.

Der Zugang zur FEE erfolgt über Betriebsärzte und Arbeitsmedizinische Dienste. Diese

- ermitteln geeignete Mitarbeiter/Versicherte,
- stellen die sozialmedizinisch begründete Indikation und erstellen ärztliche Befundberichte,
- informieren über das Programm und
- füllen gemeinsam mit Arbeitnehmern das Antragsformular aus.

In den beiden nachfolgenden Abbildungen sind die bei FEE Beteiligten aufgeführt und der Ablauf des Modellprojekts wird dargestellt.



Abbildung 8: Beteiligte bei FEE (Vortragsfolie Dr. Ina Ueberschär)

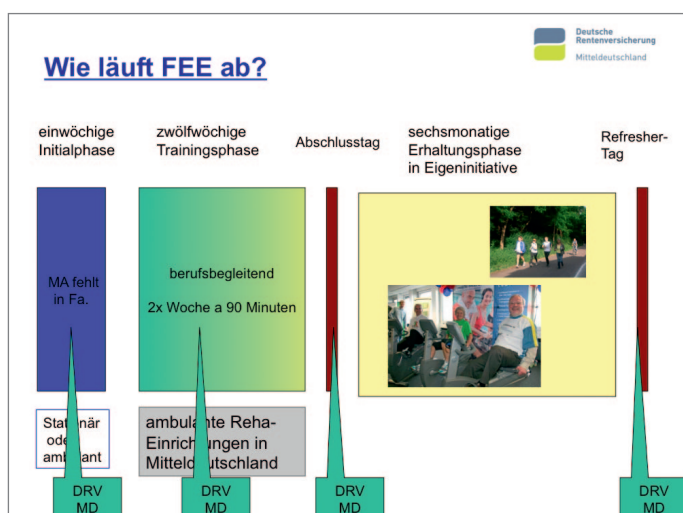


Abbildung 9: Wie läuft FEE ab? (Vortragsfolie Dr. Ina Ueberschär)

In einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe werden gegenwärtig die aktuellen Erfahrungen der verschiedenen Präventionsprojekte zusammengeführt. Ziel ist es, zukünftig im Bereich der gesamten Deutschen Rentenversicherung ein einheitliches Präventionsangebot für Versicherte vorzuhalten, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben.

II.3 | Vom Nebeneinander zur Synergie. Das neue Gesundheitsziel »Gesund älter werden«

Rudolf Herweck

Plattform für den nationalen Gesundheitszieleprozess ist der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Gemeinsam mit den relevanten Akteuren im deutschen Gesundheitswesen entwickelt gesundheitsziele.de im Konsens und auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse Gesundheitsziele, empfiehlt Maßnahmen zur Zielerreichung und stößt Selbstverpflichtungen der verantwortlichen Akteure an.

Mit Gesundheitszielen soll zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beigetragen werden. Das kürzlich fertiggestellte Gesundheitsziel »Gesund älter werden« stellt das siebte nationale Gesundheitsziel dar.

Ausgangspunkte bei der Entwicklung des Gesundheitsziels »Gesund älter werden« waren u.a.:

- Das Verständnis von Gesundheit im Alter: Gesundheit im Alter kann angesichts der Krankheitslast im hohen Alter nicht das Fehlen von Erkrankungen und körperlichen Einbußen bedeuten.
- Die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention: Viele der Krankheiten im Alter können durch Gesundheitsförderung und Prävention vermieden, ihr Eintritt kann hinausgeschoben oder ihre Folgen können verringert werden. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention machen also bis in das hohe Alter Sinn.
- Die Bedeutung von Altersbildern: Unzutreffende Altersbilder können großen Einfluss auf die Gesundheit älterer Menschen haben. Wichtig sind deshalb realistische Altersbilder in der Bevölkerung – insbesondere bei den Professionellen, aber auch bei den älteren Menschen selbst.
- Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit/Bedeutung von Lebenslagen: Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheitschancen ist belegt. Ein besonderes Anliegen im Gesundheitszieleprozess ist es, sich damit zu befassen, wie soziale Ungleichheiten ausgeglichen werden können.

Als Schwerpunkte (Handlungsfelder) des Gesundheitsziels haben sich herauskristallisiert:

1. Gesundheitsförderung und Prävention

Im höheren und höchsten Alter steigt die Häufigkeit von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen deutlich an. Es stellt sich die Frage: Wie kann die Autonomie älterer Menschen

möglichst lange durch Gesundheitsförderung und Prävention erhalten bleiben?

Das erste Handlungsfeld befasst sich mit gesellschaftlicher Teilhabe, Stärkung der Ressourcen, körperlicher Bewegung, ausgewogener Ernährung und Mundgesundheit. Letztere hat wegen der Interdependenz zwischen Mundgesundheit und inneren Krankheiten große Bedeutung für die allgemeine Gesundheit und – wegen der Bedeutung für die Ernährung – auch für die Lebensqualität.

2. Anpassung der Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse älterer Menschen

Die Alterung der Bevölkerung geht einher mit einem höheren Risiko von Chronizität und Morbidität. Wie kann die gesundheitliche Versorgung im Hinblick darauf weiterentwickelt werden? Hierzu beschreibt das zweite Handlungsfeld Ziele zu den Versorgungsstrukturen, zur notwendigen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, aber auch über den Gesundheitssektor hinaus sowie zur Verbesserung der Situation betreuender und pflegender Angehöriger.

3. Die Bewältigung der besonderen Herausforderungen der demografischen Entwicklung

Das dritte Handlungsfeld befasst sich mit der Frage, wie die besonderen Herausforderungen (Häufung von z.B. Demenzerkrankungen, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit), die sich durch die Zunahme des Anteils älterer, vor allem hochbetagter Menschen ergeben, bewältigt werden können.

Es werden Ziele formuliert zur Situation älterer Behinderter, zur psychischen Gesundheit älterer Menschen sowie in Bezug auf Demenzerkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit.

Im Folgenden werden beispielhaft aus dem Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« die Ziele 1 bis 4 ausschnittsweise dargestellt.

Ziel 1

Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt; mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.

Da gesellschaftliche Teilhabe zur Gesunderhaltung und zur Lebensqualität beiträgt, werden unter Ziel 1 Maßnahmen vorgeschlagen, die Menschen dabei unterstützen, gesellschaftliche Teilhabe weiter auszuüben. Zusätzlich werden Maßnahmen vorgestellt, die darauf hinwirken, Barrieren abzubauen, um Teilhabe und freiwilliges Engagement zu ermöglichen.

Ziel 2

Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert.

Betont wird u.a., dass die gesundheitlichen Kontrollmöglichkeiten gestärkt und lebenslanges Lernen ermöglicht werden sollten. Vorgeschlagen werden auch Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Mit Ziel 3 und Ziel 4 werden zwei zentrale gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in den Vordergrund gestellt und Maßnahmen beschrieben, diese Verhaltensweisen zu fördern.

Ziel 3

Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt.

Als Teilziele werden hier u.a. genannt:

- Das Wissen um die gesundheitliche Bedeutung körperlicher Aktivität ist bei älteren Menschen erhöht.
- Die Bereitschaft zur Bewegung und die Freude an der Bewegung sind erhöht.
- Die zeitliche Dauer und die Häufigkeit gesundheitsförderlicher freizeit- und alltagsbezogener Bewegungsaktivitäten sind erhöht bzw. erhalten. Motorische Fähigkeiten (z. B. Koordination, Kraft und Ausdauer) sind gestärkt bzw. erhalten.

Ziel 4

Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen.

Die gesundheitliche Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung älterer Menschen ist allen Beteiligten bewusst und Angebote zur Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung für ältere Menschen sind gegeben.

Insgesamt umfassen die zu Gesundheitsförderung und Prävention vorgeschlagenen Maßnahmen sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention. Wichtige Stichworte hierzu sind Schaffung einer gesundheitsförderlichen Umwelt, Förderung des Wissens um gesundheitsrelevantes Verhalten und Bereitstellung von Angeboten. Maßnahmen sollten zielgruppenspezifisch, niedrigschwellig, settingspezifisch und nutzerorientiert sein.

Das Gesundheitsziel »Gesund älter werden« enthält auch einen Vorschlag für sog. Startermaßnahmen.

- Start einer Kampagne zur Vermittlung eines realistischen Altersbildes, aufbauend auf dem BMFSFJ-Programm »Alter neu denken – Altersbilder«.
- Entwicklung eines kommunalen Modells zur bewegungsförderlichen Gestaltung des öffentlichen Raums mit einem Schwerpunkt »gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Personen«.
- Modell von Wohnungsraumanpassungen – z. B. durch eine öffentliche Wohnungsbaugesellschaft, mit denen der Eintritt von Pflegebedarf gemindert wird.
- Weiterentwicklung wohnortnaher Strukturen für ältere Menschen.

III | **Diskussionsergebnisse und Konferenz-Fazit**

Das Fazit der Tagung in seiner kürzesten Form bestand in der Bejahung der Ausgangsfrage: das Thema »Altern/Alter und Gesundheit« ist inzwischen in der Praxis, in der Gesellschaft angekommen.

Alle Tagungsbeiträge unterstrichen die Bedeutung einer ganzheitlichen Betrachtung des Themas: Geist, Körper – unter besonderer Beachtung der psychischen Dimension – und soziale Teilhabe müssen gleichermaßen berücksichtigt werden, wenn es um die Gestaltung »guten Lebens im Alter« geht.

Die (Auf-)Forderung »aktiv zu altern« kann dabei nicht den »älteren/alten Menschen« unterstellen: vielmehr muss zum einen von zahlreichen Gruppierungen und Untergruppierungen älterer und alter Menschen ausgegangen werden, was die genetische Disposition, das Bildungsniveau und das soziale Umfeld betrifft – zum anderen sind auch die Unterscheidungen in gesunde, (chronisch) kranke bzw. beeinträchtigte oder behinderte Menschen zu beachten.

Diese subjektiven Faktoren stehen stets in Wechselwirkungen mit den objektiven Rahmenbedingungen, sodass für die Handlungsbereiche »Arbeit« und »Freizeit« sich eine Vielzahl z.T. sehr unterschiedlicher Ermöglichungsformen aktiven Alterns ergibt.

Für die Sozialpartner und die Sozialversicherungsträger stellen sich dadurch neue Herausforderungen an die konkreten Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb – für den Staat und die zivilgesellschaftlichen Kräfte stellen sich neue Herausforderungen insbesondere für die partizipative Gestaltung des Zusammenlebens der Generationen im öffentlichen Raum.

Erkennbar ist, dass es innerhalb der letzten Jahre eine Entwicklung vom »Nebeneinander zur Synergie« gegeben hat – allerdings wird ein »Masterplan« im Hinblick auf die weitere Entwicklung bislang vermisst. Kritisch bewertet wurden die nach wie vor bestehenden »Zuständigkeitsprobleme« zwischen und in den einzelnen Systemen, die integrative Ansätze erschweren, sowie das Fehlen verlässlicher und dauerhafter Finanzierungen, die an die Stelle von immer nur flüchtigen Projektfinanzierungen treten müssen.

Deutlich wurden die Grenzen der Leistungsfähigkeit von freiwilligem Engagement und von Selbstverpflichtung aufgezeigt. Vor allem der Gesetzgeber ist hier gefordert: Er muss verhindern, dass es zu einer dauerhaften Überlastung der Leistungsfähigkeit und der Motivation der zahlreichen freien Initiativen, der Vereine, Verbände und Aktionszusammenschlüsse kommt, die in diesem Feld tätig sind. Die Würdigung ehrenamtlicher, fast immer unentgeltlicher Arbeit – zunehmend mehr eben auch von älteren und alten Menschen – darf nicht unter der Hand zum Ersatz für Lohnarbeit und professionelle Hilfen werden.

Die Rolle der Bundesvereinigung in diesem gesamten Prozess wurde darin gesehen, zum einen mehr Transparenz über die zahlreichen Möglichkeiten und Angebote im Themenfeld »gesund und aktiv altern« herzustellen, zum anderen eine stärkere Wahrnehmung von Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben in diesem Feld zu ermöglichen.

IV | **Referentinnen und Referenten**

Dr. Stefan Blüher

Institut für Medizinische Soziologie der Charité
Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Institut für
Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin
mit Forschungsschwerpunkt u.a. Gerontosoziologie

CCM: Campus Charité Mitte, CC1
Luisenstraße 13 • 10117 Berlin
E-Mail: stefan.blueher@charite.de

Rudolf Herweck

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)
Vorsitzender der AG »Gesund älter werden« des
Kooperationsverbands gesundheitsziele.de

Hansaring 43 • 50670 Köln

Heinz Kowalski

Kowalski-Consulting-Health
Berater für strategisches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), ehemaliger Geschäftsführer des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Köln

Wallstraße 16 • 51702 Bergneustadt
E-Mail: kowalski@koco-health.de

Dr. Edith Perlebach

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Stabsbereich Prävention »Gesellschaftlicher Wandel
und Demographie«

Alte Heerstraße 111 • 53757 St. Augustin
E-Mail: edith.perlebach@dguv.de

Petra Regelin

Deutscher Turner-Bund
Referat Freizeit- und Gesundheitssport

Otto-Fleck-Schneise 8 • 60528 Frankfurt am Main
E-Mail: petra.regelin@dtb-online.de

Marion Rink

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Vizepräsidentin

Maximilianstraße 14 • 53111 Bonn
bv@rheuma-liga.de

Dr. Ina Ueberschär

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Die Stellvertretende Geschäftsführerin

Georg-Schumann-Straße 146 • 04159 Leipzig
E-Mail: ina.ueberschaer@drv-md.de

V | Teilnehmende Organisationen

- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- AWO Bundesverband e.V.
- BAG SELBSTHILFE e.V.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)/ Netzwerk Alternsforschung (NAR) Uni Heidelberg
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
- Deutscher Heilbäderverband e.V.
- Deutscher Sauna-Bund e.V.
- Deutscher Turner-Bund e.V.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

- Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten (ZVK) e.V. (seit Juni 2012: Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.)
- Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. GVG
- GesundheitsAkademie e.V.
- HAGE - Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.
- Institut für Medizinische Soziologie der Charité
- Kneipp-Bund e.V. – Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention
- Kowalski-Consulting-Health
- Kuratorium Knochengesundheit e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR
- Medusana Stiftung gGmbH
- Verband der Oecotrophologen e.V.

Impressum

Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Redaktionelle Bearbeitung: Dr. Beate Grossmann

© 2012 Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

V.i.S.d.P.: Dr. Uwe Prümel-Philippson

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.