

Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

Gemeinsam für ein gesundes Älterwerden
Potsdam, 20. Januar 2012

Rudolf Herweck (BAGSO), *gesundheitsziele.de*

Inhalt

- Kooperationsverbund **gesundheitsziele.de**
- Wozu Gesundheitsziele?
- Gesundheitsziel „Gesund älter werden“
- 3 Handlungsfelder, 13 Ziele und Maßnahmen:
 - Handlungsfeld I: Gesundheitsförderung und Prävention
 - Handlungsfeld II: Gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung
 - Handlungsfeld III: Besondere Herausforderungen
- Ausgangspunkte
- Entwicklung von Gesundheitszielen

Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Gemeinsame **Plattform** der relevanten Akteure im deutschen Gesundheitswesen (< 100 Partnerorganisationen)

Im **Konsens** werden **Gesundheitsziele** formuliert.

Maßnahmen zur Zielerreichung werden **empfohlen** und **Selbstverpflichtungen** der verantwortlichen **Akteure** zur Umsetzung angestoßen.

Handlungsfeld I

Gesundheits- förderung und Prävention

- Ziel 1: Die gesellschaftliche **Teilhabe** älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.
- Ziel 2: Gesundheitliche **Ressourcen und die Widerstandskraft** älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen **Risiken** gemindert.
- Ziel 3: **Körperliche Aktivität** und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten.
- Ziel 4: Ältere Menschen **ernähren** sich ausgewogen.
- Ziel 5: Die **Mundgesundheit** älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert.

Handlungsfeld 2

Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung

- Ziel 6: Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut **versorgt**.
- Ziel 7: Unterschiedliche **Gesundheitsberufe** arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen.
- Ziel 8: Die Interessen der **Angehörigen** und der informellen Helfer(innen) von älteren Menschen sind berücksichtigt.

- Handlungsfeld 3**
- Besondere Herausforderungen**
- Ziel 9: Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit **Behinderungen** sind erhalten und gestärkt.
 - Ziel 10: Die **psychische Gesundheit** älterer Menschen ist gestärkt bzw. wiederhergestellt.
 - Ziel 11: **Demenerkrankungen** sind erkannt und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt.
 - Ziel 12: Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von **Multimorbidität** sind gemindert.
 - Ziel 13: **Pflegebedürftigkeit** ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt.

Ziel 1: Die gesellschaftliche **Teilhabe** älterer Menschen ist gestärkt;
Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert

9 Teilziele:

- 1.1 Ältere Menschen sind über die Bedeutung eines aktiven Alterns für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit **informiert** und alle Bürgerinnen und Bürger haben ein Bewusstsein für die Bedeutung informellen gegenseitigen Helfens, Unterstützens und aufeinander Achtens für die Beibehaltung und Verwirklichung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen.
- 1.2 Ältere Menschen handeln selbstverantwortlich und **gestalten ihr Alter aktiv**.
- 1.3 Die **Kommunen** kennen die Bedürfnisse ihrer älteren Einwohner und berücksichtigen sie bei ihrer Politik. Sie schaffen **Strukturen**, die ein aktives Altern ermöglichen („Ermöglichungsstrukturen“).
- 1.4 Für ältere Menschen stehen wohnortnahe **Angebote** für Aktivitäten im Kultur-, Freizeit- und Bildungsbereich in ausreichendem Maße zur Verfügung und es gibt **niedrigschwellige** und kultursensible Informationen hierzu. Ältere Menschen erhalten Hilfen, um ihre Aktivitäten auch im Alter beibehalten oder wiederaufnehmen oder Aktivitäten neu beginnen zu können.

- 1.5 Das **gesellschaftliche Engagement** älterer Menschen und die Selbsthilfe älterer Menschen werden **gefördert**. Für ältere Menschen, die sich gesellschaftlich engagieren wollen, sowie für ältere Menschen, die Zugang zu einer Selbsthilfegruppe suchen oder eine Selbsthilfegruppe gründen wollen, stehen niedrigschwellige und kultursensible Informationen, Beratung und Unterstützung bereit.
- 1.6 Ältere Menschen **beteiligen** sich an der **politischen Willensbildung** in Parteien, Gewerkschaften und Seniorenvertretungen und in der Kommune.
- 1.7 Faktoren, die die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen beeinträchtigen, zu mangelnder Teilhabe oder zu **Isolation** führen können, **werden** von ihrem Umfeld besser **erkannt**, Anzeichen werden sensibler wahrgenommen. Der Isolierung wird entgegengewirkt.
- 1.8 Kommunen sowie das Umfeld älterer Menschen (z. B. Angehörige von Gesundheitsberufen, Betreuungsdienste und Einrichtungen) **kennen Zugangsbarrieren** zu gesellschaftlicher Teilhabe und erkennen Problemfälle und entwickeln kompensierende Maßnahmen oder leiten sie ein.
- 1.9 Die gesellschaftliche Teilhabe ist bei den **sozial benachteiligten älteren Menschen** gestärkt.

Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung

- Darstellung der Bedeutung von gesellschaftlicher Teilhabe und eines möglichst aktiven Alters für das Wohlbefinden und die Gesundheit älterer Menschen in Medien
- Schaffung von Leitbildern und von Gesamtkonzepten in den Kommunen, die auch Aussagen zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen in der Kommune enthalten.
- Durchführung von Befragungen in den Kommunen zu den Bedürfnissen älterer Menschen
- Maßnahmen , um mangelnde Teilhabe oder Isolation älterer Menschen zu erkennen und deren Teilhabemöglichkeiten zu stärken.
- Aktivierung und Förderung von Nachbarschaftsaktivitäten und Nachbarschaftshilfe sowie Vermittlung von Interessenpartnerschaften.
- Schaffung von Anlauf- und Koordinierungsstellen in den Kommunalverwaltungen, deren Aufgabe es (auch) ist, vor Ort als Ansprechpartner für das Engagement älterer Menschen und als Akteure zur Anregung und Ermöglichung von Engagement zu wirken.
- Darstellung der Möglichkeiten des Engagements von älteren Menschen und der damit verbundenen Chancen für den Einzelnen und Werbung für das Engagement älterer Menschen in der Öffentlichkeitsarbeit von Kommunen, Vereinen und Verbänden.
- Entwicklung von Engagementförderkonzepten und -strategien und Unterstützung und Förderung der Engagement fördernden Infrastruktureinrichtungen auf kommunaler, Länder- und Bundesebene
- Durchführung von Modellprogrammen und -projekten , durch die Anknüpfungspunkte und Zugänge älterer Menschen zum Engagement erprobt werden sollen, wie der Zugang zu schwer zugänglichen Gruppen (ältere Migranten und Migrantinnen, ältere sozial Benachteiligte, hochaltrige alleinstehende Männer u. a.) gefunden werden kann.
- Fortbildung von Akteuren.

Gesund älter werden!



Ziel 2:

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

- 2.1 **Wissen** um Gesundheit, die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens und Gesundheitsversorgung ist vorhanden. Das Bewusstsein gesundheitlicher Kontrollmöglichkeiten (z. B. wahrgenommene Gesundheitskompetenz) ist **gestärkt**.
- 2.2 Verhaltensbedingte gesundheitliche **Risikofaktoren** sind **bekannt**.
- 2.3 **Anzeichen** chronisch–degenerativer Krankheiten werden **frühzeitiger erkannt**.
- 2.4 Ältere Menschen handeln selbstverantwortlich und eigeninitiativ. Familienangehörige und /Multiplikatoren, Fachkräfte unterstützen die **Autonomie** älterer Menschen.
- 2.5 Auch Menschen ab dem 65. Lebensjahr profitieren von Angeboten des **lebenslangen Lernens**.
- 2.6 Die Vielfalt des Älterwerdens wird wahrgenommen. Es ist bekannt, wie der **Altersprozess positiv beeinflusst** werden kann.
- 2.7 Die **nachberufliche Phase** wird aktiv gestaltet.
- 2.8 Nach der Verwitwung bzw. nach dem Verlust nahestehender Angehöriger wird **neuer Lebensmut** gefunden.
- 2.9 Das Wissen um **Sturzgefahren** ist erhöht und Maßnahmen zur Sturzprävention sind ausgebaut. Sturzgefahren und -risiken im häuslichen Umfeld, im öffentlichen Raum, in Einrichtungen oder durch Medikamenteneinnahme werden erkannt und es wird adäquat vorgebeugt.
- 2.10 Gesundheitliche Ressourcen und Widerstandskraft sind bei den **sozial benachteiligten älteren Menschen** gestärkt, und die gesundheitlichen Risiken sind in dieser Personengruppe gemindert.

Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung

- Förderung des lebenslangen Lernens und des informellen Lernens im intergenerativen Austausch
- Abbau von Altersstereotypen, Vermittlung von positiven Rollenmodellen
- Förderung des Wissens um die positive Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit
- (Weiter)entwicklung und Verbreitung von laienverständlichen Informationen zu verhaltensbezogenen Themenbereichen sowie von krankheitsbezogenen Informationen
- Ausbau, Fortführung und Etablierung flexibler Altersteilzeit-Modelle zur Vorbereitung auf einen (aktiven) Ruhestand sowie Schaffung von Beratungsangebote für den Übergang in den Ruhestand
- Unterstützung der verwitweten Menschen sowie Menschen, die nahestehende Angehörige verloren haben
- Optimierung der Hilfen für verwitwete Personen durch Selbsthilfe- und Beratungsangebote für sie selbst und ihre Angehörigen
- Maßnahmen zur Sensibilisierung und Wissensvermittlung zum Thema Stürze

Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung

Handlungsfeld I:

- Öffentlichkeitsarbeit zur Information / **Bewusstseinsbildung**
- Maßnahmen, die am **erfolgreichsten als Intervention** in der **Lebenswelt** oder in Umfeld oder Umwelt der älteren Menschen erfolgen.
- Maßnahmen, die die **verschiedenen sozialen Gruppen** auch in verschiedener Weise ansprechen und mehr als bisher auf ihre Motive, Wünsche und Bedürfnisse eingehen (insbesondere für ältere Menschen mit geringem sozioökonomischen Status oder mit Migrationshintergrund)
- Konzepte entwickeln und umsetzen, mit denen geschlechtsbezogene und **soziale Ungleichheiten** ausgeglichen werden.

Ziel 6:

Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt

6.1 Eine hohe **Qualität der gesundheitlichen Versorgung** älterer Menschen im Allgemeinen sowie von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen hohen Alters im Besonderen ist gewährleistet.

6.2 Eine angemessene **pharmakotherapeutische Versorgung** älterer Menschen ist gesichert.

6.3 Die **Strukturen** der Gesundheitsversorgung sind **auf eine alternde Gesellschaft** mit einem zunehmenden Anteil chronisch kranker und multimorbider Menschen **ausgerichtet**.

6.4 Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen zielt nicht nur auf die medizinische Versorgung i.e.S., sondern auch auf **Erhalt der Lebensqualität** und auf Sicherstellung einer **autonomen Lebensführung**.

6.5 Über-, Unter- und Fehlversorgung von kranken älteren Menschen ist **vermieden**

6.6 Die **gesundheitliche Versorgung** älterer Menschen, die **in ländlichen Regionen** leben, ist gesichert.

6.7 Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen berücksichtigt den **besonderen Handlungsbedarf** bei Menschen in sozial problematischen Lebenslagen.

6.8 Die **Rehabilitation** für ältere Menschen ist **ausgebaut**.
Rehabilitationsmaßnahmen werden unverzüglich eingeleitet.

6.9 Ältere Menschen sind **in** Planungen und **Entscheidungen** zu ihrer gesundheitlichen Versorgung **einbezogen**.

6.10 Die Mit- und **Selbsthilfe** älterer Menschen wird *gefördert*.

6.11 **Sozial benachteiligte ältere Menschen** sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt.

Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung

- Entwicklung, Erprobung und Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien für häufige Krankheitskombinationen und häufige Komorbiditäten bei älteren Menschen.
- Förderung der kommunikativen Fähigkeiten der Gesundheitsberufe für das Gespräch mit älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen
- Entwicklung (und Einsatz) eines praxistauglichen, kultursensiblen Leitfadens für Ärzte für das Arzt-Patientengespräch mit älteren Patient(inn)en, insbesondere mit hochaltrigen Patient(inn)en,
- Sachdienliche Beratung, Aufklärung und Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen.
- Verstärkte Berücksichtigung von älteren Menschen und von Menschen mit Mehrfacherkrankungen in Forschung, bei Therapieempfehlungen und in Leitlinien.
- Entwicklung, Erprobung und Implementierung von evidenzbasierten Empfehlungen zu realistischen Therapiezielen bei älteren Menschen mit mehreren Erkrankungen und einer reduzierten therapeutischen Belastbarkeit.
- Entwicklung von Versorgungskonzepten zu irreversiblen chronischen Krankheiten älterer Menschen, die auf Vermeidung einer Verschlimmerung ausgerichtet sind (im Sinne tertiärer Prävention).
- Einbeziehung von sehr alten Menschen (insbesondere Menschen mit Ko- und Multimorbiditäten) in Studien zur gesundheitlichen Versorgung (Fokus auf demenzielle u. psychiatrische Erkrankungen).
- Erprobung, Implementierung sowie Weiterentwicklung von Listen von Arzneimitteln, die bei älteren Menschen unangebracht sind (z.B. PRISCUS-Liste).
- Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit über Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Netzwerke in der praktischen Arbeit.
- Optimierung des Entlassungsmanagements (z. B. in Form lokaler Verbundsysteme) zur Sicherung der nachgehenden Versorgung.
- Maßnahmen zur Erhöhung der Zahl von praktizierenden Hausärzten/Hausärztinnen
- Ausbau der stationären, ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation, einschließlich des verstärkten Aufbaus von mobilen Rehabilitationsteams.

Ziel 13:

Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt

- 13.1 Beratung und Information** zu den mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Fragen sind niedrigschwellig, nutzerfreundlich, wohnortnah und zielgruppengerecht ausgebaut.
- 13.2 Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit** und Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigen werden in allen Settings der Pflege zielgruppengerecht angewandt, (weiter)entwickelt, erprobt und evaluiert.
- 13.3 Die (ambulante und stationäre) pflegerische Versorgung** und die **Rehabilitation** Pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sind (bedarfs-)angemessen ausgebaut.
- 13.4 Neue Konzepte** für die stationäre Langzeitversorgung sind entwickelt, erprobt und flächendeckend umgesetzt.
- 13.5 Neue Wohnformen** für Pflegebedürftige stehen bundesweit zur Verfügung.
- 13.6 Die Professionalisierung der Pflegefachberufe** wird weiter ausgebaut.
- 13.7 Sozial benachteiligte Pflegebedürftige** sind gut versorgt.

Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung

- Schaffung und Ausbau sowohl flächendeckender, wohnortnaher, nutzerfreundlicher Informations- und Beratungsstrukturen als auch von Online-Beratungsstrukturen sowie deren systematische wissenschaftliche Begleitung zur Sicherung einer zielkonformen Umsetzung und einer qualitätsgesicherten Arbeitsweise.
- Evaluation der bestehenden Beratungsstrukturen und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige mit Fokus auf Akzeptanz und Effektivität.
- Entwicklung und Umsetzung von bedarfsgerechten Konzepten der Information, Beratung und Kompetenzförderung für ältere Menschen mit erhöhtem Risiko der Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen.
- Identifizierung von Personengruppen mit erhöhtem Risiko der Pflegebedürftigkeit (auf der Basis systematischer Assessments) und Umsetzung gezielter Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für diese Gruppe.
- Entwicklung und Erprobung zielgruppenspezifischer Maßnahmen zur Bewegungsförderung sowie zur Resilienz- bzw. Selbstmanagementförderung im Rahmen der Leistungserbringung nach dem SGB XI.
- Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI.
- Schaffung zielgruppengerechter niedrigschwelliger (ambulanter) Rehabilitationsangebote.
- Ausdifferenzierung des Leistungsangebots und des Aufgabenprofils der ambulanten Pflege sowie konzeptionelle Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung entsprechend der unterschiedlichen Bedarfslagen der Nutzer.
- Verbesserung der häuslichen Pflege und Versorgung und Anpassung des Angebots- und Leistungsprofils der ambulanten Pflege Forcierung der Umsetzung familienorientierter Pflegekonzepte und Ausbau angemessener Unterstützungsstrukturen für die unterschiedlichen Gruppen pflegender Angehöriger sowie Förderung gemischter Pflegearrangements.
- Anpassung der stationären pflegerischen Versorgung an den Bewohnerwandel und an die Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern
- Implementation eines systematischen Qualitätsmanagements in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung.
- Ausbau wohnort- bzw. quartiersnaher Versorgungsstrukturen und Verankerung der ambulanten Pflege in wohnortnahe Versorgungsstrukturen.
- Maßnahmen gegen einen drohenden Fachkräftemangel (Sicherung des Berufsnachwuchses und Verbesserung der Fachkräftesituation).
- Weitere Entwicklung und Erprobung neuer Wohnformen (z. B. Hausgemeinschaften, Wohngemeinschaften).
- Stärkung der Position der Pflege unter den Gesundheitsprofessionen, Förderung der Professionalisierung der Pflege.
- Anpassung der Qualifizierung in der Pflege an die gewandelten Bedarfslagen und Versorgungsstrukturen sowie Einführung von „Advanced Nursing Practice“ (z. B. spez. geriatrischen, gerontopsychiatrischen und palliativen Pflegerollen/-aufgaben).
- Förderung gleichrangiger Formen der Kooperation von professioneller Pflege mit pflegenden Angehörigen und informellen Helfern.

Startermaßnahmen

1. Start einer Kampagne zur Vermittlung eines realistischen **Altersbildes**, aufbauend auf dem BMFSFJ-Programm „Alter neu denken – Altersbilder“.
2. Entwicklung eines kommunalen Modells zur **bewegungsförderlichen Gestaltung** des öffentlichen Raums mit einem Schwerpunkt gesellschaftlich aktives Altern **benachteiligter Personen**.
3. Modell von **Wohnraumanpassungen**– z. B. durch eine öffentliche Wohnungsbaugesellschaft – mit denen der Eintritt von Pflegebedarf gemindert wird.
4. Weiterentwicklung und Ausbau von **wohnnahen Strukturen** zugehender und aufsuchender Maßnahmen für ältere Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelten sozial oder gesundheitlich **benachteiligter Personen**.
5. Entwicklung eines kommunalen Modells zu Erhöhung der **Lesefreundlichkeit** von Hinweisen, Angaben und Erläuterungen in allen Bereichen des öffentlichen Raums (z. B. in Verwaltungen oder in Museen).

6. Durchführung von **Veranstaltungen zur Mundgesundheit** älterer Menschen, z. B. Gesundheitsmessen, Tagen der offenen Tür, Tagen der Zahngesundheit.
7. Aufbereitung und Verbreitung von **Informationen über psychische Störungen** im Alter, beispielsweise über Broschüren, Internet, insbesondere für Hausärzte, Betroffene und Angehörige.
8. Verbreitung – vor allem in Hausarztpraxen – von **Arzneimittellisten** (zum Beispiel PRISCUS- Liste), die unerwünschte Arzneimittelwirkungen anzeigen.
9. Entwicklung, Erprobung und Implementierung von **evidenzbasierten Leitlinien für häufige Krankheitskombinationen** und häufige Komorbiditäten bei älteren Menschen.
10. Anerkennung der Arbeit **pflegender Angehöriger**, z. B. durch die Umsetzung eines „Tages der pflegenden Angehörigen“.
11. Verbesserung der wissenschaftlichen Befundlage zur Gesundheit und Lebensweise über 70-Jähriger, dazu verstärkte Befragung der über 70-Jährigen im Rahmen des **Deutschen Alterssurveys (DEAS)**.

29 Mitglieder in der AG 10

Rudolf Herweck, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO), Bonn (Vorsitz)

Dr. Stefan Blüher, Institut für Medizinische Soziologie, Berlin

Dr. Andreas Böhm, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam

Dr. Thomas Brockow, Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Bad Elster

Karin Brösicke, Bundesärztekammer, Berlin

Erwin Dehlinger, AOK-BV, Berlin

Uwe Dresel, DAK, Hamburg

Wiebke Flor, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Gunnar Geuter, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bielefeld

Dr. Hans Peter Huber, Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ), Leipzig

Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, Institut für Medizinische Soziologie, Berlin

Dr. Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)

Karin Niederbühl, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Lissy Nitsche-Neumann, Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Bad Elster

Dr. Horst Peretzki, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Dr. Stephan Pitum-Weber, IKK e.V., Berlin

Dr. Beate Robertz-Grossmann, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPFG), Bonn

Dr. Anke-Christine Saß, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Prof. Dr. Doris Schaeffer, Institut für Pflegewissenschaften, Universität Bielefeld

Dr. Christa Scheidt-Nave, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Prof. Dr. Heiko Schneitler, Deutscher Städtetag, Köln (bis Juni 2011)

Andreas Schumann, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., Berlin

Martina Thelen, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), Köln

Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover

Petra Weritz-Hanf, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Prof. Dr. Susanne Zank, Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Dr. Jochen P. Ziegelmann, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin