



Evidence-based Guidelines on Health
Promotion for Older People:

Social determinants, Inequality and Sus-
tainability

Overview on health promotion for older people in Germany

**Projektleitung: Monika Reichert
Autorinnen: Andrea Kuhlmann und
Britta Schäfer
Institute for Gerontology, Dortmund**



This project has been funded with support from the European Commission. This report reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

January 2007



Co-financed by Fund for a Healthy Austria

1	Introduction	1
2	Policy initiatives for older people/health promotion	6
3	Health determinants	12
4	Search strategy	16
5	Themes.....	18
5.1	<i>Promoting mental health</i>	18
5.1.1	Addressing depression.....	19
5.1.2	Addressing stress and burn-out	20
5.1.3	Cognitive issues: memory training	21
5.1.4	Self-respect / dignity.....	22
5.1.5	Emotional support	22
5.1.6	Other.....	22
5.2	<i>Empowerment</i>	23
5.2.1	Social participation – inclusion	24
5.2.2	Life long learning / education of older people (health): e.g University of third age... 24	24
5.2.3	Social support / networks	25
5.2.4	Self-help groups	26
5.2.5	Volunteering	27
5.2.6	Other.....	28
5.3	<i>Lifestyle</i>	28
5.3.1	Nutrition and Physical activity	30
5.3.2	Sexual activity	32
5.3.3	Smoking and Alcohol.....	32
5.3.4	Drugs.....	34
5.3.5	Safety – e.g. prevention of falls, accidents and injuries	34
5.3.6	Preventing abuse/violence against older people	36
5.3.7	Prevention of disease.....	36
5.3.8	Other.....	39
6	Transversal issues	41
6.1	<i>Research Methods</i>	41
6.2	<i>Strategies of health promotion.....</i>	43
6.3	<i>Settings</i>	44
6.4	<i>Inequality/ Diversity/gender</i>	47
6.5	<i>Sustainability</i>	49
6.6	<i>Cost-effectiveness.....</i>	50
6.7	<i>Consumer involvement.....</i>	51

6.8	Multidisciplinarity	52
6.9	Other issues	52
7	Conclusions/summary	53
8	References	57
9	Annex	71

1 Introduction

In Deutschland hat, wie tendenziell in allen europäischen Ländern, eine nachhaltige Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung begonnen. Die zukünftig fortschreitende Alterung der Bevölkerung stellt eine langfristige und stabile Entwicklung dar, die auf den Rückgang der Geburten und die Zunahme der Lebenserwartung zurückzuführen ist (Deutscher Bundestag, 2002, 15f). Vorausberechnungen zur Bevölkerungsentwicklung lassen für die BRD bis zum Jahr 2030 folgende Veränderungen erwarten (Bäcker, Bispinck, Hofemann & Naegele, 2000, 232ff):

- Ein Absinken der Gesamtbevölkerung von 82 Millionen im Jahr 2000 auf ca. 78 Millionen bis zum Jahr 2030.
- Ein Anstieg des Anteils der über 60-Jährigen von 22% (2000) auf 35% im Jahr 2030.
- Der Anteil der 80-Jährigen und älteren Menschen wird, ausgehend von 4% im Jahr 2000, auf über 12% im Jahr 2030 steigen

Seit den 1990er Jahren erfolgte in der Bundesrepublik für beide Geschlechter eine stetige Zunahme sowohl der mittleren als auch der ferneren Lebenserwartung¹. Die mittlere Lebenserwartung der Frauen lag im Jahr 2002/04 bei 82 Jahren, die der Männer bei 76 Jahren (RKI, 2006, 15ff). Für die Frauen war seit 1990 ein Anstieg um 2,8 Jahre, für die Männer um 3,8 Jahre zu verzeichnen. Betrachtet man im selben Bezugszeitraum die fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen, lag diese bundesdurchschnittlich für Frauen bei 19,8 Jahren, für Männer bei 16,4 Jahren; auch hier erfolgte seit den 1990er Jahren ein Anstieg, der bei den Frauen 1,9 Jahre betrug; bei den Männern war eine Zunahme um 2,2 Jahre zu verzeichnen (ebd.). Betrachtet man die „gesunde Lebenserwartung“, also eine Gewichtung der Lebenserwartung nach beschwerdefreien Lebensjahren, wird deutlich, dass Frauen längere Zeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben als Männer. So lagen 2002 in der BRD die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre für Frauen bei 74 Jahren; Lebensjahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfassten durchschnittlich 7,6 Jahre. Bei den Männern waren es 69,9 gesunde und 5,9 durch Beschwerden beeinträchtigte Lebensjahre. Die subjektive Gesundheit der deutschen Bevölkerung stellt sich insgesamt positiv dar. Die Gesundheitszufriedenheit der Männer fällt dabei etwas höher aus als bei den Frauen. Mit zunehmendem Alter ist jedoch bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der positiven Gesundheitsbewertung zu verzeichnen² (RKI, 2006,

¹ Die mittlere Lebenserwartung weist die durchschnittlich zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse aus. Demgegenüber beziffert die fernere Lebenserwartung die durchschnittlich zu erwartenden Lebensjahre der Bevölkerung ab Erreichen eines bestimmten Lebensalters. International Verwendung finden dabei die Altersgrenzen ab dem 40., 60., 65. und 80. Lebensjahr (RKI, 2006,15).

² Die subjektive Gesundheit der Bevölkerung wird in der BRD mit folgenden Methoden erhoben: 1) die Erfassung der Gesundheitszufriedenheit (Skala von 0 „sehr unzufrieden“ bis 10 „sehr zufrieden, die die Zufriedenheit mit der allgemeinen gesundheitlichen Lage ermittelt) 2) die Selbsteinschätzung der Gesundheit (z.B. „Wie würden Sie healthPROelderly – National Report Germany

17f). Inwiefern mit der steigenden Lebenserwartung ein Zugewinn an gesunden Lebensjahren einhergehen oder aber ein Anstieg der Häufigkeit und Dauer von Krankheit und Behinderung im Alter erfolgen wird, ist eine (sozial-) politisch wie gesellschaftlich gesehen bedeutende Fragestellung, die bislang nicht eindeutig geklärt ist (Deutscher Bundestag, 2002, 184f). Obwohl gegenwärtig davon auszugehen ist, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von chronischen und demenziellen Erkrankungen sowie von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) steigt, ist Alter nicht generell mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Für den Gesundheitszustand im Alter sind dabei einerseits die individuelle Lebensführung und Bewältigungspotentiale, andererseits eine angemessene medizinische und soziale Versorgung von Bedeutung. Neben kurativen Maßnahmen leisten rehabilitative und präventive Maßnahmen einen Beitrag zu Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden (BMFSFJ, 2001, 69; RKI, 2002, 5). Mit dem Ansteigen chronischer Erkrankungen, die durch kurative Versorgung wenig beeinflussbar und nach heutigem Forschungsstand nicht heilbar sind, nimmt auch die Bedeutung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Gesundheitswesen zu. Für das vorrangig kurativ ausgerichtete deutsche Gesundheitswesen leitet sich daraus die Notwendigkeit der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention ab (Hurrelmann & Laaser, 2006, 749; Dt. Bundestag, 2002, weitere).

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Entstehungsgeschichte und ihrer Verortung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und verschiedenen Praxisbereichen in sich unklar und ihre Abgrenzung voneinander ist nicht trennscharf (Werle et al., 2006, 29f; Hurrelmann & Laaser, 2006, 750; Hurrelmann Klotz & Haisch, 2004, Walter und Schwartz, 2003). Die (Krankheits-) Prävention entwickelte sich im 19. Jahrhundert im Kontext der sozialmedizinischen Diskussion um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Prävention zielt darauf ab, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden und ihre Verbreitung und ihre Auswirkungen auf die Mortalität der Bevölkerung zu verringern. Unter Rückgriff auf Kenntnisse zur Entstehung von Krankheiten (Pathogenese) sind präventive Interventionen darauf gerichtet, Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten (Risikofaktoren) zu identifizieren, zu verhindern oder abzumildern (Vermeidungsstrategie) (Hurrelmann & Laaser, 2006, 750ff, Hurrelmann Klotz & Haisch, 2004, 12). Prävention besitzt eine langjährige Tradition im deutschen Gesundheitswesen, die bis Ende der 1970er Jahre durch verhaltensorientierte Ansätze der individuellen Gesundheits-erziehung geprägt war (Verhaltensprävention). Maßgeblich befördert durch Ergebnisse der Public-Health-Forschung richtete sich die Aufmerksamkeit in den folgenden Jahren zunehmend auf gesellschaftliche Determinanten von Gesundheit und Krankheit (Verhältnisprävention) (Deutscher Bundestag, 2001).

ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“, i.d.R. 5 Bewertungsmöglichkeiten von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“). (RKI, 2006, 17).

Der Begriff Gesundheitsförderung wurde Mitte der 1980er Jahre im Kontext der gesundheitspolitischen Diskussion der WHO geprägt (Ottawa-Charta, WHO, 1986). Gesundheitsförderung strebt die Verbesserung von Lebensbedingungen und eine damit einhergehende Stärkung der Gesundheit an. Basierend auf Wissen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit (Salutogenese), zielen gesundheitsfördernde Interventionen darauf, gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen. Im Mittelpunkt steht dabei die Stärkung persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz und eine auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten gerichtete Politik (Promotionsstrategie) (Hurrelmann & Laaser, 2006, 750ff, Hurrelmann Klotz & Haisch, 2004, 12, Kickbusch, 2003, 182). Gesundheitsförderung berücksichtigt „(...) sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, familiäre, soziale, rechtliche, edukative, ökonomische, architektonische und ökologische Aspekte. Ziel ist die Bewahrung und Stabilisierung von Gesundheit und die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotentialen bei möglichst vielen Menschen.“ (Hurrelmann & Laaser, 2006, 753).

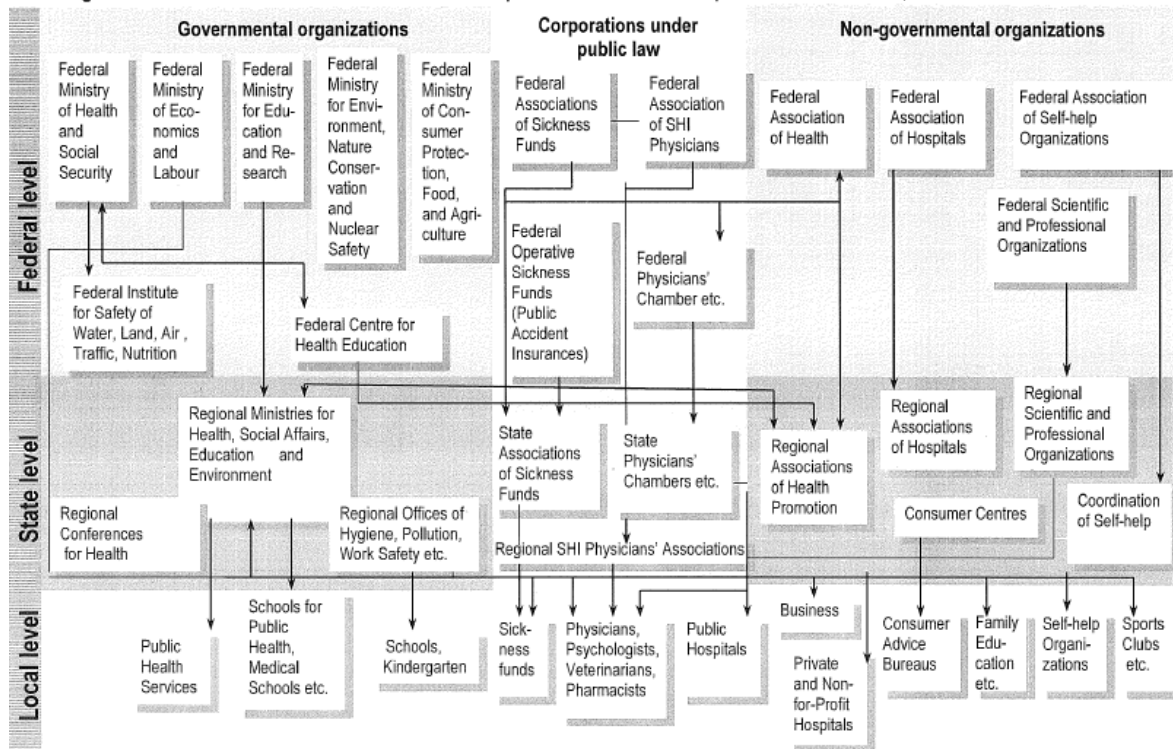
Die Interventionsformen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gleichen sich darin, dass sie jeweils darauf gerichtet sind, einen Gesundheitsgewinn für den einzelnen oder die Bevölkerung zu erzielen. Unterschiede in der Herangehensweise bestehen darin, dass Erstgenanntes auf das Zurückdrängen von Krankheitslasten gerichtet ist, während Letztgenanntes auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen zielt. Eine strikte Abgrenzung erscheint im Sinne der bestehenden und erforderlichen Interdisziplinarität und im Hinblick auf die Umsetzung einer umfassenden Gesundheitsversorgung nicht wünschenswert. Es ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden, ob die eine oder andere Strategie gewählt wird, wobei die Kombination beider Ansätze für die Erzielung eines nachhaltigen Gesundheitsgewinns einer isolierten Vorgehensweise vorzuziehen ist (Hurrelmann & Laaser, 2006, 752).

Maßgeblich befördert durch Erkenntnisse der modernen Gesundheitswissenschaften sind folgende zentrale Entwicklungen in den letzten Jahren für die Bundesrepublik zu verzeichnen (Werle, Woll & Tittlbach, 2006, 25):

- Entwicklung von der Kuration zur Prävention,
- Ergänzung individuumsbezogener Maßnahmen der Prävention durch populationsbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung,
- Wandel der theoretischen Orientierung von der Pathogenese zur Salutogenese.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen eine gesamtgesellschaftliche und über die Gesundheitspolitik hinausgehende Querschnittsaufgabe dar, die verschiedene Politikbereiche tangiert und in den Zuständigkeitsbereich der Kommunen, der Länder und des Bundes fällt (s. Abb. X).

Figure 1: Institutions and structures of disease prevention and health promotion at federal, state and local level



Source: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidel R, Raspe H, Siegrist J, Walter U. (Hrsg.): Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Fischer 2003, S.255.

Abb. X Strukturen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (Walter, o.J.³)

Sie sind Gegenstand der Institutionen des Medizinsystems und reichen über die Gesundheitspolitik hinaus in die Arbeits-, Umwelt-, Wirtschafts- und Verkehrspolitik (Bäcker et al., 2000, 48). Wie auch in anderen Versorgungsbereichen des Sozial- und Gesundheitswesens ist für die inhaltliche und finanzielle Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung eine Aufgaben- und Verantwortungsdiffusion unter den Beteiligten und Verantwortlichen kennzeichnend (u.a. Politik in Bund, Ländern, Städten und Gemeinden, Forschung und Wissenschaft, Sozialversicherungsträger, Wirtschaftsunternehmen, Bildungseinrichtungen, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen). Fehlende Bündelung und Koordination vorhandener zukunftsweisender Konzepte und Forschungsergebnisse sind dabei einer nachhaltigen und effektiven Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen abträglich (Apitz & Winter, 2003, 68). Als problematisch erweist sich in diesem Zusammenhang zudem, dass die bisherige „Allzuständigkeit“ der verschiedenen Akteure in den vergangenen Jahren eine „Nichtzuständigkeit“ der Beteiligten begünstigte (Bäcker et al. 2000, 39)⁴.

³ Walter, U. (Projektleitung). Project: Comprehensive database of health promotion policies, infrastructures and practices (Laufzeit 2002-2003). 31.01.2007 von <http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/Stiftungslehrstuhl/downloads/Akteure.pdf>

⁴ Eine Möglichkeit zur Überwindung dieser Problematik wird u.a. im Ausbau präventiver Leistungen im Aufgabenkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung gesehen (Bäcker et al., 2000,39). Darüber hinaus wird eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in der BRD durch die Einführung des Präventionsgesetzes anvisiert (s.w.u.).

Für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der älteren Bevölkerung und deren öffentliche Absicherung sind in Deutschland die Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie die Sozialhilfe von Bedeutung. Gesetzlich bestimmt werden alle Bereiche durch Bundesgesetze, ergänzt um länderspezifische Regelungen. (Bäcker et al. 2000, 51 ff.). Insgesamt kann die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung jedoch als Hauptaufgabe⁵ der Krankenversicherung (GKV) angesehen werden, die 1883 zunächst als Absicherung der Industriearbeiter/innen eingeführt wurde (Bäcker et al. 2000, 51ff). Aus diesem Grund werden im Folgenden insbesondere die darauf bezogenen gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen beschrieben.

Gegenwärtig verfügt nahezu die gesamte Bevölkerung (99,9%) über einen Krankenversicherungsschutz, davon sind als Mitglieder, Rentner/innen oder Familienangehörige rund 89% in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ca. 9% in der privaten Krankenversicherung (PKV) und ca. 2% anderweitig⁶ versichert. Dieser versicherte Personenkreis besitzt grundsätzlich Zugang zu allen Leistungen des Gesundheitssystems. Aufgrund des Versicherungsprinzips bestehen keine finanziellen Zugangsbeschränkungen zu entsprechenden Versorgungseinrichtungen (Bäcker et al., 2000, 47; Lampert, 2000, 163). Die Leistungsbereiche der GKV umfassen die Förderung von Gesundheit, die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, die Behandlung von Krankheiten sowie Rehabilitation. Leistungen der GKV können in Form von Sachleistungen (z.B. (zahn-) ärztliche Behandlung, Krankenhauspflege, Arzneimittel), Geldleistungen (z.B. Krankengeld) oder Dienstleistungen (z.B. Beratung bei der Inanspruchnahme von Vorsorge-/Früherkennungsmaßnahmen) von allen Versicherten weitgehend ohne eigene Aufwendungen in Anspruch genommen werden⁷ (Bäcker et al., 2000, 54).

Obwohl neben der Erhaltung und Wiederherstellung auch die Verbesserung der Gesundheit zu den Aufgaben der Krankenversicherung gehört (vgl. §1 SGB V), dominiert im deutschen Gesundheitswesen die kurative Medizin (Bäcker et al., 2000, 48). Im Vordergrund steht die Heilung, Linderung oder der Erhalt des jeweiligen (gesundheitlichen) Zustands nach Krankheitsbeginn (ebd.). Prävention und Gesundheitsförderung sind dabei keine Bestandteile therapeutischer, rehabilitativer und pflegeri-

⁵ Ein weiterer Aufgabenbereich umfasst den Ersatz des ausgefallenen Erwerbseinkommens durch Einkommensleistungen (Krankengeld) (Bäcker et al., 2000, 51).

⁶ Hierbei handelt es sich um Bundeswehrangehörige, Zivildienstleistende und Sozialhilfeempfänger.

⁷ Seit Ende der 1970er Jahre waren verschiedene Reformen im Gesundheitswesen insbesondere auf eine Kostenreduktion gerichtet. Neben dem Sachleistungsprinzip, das eine einkommensunabhängige, am medizinischen Bedarf orientierte gesundheitliche Versorgung beinhaltet und keine weiteren finanziellen Eigenleistungen des Patienten erfordert, etablierte sich insbesondere mit in Kraft treten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG; erste Stufe der Gesundheitsreform) im Jahre 1989 eine finanzielle Selbstbeteiligung der Versicherten (ab dem 18. Lebensjahr) in Form von Zuzahlungsregelungen bei Inanspruchnahme verschiedener Leistungen (z.B. Arzneimittel; Fahrtkosten zu/von stationären Behandlungen, bei Rettungstransport- oder Krankenwagen; Heilmittel, Krankenhausbehandlung und stationäre Anschluss-Reha; Zahnersatz, Kieferorthopädie). Ein zunehmender Anteil der Gesundheitsleistungen wird individuell privat finanziert (z.B. Selbstmedikation, Massagen, Heilpraktiker usw.). Sozial- und Überforderungsklauseln für sozial Benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z.B. Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose, Studierende) und chronisch Kranke sollen einer finanziellen Überlastung dieser Bevölkerungsgruppen entgegenwirken (Bäcker, et al., 2000, 48ff).

scher Maßnahmen und diesen nachgeordnet. Kuration, Rehabilitation und Prävention stellen isolierte Bereiche dar, die i.d.R. zeitlich, räumlich und organisatorisch voneinander getrennt sind (Dt. Bundestag, 2001).

Trotz zunehmender Bedeutung chronisch-degenerativer Erkrankungen und eines damit einhergehenden Anstiegs des Versorgungsbedarfs (z.B. im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, obstruktive Lungenerkrankungen und neuropsychische Erkrankungen), und ungeachtet der nachgewiesenen Evidenz (vgl. z.B. die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Forschungsverbund DHP, 1998), nahm (und nimmt) Prävention im deutschen Gesundheitswesen eine nachgeordnete Stellung ein (Bäcker et al., 2000,57; BMFSFJ, 2001,89; Deutscher Bundestag, 2001, Hurrelmann & Laaser, 2006, 774; Walter & Schwartz, 2001,198f). Dies wird auch an den Ausgaben für präventive Leistungen der GKV deutlich, die ca. 4% der Gesamtausgaben ausmachen⁸ (Bäcker et al., 2000, 57; Statistisches Bundesamt, 2006). Bäcker et al. (2000, 57) führen hierzu aus, dass „(...) der breite gesundheitspolitische Konsens in Bezug auf die Notwendigkeit präventiver Gesundheitspolitik in keiner Weise ihrer faktischen Bedeutung entspricht.“

Obwohl formal betrachtet für die Bevölkerung gleiche Zugangsmöglichkeiten zu Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitssystems bestehen, sind auch in Deutschland sozial bedingte Unterschiede in der Morbidität und Lebenserwartung festzustellen. In Folge der Wiedervereinigung und der damit verbundenen Kosten, einer allgemein schwierigen ökonomische Lage und aufgrund demographischer Veränderungen ist eine Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse zu verzeichnen (u.a. Einkommensarmut, Verschuldung, Arbeitslosigkeit, sozial ungleich verteilte Bildungschancen), die wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung nach sich ziehen. Somit ist auch in einem modernen Sozial- und Wohlfahrtsstaat wie der BRD ein eindeutiger Zusammenhang zwischen sozialer Lage (Schichtzugehörigkeit, Einkommenslage, Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, Wohn- und Umweltbedingungen) und Gesundheit bzw. Krankheit festzustellen (Lampert et al., 2005; BMGS, 2005).

2 Policy initiatives for older people/health promotion

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes 2000 gelangten Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in den Mittelpunkt des gesundheitspolitischen Interesses (Dt. Bundestag, 2002, 404f; RKI, 2006, 125f). So wurde der GKV erneut ein gesetzlicher Auftrag zur allgemeinen (Primär-) Prävention und Gesundheitsförderung

⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Stand 16.08.2006: In den Jahren 2002 bis 2004 stiegen die Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz zwar geringfügig an, lagen 2004 aber immer noch bei knapp 4%. 15.01.2007 from <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab5.php>

übertragen (SGB V § 20 2000). Primärpräventive Leistungen sollen „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ (SGB V § 20, Abs. 1). Mit der Neufassung des §20 SGBV wird z.T. eine salutogene und soziale Sichtweise aufgegriffen (Walter & Schwartz, 2003, 260).

Demographische Veränderungen, der zu erwartende Anstieg chronischer Krankheiten und damit einhergehende Kostensteigerung und massive Kritik an der kurativen Ausrichtung des Gesundheitswesens mündeten seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) in die Entwicklung einer nationalen Strategie zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung. Diese ist u.a. auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit gerichtet (Lampert et al., 2005,7f), berücksichtigt ältere Menschen und umfasst im Wesentlichen folgende Elemente:

- 1) das “Deutsche Forum für Prävention and Gesundheitsförderung”
- 2) einen Gesetzentwurf zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention
- 3) den Deutschen Präventionspreis
- 4) die “Nationalen Gesundheitsziele”

1) Das “Deutsche Forum für Prävention and Gesundheitsförderung”

Das „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ ist eine Initiative von 71 Verbänden und Organisationen aus dem Gesundheitsbereich, gegründet 2002 vom Ministerium für Gesundheit. Zu den Organisationen zählen u.a. Krankenkassen und das WHO-Projekt „Gesunde Städte“. Nach Einführung des Präventionsgesetzes entsendete das Forum sieben Delegierte in den Überwachungsausschuss der neuen Stiftung und blieb somit in beratender Funktion. Das Forum ist unterteilt in mehrere Arbeitsgruppen. AG 3 „Gesundes Altern“⁹ steht beispielsweise unter der Leitung der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe)¹⁰. Altern wird hier als Chance und Bereicherung mit besonderem Blick auf die Verbesserung der Lebensqualität angesehen. Alter sollte nicht nur unter wirtschaftlichen Aspekten betrachtet werden, sondern auch als Chance für Gesundheit, Unabhängigkeit, Mobilität und Kompetenz begriffen werden. Die Arbeitsgruppe verfolgt zum einen das Ziel, kreative, positive Bilder des Alters zu vermitteln und zum anderen sollen präventive medizinische Hausbesuche eingeführt werden. Das Forum richtet sich in erster Linie an Bürger und Bürgerinnen über 50 Jahre sowie Multiplikatoren in Einrichtungen, Organisationen und Verbänden. 15 Regeln zum gesunden Altern¹¹ wurden aufgestellt und beinhalten:

- Positives Verständnis von Alter und Altern als Chance

⁹ http://www.forumpraevention.de/nn_366/Content/de/Internet/01__Wir_20_C3_BCber_20uns/05__AG3_20Gesund_20altern/Artikel.html__nnn=true

¹⁰ <http://www.bvgesundheit.de/>

¹¹ Die “Regeln für gesünderes Älterwerden“ wurden von Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg im Auftrag der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. im Rahmen des Weltgesundheitstags „Aktives Altern“ formuliert. Sie wurden von der AG 3 überarbeitet und in die “Botschaften für gesundes Älterwerden” implementiert.

- Erhaltung und Förderung von Gesundheit, Produktivität und Autonomie
- Risikoreduzierung
- Nutzung bestehender Maßnahmen
- Identifizierung und Behandlung von Funktionsstörungen
- Bereitstellung von Kontaktadressen

Aktuell werden “präventive Hausbesuche” von der Arbeitsgruppe untersucht und evaluiert¹². Dieses Angebot richtet sich an über 70jährige, die gegenwärtig noch nicht pflegebedürftig sind. Präventive Hausbesuche

- beinhalten Früherkennung von Risiken und Beeinträchtigungen der Eigenständigkeit und Produktivität
- bieten konkrete Gegenmaßnahmen
- beinhalten darüber hinaus unterschiedliche Angebote für Angehörige.

Obwohl die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche in verschiedenen Untersuchungen belegt wurde, weisen die vorliegenden Studien insgesamt inkonsistente Befunde auf (vgl. auch Meinck et al., 2004). Neben fehlenden Hinweisen für spezifische Erfolgsdeterminanten stehen weiterhin Fragen zur Zielgruppe (Alter, Selektionsverfahren), zu den beteiligten Berufsgruppen und Organisationsformen, zu den Inhalten der Leistungen, zur Abgrenzung zu bereits bestehenden Versorgungsleistungen, zur Häufigkeit der Besuche und weitere Kosten-Nutzen-Analysen aus (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., 2005, 4ff). Aus diesem Grund führte die AG 3 im November 2005 ein Experten-Hearing unter Beteiligung von Vertreter/innen der Disziplinen Geriatrie, Gerostomatologie, Pflegewissenschaft, Allgemeinmedizin und Gesundheitsökonomie durch (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., 2005). Die Experten/innen sprachen sich für die Erprobung Präventiver Hausbesuche für ältere Menschen in Deutschland in Form einer kontrolliert randomisierten multizentrischen Studie aus. Ziel ist es, langfristig präventive Hausbesuche als regelhaftes Angebot zu etablieren¹³.

¹² Münchener Machbarkeitsstudie „Prävention im Alter- geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen“ Machbarkeitsstudie, Bayrischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health
http://www.forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_148_1.PDF?La=1&object=med%7C373.148.1&ModID=med.

¹³ Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (2005). (Hrsg.). Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Dokumentation. 07.01.2007 from http://www.forumpraevention.de/forum-praevention_1234/images/Downloads/Doku_Experten_Hearing_Praev_Hausbesuch.pdf

2) Gesetzentwurf zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Präventive rechtliche länderübergreifende Regelungen¹⁴ sind bislang in verschiedenen Sozialgesetzbüchern enthalten (RKI, 2006,126; Walter, 2004, 71ff). Sowohl innerhalb als auch zwischen den einzelnen Sozialgesetzbüchern werden für Prävention unterschiedliche Begriffe verwendet. So wird in einigen Gesetzbüchern von Vorsorge, Gesundheitsuntersuchungen, Primärprävention oder Prophylaxe gesprochen (Walter & Bisson, 2006,7¹⁵). An die verschiedenen Begriffe ist zudem ein jeweils trägerspezifisches Verständnis¹⁶ von Prävention und damit einhergehend ein unterschiedlicher Differenzierungsgrad präventiver Aufgaben geknüpft.

So verwenden beispielsweise die Krankenversicherung (§20 SGBV) und die Pflegeversicherung (SGB XI § 7) explizit den Begriff der Gesundheitsförderung. Während im SGB V eine Spezifizierung im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung entsprechend dem WHO Setting-Ansatz erfolgt, beinhaltet das SGB XI lediglich die allgemeine Forderung, dass auf die Unterstützung der Versicherten bei der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hingewirkt werden soll (Walter & Bisson, 2006, 8). Mit der Einführung eines übergreifenden Präventionsgesetzes ist somit die Hoffnung auf Vereinheitlichung und Verzahnung gesetzlicher Regelungen des Bundes und der Länder verbunden. Zudem wird darin die Chance gesehen, Prävention auf eine solide gesundheitspolitische Basis zu stellen (Walter, ebd.).

Das Deutsche Kabinett legte am 02. Februar 2005 einen Gesetzentwurf mit dem Titel "Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention"¹⁷ vor. Das Präventionsgesetz wurde zunächst im April 2005 von der Rot-Grünen-Koalition gegen Stimmen der Opposition verabschiedet. Kritik aus einzelnen Ländern¹⁸ führte dazu, dass im Mai 2005 durch den Bundesrat die Anrufung des Vermittlungsausschusses erfolgte, woraufhin die endgültige Verabschiedung des Gesetzes im Juni

¹⁴ Während die Gesetzgebung auf Bundesebene und zunehmend auf EU-Ebene erfolgt, obliegt die Umsetzung der Bestimmungen den Bundesländern, insbesondere den Landesministerien mit Fachabteilungen Gesundheit. Die entsprechenden Ministerien fördern zudem Landesvereinigungen (LV) und Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Gesundheit, die in 12 Bundesländern bestehen. Die LV/LAG zielen darauf, die Koordination und Kooperation bei gesundheitlicher Aufklärung, Gesundheitserziehung und -förderung auf Landesebene zu verbessern. Darüber hinaus bestehen auf kommunaler Ebene verschiedene Anbieter präventiver Leistungen wie z.B. Einrichtungen der medizinischen Versorgung (Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen, Sozialstationen); aber auch in den Bereichen Bildung (Kindergärten, Schulen, VHS) und Freizeit (Vereine), in der Kommunalverwaltung, im Einzelhandel, in Religionsgemeinschaften, in Betrieben und Verbraucherberatungsstellen sind entsprechende Anbieter verortet (Walter & Schwartz, 2003, 254ff).

¹⁵ <http://www.dhs-intern.de/pdf/Textbeitrag.Walter.pdf>

¹⁶ Bezogen auf die Sozialgesetzgebung sind u.a. folgende Akteure als Träger von Prävention zu berücksichtigen: Bundesanstalt für Arbeit, Krankenkassen, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Pflegekassen, Kinder- und Jugendhilfe, Länder, Kommunen, Sozialhilfeträger (Walter, 2004)

¹⁷ Präventionsgesetz <http://dip.bundestag.de/btd/15/048/1504833.pdf>

¹⁸ Die Länder Sachsen und Thüringen hatten im März 2005 Kritik am Gesetzentwurf an den Bundesrat gerichtet (bemängelt wurde u.a. die Verursachung unnötiger Bürokratie durch die geplante Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“), woraufhin der Bundesrat die Bundesregierung zur Überarbeitung des Gesetzes aufforderte. Bauch (2005) merkt an, dass insgesamt wenig Kritik an dem Gesetzesvorhaben geäußert wurde. Obwohl durchaus Diskussionsbedarf bestehe, befürchtet Bauch, dass Prävention weiterhin nur geringe Bedeutung beigemessen wird („low-interest“ Bereich, ebd., 44).

2005 vertagt wurde¹⁹. Anfang Februar 2006 kündigte Gesundheitsministerin Schmidt an, dass, aufgrund der vorrangigen Bearbeitung weiterer drängender Probleme (z.B. die nachhaltige Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung), eine weitere Vertagung des Präventionsgesetzes bis 2007 notwendig sei²⁰. Der seitens der Bundesregierung betonten Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung steht somit eine ungeklärte gesetzliche Grundlage gegenüber. Positiv zu vermerken ist, dass die Stärkung von Prävention auch Gegenstand der gegenwärtigen Diskussion zur Gesundheitsreform 2006 ist. An einem Ausbau von Prävention zur eigenständigen Säule des Gesundheitswesens wird festgehalten. Unabhängig von der ausstehenden gesetzlichen Regelung wurden die Krankenkassen bereits verpflichtet, betriebliche Gesundheitsförderung, die Prävention gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen sowie Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen zu fördern²¹ ²². Im Folgenden wird die Zielsetzung des Präventionsgesetzes im Überblick dargestellt:

Das Präventionsgesetz richtet sich an alle Bevölkerungsschichten und Altersgruppen. Der Fokus liegt hierbei auf der Koordination und Kooperation, der Qualitätssicherung, Umsetzung umfeldbezogener Maßnahmen und Nivellierungen in der Sozialversicherung. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt verkündete, dass Prävention und Gesundheitsförderung keine Frage des Alters sei²³. Das Präventionsgesetz fordert die Sozialversicherungsträger auf, jährlich 250 Mio. Euro in präventive Maßnahmen zu investieren. Weitere 180 Mio. Euro sollen von den Krankenversicherungen, 40 Mio. Euro von der Rentenversicherung, 20 Mio. Euro von der Unfallversicherung und 10 Mio. Euro von der Pflegeversicherung beigesteuert werden²⁴. Kern des neuen Gesetzes ist die Stiftung "Prävention und Gesundheitsförderung", die mit 20% aus dem Gesundheitspräventions-Fond finanziert wird. Neben der Projekt- und Kampagnenarbeit konzentriert sich die Stiftung auf Netzwerkarbeit und Qualitätssicherung. 40% der Gelder gehen an die Bundesländer zur Förderung regionaler Projekte. Der-

¹⁹ Quelle: Skizzierung des Verlaufs der Einführung des Präventionsgesetzes Stand 02.10.2006; 03.01.2007 from <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4ventionsgesetz>

²⁰ Quelle: Aktuelle Meldungen eingestellt im Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung am 21.02.2006, 03.01.2007 from http://www.forumpraevention.de/cms/index.asp?inst=forum-praevention_1234&snr=3366

²¹ Darüber hinaus bestehen für die Krankenkassen Möglichkeiten insbesondere für 45-55 Jährige Versicherte Bonus-Malus-Regelungen, die bereits für den Zahnersatz bestehen (Zuschüsse für Zahnersatz werden nur gegen Vorlage eines Vorsorgecheckheftes gewährt), auch für die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen einzurichten. Quelle: Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, 08.01.2007, from http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf

²² Quellen: Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, 08.01.2007, from http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf

Zentrale Inhalte der Gesundheitsreform 2006, 08.01.2007, from <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/zentraleinhaltegesundheitsreform2006-10-05.pdf>

für die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorvorsorgeleistungen einzurichten (ebd.)

²³ Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung BMGS, Berlin, 2. Februar 2005, Nr.20 www.bmgs.bund.de

http://www.forumpraevention.de/nn_56/Content/de/Internet/03__Aktuell/Pressemitteilung_20BMGS_20Pr_C3_A4_v.Gesetz.html__nnn=true

²⁴ www.forumpraevention.de and www.aok.de

zeit werden allerdings zumeist bestehende Projekte weiterfinanziert, statt neue implementiert.

3) Der Deutsche Präventionspreis²⁵

Die Bertelsmann Stiftung, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) verleihen seit 2004 den „Deutschen Präventionspreis“. Im Jahr 2005 wurden Präventionsprojekte zum Thema „Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus)“ prämiert. Die Preisträger und nominierten Projekte wurden in einer Broschüre vorgestellt²⁶. Die Bewertung der Projekte basierte auf folgenden Beurteilungskriterien (Bertelsmann, 2005, 22):

- definierte, überprüfbare Zielsetzung
- definierte Zielgruppe(n) der Maßnahme (innerhalb der Zielgruppe 50plus)
- aktiver Einbezug der Zielgruppe(n) in Maßnahmengestaltung und -durchführung
- bestehende Dokumentation der Maßnahme
- Nachweis der Zielerreichung in Bezug auf die Zielsetzung
- Fortführbarkeit der Maßnahme auch nach der Anschubfinanzierung
- Übertragbarkeit der Maßnahme
- Innovation, z. B. der Maßnahme als solche, bei der Kooperationsform oder Finanzierung
- Erreichbarkeit für Bevölkerungsgruppen in besonderen Problemlagen (sozial Benachteiligte, hochbetagte Frauen und Männer, Migranten und Migrantinnen).

Den ersten Preis erzielte das Hamburger Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“²⁷.

Das Albertinen-Haus ist ein geriatrisch-gerontologisches Zentrum. Es wurde mit der Absicht gegründet, das Pflegepersonal gezielt hinsichtlich Gesundheitsförderung und präventiver Hausbesuche zu schulen. Zudem sollten unterschiedliche Verfahren evaluiert und Handlungsempfehlungen für behandelnde Hausärzte ausgesprochen wer-

²⁵ www.deutscher-praeventionspreis.de

²⁶ Bertelsmannstiftung (Hrsg.). Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. (2005). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. 03.01.2007, from http://www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis_2005/downloads/preistraeger/Broschuere_2005.pdf

²⁷ Aktive Gesundheitsförderung im Alter, Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren, Hans Peter Meier-Baumgartner, Ulrike Dapp, Jennifer Anders, Kohlhammer

den. Langfristiges Ziel ist die Förderung der Lebensqualität Älterer und die Krankheitsprävention. 14 Ärzte kooperieren mit dem Albertinen-Haus²⁸.

Das Projekt stellt einen niedrigschwelligen, ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung für selbständig wohnende, nicht pflegebedürftige ältere Menschen (60+) dar, der die Bereiche Ernährung, Bewegung und soziale Unterstützung einbezieht. Die Durchführung der Maßnahmen obliegt einem interdisziplinären Team, das mit den jeweiligen Hausärzten der Teilnehmer/innen zusammenarbeitet. Die weiteren Preisträger und Nominierten sind einer tabellarischen Übersicht im Anhang zu entnehmen.

4) Nationale Gesundheitsziele²⁹

Das Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit initiierte das Projekt „Nationale Gesundheitsziele“. Das Forum Gesundheitsziele Deutschland hat sechs Bereiche als primäre Gesundheitsziele ausgewählt. Ebenso wurden bereits Maßnahmen und Strategien entwickelt zur Umsetzung der Themen „Typ-2-Diabetes“, „Brustkrebs“, „Raucherentwöhnung“, „Gesund aufwachsen“, „Ernährung“, „Bewegung“, „Umgang mit Stress bei Kindern und Jugendlichen“ und „Stärkung der Patientenkompetenz“. Die Themen „Depression“ und „besondere Bedürfnisse Älterer“ stehen derzeit im Blickfeld des Forums.

3 Health determinants

Der Gesundheitszustand im Alter wird zum einen durch funktionelle Veränderungen des gesamten Organismus und einzelner Organe³⁰, die mit Funktionseinbußen und zunehmender Vulnerabilität einhergehen, beeinflusst. Diese besitzen für sich genommen nicht zwingend einen Krankheitswert, können bei Eintreten von Erkrankungen diesen jedoch verstärken und einen längeren oder chronischen Verlauf begünstigen (BMFSFJ, 2001, 71; RKI, 2002,8). Zum anderen ist unter Bezugnahme auf die Lebenslaufperspektive zu berücksichtigen, dass gesundheitsschädigende Faktoren im Lebensverlauf akkumulieren und einen Bedeutungszuwachs erfahren können. In der Gruppe der älteren Menschen sind zudem oft Krankheitsketten zu verzeichnen (Ding-Greiner & Lang, 2004; Nehen 1998), die auch in Folge therapeutischer Maßnahmen für andere Krankheiten entstehen können. Treten „klassische“ Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen, Diabetes, Überge-

²⁸<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/aktive-gesundheitsfoerderung-im-alter,property=pdf.pdf>

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/konzept-aktive-gesundheitsfoerderung,property=pdf.pdf>

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/ausgewaehlte-ergebnisse,property=pdf.pdf>

²⁹ www.gesundheitsziele.de

³⁰ Beispielhaft zu nennen sind Veränderungen der Sinnesorgane (Alterssichtigkeit, Linsentrübung, Hochtonverlust) oder des Bewegungsapparates (Abnahme der Skelettmuskel, Abnahme der Elastizität von Sehnen, Bändern und Muskeln und der Gelenkbeweglichkeit sowie des Mineralgehalts der Knochen) (ebd.).

wicht, Bewegungsmangel als Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen) gleichzeitig auf, kann dies nicht nur zu einer reinen Ansammlung von Risiken führen, sondern eine wechselseitige Wirkungsverstärkung und erhöhte Mortalität nach sich ziehen. Bei Personen, die drei und mehr Risikofaktoren aufweisen, erhöht sich das Mortalitätsrisiko nahezu um das Fünffache (BMFSFJ 2001,89f; Helmert, 2003, 547). Darüber hinaus liegen einigen Risikofaktoren mehrfache Ursachen zugrunde; Stürze sind i.d.R. multifaktoriell bedingt und stellen oftmals das Ergebnis einer Risikoverkettung dar (BMFSFJ, 2001,90; RKI, 2002,16).

Eine Beschreibung von Faktoren, die sich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten älterer Menschen auswirken, ist in mehr als der Hälfte (56%, n=83) der untersuchten Literatur, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, enthalten. In der vorliegenden Literatur wurden folgende Faktoren benannt: individuelle Verhaltens- und Lebensstilfaktoren, sozioökonomische Aspekte und soziale Ungleichheit, Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und soziale Unterstützung, Geschlecht.

Insgesamt stellt sich der Gesundheitszustand älterer Menschen sehr unterschiedlich dar. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit des Eintretens alterstypischer, chronischer Erkrankungen, die insbesondere im hohen Alter akkumulieren können (Multimorbidität) (Walter & Schwartz, 2001,170ff). Die Berliner Altersstudie (BASE) liefert diesbezüglich umfassende Informationen zur altersabhängigen bevölkerungsbezogenen Morbidität. So weisen 88% der 70jährigen und Älteren fünf und mehr Diagnosen auf; davon wurden bei 30% objektiv als mittel bis schwer zu bewertende Mehrfacherkrankungen festgestellt (Steinhagen - Thiessen & Borchelt, 1996,155f). Es überwiegen Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Herz-Kreislauf- Erkrankungen³¹ gehen mit einer deutlich erhöhten Mortalität einher und stellen für Männer und Frauen auch im höheren Alter gleichermaßen die häufigste Todesursache dar (Walter & Schwartz, 2001,197; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; Dt. Bundestag, 2001,94). Betrachtet man den subjektiv bewerteten Schweregrad, rangieren hingegen Erkrankungen des Bewegungsapparates³², die häufig mit chronischen Schmerzzuständen assoziiert sind, an erster Stelle (BMFSFJ, 2001; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Schmerzen gehen oftmals mit Einschränkungen bei unterschiedlichen Verrichtungen und sozialen Kontakten einher; sie wirken sich zudem in hohem Maße auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit und die Lebenszufriedenheit aus (RKI, 2002, 15f).

Von psychischen Störungen ist rund ein Viertel der 65jährigen und älteren Bevölkerung betroffen, wobei es sich vorwiegend um demenzielle und depressive Erkran-

³¹ Krankheitsbilder sind u.a. Hypertonie, Arteriosklerose, Myokardinfarkt und Apoplex (Walter & Schwartz, 2001,197)

³² Krankheitsbilder umfassen insbesondere Osteoarthrosen (Knie-, Hüftarthrose), Dorsopathien und Osteoporose (Walter & Schwartz, 2001,174; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996)

kungen handelt (Helmchen et al., 1996, 195; RKI, 2002, 18). Während Demenzen bei den unter 65-Jährigen vergleichsweise selten auftreten³³, steigt die Wahrscheinlichkeit im Alter an einer Demenz zu erkranken zwischen dem 65. und 90. Lebensjahr exponentiell an, das heißt, dass eine Verdopplung der Prävalenz³⁴ nach fünf Altersjahren erfolgt (Bickel, 2003, 17). Nach einer Schätzung von Bickel (2000) sind in Deutschland durchschnittlich 900.000 Menschen im Alter von über 65 Jahren an einer Demenz erkrankt³⁵. Demenzielle Erkrankungen stellen eine der bedeutendsten Ursachen für den Verlust von Selbständigkeit und das Eintreten von Pflegebedürftigkeit dar, was die Notwendigkeit der Entwicklung geeigneter präventiver sowie behandlungs- und versorgungsstruktureller Maßnahmen unterstreicht (Bickel, 2001, 42ff; Deutscher Bundestag, 1996; Schneekloth, U., Potthoff, P., Piekara, R. & Rosenblatt, von B., 1996, 99ff).

Angaben zum individuellen Gesundheitsverhalten liefern die repräsentativen Bevölkerungsbefragungen im Rahmen der bundesweiten Gesundheitsberichterstattung³⁶. Das individuelle Gesundheitsverhalten wirkt sich auf die Entstehung von Krankheiten aus und kann in direkt und indirekt beeinflussbare Risikofaktoren unterteilt werden. Zu den direkt beeinflussbaren Risikofaktoren gehören sportliche Aktivität, Alkoholkonsum und Rauchen; demgegenüber unterliegen indirekt beeinflussbare Faktoren wie Adipositas, Hypertonie und erhöhte Cholesterinwerte auch anderen nicht unmittelbar verhaltensabhängigen Aspekten und erfordern i.d.R. eine umfassende Intervention. Betrachtet man die direkt beeinflussbaren Risikofaktoren für die Gruppe der über 65-jährigen, ist folgendes festzuhalten (RKI, 2004, 13):

- 49% der Männer und 53% der Frauen treiben keinen Sport
- 32% der Männer und 71% der Frauen dieser Altersgruppe sind Nichtraucher
- 75% der älteren Männer und 91% der älteren Frauen gaben an, keinen bis wenig Alkohol zu konsumieren

³³ Der Anteil der Personen, die an einer präsenilen Form der Demenz erkrankt sind (also im Alter zwischen 40 und 64 Jahren), beläuft sich auf ca. 20.000 Erkrankte, somit weniger als 0,1 % der Bevölkerung und weniger als 3 % des Krankenbestandes der dementiell Erkrankten (Bickel, 2001, 40).

³⁴ Die Prävalenz bezeichnet die Anzahl der Krankheitsfälle in einer definierten Population (Bickel, 2003, 11).

³⁵ Bei einer angenommenen Prävalenzrate von 7,22 %, bezogen auf die Alterszusammensetzung der über 65jährigen Bevölkerung in Deutschland Ende des Jahres 1996 (Bickel, 2000, 213).

³⁶ Erste repräsentative Bevölkerungsbefragungen (sog. „Nationale Gesundheitssurveys“) zu gesundheitsrelevanten Themen wurden in den 1980er Jahren bis zum Beginn der 1990er Jahren durchgeführt. Dabei handelte es sich um Erhebungen zur Ermittlung von Referenzdaten für die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP); diese Untersuchungen thematisierten insbesondere Herz- Kreislaufkrankungen und deren Risikofaktoren. Mit dem im Zeitraum von 1997–1999 erhobenen Bundes-Gesundheitssurvey (BGS98) wurde eine Grundlage für ein Routine-Instrument für eine bundesweite Gesundheitsberichterstattung geschaffen. Der BGS98 lieferte erstmals umfangreiche gesundheitsrelevante Daten (zu nennen sind die Häufigkeit bestimmter Krankheiten, Krankheitsmerkmale, Risikofaktoren, Beschwerden; gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Verhaltensweisen, Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, zum Medikamentenkonsum sowie zu wesentlichen labor-diagnostischen und medizinischen Messgrößen) für die bundesdeutsche Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren (Stolzenberg, 2002, 22ff). Die Daten des BGS98 bilden die Grundlage für die themenorientierte Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eine Teilauswertung liefert einen Überblick zur Gesundheit im Alter (RKI, 2002). Darüber hinaus wurden weitere Daten zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung im Rahmen des telefonischen Gesundheitssurveys erfasst, der erstmals im Zeitraum von September 2002 bis März 2003 durchgeführt wurde (GSTel03). Der GSTel03 enthält im Gegensatz zum BGS98 erstmals Angaben der gesamten erwachsenen Bevölkerung (18+), ohne Altersbeschränkungen vorzunehmen (RKI, 2004, 8ff).

Bei den indirekt beeinflussbaren Risikofaktoren ist folgendes festzustellen (RKI, 2004, 15):

- 23% der Männer und 29% der Frauen waren adipös
- rund die Hälfte der Männer (48%) und Frauen (52%) dieser Altersgruppe sind von Hypertonie betroffen
- nahezu jede zweite ältere Frau (48%) ist durch erhöhtes Cholesterin belastet; bei den älteren Männern sind dies ca. 40%.

In dieser Altersgruppe weisen bei beiden Geschlechtern weniger als 10% keine gesundheitlichen Risiken auf; demgegenüber treten jeweils bei der Hälfte der Männer (51%) und Frauen (47%) sowohl direkte als auch indirekte verhaltensabhängige Risikofaktoren auf (RKI, 2004, 17).

Obwohl für viele weit verbreitete (chronische) Erkrankungen im Alter³⁷ Risikofaktoren und entsprechende Präventionsmöglichkeiten bekannt sind (BMFSFJ, 2001,89; RKI, 2002, 13; Walter & Schwartz, 2001,198f), werden bislang bestehende Präventionspotentiale nicht immer ausreichend genutzt. Neben dem individuellen Gesundheitsverhalten kann dies u.a. darauf zurückgeführt werden, dass Risikofaktoren oftmals nicht (frühzeitig) erkannt werden. Eine geeignete Möglichkeit zur frühzeitigen Erfassung von Gesundheitsrisiken und Erkrankungen wird gegenwärtig in der Durchführung von „Präventiven Hausbesuchen“ gesehen (BMFSFJ 2001,89f). Renteln-Kruse, v., et al. (2003) ermittelten Beeinträchtigungen und Risiken der Gesundheit bei bereits mobilitätseingeschränkten, aber selbständig lebenden älteren Personen (n=76). Zu den problematischen Bereichen zählten Hören, Ernährungsstatus, ADL, fehlende soziale Unterstützung, Sturzgefährdung, Multimedikation und häufige Schmerzen. Bei einem Viertel der Probanden wurde eine Kombination von bis zu vier verschiedenen Risiken festgestellt. Dabei handelte es sich um latente Sturzgefährdung (knapp 60%), Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen (58%; dies korrespondierte mit dem durch eine Pflegekraft eingeschätzten Bedarf an sozialen Hilfen), latente Mangelernährung (ca. 53%), und kognitive Beeinträchtigungen (38%). Mithilfe des geriatrischen Assessments konnten (Gesundheits-) Risiken, die für den Verlust von Selbständigkeit und für die Entstehung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sind, aufgedeckt werden, die dem Hausarzt noch nicht bekannt waren (ebd.). Gegenwärtig gehören präventive Hausbesuche jedoch nicht zur Regelversorgung.

Während zum Gesundheitszustand älterer Menschen bereits umfangreiches Wissen vorliegt, erfolgte erst in den letzten Jahren zunehmend eine Analyse und Diskussion des Einflusses der sozialen Lage auf den Altersverlauf und die gesundheitliche Situation im höheren Lebensalter. Erste Befunde geben Hinweise darauf, dass ein Zu-

³⁷ Walter & Schwartz (2001,197ff) benennen diesbezüglich folgende Krankheiten: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Erkrankungen der Atemwege, Osteoporose und Stürze, Infektionskrankheiten, Harninkontinenz und Psychische Erkrankungen (Demenz, Depression).

sammenhang zwischen sozio-ökonomischem und gesundheitlichem Status auch im höheren Alter zu beobachten ist, wobei insbesondere dem Einkommen als Prädiktor der Morbidität und Mortalität Bedeutung zugeschrieben wird (BMGS, 2005; Lampert et al., 2005). Die Klärung der Frage, ob die Bedeutsamkeit sozialer Unterschiede im Alter zu- oder abnimmt, ist jedoch nicht eindeutig empirisch belegt. Einerseits erscheinen soziale Unterschiede im Alter bedeutsamer, da mit dem Alter Belastungen verbunden sein können, die den Einsatz von entsprechenden Ressourcen erfordern (Double-Jeopardy-These). Andererseits besteht die Annahme, dass sich soziale Unterschiede ausgleichen, weil biologische Alter(n)sprozesse für alle älteren Menschen, unabhängig von der Schichtzugehörigkeit, gleichermaßen zutreffen (Age-as-a-leveler-These) (Lampert, 2000, 165ff; Tesch-Römer, 2005,45)³⁸.

4 Search strategy

Für die Literaturrecherche wurden internationale und nationale wissenschaftliche Datenbanken verwendet. Darüber hinaus wurde die Suche durch die Erfassung relevanter Materialien im Rahmen einer Internetrecherche ergänzt. Zunächst wurde die Meta-Datenbank Medpilot³⁹ verwendet. Für die Recherche wurde die erweiterte Suchfunktion genutzt und fachübergreifende Datenbanken (u.a. Medline, CCMED, CDSR, Dt. Ärzteblatt, div. Verlagsdatenbanken, Pressedienst Gesundheitswesen) sowie GEROLIT, SOMED, ZB MED Medizin einbezogen. Hier wurden die Suchwörter „Gesundheitsförderung“, „Prävention“ und „ältere Menschen“ verwendet und ausschließlich deutschsprachige Literatur gesucht. Zusätzlich wurde eine Recherche ausschließlich in den Datenbanken Medline und PubMed durchgeführt, wobei die Suchwörter „health promotion“, „prevention“, „older people“ und „germany“ verwendet wurden. Die Literaturrecherche wurde angesichts der Vielzahl der Literaturtitel, die im Zeitraum von 1996 bis 2006 veröffentlicht wurden, bei ca. 200 Treffern beendet. Nach einer ersten Bereinigung durch den Ausschluss von Beiträgen aus anderen deutschsprachigen Ländern, wurden in der Literaturdatenbank ausschließlich Arbeiten erfasst, die explizit Bezug zu „Gesundheitsförderung“ und/oder „Prävention“ und zur Zielgruppe der „älteren Menschen“ aufweisen und diese Begriffe möglichst im Titel und/oder den Schlagwörtern verwenden. Im weiteren Ausschlussverfahren wurden nur wissenschaftliche Zeitschriften und Monographien/Aufsätze in Sammelbänden berücksichtigt.

Die meisten der insgesamt 83 berücksichtigten Veröffentlichungen (82%) sind ab dem Jahr 2002 zu verzeichnen. Ungefähr die Hälfte der Literaturtitel (48%) wurden in nationalen wissenschaftlichen Datenbanken gefunden, gefolgt von internationalen wissenschaftlichen Datenbanken (25%); ein weiteres Viertel wurde im Internet ge-

³⁸ Die beiden Thesen sind zurückzuführen auf Dowd & Bengtson (1978) zitiert nach Lampert (2000, 165).

³⁹http://medpilot.zbmed.de/medpilot?SID=MEDPILOT:1456882994&SERVICE=TEMPLATE&SUBSERVICE=MP_EXTENDEDSEARCHFORM

funden; bei einem Titel handelte es sich um einen unveröffentlichten Forschungsbericht⁴⁰. Ebenfalls die Hälfte (47%) der Literatortitel war in wissenschaftlichen Zeitschriften enthalten, gefolgt von Monographien (16%) und Aufsätzen in Sammelbänden (13%). Auf Projektabschlussberichte entfielen knapp 10% der Treffer. Vier Artikel wurden als graue Literatur eingestuft; ein Artikel wurde in einer Fachzeitschrift veröffentlicht. Auf andere Literaturarten entfielen 7%: dabei handelte es sich um jeweils zwei Broschüren und Expertisen sowie jeweils einen Zwischenbericht und eine Internetpublikation. Die vorliegende Auswahl stellt somit einen Ausschnitt dar, der die für dieses Projekt als relevant eingestufte Literatur zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland“ umfasst und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Die Internetrecherche wurde auf Internetseiten der relevanten Bundes- und Landesministerien (u.a. BMFSFJ, BMGS), der oben beschriebenen Foren (z.B. Dt. Forum für Prävention und Gesundheitsförderung) und wissenschaftliche Einrichtungen (Lehrstühle, Institute z.B. Robert-Koch-Institut) eingegrenzt. Außerdem wurden die durch die Weltgesundheitsorganisation geförderten deutschen Gesundheitsnetzwerke, im Einzelnen das deutsche Gesunde-Städte-Netzwerk⁴¹, das deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung⁴² und das deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser⁴³, einbezogen. Das Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser hat kürzlich eine Datenbank zu Projekten im Setting Krankenhaus im Internet eingestellt, die jedoch ausschließlich registrierten Krankenhäusern zugänglich ist und somit für die Recherche nicht genutzt werden konnte. Aktuelle Projekte zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Krankenhaus-Setting wurden bei der Internet- und Literaturrecherche nicht identifiziert. Darüber hinaus wurden weiterführende Internet-Hinweise der vorliegenden Literatur entnommen.

Einschränkend ist anzumerken, dass Forschungsarbeiten, die indirekte gesundheitsfördernde oder -erhaltende Effekte nachweisen (z.B. Arbeiten zu den Themen lebenslanges Lernen oder zur Bedeutung sozialer Unterstützung im Alter) nicht berücksichtigt wurden. Des Weiteren ist zu bedenken, dass in verschiedenen Forschungsarbeiten (z.B. im Kontext von Gedächtnistrainingsprogrammen) gesundheitsbezogene Aspekte nicht immer ausgewiesen werden, obwohl diese (in-) direkt natürlich vorhanden sind. Auch Modellvorhaben und Forschungsprojekte, die im Wesentlichen die Verbesserung einer altersentsprechenden Versorgung (z.B. bedürfnisgerechte Koordination und Vernetzung von Leistungen und Akteuren⁴⁴) für chronisch kranke und/oder pflegebedürftige Menschen fokussierten, wurden nicht berücksichtigt. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass diesen Projekte zwar prinzipiell eine indi-

⁴⁰ Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Forschungsgesellschaft für Gerontologie, (Schnabel & Schopf, 2006).

⁴¹ <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>

⁴² <http://www.dnbgf.de/index.php?id=5>

⁴³ <http://www.dngfk.de/>

⁴⁴ Beispielhaft sei an dieser Stelle das Modellvorhaben „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ benannt. BMFSFJ (2004).

rekte gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben werden kann, diese aber nicht der ursprünglichen projekteigenen Zielsetzungen der Vorhaben entspricht.

Für die Themenbereiche self-respect/dignity, emotional support, sexual activity, drugs, preventing abuse/violence wurden keine Treffer erzielt und keine ergänzende oder vertiefende Recherche durchgeführt. Während für den Bereich Drogenmissbrauch eine Konzentration auf jüngere Altersgruppen bekannt ist, könnten die Ausfälle bei den anderen Themen u.a. darauf zurückzuführen sein, dass hier indirekte Gesundheitseffekte bestehen, dass das Thema bislang unberücksichtigt ist oder nicht unter dem Oberbegriff Gesundheit diskutiert wird. So werden z.B. Gewalterfahrungen heute älterer Frauen in Deutschland zwar ansatzweise im Kontext der pflegerischen Versorgung diskutiert, insgesamt blieb dieses Thema in der gesundheitlichen Versorgung jedoch bislang unberücksichtigt (Gutachten der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW", 2005, 174⁴⁵)⁴⁶.

5 Themes

5.1 Promoting mental health

Etwas mehr als ein Viertel (28%) der Literatur wurde dem Themenbereich Promoting Mental Health zugeordnet. Von den 23 Artikeln adressierten 5 Arbeiten mehr als ein Unterthema. Mit Ausnahme der Themen „Depression“, „Maßnahmen zur Förderung der kognitiven Aktivität“, „Entlastung pflegender Angehöriger“ und „Resilienz-Strategien“ wurden zum Themenbereich Promoting Mental Health im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention nur wenige Literaturtitel gefunden. Es handelte sich überwiegend um allgemeine Texte, die sich mit der Bedeutung psychischer und kognitiver Aspekte für den Gesundheitszustand im Alter befassen (z.B. Kruse, 2002, Kuhlmeier, 2006).

Zu den Unterthemen self-respect / dignity und emotional support wurden keine Texte gefunden. Hier ist – ebenso wie für die anderen Unterthemen in diesem Bereich - anzunehmen, dass es sich um „Nebeneffekte“ von (gesundheitsfördernden) Maßnahmen handelt, die häufig nicht explizit erwähnt werden oder nicht im Mittelpunkt der jeweiligen Maßnahmen standen. Gleichwohl ist ihre Bedeutung für die Gesundheit im Alter unbestritten.

⁴⁵ 22.01.2007 from

http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/EnqueteberichtSeiten135bis248.pdf

⁴⁶ Im Kontext einer frauengerechten Gesundheitsversorgung wird das Thema "Gewalt gegen Frauen" explizit aufgegriffen. Heute ältere Frauen können dabei von Gewalterfahrungen während und nach dem zweiten Weltkrieg und/oder häuslicher Gewalt betroffen sein. Traumatische Erfahrungen erlangen im Zusammenhang mit dem Eintritt in die pflegerische Versorgung u.U. erneut Bedeutung; darauf zurückzuführende psychische, somatische oder psychiatrische Symptome werden dabei oftmals fehlagnostiziert und folglich fehlmedikamentiert. Gutachten der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" (2005, 171ff), 22.01.2007 from

http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/EnqueteberichtSeiten135bis248.pdf

5.1.1 Addressing depression

Depressionen stellen nach den demenziellen Erkrankungen die häufigste psychische Krankheit im Alter dar. Nach Angaben des Telefonischen Gesundheitssurveys 2004 (Ellert et al., 2006) sind allerdings keine altersspezifischen, sondern vielmehr geschlechtsspezifische Unterschiede zur Prävalenz von Depressionen zu verzeichnen: so gaben in der Gruppe der 70-jährigen und älteren Frauen 21% der Befragten an, während ihres Lebens schon einmal an einer Depression erkrankt gewesen zu sein (Männer: 11%).

Nach Kuhlmeier (2006) können einschneidende biographische Ereignisse wie beispielsweise der Tod des Ehepartners eine gesundheitsgefährdende Wirkung haben. Frauen sind hierbei in höherem Maß von der Verwitwung betroffen als Männer (von den über 70 Jährigen sind 40% der Frauen und 11% der Männer verwitwet). Laut Umfragen beschreibt die Hälfte der Witwen psychopathologische und psychosomatische Symptome wie beispielsweise Depressionen, Erschöpfung, schnelle Ermüdung, Herzbeschwerden, Magenprobleme und generelle Nervosität. Auch für ältere Menschen in Pflegeheimen stellen Oswald et al. (2005) fest, dass diese neben Beeinträchtigungen der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit auch unter Einbußen des psychischen Befindens leiden.

Das kürzlich verabschiedete nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“⁴⁷ zielt u.a. darauf ab, dass auch ältere Menschen mit Depressionen eine umfassende Versorgung erhalten (BMGS, 2006). Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass depressive Erkrankungen zum einen Chronifizierungsprozesse bestehender anderer Erkrankungen verstärken können und somit Morbidität und Mortalität erhöhen; ein Aspekt der insbesondere für die häufig von Multimorbidität betroffene Gruppe älterer Menschen zu bedenken ist. Zum anderen besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität. Vor dem Hintergrund epidemiologischer Kenntnisse zur Suizidalität und demographischer Veränderungen werden insbesondere ältere Frauen als Zielgruppe der Suizidprävention benannt (BMGS, 2006; Menning, 2006).

Ein Projekt, das explizit auf die Vorbeugung von Depressionen bei älteren Menschen gerichtet ist, wurde für den deutschen Präventionspreis 2005 nominiert. Geschlechtsspezifische Aktivitäten in Pflegeheimen, die insbesondere an der überwiegend weiblichen Bewohnerschaft ausgerichtet sind, führen bei männlichen Heimbewohnern häufig zu Rückzug, Inaktivität, Immobilität, Resignation oder Depression. Das Mainzer Projekt „Wann ist der Mann ein Mann? - Bedürfnisse von Männern in Altenheimen“ (Bender-Nickel, 2005) hat Projekte ins Leben gerufen, die sich speziell

⁴⁷ http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/depression/docs/1/files/Gesundheitsziele_Depression_BMG_01-03-06.pdf Stand 15122006

an den Interessen der Männer orientieren, wie beispielsweise Handwerken, Modellbau oder Fußball. Ziel ist es, die Fähig- und Fertigkeiten der Männer zu fördern und somit psychischen Erkrankungen wie z.B. Depression vorzubeugen.

5.1.2 Addressing stress and burn-out

Die Reduzierung von Stress und Burn-out sowie das Erlernen von Coping-Strategien sind u.a. Gegenstand betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen; darüber hinaus kommt ihnen im Zusammenhang mit Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige eine Bedeutung zu.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) (gem. § 20 Abs. 2 SGB V) richten sich überwiegend an die gesamte Mitarbeiterschaft; 39% der Betriebe führten zielgruppenspezifische Maßnahmen der BGF durch; der Anteil der Maßnahmen, die sich speziell an ältere Arbeitnehmer/innen richtete, liegt bei 14%. Die Inhalte der BGF umfassen überwiegend Maßnahmen zur Reduktion körperlicher Belastungen (70%); Maßnahmen zum Stressmanagement (z.B. Konflikt-/Zeitmanagement, Umgang mit psychosozialen Belastungen) standen jedoch an zweiter Stelle (37%). Im Vergleich zu den Vorjahren hat dieser Bereich deutlich an Bedeutung gewonnen, was als Reaktion auf die zunehmenden krankheitsbedingten Ausfälle infolge „psychischer Störungen“ gewertet werden kann (MDS 2006, 69ff⁴⁸).

Nach Morschhäuser (2005) zielt eine altersgerechte Arbeits- und Personalpolitik in hohem Maße auf die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten ab. Aus der Praxis lässt sich ableiten, dass altersgerechte Qualifizierung, regelmäßige Tätigkeitswechsel, Gruppenarbeit oder „geteilte Berufsbiographien“ die langfristige Beschäftigungsfähigkeit Älterer sichern und Burn-outs verhindern können. Im Mittelpunkt zu Hubers (2002) Ausführungen stehen Fragen des langfristigen Erhalts und der Förderung der Gesundheit von Beschäftigten in Gruppenarbeit. Zum einen soll durch betriebliche Workshops eine Veränderung der Einstellung zur Arbeit und des Arbeitshandelns der Beschäftigten selbst hervorgerufen werden. Zum anderen sollen auf Grundlage der Ergebnisse der Workshops die Einführung gesundheitsschonenden Arbeitens (wie beispielsweise Rotation, Belastungswechsel, Körperschutz) gefördert werden.

Schmidt (2005) zeigt auf, dass es an professioneller Hilfe für pflegende Angehörige mangelt. Unter der Fragestellung, welche Möglichkeiten und Maßnahmen pflegende Angehörige entlasten können, führte Schmidt im Rahmen ihrer Public-Health-Ausbildung in einem ambulanten Pflegedienst ein Projekt zur Information und Beratung pflegender Angehöriger durch. Bestandteile waren die Entwicklung einer Bro-

⁴⁸ MDS (2006). Dokumentation 2004. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. 02.02.07, from <http://www.mds-ev.org/index2.html>

schüre zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention, Entspannung und Kompetenzerweiterung. Des Weiteren wurde eine Bildungseinrichtung für Gesundheit, Entspannung und Selbstkompetenz im Alltag (BEGESIA) gegründet. Zukünftig sind Fortbildungen zu diesem Themengebiet für Pflegefachkräfte und Laien geplant.

Das physische und emotionale Belastungserleben pflegender Angehörige demenziell erkrankter Menschen wurde bereits vielfach beschrieben (vgl. z.B. Gräßel, 1998). Eine bewährte Maßnahme zur Reduktion des pflegebedingten Streßerlebens und damit häufig einhergehender psychisch-emotionaler Belastungen besteht im Angebot unterstützender Gruppen⁴⁹, die in Deutschland an verschiedenen Standorten aufgebaut wurden.

Betrachtet man die präventiven Kursangebote der Krankenkassen (gem. § 20 SGB V; Primärprävention nach dem Individuellen Ansatz) fällt auf, dass zum Thema Stress und Burn-out nur wenige Kurse angeboten werden: auf Angebote in diesem Handlungsfeld entfielen im Jahr 2004 ca. 17%, 2005 ca. 16% der Maßnahmen. Nahezu in gleichem Umfang fanden Angebote im Handlungsbereich Ernährung statt, die 2004 17%, 2005 14% der Angebote ausmachten. Die meisten Kursangebote umfasst das Handlungsfeld Bewegung, wobei der Anteil dieser Angebote von 65% im Jahr 2004 und auf 69% Jahr 2005 weiter anstieg. Angebote zum Thema Umgang mit Sucht- / Genussmittel machten in beiden Jahren weniger als 1% aus. Im Jahr 2004 stellten ältere Versicherte (60+) ca. 24% der Kursteilnehmer/innen; sie nahmen vorzugsweise Bewegungsangebote in Anspruch (78%). An zweiter Stelle Ernährungsangebote (12%), gefolgt von Kursen zum Umgang mit Stress (11%) und Sucht- / Genussmitteln (0,3%). Der verhältnismäßig geringe Anteil der Angebote in den Bereichen Stress und Ernährung könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese gesundheitsrelevanten Maßnahmen häufig durch Bewegungsangebote mit beeinflusst werden. Im Jahr 2005 lag der Anteil der Kurse zur Stressreduktion über dem der Ernährungsangebote. Dies könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass der Bedarf der Versicherten in diesem Bereich gestiegen und das Angebot der Krankenkassen angepasst wurde (MDS 2006, 60ff⁵⁰).

5.1.3 Cognitive issues: memory training

Auch wenn die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung dementieller Erkrankungen bislang begrenzt sind, weisen Ergebnisse der SimA-Studie⁵¹ auf Präventi-

⁴⁹ Modul 1 Einführung und Empfehlungen für Gruppenleiter von Martina Humbach & Michael Apel (1998) http://www.uni-koeln.de/ew-fak/Klein/docs/ge_mod01.rtf

⁵⁰ MDS (2006). Dokumentation 2004. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. 02.02.07, from <http://www.mds-ev.org/index2.html>

⁵¹ SimA (Selbständig im Alter) Das SimA-50+ Trainingsprogramm basiert auf der 1991 begonnenen Interventions- und Längsschnittstudie "Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter". Hinsichtlich der verschiedenen Übungs- und Trainingsansätze, die zur Verbesserung und zum Erhalt der Selbstständigkeit für selbständig lebende, ältere Menschen angewendet wurden, stellte sich heraus, dass insbesondere ein regelmäßig durchgeführtes, kombiniertes Psychomotorik- und Gedächtnistraining allen anderen geprüften healthPROelderly – National Report Germany

onspotentiale für demenzielle Erkrankungen hin, die in der Stimulierung kognitiver und motorischer Funktionen bestehen. So konnten durch kombinierte Maßnahmen des Gedächtnis- und Bewegungstrainings Verbesserungen der kognitiven Leistungen erzielt werden. Das Kombinationstraining wird als eine Möglichkeit gesehen, demenzielle Erkrankungen zumindest hinauszuzögern (Oswald, Hagen & Rupprecht, 2001).

Basierend auf den Erkenntnissen der SimA-Studie entwickelten Oswald, Ackermann & Gunzelmann (2006) ein multidimensionales Aktivierungsprogramm für Bewohner/innen in Pflegeheimen. Für den Zeitraum von 12 Monaten wurde die Anwendbarkeit und Effektivität eines rehabilitativen Interventionsansatzes bei 294 Bewohner/innen (Alter 70-99 Jahre) untersucht. Die Interventionen umfassten ein kombiniertes kognitives und körperliches Trainingsprogramm. Für Bewohner/innen mit bestehenden demenziellen Erkrankungen wurde ein spezifisches biographieorientiertes Aktivierungsprogramm angewendet. Es konnten signifikante Ergebnisse hinsichtlich der kognitiven und funktionellen Leistungsfähigkeit erzielt werden. Die therapeutischen Interventionen erwiesen sich zudem als transferfähig, d.h. die Maßnahmen beeinflussten die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens positiv und führten zu einer Reduktion von Sturzereignissen.

5.1.4 Self-respect / dignity

0

5.1.5 Emotional support

0

5.1.6 Other

Neben der Förderung kognitiver und körperlicher Aktivität liegen wesentliche Gesundheitspotentiale in der Aufrechterhaltung und Stärkung weiterer psychosozialer Aspekte. Walter (2005) benennt diesbezüglich die Fähigkeiten zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und kompensatorische Fähigkeiten bei eingetretenen Einbußen.

Zudem können Information und Beratung älterer Menschen zu Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens einen Beitrag zur Stärkung der Selbstbestimmung im Alter leisten. Häufig ist das Informations- und Beratungsangebot jedoch begrenzt oder entspricht nicht den Bedürfnissen älterer Menschen. Präventives Handeln und die Auswahl geeigneter Ansprechpartner bei Veränderungen des Gesundheitszustandes setzen rechtzeitige, eigeninitiierte Informationsbeschaffung voraus. Entsprechende Informations- und Beratungsangebote für ältere Menschen sollten deshalb

Ansätzen in Wirkung und Nachhaltigkeit weit überlegen war. Stand 05.01.2007 <http://www.sima.geronto.uni-erlangen.de/index.php?title=Willkommen%20bei%20der%20SimA-Akademie%20e.V.&path=start>

folgende Kriterien berücksichtigen: Fachlichkeit, Aktualität, Verständlichkeit, Zugang, Vorrang der Nutzer- gegenüber der Anbieterorientierung, weitgehende Neutralität und lokale Besonderheiten (Döhner, 2001).

Wiesmann et al. (2006) untersuchten das Kohärenzgefühl, psychosoziale Ressourcen und die subjektive Gesundheit in einer Gruppe älterer, aktiver und „gesunder“ Menschen (n=58; mittleres Alter 66,3 Jahre; 65,5% Frauen). An der Interventionsstudie, die ein 14-wöchiges bewegungsbezogenes oder selbstreflexives Programm umfasste (Ausdauer-, Krafttraining, Yoga oder Meditation), beteiligten sich kontinuierlich 42 Probanden. Die Untersuchung zeigte auf, dass für diese „gesunden“ Älteren eine Verbesserung des Kohärenzgefühls und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erzielt werden konnte und darüber hinaus eine Stärkung salutogener Faktoren (Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit) möglich war. Die selbstgewählten Kursinhalte und deren positive Beurteilung weisen darauf hin, dass ältere Menschen für sich eine bedürfnisgerechte, ressourcensteigernde / -erneuernde Auswahl treffen.

Das Modellprojekt der AWO Göppingen (Wohlrab, 2004) untersucht die soziale und gesellschaftliche Situation älterer Türken und Jugoslawen. Durch mehrsprachige und interdisziplinäre Interteams und muttersprachliche Pflegekräfte soll der Isolation älterer Migranten entgegen gewirkt werden.

5.2 Empowerment

Im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention stellt Empowerment – verstanden als die Stärkung von Eigenverantwortung und Kompetenz sowie die Förderung des Selbstbestimmungsrechts über die eigene Gesundheit - ein zentrales Element dar.

Das Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass die eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge älterer Menschen gestärkt wird (Empowerment). Mit Hilfe eines interdisziplinären Gesundheitsberater-Teams (Ökotrophologie, Physiotherapie, Sozialpädagogik) werden ältere Menschen in Kleingruppen individuell beraten und auf der Grundlage individueller Empfehlungen zur selbständigen Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen befähigt (Dapp et al., 2002a). Döhner (2001) weist darauf hin, dass zur Selbstbestimmung im Alter eingehende Information über die eigene Gesundheits-/Krankheitssituation und Beratung über mögliche Unterstützungsangebote sowie gesundheitsförderliche Aktivitäten Voraussetzungen dafür sind, eigenverantwortliche Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Neben allgemeiner mündlicher, schriftlicher oder elektronischer Information kommt folgenden Aspekten Bedeutung zu:

- Individuelle persönliche Information und Beratung

- Individuelle begleitende Beratung und individuelle schriftliche Information zum eigenen Gesundheitszustand bzw. zur Krankheitssituation (“Gesundheitsmappe”)

5.2.1 Social participation – inclusion

Für Ältere spielt das private Netzwerk, bestehend aus Familie und Freunden, eine bedeutende Rolle. Diese soziale Ressource ist Grundlage der emotionalen, kognitiven, instrumentellen und materiellen Unterstützung Älterer und steigert darüber hinaus das Selbstwertgefühl. Allerdings stehen diese sozialen Netzwerke weniger im Kontext gesundheitlicher Förderung, sondern eher in individuellen Zusammenhängen (BMFSFJ, 2001).

58 der Literaturtitel befassten sich nicht mit Social participation; von den übrigen 27 Texten enthielten 12 Titel Mehrfachnennungen. Bei den Unterthemen entfielen die meisten Nennungen auf social support/networks, gefolgt von lifelong learning/education for older people.

5.2.2 Life long learning / education of older people (health): e.g University of third age

Zum Themenbereich lebenslanges Lernen wurden zum einen Maßnahmen zugeordnet, die im Sinne der Gesundheitsbildung Einfluss auf einen gesundheitsbewussten Lebensstil nehmen. Zum anderen sind diesbezüglich Qualifizierungsmaßnahmen für ältere Beschäftigte zu nennen, da Qualifizierung und Weiterbildung die Beschäftigungsfähigkeit im Alter verbessern. Darüber hinaus finden auch im Kontext der BGF Maßnahmen zur Gesundheitsbildung statt (s. auch Kap. 5.1.2). Insgesamt 14 Artikel befassten sich mit dem Thema lifelong learning/education of older people.

Dapp et al. (2002a) entwickelten ein Gesundheitsvorsorgeprogramm für ältere Menschen („Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, s. auch Kap. Policy Gewinner des Dt. Präventionspreises 2005). Das Projekt richtet sich an „gesunde“ ältere Menschen⁵² und zielt darauf ab, durch den frühzeitigen Einsatz vorbeugender Maßnahmen dem Eintreten von Erkrankungen, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken⁵³. Das Konzept „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ umfasst im Sinne der Gesundheits-

⁵² D.h. die Teilnehmer/innen müssen mindestens 60 Jahre alt sein und dürfen nicht von einer dementiellen Erkrankung betroffen oder bereits pflegebedürftig sein (Dapp, 2002a, 5).

⁵³ Bei diesen Maßnahmen handelte es sich somit um primordiale Interventionen (Gesundheitsförderung). Darüber hinaus wurde bei Teilnehmer/innen, die im Projektverlauf kognitive oder körperliche Einschränkungen aufwiesen oder für diejenigen, die z.B. durch die Pflege eines Angehörigen nicht in der Lage waren, das Geriatrische Zentrum aufzusuchen, ein Hausbesuch durchgeführt. Für bereits erkrankte ältere Menschen waren i.d.R. Maßnahmen der tertiären Intervention, also der Rehabilitation und Pflege, indiziert.

bildung vier Aspekte, die sich für diese Zielgruppe bewährt haben (Dapp et al., 2002a, 5ff):

- Multidimensionaler Ansatz (Interventionen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Soziales)
- Interdisziplinärer Ansatz (Gesundheitsberater-Team aus den Bereichen: Ökotrophologie, Physiotherapie, Sozialpädagogik; Leitung: geriatrisch ausgebildete Ärztin)
- Verhaltensorientierter Ansatz (didaktisches Konzept der Kleingruppenarbeit, mit dem Ziel, die Eigenverantwortung der älteren Teilnehmer/innen im Hinblick auf einen aktiven Lebensstil zu stärken.)
- Verhältnisorientierter Ansatz (geriatrisches Netzwerk: neben der Förderung der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen wurden Kontakte zu Trägern von gesundheitsfördernden Angeboten geknüpft, die in den verschiedenen Stadtteilen Hamburg tätig sind; somit konnte den Teilnehmer/innen direkte Hinweise auf wohnortnahe Angebote gegeben werden)

Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer/innen gewinnen Einbußen in der Handlungskompetenz an Bedeutung für die Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit. Tempel & Giesert (2005) kommen im Rahmen ihrer Untersuchung zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer und alternder Belegschaften zu dem Ergebnis, dass die Ausbildung zum „Allrounder“ sich positiv auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit auswirkt.

Die Idee der Heidelberger „Akademie für Ältere“ vereint den Ansatz lebenslangen Lernens und die Förderung freiwilligen Engagements. Ehrenamtlich tätige Senioren geben in Kursen, Vorträgen, sportlichen Gruppen und auf Reisen ihr Wissen und ihre Fähigkeiten an Menschen in gleicher Lebenssituation weiter und nehmen ihrerseits deren Kompetenzen in Anspruch. Mittlerweile umfasst die Akademie 3.744 Mitglieder. Neben der Ausweitung der Sportprogramme und der kulturellen Angebote ist geplant, künftig jüngeren Familien mit Kindern bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützend beizustehen (Gressler, 2005).

5.2.3 Social support / networks

In 15 Texten wurde das Thema social support / networks aufgegriffen, allerdings handelte es sich hier – wie auch bei der psychischen Gesundheit – eher um die Hervorhebung der allgemeinen Bedeutung sozialer Unterstützung für Gesundheit im Alter oder um Nebeneffekte der einzelnen Maßnahmen (Kruse, 2002; Tesch-Römer, 2005; Oswald, Naumann, Schilling & Wahl, 2005; Knesebeck, v. d. et al., 2006).

Dapp et al. (2002a) berichten, dass die Kleingruppenarbeit im Rahmen des Projektes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ auf positive Resonanz bei den älteren Teilnehmer/innen stieß; insbesondere die Möglichkeiten zum persönlichen Austausch wurden sehr geschätzt.

Eine Maßnahme, die im Kontext der Gesundheitsförderung explizit auf die Verbesserung sozialer Unterstützung oder Netzbildung zielte, stellen die „Kölner Seniorennetzwerke“ (Stierle et al., 2005, p. 34ff) dar. In zwölf Kölner Stadtteilen wurden seit 2003 stadtteil- und lebensraumorientierte Seniorennetzwerke aufgebaut. Ziel ist die Förderung von Integration und Vermeidung von Isolation älterer Menschen. Mit den Netzwerken sollen auch Randgruppen angesprochen werden, die durch traditionelle Institutionen kaum erreicht werden, wie beispielsweise Langzeitarbeitslose, ältere Migranten oder psychisch kranke Menschen. Ziel ist ebenso, die Eigenbeteiligung, Eigenverantwortung und Solidarität zu stärken und altersspezifische Beschäftigungsangebote unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensstile zu vermitteln.

Das Projekt „Begleitetes Wohnen e.V.“ (Spirling et al., 2005) zielt darauf ab, Unterstützungsnetzwerke im Nahraum aufzubauen, die Selbständigkeit der Mitglieder so weit wie möglich zu erhalten und das Aktivitätsniveau der Klienten zu erhöhen. So werden ältere Menschen in ihrer eigenen Wohnung, im Krankenhaus oder im Pflegeheim individuell betreut und Angebote geschaffen, die auf die individuellen Bedürfnisse abzielen. Die Begleitung reicht von Unterstützung im Haushalt und bei Einkäufen, Betreuung im Krankheitsfall über Erledigung von Behördengängen und Abwicklung des Schriftverkehrs bis hin zur Organisation eines Umzugs.

Auch für ältere Migranten/innen stellt soziale Unterstützung ein zentrales Element dar, das insbesondere durch den Ansatz der kultursensiblen Altenpflege, durch präventive Hausbesuche in der Muttersprache (Wohlrab 2004) und Informationsveranstaltungen und –material zu sozialrechtlichen und gesundheitsrelevanten Themen gefördert wird (Schnabel & Schopf 2006).

5.2.4 Self-help groups

In Deutschland bestehen ca. 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen in denen sich Schätzungen zufolge etwa drei Millionen Menschen engagieren. Selbsthilfegruppen bestehen zu verschiedenen gesundheitlichen, psychosozialen und sozialen Themen. Sie richten sich einerseits an die Betroffenen selbst, andererseits wenden sie sich auch an Angehörige z.B. demenzkranker oder alkoholabhängiger Menschen. Im Vordergrund der ergänzend zum professionellen Versorgungssystem bestehenden Selbsthilfegruppen steht die Förderung der Eigenverantwortung und Teilhabe der Teilnehmer/innen. Darüber hinaus werden etwaige Mängel der professionellen medizinischen Versorgung thematisiert und z.T. kompensiert. Kennzeichnend ist, dass über eine fachliche Beratung und Information hinausgehend insbesondere eine psychosoziale Unterstützung der Betroffenen geleistet wird. Basierend auf gegenseitigem Verständnis, Beistand und Austausch mit Gleichbetroffenen wirken sich Selbst-

hilfegruppen positiv auf die Gesunderhaltung und Problembewältigung aus (RKI, 2004).

Im Rahmen der vorliegenden Recherche wurden vier Titel dem Thema self-help-groups zugeordnet. Im Fokus standen dabei insbesondere Demenzbetreuungsgruppen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige (v. d. Knesebeck et al., 2006).

Die Mannheimer Demenz-Beratungsstelle bietet vier Bausteine der Betreuung für demenzkranke Menschen und ihrer Angehörigen an. Neben Demenzbetreuungsgruppen und Einzelberatungen werden auch Angehörigengruppen und monatliche Informationsveranstaltungen angeboten (Hoevels, 2005). Im Rahmen eines 12-monatigen europäischen Forschungsprojektes wurde ein Handbuch für Gruppenleiter, die Kurse/Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen durchführen, entwickelt. Besonders erwähnenswert ist der salutogentische Ansatz des Leitfadens. Im Mittelpunkt des Programms stehen die psychosozialen Bedürfnisse der Pflegepersonen. Ziel ist es, das Selbsthilfepotential der Angehörigen zu verbessern. Informationsvermittlung, Gelegenheit zum Austausch von Erfahrungen und Zielen sowie Hilfe bei der Entwicklung von Alternativen zum Umgang mit individuellen Problemen sind darauf gerichtet, den Selbsthilfeprozess der Pflegenden zu unterstützen. Die aktive Einbindung der Gruppenmitglieder bei der Planung und Entwicklung der Gruppe ist zentraler Bestandteil des Leitfadens (Humbach & Apel, 1998⁵⁴).

Aber auch Selbsthilfegruppen im Kontext eines gemeindezentrierten Gesundheitsbildungsprogramms an dem Patienten verschiedener (Haus-) Arztpraxen teilnahmen, wurden benannt (Wiesemann et al., 2004).

5.2.5 Volunteering

Die Förderung freiwilligen Engagements ist Gegenstand und Wunsch der aktuellen Altenpolitik. Durch den anhaltenden Trend der Entberuflichung des Alters und der gestiegenen Lebenserwartung suchen Ältere zunehmend neue Herausforderungen. Ein Gestaltungsbereich für das nachberufliche Leben ist das freiwillige Engagement im sozialen, kulturellen, politischen und kirchlichen Bereich (BMFSFJ, 2001). Freiwilliges Engagement kann sich u.a. auch positiv auf die Gesundheit auswirken. So betont Kruse (2002), dass neben körperlicher und kognitiver Aktivität einer aktiven Gestaltung des Alltags besondere Bedeutung zukommt (Kruse 2002, p. 77ff). Ein aktiver Lebensstil umfasst auch die Ausübung sozialer Rollen und Funktionen. Durch Bildungsangebote können ältere Menschen bei der Suche nach neuen Rollen/Funktionen unterstützt werden.

Insgesamt wird dieses Thema jedoch eher selten im Kontext von Gesundheitsförderung diskutiert; im Rahmen der Recherche wurden nur wenige Projekte diesem The-

⁵⁴ http://www.uni-koeln.de/ew-fak/Klein/docs/ge_mod01.rtf; nicht in der Datenbank enthalten
healthPROelderly – National Report Germany

menbereich zugeordnet. Das „Modellprojekt zur Förderung des gesellschaftlichen Engagements von Migrantinnen und eingebürgerten Deutschen durch ehrenamtliche Tätigkeit“ der Stadt Hannover (gEMiDe; Feise, 2005, 52ff) wurde für den deutschen Präventionspreis 2005 nominiert. Es bildet eine Schnittstelle zwischen Migranten, die an ehrenamtlicher Arbeit interessiert sind und Einheimischen, die einsam, an neuen Kontakten interessiert oder auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die ehrenamtliche Tätigkeit führt insbesondere bei älteren Migrantinnen zu mehr Selbstbewusstsein und – sicherheit und größerer Kontaktfreude.

Weitere Erfahrungen zum Thema Gesundheitsförderung und freiwilliges bürgerschaftliches Engagement liefert die Fortführung der Hausarztstudie (Teil III). Hier erfolgt erstmalig die Anbindung von Gesundheitsförderung in sog. Seniorentreffs. Dies bietet die Möglichkeit, sowohl ältere Menschen als Nutzer/innen als auch als ältere freiwillig engagierte „Leistungserbringer“ zu erreichen. Das Konzept „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde an die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen in vier sehr unterschiedlichen Seniorentreffs angepasst und erfolgreich umgesetzt⁵⁵.

5.2.6 Other

Unter sonstigen Nennungen wurden sieben Titel zusammengefasst; dabei handelte es sich zum einen um die Bedeutung von Formen der Beratung und sozialer Beteiligung (Meier-Baumgartner et al., 2004; Hinkl & Bill, 2005). Zum anderen ist im Kontext präventiver Hausbesuche die anwaltschaftliche Funktion der Pflegekräfte zu erwähnen, die mit Einverständnis des Patienten z.B. in Notfällen für diese agieren können (Renteln-Kruse et al., 2003). Darüber hinaus stellt für die Gruppe älterer Migranten/innen die Bewältigung von Verständigungsschwierigkeiten und Analphabetismus eine bedeutende Voraussetzung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung dar, da diese wesentliche Barrieren für den Zugang zum Gesundheitssystem bilden können (Wohlrab, 2004; Schnabel & Schopf, 2006).

5.3 Lifestyle

In der vorliegenden Literatur dominieren eindeutig Arbeiten, die die Ausbildung eines gesundheitsfördernden Lebensstils thematisieren. Nach Angaben des Gesundheitsmonitors (Kruse, 2005) überwiegt der Anteil der älteren Befragten, die sich gesund ernähren und Tabak und Alkohol vermeiden, deutlich gegenüber den jüngeren Befragten. Auch Vorsorgeuntersuchungen werden von den älteren Befragten häufiger in Anspruch genommen. Handlungsbedarf wird hingegen bei der Förderung der körperlichen Aktivität älterer Menschen gesehen, die für die Erhaltung der Selbständigkeit

⁵⁵ Modul 4 J. Anders, U. Dapp Integration freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements: „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ (Altentagesstätten). <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hausarztstudie3,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>
healthPROelderly – National Report Germany

im Alter, die Reduktion krankheitsrelevanter Risiken (z.B. Bluthochdruck und Übergewicht) sowie für die Verringerung oder Verzögerung von Hilfsbedürftigkeit von Bedeutung ist.

Ziegelmann & Lippke (2004) führen an, dass regelmäßige körperliche Aktivität auch jenseits des 70. Lebensjahrs den Gesundheitszustand positiv beeinflusst. Ähnlich argumentiert auch Baum (2002); neben einer Zunahme der Muskelkraft sind positive Auswirkungen auf Stimmung, Lebenszufriedenheit, Gedächtnisleistungen und Alltagskompetenz zu verzeichnen. Zudem trägt körperliche Aktivität zum Erhalt der psychischen Gesundheit u.a. zur Verringerung von Depression und Angstzuständen bei (vgl. Rütten et al., 2005; Oswald et al., 2006, Ziegelmann & Lippke, 2004). Denk, Pache & Rieder (1997) geben an, dass sich bei körperlicher Aktivität von mehr als zwei Stunden wöchentlich auch die Einstellung dem Alter gegenüber deutlich positiv verändert. Diese Angaben stützen sich auf die Kohorte der 60-jährigen der ersten Erhebung der ILSE Langzeitstudie. Unumstritten ist heute, dass die körperliche Leistungsfähigkeit durch altersentsprechendes Training aufrechterhalten werden kann. So können Ausdauer, Kraft, Koordination und Beweglichkeit auch im Alter verbessert oder stabilisiert werden (Rütten et al. 2005, 7; Werle et al., 2006, 81ff).

Obwohl regelmäßige körperliche Bewegung eine positive Beeinflussung der Lebensqualität und Bedeutung für die Gesundheits- und Autonomieerhaltung zugeschrieben wird, ist in Deutschland ein hohes Maß an Bewegungsmangel festzustellen. Insgesamt fällt das Aktivitätsniveau jüngerer Menschen höher aus als bei älteren Menschen. Nach Angaben des Gesundheitsmonitors 2005 üben in der Gruppe der 17-44-jährigen 25% keine sportliche Aktivität aus; demgegenüber sind in der Gruppe der 45-79-jährigen 34% sportlich inaktiv. Handlungsbedarf besteht insbesondere für ältere körperlich inaktive Menschen. Für diese Gruppe sind Aufklärungsmaßnahmen zur Bedeutung der körperlichen Aktivität für eine aktive und selbstbestimmte Lebensführung im Alter ebenso wie die Förderung körperlicher Aktivität notwendig (Kruse, 2005, 73).

Einen positiven Trend zeigt der telefonische Gesundheitssurvey auf. So stieg die Sportbeteiligung in der Gruppe der 50- bis 70-jährigen im Zeitraum von 1991 bis 1998 deutlich an. Mögliche Erklärungen werden in dem Erfolg von Aufklärungskampagnen, einem zunehmenden Gesundheitsbewusstsein dieser Altersgruppe, aber auch in der Verbesserung / Veränderung des Sportangebots für diese Zielgruppe gesehen (RKI, 2006, 103). Auch die Sportbeteiligung unterliegt dem Einfluss der sozialen Lage: so treiben Angehörige unterer sozialer Schichten seltener Sport; fast die Hälfte der Männer und Frauen dieser Schicht treiben keinen Sport. Demgegenüber ist in der Mittel- und Oberschicht nur rund ein Drittel der Männer und Frauen sportlich inaktiv (Rütten et al. 2005, 9).

Die Motivation zur Ausübung sportlicher Aktivität verändert sich zudem mit zunehmendem Alter. Wiesemann et al. (2004) beschreibt, dass der Hauptgrund der meisten jüngeren Teilnehmer/innen für die Ausübung sportlicher Aktivität „Fitness“ und „Spaß“ waren. Demgegenüber berichteten ältere Teilnehmer/innen überwiegend,

dass „Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit“ und „Ängstlichkeit/Sorge um die Gesundheit“ ausschlaggebende Motive für sportliche Aktivität waren.

Insgesamt 56 Texte befassten sich mit dem Thema lifestyle, davon entfielen auf 36 Titel Mehrfachnennungen. Generell werden Ernährung und Bewegung häufig als Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung gewählt (Werle et al; 2006, 28). In der vorliegenden Literatur finden sich zudem häufig Beschreibungen oder Maßnahmen, die eine Kombination dieser beiden Komponenten empfehlen oder beinhalten (u.a. Brunner, 2002; Dapp et al. 2002a,b,c; DHP, 1998; Hesecker, 2005). Das Thema Ernährung war Gegenstand von 29 Literaturtiteln; 42 Texte adressierten das Thema körperliche Bewegung.

5.3.1 Nutrition and Physical activity

Hesecker (2005) beschreibt die Paderborner Trainingsstudie PATRAS, bei der mittels gezielter Trainings die Beweglichkeitsförderung und Muskelkräftigung bei Heimwohnern unterstützt werden soll. Zudem sollen ein ausführliches Verpflegungskonzept und individuelle Ernährungsprotokolle zur Verbesserung des Ernährungszustands unter Erhalt und Stärkung der körperlichen Mobilität beitragen.

In die Untersuchung von Brunner (2002) wurden sportlich aktive und inaktive ältere Menschen einbezogen und zu ihrem Ernährungs- und Bewegungswissen/-verhalten befragt. Brunner hebt hervor, dass Ältere über einen guten und differenzierten Wissenstand zum Thema altersgerechte Ernährung verfügen. Hier wird insbesondere den Medien eine bedeutende Funktion in der gesundheitspräventiven Aufklärung zugesprochen. Personen, die von einer Ernährungsumstellung berichteten (mit oder ohne medizinische Indikation), wiesen ein gesundheitsbewußteres Essverhalten auf. Darüber hinaus zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Umfang der sportlichen Betätigung und dem Ernährungswissen und -verhalten der Befragten.

In den Studiengemeinden der DHP (1998, 205ff) wurde ein umfassendes Ernährungsprogramm umgesetzt, das an die jeweiligen lokalen Gegebenheiten (städtische vs. ländliche/kleinstädtische Regionen) angepasst wurde (z.B. allgemeine Informations- und Aufklärungsveranstaltungen, Multiplikatorenschulungen, Ernährungskurse, eine Verbesserung des lokalen Angebots gesundheitsfördernder Produkte und Dienstleistungen, individuelle Ernährungsberatung). Trotz breiter Akzeptanz und hohem Interesse am Thema Ernährung konnte in den Interventionsregionen keine Reduktion des Übergewichts erzielt werden, wohl aber ein Trend zur Veränderung der Ernährungsgewohnheiten.

Im Rahmen des Projektes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ erhielten die Teilnehmer/innen auf der Grundlage eines standardisierten 1-Tages-Ernährungsprotokolls von der Ökotrophologin eine Analyse und Vorschläge für individuelle Maßnahmen (insbesondere Empfehlungen zur Flüssigkeitszufuhr und zum Verzehr von Obst und Gemüse) in Form eines „Ernährungsbriefes“. An jeweils rund 60% der Teil-

nehmer/innen wurde die Empfehlung gerichtet, mehr zu trinken (293 Teilnehmer/innen) und mehr Obst und Gemüse zu essen (301 Teilnehmer/innen). Fast alle Teilnehmer/innen (98,2%) stellten das Ernährungsprotokoll zur Verfügung und hatten in den folgenden 6 Monaten Zeit, die Empfehlungen im Alltag umzusetzen. Von diesen 494 Teilnehmer/innen konnten 94,7% zur Umsetzung der Empfehlungen befragt werden. Eine Steigerung der Flüssigkeitsaufnahme erzielten von den 293 Teilnehmer/innen mit entsprechender Empfehlung 77%; demgegenüber konnten von den 301 Personen 46% den Obst- und Gemüseverzehr erhöhen (Dapp et al., 2002b, 5ff; Meier-Baumgartner et al., 2004, 56f). Ein Physiotherapeut erstellte ebenfalls auf der Grundlage eines standardisierten „Aktivitäts-Protokolls“ eine Analyse und Vorschläge für individuelle Maßnahmen in Form eines „Bewegungsbriefes“. Fast alle Teilnehmer/innen (97,4%) stellten das Aktivitätsprotokoll zur Verfügung und hatten in den folgenden 6 Monaten Zeit, die Empfehlungen im Alltag umzusetzen. Für jede/n Teilnehmer/in wurde mindestens eine Empfehlung zur Förderung der körperlichen Aktivität ausgesprochen. Bei der ersten Empfehlung, die 490 Teilnehmer/innen erhielten, handelte es sich bei 237 Personen (48%) um die Förderung der Ausdauer. Für 137 Personen (28%) wurden Anregungen zur Aufnahme oder Intensivierung des Krafttrainings gegeben, und für 116 Personen (24%) Ratschläge zur Schulung des Gleichgewichts. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (53,6%) setzte die erste Empfehlung des Physiotherapeuten um und steigerte die körperliche Aktivität hinsichtlich Ausdauer, Kraft oder Gleichgewicht (Dapp et al., 2002b, 9ff; Meier-Baumgartner et al., 2004, 58f). Betrachtet man die Bereiche Ernährung und Bewegung gemeinsam, gelang es einem Viertel der Teilnehmer/innen zwei Empfehlungen umzusetzen. Einige Personen (28%) setzten sogar drei Empfehlungen um; dabei handelte es sich i.d.R. um eine Kombination der Empfehlungen aus den beiden Bereichen (Dapp et al., 2002b, 15ff).

Das Projekt „Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige“ (Regelin, 2005) des deutschen Turner-Bundes e.V. stellt ein positives Praxisbeispiel dar. Ein gezieltes Training von Kraft, Beweglichkeit und Koordination soll dazu beitragen, dass über Achtzigjährige ihren Alltag so selbständig wie möglich bewältigen können. Durchgeführt werden diese Maßnahmen sowohl in Einrichtungen der Altenpflege als auch in lokalen Sportvereinen.

Becker et al. (2006) beschreiben eine Mobilitätsverbesserung bei über 75-jährigen durch regelmäßiges, gezieltes Training. Untersuchte Leistungsbereiche umfassten das Gleichgewicht im Stand, das Aufstehen vom Stuhl, das Gehtempo und die maximale Schrittlänge. In der Betrachtung der gesamten körperlichen Leistungsfähigkeit (Summenscore) zeigte sich, dass bei 62% der Teilnehmer das Niveau stabilisiert oder sogar verbessert (50%) werden konnte.

Das Projekt „aktiv55plus – Gesundes und aktives Altern in Radevormwald“ (ein Demonstrationsprojekt der WHO) zielte darauf ab, durch Aktivierung und Mobilisierung der über 55-jährigen Bevölkerung die Lebensqualität zu verbessern. Basierend auf healthPROelderly – National Report Germany

dem Konzept des Aktiven Alterns sollten ältere Menschen zu mehr Eigenaktivität befähigt werden (Empowerment). Auch Anbieter von Gesundheitsleistungen sollten entsprechend sensibilisiert werden. Darüber hinaus wurden bestehende kommunale Angebote miteinander vernetzt und für die Gesundheitsförderung älterer Menschen nutzbar gemacht. An dem Vorhaben beteiligten sich 341 Senioren/innen, die von den Projektmitarbeiter/innen besucht und beraten wurden. Nach einer Erfassung der Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten, wurden die Teilnehmer/innen über potentielle gesundheitsfördernde Angebote und bestehende Leistungsansprüche beraten. Auch Barrieren, die der Teilnahme an entsprechenden Angeboten im Wege standen, wurden erfasst und bearbeitet (Methode der aufsuchenden Aktivierung und Hilfe zur Selbsthilfe). Im zweijährigen Projektzeitraum erfolgten mindestens drei Hausbesuche; insgesamt waren es 2.750 Besuche, die zu 1.192 Vereinbarungen zur Aufnahme und Ausübung gesundheitsfördernder Aktivitäten führten. Bei dem Projekt wurde deutlich, dass die Angebote sozialer Aktivitäten im Vergleich zu körperlichen und kulturellen Aktivitäten im wesentlich höheren Maße von den Teilnehmenden in Anspruch genommen wurden. Zudem ergab die Teilnehmerbefragung, dass 40% aller Klienten bestätigten, dass das Projekt zur Steigerung ihrer Lebensqualität beigetragen hat (Hiki & Bill, 2005).

5.3.2 Sexual activity

0

5.3.3 Smoking and Alcohol

Den Umgang mit Suchtmitteln (Tabak, Alkohol) beinhalteten insgesamt 14 Texte. Dabei handelte es sich einerseits um Angaben zum Gesundheitsverhalten oder zur Bedeutung dieser Faktoren für die Krankheitsentstehung (s. Health determinants). Außerdem wurden zwei Untersuchungen zur Beeinflussung des Rauchverhaltens gefunden; zur Beeinflussung des Alkoholkonsums älterer Menschen wurden hingegen keine Arbeiten im Kontext der Gesundheitsförderung identifiziert. Dies ist u.a. auch darauf zurückzuführen, dass das Thema „Sucht im Alter“ allgemein bislang vernachlässigt wurde. Dies trifft insbesondere für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zu (vgl. Weidner et al., 2004).

Nach Angaben des Gesundheitsmonitors zeigen die älteren Befragten (45 – 79 Jahre) hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol und Tabak mehrheitlich ein gesundheitsförderndes Verhalten. So verzichteten 74% der älteren Beragten auf Tabak, 78% konsumieren nur mäßig oder keinen Alkohol (Kruse, 2005, p. 75). Betrachtet man den Gesundheitssurvey (RKI, 2004, p. 13), werden für die Gruppe der über 65-jährigen zumindest für das Rauchverhalten eindeutige geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich: so bezeichneten sich 71% der Frauen, aber nur 32% der Männer dieser Al-

tersgruppe als Nicht-Raucher⁵⁶. Auch für den Alkoholkonsum sind schichtspezifische Unterschiede vorhanden, wenngleich hier wesentlich mehr Befragte dieser Altersgruppe angeben, keinen bis wenig Alkohol zu konsumieren (Männer 75%; Frauen 91%). Auch schichtspezifische Unterschiede werden deutlich (RKI, 2004, p. 13): so fällt der Anteil der Nicht-Raucher in der Unterschicht (44%) und Oberschicht (43%) deutlich höher aus als in der Mittelschicht (37%). Demgegenüber zeigt sich in der Gruppe der Ex-Raucher ein deutlicher schichtspezifischer Gradient: während 31% der Oberschicht sich zu dieser Gruppe zählen, ordnen sich nur 20% der Unterschicht dieser Gruppe zu (Mittelschicht: 26%).

In der BRD stellt die Raucherprävention und -entwöhnung seit den 1980er Jahren einen Schwerpunkt der öffentlichen Gesundheitserziehung und –aufklärung dar. Dem Rauchverhalten kommt besondere Bedeutung für die Mortalitätsentwicklung zu. So stellt Rauchen den bedeutsamsten einzelnen Risikofaktor für viele chronische Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs) dar (Helmert, 2003, p. 546). Seit den 1980er Jahren ist ein Anstieg des Tabakkonsums bei Frauen zu verzeichnen. Neben einer Angleichung des Rauchverhaltens zwischen den Geschlechtern könnte damit zukünftig eine höhere Sterblichkeit der Frauen einhergehen (DHP, 1998, p. 215; RKI, 2006,16; p. 107). Der Raucheranteil nimmt mit zunehmendem Alter ab, was insbesondere auf die erhöhte Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten zurückzuführen ist (RKI, 2006).

In Industrienationen wie der BRD können mit der Verringerung des Tabakkonsums nachhaltige Effekte auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung erzielt werden. Allerdings erfolgen entsprechende Präventionsmaßnahmen in Deutschland bislang eher unsystematisch. Die meisten Maßnahmen zielen auf die Veränderung von Verhaltensweisen ab; nur selten wird die Veränderung von Strukturen angestrebt (BMGS, 2003). Das „Nationale Gesundheitsziel zur Reduzierung des Tabakkonsums“⁵⁷ zielt auf die gesamte Bevölkerung ab und umfasst folgende Teilzeile (BMGS, 2003)

- 1) Implementierung einer effektiven Tabakkontrollpolitik (Verbesserung der gesetzgeberischen / strukturellen Rahmenbedingungen)
- 2) Förderung des Ausstiegsverhaltens und Steigerung der Raucherentwöhnung
- 3) Förderung des Ausstiegsverhaltens und Steigerung der Raucherentwöhnung bei Kindern und Jugendlichen
- 4) Verhinderung des Einstiegs und Förderung des Nichtrauchens bei Kinder und Jugendliche
- 5) Erhöhung des Schutzes vor Passivrauchen

⁵⁶ Nicht-Raucher bedeutet in diesem Zusammenhang Nie-Raucher.

⁵⁷ http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/tabak/docs/1/files/030214_bericht_final1_ag6.pdf Stand 15.12.2006

In den Studienregionen der DHP wurden verschiedene Raucher-Interventionen durchgeführt (z.B. Entwöhnungsprogramme, Stärkung eines positiven Ansehens des Nichtrauchens bei Jugendlichen, Beratung zum Nichtrauchen durch Ärzte/Apotheken, strukturelle Maßnahmen wie rauchfreie Zonen, Diskussion gesundheitlicher Folgen des Rauchens in den Medien). Hier konnte im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine Reduktion der Raucherprävalenz erzielt werden, was maßgeblich auf ein intensiviertes Beratungsverhalten der Ärzte zurückgeführt wurde (DHP, 1998, 217ff). Auffallend sind geschlechtsspezifische Unterschiede: so zeigten sich eindeutige Interventionseffekte ausschließlich bei den Männern.

Ulbricht et al. (2004) untersuchten, ob eine Förderung der Aufgabe des Rauchens bei Patienten in Hausarztpraxen erzielt werden kann. Auf der Grundlage eines randomisierten Samples von 39 Hausarztpraxen wurden 551 als Raucher eingestufte Patienten im Alter von 18 bis 70 Jahren ausgewählt (in der Gruppe der 65-70-jährigen waren 6,3% Raucher/innen) Nach einer Schulung der Hausärzte zur Beratungsintervention, die auf die Aufgabe des Rauchverhaltens zielte, konnten – trotz der geringen anfänglichen Motivation der Patienten – 80% der Patienten/innen durch die beim Hausarzt angesiedelte Maßnahme erreicht und zur Aufgabe des Rauchens motiviert werden. Dabei zeigten sich hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft keine Unterschiede in den Altersgruppen oder zwischen den Geschlechtern.

5.3.4 Drugs

0

5.3.5 Safety – e.g. prevention of falls, accidents and injuries

Sicherheit wurde in insgesamt 12 Texten thematisiert, dabei handelte es sich nahezu ausschließlich um Maßnahmen zur Sturzrisikoerfassung und –prävention. Diesbezüglich wurden bereits mehrere präventive Strategien sowohl für selbständig lebende ältere Menschen als auch für pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten und Heimen entwickelt. Maßnahmen zielen dabei auf die Ermittlung von Risikofaktoren, Wohnraumberatung und ggf. -anpassung (z.B. Identifizierung und Beseitigung von „Stolperfallen“) sowie körperliches Training ab. In einem Fall wurde ein Projekt zur Sicherheit von sehbehinderten und blinden älteren Menschen beschrieben.

Stürze gehen oftmals mit Frakturen einher, wovon insbesondere Frauen betroffen sind. Der KORA-Frakturstudie Augsburg zufolge wird etwa jede zweite Frau im Laufe ihres Lebens eine osteoporosebedingte Fragilitätsfraktur erleiden, aber nur etwa jeder zehnte Mann. Wildner et al. (2004) heben hervor, dass sich die höchsten Frakturaten bei Frauen in der Altersgruppe 65-74 Jahre bei Unterarm- und Unterschenkel-frakturen finden lassen, wohingegen bei Männern die höchsten Raten in der Alters-

gruppe 15-24 Jahre liegen. Die Sturzprävention insbesondere bei älteren Frauen ist somit für die Zukunft ein wichtiges Anliegen der öffentlichen Gesundheit.

Coll-Planas et al. (2006) ermittelten in einer Gruppe zu Hause lebender ältere Menschen (n=268) als wichtige Sturzrisikoindikatoren vorausgegangene Stürze und einen Hilfsbedarf beim Baden. Baden ist die ADL, die im Prozess der Entstehung von Pflegebedürftigkeit als erste Hilfebedarf auslöst. Notwendiger Unterstützungsbedarf bei diesem ADL kann durch Mitarbeiter/innen pflegerischer Berufsgruppen leicht identifiziert werden und eignet sich somit als Prädiktor für die Sturzgefährdung.

Freiberger & Menz (2006) berichten über geschlechtsspezifische Sturzunterschiede in einer Gruppe körperlich aktiv selbständig lebender älterer Menschen (n=293, davon 163 Männer): während Frauen eher in der häuslichen Umgebung bei Alltagsverrichtungen stürzten, kam es bei Männern eher bei Freizeitaktivitäten außer Haus zu Sturzereignissen. Keine Geschlechtsunterschiede ergaben sich hinsichtlich der Sturzhäufigkeit. Die meisten Stürze erforderten keine medizinische Behandlung. Frauen hatten jedoch größere Schwierigkeiten nach einem Sturz wieder mobil zu werden und besuchten früher und häufiger einen Arzt. Insgesamt ist für die Gruppe körperlich aktiver älterer Menschen festzustellen, dass diese häufig stürzen, wobei daraus nur selten behandlungsbedürftige Folgen resultieren. Zur Vermeidung zukünftiger Stürze bedarf es weniger einer Aktivitätssteigerung sondern vielmehr einer Verhaltensmodifikation.

Das Ulmer Projekt zur Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention richtete sich an zu Hause lebende hilfs- und pflegebedürftige ältere Menschen. An dem Projekt nahmen 483 Senioren/innen teil. Die Interventionen im Modellvorhaben umfassten mehr als 2.500 Trainingseinheiten, die in der eigenen Wohnung der Teilnehmer/innen stattfanden. Anschließend erfolgte eine Fortführung des Trainings in Gruppen. Im Projektverlauf wurden 28 Trainingsgruppen im Ulmer Stadtgebiet eingerichtet. Darüber hinaus wurden ca. 50 Wohnanpassungsmaßnahmen durchgeführt und mehr als 300 Teilnehmer/innen zum Thema Hüftprotektoren beraten. Durch das Mobilitätstraining gelang es, die Sturzhäufigkeit der Teilnehmer/innen deutlich zu reduzieren. Auch die für Stichprobe erwartete Häufigkeit von Hüftgelenksfrakturen und anderen Frakturen wurde unterschritten (Becker et al., 2005, 3). Forschungsbedarf zur Sturzprävention besteht hinsichtlich der Zielgruppe der demenziell erkrankten älteren Menschen, aber auch für die Gruppe der blinden und sehbehinderten älteren Menschen liegen noch keine Untersuchungen vor (Becker et al., 2005, 59).

Deitert et al. (2000) skizzieren ein Projekt zur Unterstützung sehbehinderter alter Menschen. Studenten der Pflegepädagogik der Universität Münster haben im Rahmen ihres Projektstudiums 16 qualitative Interviews durchgeführt und ausgewertet. Anhand der Aussagen zur eingeschränkten Kommunikation und Sicherheit sehbehinderter Menschen konnte ein Ratgeber erstellt werden, der über die Fachhochschule Münster zu beziehen ist.

5.3.6 Preventing abuse/violence against older people

0

5.3.7 Prevention of disease

Die Krankheitsprävention⁵⁸ lässt sich in verschiedene aufeinander aufbauende Stadien von Interventionsschritten unterteilen, die allerdings in der Praxis wenig trennscharf sind (siehe Tab. X).

<i>Intervention</i>	<i>primordial</i>	<i>primär</i>	<i>sekundär</i>	<i>tertiär</i>
Zeitpunkt	Im Gesundheitszustand	Bei erkennbaren Risikofaktoren für Krankheit	Im Vor-/Frühstadium einer Krankheit	Nach akuter Krankheitsbehandlung
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen	(potentielle) Patienten	Rehabilitanden
Zielsetzung	Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen	Beeinflussung risikobezogener Parameter	Beeinflussung der Krankheitsauslöser und -folgen	Vermeidung von Folgestörungen und Folgeerkrankungen

Tab. X Unterscheidung von vier Interventionsschritten; Quelle: Hurrelmann & Laaser, (2006, p. 754)

Im weitesten Sinn leistet die Beeinflussung der oben beschriebenen Lebensstilfaktoren auch einen Beitrag zur Krankheitsprävention. Relativ neu ist die Annahme, dass (Krankheits-) Prävention in jedem Alter, d.h. im gesamten Lebensverlauf von Bedeutung ist. Somit werden auch ältere Menschen als Zielgruppe der Krankheitsprävention zunehmend berücksichtigt (Kuhlmei, 2006, 10; Walter, Schneider & Bisson 2006, 537ff). Im engeren Sinne bezogen sich neun Aufsätze auf die Vermeidung von spezifischen Krankheiten oder auf bestimmte Krankheitsbilder. Kruse (2002, p. 104) beschreibt beispielsweise Präventionsmöglichkeiten für folgende Gesundheitsrisiken des hohen Alters: Stürze, Einbußen Hören und Sehen, Erkrankungen des Gebissystems, kardiovaskuläre Erkrankungen und Harninkontinenz. Diese Erkrankungen können im frühen und mittleren Lebensalter und auch im höheren Lebensalter durch einen gesundheitsbewußten Lebensstil und umweltbezogene Maßnahmen beeinflusst werden. Um die vorhandenen, oftmals aber ungenutzten Präventionspotentiale zu nutzen, kommt dabei der Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen besondere Bedeutung zu. Außerdem ist aufgrund der Multimorbidität älterer Menschen eine umfassende Diagnostik, wie sie z.B. ein geriatrisches Assessment ermöglicht, zu fordern (Kruse, 2002).

Präventive Hausbesuche (z.B. durch Gemeindeschwestern, -pfleger in Zusammenarbeit mit Hausärzten) bieten eine gute Möglichkeit, soziale und gesundheitliche Risiken sowie räumliche Beeinträchtigungen (Wohnungsbedingungen, Wohnumfeld), die

⁵⁸ Hurrelmann & Laaser (2006, 754f) plädieren dafür, auch für Interventionen von Gesundheitsförderung eine entsprechende Unterteilung vorzunehmen. Bislang ist dieses nur selten vorhanden, im Sinne der Unterteilung von gesundheitsfördernden Interventionen vor und nach Krankheitsausbruch.

eine Beeinträchtigung der selbständigen Lebensführung nach sich ziehen können, frühzeitig zu erkennen (Kruse, 2002, p. 166ff). Umfangreiche geriatrische Assessments bilden die Grundlage für präventive Hausbesuche wie sie v. Renteln-Kruse et al. (2003) und Perschke-Hartmann, 2005 beschreiben. „Präventive Hausbesuche“ richten sich an selbständig lebende Personen, deren Eingeständigkeit durch regelmäßige geriatrische Screenings und individuelle Information und Beratung aufrechterhalten werden soll. (s. auch Kap. Policy und health determinants).

Besondere Beachtung sollte dabei der Erfassung des Sturzrisikos zukommen. Stürze im Alter sind i.d.R. multifaktoriell bedingt und in der Regel vorbeugenden Maßnahmen zugänglich; somit können schwere, z.T. letale Folgen von sturzbedingten Verletzungen und die damit einhergehenden Kosten vermieden oder zumindest reduziert werden.

Die Untersuchung der Seh- und Hörfähigkeit und eine entsprechende Hilfsmittelberatung und Anpassung sind ebenso unerlässlich, wie die Erfassung des häufig vernachlässigten Gebissstatus (Kruse, 2002). Im Rahmen des Projekts „Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige“ (Benz & Haffner, 2005) werden in Münchener Pflegeeinrichtungen durch regelmäßige Vorsorgebehandlungen und spezielle Schulungen für das Pflegepersonal Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen, insbesondere bei Risikokranken (z.B. Demenzerkrankten), behandelt. In Kooperation mit Zahnärzten betreut ein Team aus Anästhesisten, Internisten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden und Psychologen die Patienten während der Therapie im speziell eingerichteten Kompetenzzentrum.

Eine weitere Herausforderung stellt die Enttabuisierung der Harninkontinenz dar (Kruse, 2002). Von Harninkontinenz sind insbesondere Frauen, und im höheren Lebensalter beide Geschlechter, in erheblichem Maß betroffen⁵⁹. Scham und Vorurteile führen dazu, dass dieses Thema von Betroffenen selbst oftmals tabuisiert wird. Der Kontinenz kommt im Zusammenhang mit einem gesunden Alter(n) besondere Bedeutung zu, da sie ein wesentliches Kriterium bei der Bewertung von Pflegebedürftigkeit darstellt. Harninkontinenz steht in engem Zusammenhang mit einem erhöhten Pflegeaufwand und damit einhergehend mit der Notwendigkeit der Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Präventive Maßnahmen wie z.B. Trainingsansätze zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur existieren in der BRD bislang nur vereinzelt (Walter & Schwartz, 2001,198f); so wurden auch im Rahmen der vorliegenden Literaturrecherche keine entsprechenden Maßnahmen im Kontext der Gesundheitsförderung identifiziert. Der Expertenstandard des DNQP zum Thema „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ stellt in diesem Sinne eine positive Entwicklung dar (DNQP, 2006). Von Bedeutung wäre es jedoch, präventive Maßnahmen im Vorfeld von Pflege zu entwickeln und zu verbreiten.

⁵⁹ Die Datenlage zur Prävalenz der Inkontinenz in der BRD ist insgesamt als schlecht zu bewerten. Wissenschaftliche Studien konzentrieren sich überwiegend auf Frauen, bei denen Kontinenzprobleme bereits im mittleren Lebensalter auftreten können (DNQP, 2006). Die BASE (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, 155) weist für Harninkontinenz eine Diagnoseprävalenz von 37% aus.

Im Bereich der kardiovaskulären Gesundheitsrisiken ist auch für ältere Menschen die Wirksamkeit präventiver Strategien (z.B. Ernährungsumstellung, körperliche Aktivität) belegt; hier gilt es die Bereitstellung und die Inanspruchnahme entsprechender primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen zu fördern (Kruse, 2002).

Ansätze zur Reduktion von kardiovaskulären Risikofaktoren besitzen in der BRD eine lange Tradition (Scheuermann, et al., 2000). Eine der bekanntesten Untersuchungen ist die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, die im Zeitraum von 1979 bis 1994 durchgeführt wurde (Hauptstudienphase 1984 bis 1994). Ausgehend von einer hohen Risikobelastung der deutschen Bevölkerung für kardiovaskuläre Erkrankungen, richteten sich die Interventionen der DHP primär darauf, ein weiteres Ansteigen der Risiken zu vermeiden und diesen Trend umzukehren. Durch eine Senkung der klassischen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Rauchen, Übergewicht, Hypertonie und Hypercholesterinämie) wurde versucht, die Herz-Kreislauf-Mortalität der deutschen Bevölkerung zu reduzieren (DHP, 1998, 279). Mit Hilfe der präventiven Intervention in den Untersuchungsregionen konnten mit Ausnahme der Gewichtsreduktion alle Risikofaktoren positiv beeinflusst werden. Neben einer nachhaltigen Senkung erhöhter Blutdruck- und Cholesterinwerte wurde eine deutliche Absenkung der Raucherprävalenz erzielt (DHP, 1998, 153ff).

Die Tübinger Studie „Prävention des Typ-2-Diabetes“ (TULIP-Studie – Tübinger Lebensstil Interventionsprogramm; Häring & Fritsche, 2005) untersuchte Patienten mit weit fortgeschrittener gestörter Glukosetoleranz, die knapp vor einer Diabetes Erkrankung standen. Insbesondere sollten Aussagen darüber getroffen werden, welche Faktoren (beispielsweise Fettverteilung, Ernährung, Trainingszustand) vorhersagen, ob eine Veränderung des Lebensstils bei älteren Menschen mit erhöhtem Diabetes-Risiko erfolgreich ist. Erste Ergebnisse zeigten, dass jene am deutlichsten von der Intervention profitierten, die vor Studienbeginn bereits relativ fit waren.

Für das Projekt „Schlaganfallprävention“ (Hopp, 2005) hat die Stadt Düsseldorf ein Schlaganfall-Informationsbüro eingerichtet, um insbesondere die ältere Bevölkerung besser über Risiken und Symptome des Schlaganfalls und richtiges Verhalten im Notfall aufzuklären. Düsseldorfer Krankenhäuser gaben 2005 an, dass bei Schlaganfallsymptomen 52,7% der Düsseldorfer Bevölkerung direkt den Notarzt/Rettungsdienst verständigt haben. Im Jahr 2000 waren es nur 33%.

Beim Kasseler „SchwertfischKonzept“ (Immler, 2005) handelt es sich um Maßnahmen zur Reduktion des täglichen Energieüberschusses, der infolge von übermäßigem Essen und mangelnder Bewegung bei über Sechzigjährigen entstehen kann. Die Maßnahmen sind somit als Primärprävention von Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen zu verstehen. Das Konzept zielt darauf ab, Verhaltensänderungen in Bezug auf Ernährung und Bewegung mit den genetischen und quasigenetischen

Konditionierungen des Individuums in Übereinstimmung zu bringen. Auf Grundlage des ermittelten individuellen „Täglichen Energieüberschusses“ wird älteren Menschen ein Weg aufgezeigt, wie der Energieüberschuss durch eine Kombination aus Bewegung und Ernährung reduziert werden kann.

Auch die Überprüfung des Medikamenten-Planes ist ein wichtiger Bestandteil der Krankheitsvermeidung; dies gilt insbesondere für Patienten/innen mit Mehrfachmedikation (mehr als 5 Medikamente). Ebenso kommt der Schmerzeinschätzung und Medikation für Wohlbefinden und subjektive Lebensqualität Bedeutung zu (Renteln-Kruse, v. et al., 2003; Wohlrab, 2004).

5.3.8 Other

Unter sonstigen Nennungen wurden folgende Themen zusammengefasst: Veränderungen von Arbeitsbedingungen, Wohn-/Lebensraumanpassungen, besondere Angebote (Entspannungsangebote Yoga, Meditation; Kombination von Bewegungs- und Gesprächsgruppen), coping with impairments/Vermeidung von Behinderung, Förderung eines aktiven Lebensstils.

Die Untersuchung von Oswald, Naumann, Schilling & Wahl (2005) fokussiert die Bedeutung der Wohnumwelt für „gesundes Altern“. Im Vergleich zu medizinischen Risikofaktoren ist der Kenntnisstand zum Einfluss der Wohnumgebung auf die Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und Wohlbefinden im Alter noch gering. Im Rahmen des europäischen Projektes „Enabling Autonomy, Participation and Well-Being in Old-Age: The Home Environment as a Determinant for Healthy Aging“⁶⁰ wurde der Zusammenhang von Wohnen und gesundem Altern bei alleinlebenden Personen im sehr hohen Alter (75-89 Jahre) in städtischen Regionen untersucht⁶¹. Es konnte gezeigt werden, dass in Deutschland, wie in den anderen beteiligten Ländern, für gesundes Altern insbesondere die Person-Umwelt-Passung (die Zugänglichkeit) von Bedeutung ist. Die Anzahl der Barrieren erwies sich hingegen als weniger bedeutsam. Neben der Wohnkontinuität wirkte sich zudem die Möglichkeit der selbstbestimmten Lebens-/Alltagsgestaltung positiv auf die Gesundheit aus.

Das Magdeburger Wohnungsprojekt „Prävention im Alter“ (PiA; Kreuter, 2005) unterstützt ältere und behinderte Menschen beim barrierefreien Umbau ihrer Wohnung. Dabei reicht die Hilfe von der Analyse der Wohnsituation und des Anpassungsbedarfs über das Einholen von Angeboten, die finanzielle Beratung zur Erlangung von Fördermitteln bis zur Abnahme der Umbaumaßnahmen. Darüber hinaus ist die Wohnungsanpassung eingebettet in ein Set präventiv ausgerichteter Aktivitäten des Landes Sachsen Anhalts, welche der Vernetzung von Angeboten für ältere Menschen in der Region dienen.

⁶⁰ Projekt ENABLE-AGE <http://www.enableage.arb.lu.se/>

⁶¹ Beteiligte Länder waren Schweden, England, Deutschland, Ungarn und Lettland.

Im Rahmen des ABI-Projektes wurde in drei mittelgroßen Betrieben in NRW ein alters- und altersgerechtes Gesundheitsmanagement aufgebaut. Basierend auf dem Arbeitsfähigkeitskonzept und dem Arbeitsbewältigungsindex wurden in den Betrieben die individuelle Gesundheit der Mitarbeiter/innen, die Arbeitsbedingungen (menschlich-, alters-, alters-, geschlechtergerecht), die professionelle Handlungskompetenz und die Führungsorganisation untersucht. Im Anschluss an die Bestandsaufnahme wurden Empfehlungen für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen ausgesprochen. Die Empfehlungen beinhalteten sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen; z.B. Schulungsangebote zum Thema Gesundheit/Arbeitsgefährdungen, Bildung von Arbeitskreisen zum Thema „Arbeit, Alter, Wohlbefinden“; technische Verbesserungen, Verbesserung der Lichtverhältnisse Lärmschutz, Hebe-/Tragehilfen, Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Verbesserung der Arbeitsorganisation usw. (Tempel & Giesert, 2005, 29ff).

Krämer (2002) untersuchte die Anwendbarkeit des Konzeptes der Lebensarbeitszeitgestaltung im Bereich der Altenpflege als eine Form der altersgerechten Personalentwicklung. Ziel war es, Möglichkeiten zur Förderung der Alterserwerbsarbeit in der Pflege zu prüfen. Das Konzept der Lebensarbeitszeitgestaltung basiert auf der Annahme, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch life time working-time arrangements, flexible working-time arrangements, part-time jobs, sabbaticals etc. erzielt werden kann. Im Rahmen des Beratungsprojektes wurde eine Checkliste zur Erkennung des lebensarbeitszeitlichen Gestaltungsbedarfs und –potentials in stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt, die auch als Planungshilfe für die Einführung von Lebensarbeitszeitkonzepten genutzt werden kann.

6 Transversal issues

6.1 Research Methods

Hurrelmann & Laaser (2006, 773) stellen für die Gesundheitsförderung einen Mangel an Evidenzbasierung fest; eine systematische empirische Überprüfung der Ansätze und Programme steht bislang überwiegend aus. Sie sehen folgende Aspekte für die zukünftige Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung als unerlässlich an: 1) Fremdevaluation, unabhängig von den Akteuren und Interessen des jeweiligen Programms, 2) konzeptionelle und finanzielle Berücksichtigung der Evaluation bei der Planung der Maßnahmen und 3) Verbindung von Prozess- und Ergebnisevaluation. Ein Drittel der untersuchten Texte waren theoretische Übersichtsarbeiten (Reviews) zum Thema Prävention/Gesundheit/Gesundheitsförderung für ältere Menschen, davon handelte es sich bei sieben Arbeiten um systematische Literaturübersichten

Darüber hinaus wurden 14 Surveys zu unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Themen berücksichtigt, die überwiegend durch das Robert-Koch-Institut (RKI) bearbeitet wurden. Außerdem wurden fünf randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und eine Kohortenstudie zur Gesundheitsförderung und Prävention gefunden, die überwiegend ein umfassendes Evaluationsdesign umgesetzt haben (s. Tab. X).

Author(s)	Title	Research Methods	Evaluation ^a	Evaluation Characteristics
Meier-Baumgartner, H.P., Dapp, U. & Anders, J. (2004)	Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren	RCT	1,3,4	interviews, analysing the documentation of participants (e.g. nutrition-protocol) evaluation of group interventions in the field of nutrition, physical activity and counseling; evaluation of preventive homevisits
Oswald, W. D.; Ackermann A.; Gunzelmann, T. (2006)	Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe	RCT	2,3,4	psychometric test, evaluation of documentations, external ratings by nurses (n=294) Setting: nursing home residents
Renteln-Kruse, v., W., Anders, J., Dapp, U. & Meier-Baumgartner, H.P. (2003)	Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg	RCT	2,3	questionnaire for participants, geriatric screening and assessment evaluation of questionnaires and the geriatric assessment/screening, identification of health risks (physical, psychological, cognitive restrictions; risk of falling)

Tab. X Übersicht ausgewählte Studien zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen

^a 1 = Qualitative Evaluation; 2 = Quantitative Evaluation; 3 = Outcome Evaluation; 4 = Process Evaluation

Author(s)	Title	Research Methods	Evaluation ^a	Evaluation Characteristics
Wiesemann, A. et al. (2004)	Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy life-style in a German community - results of the GP-based Oestringen study	RCT	2,3	cross-sectional study in the framework of a long-term intervention study; survey; random sample of 1044 patients + 50% of the health course attendees evaluation of interventions, questionnaires for participants referring to health behaviour/motivation
Wiesemann A, Metz J, Nuessel E, Scheidt R, Scheuermann W. (1997)	Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention.	RCT	2	cross-sectional random samples, questionnaires to investigate special exercise-based health groups questionnaire related to behaviour and health beliefs in order to measure efforts of participants; local health information system to facilitate evaluation, management of data and organisation of the health programme;
Wildner, M. et al. (2005)	Frakturen im höheren Lebensalter - eine Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung Ergebnisse der KORA-Frakturstudie Augsburg	Case-Cohort-Study	2	questionnaire for participants and GPs; age- and gender-based incidence/prevalence of fractures; health consequences and predictors

Forts. Tab. X Übersicht ausgewählte Studien zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen

^a 1 = Qualitative Evaluation; 2 = Quantitative Evaluation; 3 = Outcome Evaluation; 4 = Process Evaluation

Weitere 12 Texte bezogen sich auf nicht randomisierte Untersuchungen und setzten für die Bewertung der Maßnahmen/Programme/Interventionen ebenfalls ein umfassendes Evaluationsdesign um.

Für die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien sollte in Erwägung gezogen werden a) nur Projekte/Maßnahmen/Programme zu berücksichtigen, die evaluiert sind und b) die Evaluation der Projekte entsprechend ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft nach Evidenzklassen zu bewerten. Eine gängige Systematik basiert auf Grundsätzen der AHCP (1992) und der SIGN (1996), die wissenschaftliche Arbeiten entsprechend ihrer Aussagekraft in verschiedene Härtegrade der Beweiskraft und verschiedene Evidenzstufen unterteilen (s. Tab. X). Ausgehend von dieser Systematik weist somit zumindest ein Teil der untersuchten Literatur Evidenz der zweithöchsten (Ib) und der mittleren Stufen (IIa + IIb) auf.

Levels of Evidence		Strength of Recommendation Supporting Evidence
Ia	Evidence based on meta-analyses of randomised controlled studies	A
Ib	Evidence based on at least one randomised controlled study	A
IIa	Evidence based on at least one well-planned, nonrandomised controlled study	B
IIb	Evidence based on at least one well-planned, nonrandomised and not controlled clinical study, e.g., cohort study	B
III	Evidence based on well-planned, nonexperimental, descriptive studies, such as e.g., comparative, correlation, or case-control studies	B
IV	Evidence based on reports from expert committees or expert opinions and/or clinical experience of recognised authorities	C

Tab. X Bewertung der Aussagekraft wissenschaftlicher Literatur nach Evidenzklassen und Härtegraden AHCPR 1992; SIGN 1996 in Dt. Diabetes Gesellschaft (2006, 3⁶²)

6.2 Strategies of health promotion

Basierend auf der Ottawa-Charta beschreiben Altgeld & Kolip (2004, 44) als Kernstrategien der Gesundheitsförderung a) die Intersektoralität, d.h. ein Verständnis von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe verschiedener Politikbereiche, b) Empowerment und c) das Konzept gesundheitsfördernder Settings. Letztgenanntes stellt die bedeutendste Umsetzungsstrategie dar, die eine Verbindung von individuellen- und umweltbezogenen Maßnahmen ermöglicht (s. auch Kap. Settings).

Ganz allgemein ist für die BRD festzustellen, dass es keine landesweit abgesicherten und gezielt ausgerichteten Präventionsprogramme gibt (Laaser & Hurrelmann, 2006; Dt. Bundestag, 2002,405). Auch Werle (2006, 247ff) stellt dies für den Ansatz des kommunalen Sportmanagements fest. Hier handelt es sich vielmehr um isolierte, lokal begrenzte Programme. Die Etablierung nationaler Gesundheitsziele stellt einen Beitrag zur Entwicklung politischer Orientierungspunkte für die Prävention und Gesundheitsförderung dar und ist der Strategie der Intersektoralität zuzuordnen (Hurrelmann & Laaser, 769).

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass in der BRD Strategien der Verhaltensprävention gegenüber der Verhältnisprävention überwiegen. Maßnahmen der Gesundheitsbildung und –erziehung zielen dabei auf individuelle Verhaltensänderungen und sind insbesondere auf die physische Gesundheit gerichtet (Kruse, 2002; Lademann, 2005; Naegele, 2004). In diesem Kontext stellt das Empowerment eine wesentliche

⁶² 31.01.2007 von

http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/METHODOLOGY_05_2006.pdf

Strategie dar, wobei diese überwiegend auf die Befähigung des Einzelnen gerichtet ist.

Auch die Schulung von Angehörigen verschiedener medizinisch-pflegerischer Berufe kann als eine Strategie der Gesundheitsförderung gesehen werden. Eine entsprechende Entwicklung schlägt sich im Zuge der Novellierung der Approbationsordnung und der Ausbildung in den Krankenpflegeberufen durch eine deutliche Fokussierung von Prävention und Gesundheitsförderung nieder. Durch die Abkehr von einem bislang defizitorientierten kompensatorischen Pflegeverständnis rücken präventive, gesundheitsfördernde, rehabilitative und palliative Maßnahmen in den Mittelpunkt des Interesses (Apitz & Winter, 2004,8). Der Pflege kommt in den zuvor beschriebenen Ansätzen insbesondere im Rahmen der präventiven Hausbesuche (Meier-Baumgartner et al., 2004) und für die Entlastung pflegender Angehöriger (Schmidt, 2005) Bedeutung zu.

6.3 Settings

Insgesamt 30 Texte weisen keinen Settingbezug auf. Die anderen Literaturtitel befassen sich in unterschiedlichem Ausmaß mit dem Settingansatz. Unter Berücksichtigung der Mehrfachantworten entfallen insgesamt 26 Nennungen auf das Setting Kommune, gefolgt von der eigenen Wohnung der Beteiligten (20 Nennungen). In 11 Texten wird das Setting Arbeitsplatz fokussiert; in sechs Texten stehen Alten- und Pflegeheime im Mittelpunkt. Die Nachbarschaft wird in zwei Titeln als Setting beschrieben. In 18 Texten werden andere Settings benannt, darunter fallen zum einen die (haus-) ärztliche Praxis (n=9) oder (haus-) ärztliche Praxen in Zusammenarbeit mit einem geriatrischen Netzwerk (n=5). Auf folgende Settings entfiel jeweils eine Nennung:

- different settings in the different 4 participating federal states; cooperation between federal state sport associations and
 - general Practitioners (Bayern)
 - public/private companies (Thüringen),
 - building societies (Berlin),
 - institutions in the field of health and tourism e.g. Fitness-/Wellness- Anbieter (Schleswig-Holstein)
- Betreutes Wohnen/VHS
- one district of Munich (Neuperlach)
- out-patient care services

Hausarztzentrierte Ansätze der Gesundheitsförderung basieren auf dem Gedanken, dass der Hausarzt ein bedeutsamer und akzeptierter Ansprechpartner älterer Menschen ist. So liegt Projekten wie z.B. der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“ (Dapp et al. 2002) oder “Präventiven Hausbesuchen“ (Meier-Baumgartner et al. healthPROelderly – National Report Germany

2004; v. Renteln-Kruse et al., 2003) häufig eine Zusammenarbeit mit dem Hausarzt zugrunde. Darüber hinaus sind diese Ansätze häufig in kommunalen Settings eingebettet, wie sie z.B. im Rahmen der DHP, einem der bekanntesten Beispiele für gemeindebezogene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, umgesetzt wurden (DHP, 1998, 287ff).

Im Rahmen der DHP wurde mit dem Ansatz der „kommunalen Prävention/gemeindebezogenen Verhaltensmedizin“ ein arztzentrierter Zugang gewählt. Hier initiierte und koordinierte die örtliche niedergelassene Ärzteschaft präventive Maßnahmen in der Gemeinde. Von Vorteil war, dass bei diesem Ansatz – sofern die Gewinnung der Ärzteschaft für diese Aufgabe gelang - ein Träger präventiver Maßnahmen zur Verfügung stand, dem hohe Kompetenz für diesen Aufgabenbereich zugeschrieben wurde und der zudem innerhalb der Gemeinde hohe Akzeptanz besaß.

Das ebenfalls in der DHP umgesetzte Modell der kooperativen Prävention versuchte hingegen eine neue Organisation, ein sog. Studienzentrum, innerhalb der Gemeinden zu etablieren, wobei diese neue Organisation als Initiator, Organisator und Anbieter präventiver Maßnahmen agieren konnte. Maßgeblich war, dass es der neuen Organisation gelang, tragfähige Kooperationsbeziehungen zu anderen bestehenden Anbietern/Akteuren aufzubauen und deren Unterstützung anzufordern. Allerdings war das Studienzentrum bei der Wahl der Kooperationspartner und des Zugangs nicht auf die Ärzteschaft festgelegt. Vielmehr konnte dieses kompensatorisch auf bestehende Angebotslücken reagieren und fehlende Angebote selbst etablieren. In Verbindung mit attraktiven Kooperationsangeboten für bestehende Anbieter wurde denkbaren Konkurrenzkämpfen vorgebeugt und bereits die Überführung der Angebote in die lokale Struktur eingeleitet, was angesichts des begrenzten Untersuchungszeitraums notwendig war.

Beide Ansätze ermöglichten es in den beteiligten Kommunen eine Angebotsausweitung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu erzielen. Durch die öffentliche Thematisierung von Gesundheit wurde auch die Gemeindebevölkerung angeregt, das eigene Gesundheitsverhalten zu überdenken und positiv zu verändern, was zu einer verstärkten Nachfrage entsprechender Angebote führte. Das Ziel der Interventionen bestand darin, in den Gemeinden ein „präventives/gesundheitsförderndes Klima“ zu etablieren. Gelingt es Kommunen das Thema „Gesundheit“ mit unterschiedlichen alltäglichen Lebenszusammenhängen zu verknüpfen, können langfristig Verhaltensweisen und strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst werden.

Werle et al. (2006, 247ff). argumentiert in ähnlicher Weise für das kommunale Sportmanagement. Ein Vorteil der Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung im Setting Kommune besteht in der Erreichbarkeit der Bevölkerung in ihrem direkten Lebensumfeld. Die Interventionen umfassen einerseits die Veränderung von Organisationsstrukturen, andererseits die Steuerung und Gestaltung von Kooperationen und Kommunikationsprozessen zwischen den verschiedenen beteiligten Organisationen (z.B. Vereine, Krankenkassen, Kirchen).

Insbesondere für ältere Menschen erweist sich das Setting Kommune als besonders geeignet. Neben der Möglichkeit der Umsetzung Verhaltens- und Verhältnispräventiver Maßnahmen, gelingt es hier leichter vulnerable Zielgruppen (z.B. ältere Alleinstehende oder Migranten/innen) und auch die entsprechenden Akteure (z.B. Betriebe, Wohlfahrtsverbände) zu erreichen. Hier besteht zukünftig jedoch noch Handlungsbedarf. Auch wenn Gesundheitsförderung im Sinne der Daseinsvorsorge verfassungsrechtlich für Kommunen festgelegt ist, wurde diese gegenüber Aufsichts- und Kontrollaufgaben der örtlichen Gesundheitspolitik eher nachrangig behandelt. Darüber hinaus wurden (und werden) ältere Menschen selten als Zielgruppe kommunaler Gesundheitsförderung betrachtet. Eine „Gerontologisierung“ der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention stellt somit eine wichtige Voraussetzung dar (Naegele, 2004).

Betriebliche Gesundheitsförderung thematisiert u.a. Fragen älter werdender Mitarbeiter/innen (z.B. Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer/innen mit und trotz bedingter Gesundheit), aber auch Fragen der Wiedereingliederung (langzeit-) erkrankter (älterer) Beschäftigter. In der Bundesrepublik basiert die betriebliche Gesundheitspolitik insbesondere auf dem öffentlich-rechtlichen Gesundheitsschutz (ArbSchG; SGB VII) und der Betrieblichen Gesundheitsförderung (§20 SGB V)⁶³. Mit dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und der gesetzliche Unfallversicherung gehen für den Arbeitgeber verpflichtend Maßnahmen einher. Die betriebliche Gesundheitsförderung wurde erst seit den 1990er Jahren von einzelnen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften unterstützt. Hierbei handelt es sich jedoch um „freiwillige“ Maßnahmen, die aus wirtschaftlichem Eigeninteresse oder sozialer Verantwortung von den Unternehmen durchgeführt werden. Sie können ergänzend zum öffentlich-rechtlichen Arbeitsschutz wirksam werden (Oppolzer, 2005). Die Vorhaltung und der Umfang gesundheitsfördernder betrieblicher Maßnahmen hängen zudem maßgeblich von der Betriebsgröße ab (Werle et al.; 2006). Das ABI-Projekt zielte deshalb insbesondere darauf, ein alters- und altersgerechtes Gesundheitsmanagement in mittelgroßen Betrieben, die eher selten über entsprechenden Maßnahmen verfügen, aufzubauen (Tempel & Giesert, 2005).

Im Setting Pflegeheim wurden in den verschiedenen Projekten unterschiedliche Maßnahmen adressiert. Neben der Sturzprophylaxe und Bewegungsförderung wurden auch Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung, der kognitiven Leistungsfähigkeit und zur Zahngesundheit durchgeführt. Ackermann & Oswald (2006) kritisieren, dass trotz vorhandenen Wissens und erprobter therapeutisch-rehabilitativer Ansätze für Pflegeheimbewohner keine flächendeckende Umsetzung dieser Maßnahmen erfolgt, obwohl dies im Sinne einer aktivierenden Pflege wünschenswert wäre.

⁶³ Oppolzer (2005, 57f) zählt als weitere Säule Maßnahmen des Qualitätsmanagements (z.B. integriertes Management) auf. Die Gesundheit der Beschäftigten wird seit den 1980er zudem verstärkt im Kontext der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen diskutiert.

Problematisch erweisen sich dabei fehlende Qualitätskriterien und Standards hinsichtlich einer „aktivierenden und rehabilitativen“ Pflege. Auch die „paradoxe“ Auslegung des Pflegeversicherungsgesetzes wirkt sich diesbezüglich negativ aus (Forderung pflegerischer Maßnahmen und sozialer Betreuung (§§ 11 und 28 SGB XI) vs. ausschließliche Bezugnahme auf pflegerische Leistungen in Leistungskatalogen und in der entsprechenden Vergütung).

Die häusliche Umgebung der älteren Menschen eignet sich als Setting sowohl für Verhaltens- als auch für Verhältnispräventive Maßnahmen. Beispielhaft zu nennen sind hier präventive Hausbesuche, die i.d.R. beide Strategien verfolgen. Auch Maßnahmen der Wohnraumanpassung sind diesem Setting zuzuordnen.

Ergänzend ist anzumerken, dass auch das Internet als zielgruppenübergreifendes und räumlich unbegrenztes „Setting“ genutzt wird. So wurde im Rahmen des Bundesmodellprojektes "Richtig fit ab 50" ein Internet-Modul eingerichtet (www.richtigfit-ab50.de). Die Homepage bietet älteren Menschen umfangreiche Informationen zu Sportarten und Anbietern (z.B. Vereinen). Außerdem ist ein Ratgeber zu den Themen Fitness, Sport und Ernährung vorhanden und es werden konkrete Trainingsmaßnahmen beschrieben. Mittels eines umfassenden Informationsangebots und gezielter Aufklärung sollen Vorurteile abgebaut und die Motivation älterer Menschen für Sport und Bewegung gesteigert werden. (Stiehr & Ritter, 2005).

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass in Deutschland verschiedene WHO Aktivitäten, die als Handlungsstrategien auf die Ottawa-Charta zurückzuführen sind, bestehen z.B. das Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland und das Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Diese Netze enthielten jedoch keine weiterführenden Informationen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen, was für das letztgenannte Netzwerk auf den eingeschränkten Zugang zur Projektdatenbank zurückgeführt werden kann.⁶⁴

6.4 Inequality / Diversity / gender

Die Themen soziale/gesundheitliche Ungleichheit, Diversität und Geschlecht sind eng mit einander verknüpft. Die Überwindung sozio-ökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit stellt eine wesentliche Herausforderung für die zukünftige Gesundheitsförderung und Prävention dar. Diesbezüglich fallen zudem geschlechtsspezifische Unterschiede ins Gewicht, die sich im Alternsprozess insbesondere zu Ungunsten älterer Frauen hinsichtlich der materiellen Situation ergeben. So sind gegenwärtig ältere insbesondere alleinstehende hochaltrige Frauen häufiger als Män-

⁶⁴ Darüber hinaus besteht das Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), das aus einer Initiative des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) hervorgegangen ist und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt wird. Ziele des DNBGF sind die Förderung der Verbreitung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland und die Verbesserung der Kooperation zwischen allen nationalen Akteuren. Auch in diesem Netzwerk wurden keine weiterführenden Informationen entnommen.

ner von sozioökonomisch ungünstigen Lebensbedingungen betroffen, die sich negativ auf die Gesundheit der Frauen im Alter auswirken können (Kruse, 2002, 169).

Obwohl ältere Menschen gegenwärtig unterdurchschnittlich von Einkommensarmut betroffen sind (RKI, 2006,83; Lampert et al., 2005, 118), ist bei differenzierter Betrachtung eine Abhängigkeit der materiellen Lage im Alter von Geschlecht und Haushaltsgröße festzustellen: so ist die Armutrisikoquote insbesondere in Einpersonenhaushalten 65-jähriger und älterer Menschen erhöht (BMFSFJ, 2006,137; Lampert et al., 2005, 118). Hinsichtlich des Einkommens werden zudem Unterschiede im Ost-West-Vergleich deutlich: so stellen ältere ostdeutsche Männer (70 -85 Jahre) und Frauen (ab dem 55. Lebensjahr) die einkommensschwächsten Gruppen dar (DZA, 2005).

Weitere Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen hinsichtlich der Morbiditätsstrukturen und unterschiedlicher gesundheitsrelevanter Lebensstile. So ist die geringere Lebenserwartung der Männer neben bio-physischen und genetischen Dispositionen auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede in gesundheitsförderlichen Lebensstilen zurückzuführen, woraus Handlungsbedarf für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und –verhaltens der Männer abgeleitet werden kann (Kruse, 2002, 169). Deutliche Unterschiede zeigen sich auch im Inanspruchnahmeverhalten: so nehmen Frauen häufiger als Männer an gesundheitsfördernden Maßnahmen teil (Dapp et al. 2002b, 3ff; Kahl, Hölling & Kamtsiuris, 1999; Wiesemann et al. 2004). Auch die soziale Schicht beeinflusst das Inanspruchnahmeverhalten. Richter, Brand & Rössler, (2002, 421) stellen für Frauen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen und sozialer Schicht fest: so nahmen lediglich 4% der Frauen aus der Unterschicht gegenüber knapp 17% der Frauen aus der Oberschicht an entsprechenden Maßnahmen teil. Auch die Bereitschaft zur privaten Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen weist einen sozialen Gradienten auf: sie liegt in der Oberschicht bei knapp 60%, in der Mittelschicht bei 43% und in der Unterschicht bei 24%. Insgesamt betrachtet fällt der Anteil derjenigen, die noch nie an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilgenommen haben jedoch sehr hoch aus (Männer 83%, Frauen 75%) (Richter, Brand & Rössler, 2002). Einen bedeutenden Ansatz zur Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit stellt das Vorhaben „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) dar. Der gleichnamige Kooperationsverbund vereint die BzGA und Bundesverbände der Krankenkassen (BKK, AOK) sowie Vereinigungen, Zentralen und Arbeitsgemeinschaften der Länder zur Gesundheitsförderung. Dieser Zusammenschluss ermöglicht eine übergreifende Zusammenarbeit auf Projekt- und Maßnahmenebene (Lehmann et al. 2005). Zentrale Maßnahmen sind (ebd., 3):

- 1) Ein jährlicher Kongress zum Thema „Armut und Gesundheit“
- 2) Der Aufbau und die Verwaltung einer Datenbank, die ca. 2700 Projekte zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten enthält
- 3) Der Aufbau regionaler Knoten in den einzelnen Bundesländern

- 4) Ein begleitendes europäisches Modelprojekt „Closing the gap – Strategies to tackle health Inequalities in Europe“

Um die Angebotsqualität zu verbessern und gute Projekte zur Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten identifizieren und verbreiten zu können, entwickelte die Arbeitsgemeinschaft einen Kriterienkatalog für die Einschätzung von good-practice-Beispielen. Im Hinblick auf die folgende Projektauswahl im Kontext des eigenen Forschungsvorhabens werden die 12 Kriterien im Überblick dargestellt. Die ersten beiden Kriterien stellen Einschlusskriterien dar, die unbedingt erfüllt sein müssen; von den weiteren 10 Kriterien muss zumindest eins vorbildlich erfüllt sein. Dieses Vorgehen verhindert zum einen, dass Angebote mit unrealistischen Erwartungen überfordert werden. Zum anderen wird die besonders gute und deshalb nachahmenswerte Eigenschaft eines Projektes fokussiert. Dies ist von Vorteil, da i.d.R. eine vollständige Übertragung eines Angebots i.d.R. weder sinnvoll noch möglich ist. (Lehmann et al. 2005, 16ff):

- 1) Konzeption und Selbstverständnis (Es liegt eine Konzeption vor, die einen eindeutigen Zusammenhang zur Gesundheitsförderung/Prävention aufweist und eine darauf gerichtete Zielformulierung enthält. Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit wird explizit angestrebt.)
- 2) Zielgruppe (sozial Benachteiligte)
- 3) Innovation und Nachhaltigkeit
- 4) Multiplikatorenkonzept
- 5) Arbeitsweise (niedrigschwellig, aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend)
- 6) Partizipation
- 7) Empowerment
- 8) Settingsansatz
- 9) Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung (Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit, Abstimmung und Vernetzung im lokalen Umfeld mit anderen Akteuren; Sicherung von Nachhaltigkeit durch Einbindung der Projekte in Netzwerkstrukturen)
- 10) Qualitätsmanagement/Entwicklung
- 11) Dokumentation/Evaluation
- 12) Kosten-Nutzen-Relation

6.5 Sustainability

Die meisten Berichte beschreiben zeitlich begrenzte Interventionen/Programme/Maßnahmen. Nachhaltigkeit wird zwar in 33 Texten thematisiert. Zur Nachhaltigkeit gehört einerseits die Beständigkeit der Angebotsstrukturen, andererseits die Effekte bei den Adressaten.

Hinsichtlich der Beständigkeit der Angebotsstrukturen zeigen sich deutliche Unterschiede. Bei den für den deutschen Gesundheitspreis 2005 prämierten oder nominierten Projekten war beispielsweise ein Teil der Maßnahmen bereits mehrere Jahre etabliert. Andere Projekte wiesen hingegen eine zeitliche Begrenzung auf. In Einzelfällen wurde erwähnt, dass über eine Verlängerung und Weiterfinanzierung des Projektes jährlich neu verhandelt wird.

Dapp et al. (2002a, 9f) erzielten im Rahmen der Erarbeitung individueller Vorschläge zur Veränderung des Lebensstils, die u.a. konkrete Hinweise auf wohnortnahe gesundheitsfördernde Maßnahmen umfassten, nachhaltige Effekte. Ein halbes Jahr nach der Aussprechung der Empfehlungen wurden die Teilnehmer/innen befragt, welche Maßnahmen umgesetzt wurden. Es zeigte sich, dass ein Großteil der Teilnehmer/innen mindestens eine Empfehlung des Gesundheitsberater-Teams regelmäßig im Alltag umsetzte.

Darüber hinaus ist zu betonen, dass die Nachhaltigkeit des Projektes in engem Zusammenhang mit der Akzeptanz des Ansatzes durch die älteren Menschen zu sehen ist, die für den Ansatz der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“ als hoch bewertet werden kann. Knapp Dreiviertel der Teilnehmer/innen betrachtete zudem eine finanzielle Eigenbeteiligung als vertretbar. Somit erscheint eine Fortführung des Projektes auch außerhalb von Modellbedingungen möglich. Die anschließende Projektverlängerung (Hausarztstudie Teil 3). zielte u.a. auf den Ausbau und die Festigung von Organisations- und Netzwerkstrukturen und die Schaffung von Finanzstrukturen in der Regelversorgung (Meier-Baumgartner, Dapp & Anders, 2006, 3⁶⁵).

Auch die Anbindung gesundheitsfördernder Maßnahmen in bestehenden und akzeptierten Strukturen trägt zur Nachhaltigkeit bei. Beispielweise bestand neben der Akzeptanz ein weiteres Vorteil des arztzentrierten Ansatzes in der DHP darin, dass dieser durch die Ansiedlung bei niedergelassenen Ärzten keiner zeitlichen Begrenzung, z.B. durch den Untersuchungszeitraum, unterlag. (DHP, 1998, 287ff).

6.6 Cost-effectiveness

Mittels Kosten-Effektivitäts-Analysen werden medizinische Ergebnisse einer Maßnahme in physischen Einheiten (z.B. Senkung des Blutdrucks in mm Hg, schmerzfreie Gehstrecke, gewonnene Lebensjahre oder Vermeidung von Erblindung) gemessen. Die Bewertung von Kosten und Nutzen präventiver Maßnahmen ist mit verschiedenen Problemen behaftet, wobei eines davon der i.d.R. erst zukünftig eintretende Effekt dieser Maßnahmen ist. Mangels Langzeitstudien werden Kosten und Nutzen dieser Maßnahmen oftmals durch Modellrechnungen geschätzt. Standardisierte Erfolgskontrollen von Präventionsmaßnahmen stellen in der BRD eine Aus-

⁶⁵ 29.01.2007 from

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hausarztstudie3,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>

nahme dar, ökonomische Evaluationen werden nur selten durchgeführt. (Plamper, Stock & Lauterbach, 2004)

In der vorliegenden Literatur adressieren 26 Texte das Thema cost-effectiveness in unterschiedlichem Ausmaß, davon beinhaltete eine Untersuchung eine gesundheitsökonomische Evaluation. Manstetten & Wildner (2002) führten im Kontext der Machbarkeitsstudie für geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen eine vergleichende Kostenanalyse durch, die zum einen die Kosten und evtl. Einsparungen, zum anderen die vermiedenen Pflegefälle einbezieht (Kosten-Effektivitäts-Analyse). Die gesundheitsökonomische Evaluation bezieht sich allerdings nicht auf die in der Studie generierten Daten; auch hier handelt es sich um Modellrechnungen. Ein weiterer umfangreicher Modellversuch wird zur Absicherung weiterer offener Fragen auch hier als notwendig erachtet. Darüber hinaus wurde der Gesundheitszustand erfasst, das Assessment und die Hausbesuche sowie die Zugangskriterien durch die Teilnehmer/innen bewertet.

Einige Maßnahmen berücksichtigten im Rahmen der Evaluation verschiedene physische Einheiten. So wurden im Rahmen der DHP (1998) Effekte der Interventionen durch Veränderungen der Belastung der westdeutschen Bevölkerung bei ausgewählten Risikofaktoren (Blutdruck, Cholesterin, Übergewicht, Rauchen) ermittelt. Wiesemann et al. (1997) ermittelte die Effekte der Maßnahmen mittels eines Fragebogens, der sich auf das Gesundheitswissen und -verhalten der Teilnehmer/innen bezog. Hesseker (2005) berücksichtigte die Dokumentation des Gesundheitsstatus, insbesondere das Gewicht sowie Ess- und Trinkprotokolle.

In einigen Untersuchungen wurden andere Bewertungsmaßstäbe zugrunde gelegt wie z.B. Teilnehmerraten oder die Bewertung der Maßnahmen aus Sicht der Teilnehmer/innen. Beispielhaft zu nennen ist die Evaluation des Bundesmodellprojektes "Richtig fit ab 50". Diese umfasste die Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Landessportbünden und den unterschiedlichen externen Partnern, die Bewertung der unterschiedlichen Angebote hinsichtlich Effizienz, Effektivität und Nachhaltigkeit aus Sicht der Teilnehmer/innen (Stiehr & Ritter, 2005). Dapp et al. (2002) legten für die Bewertung der Effektivität der Maßnahmen den Umfang der im Alltag umgesetzten Empfehlungen zugrunde.

6.7 Consumer involvement

Eine Nutzerbeteiligung wird in 33 Texten angesprochen. Sofern es sich um Interventionsstudien handelte, ist eine Nutzerbefragung zur Erfassung von Effekten oder zur Bewertung von Maßnahmen häufig fester Bestandteil. Obwohl die Bedeutung des Einbezugs der Adressaten bei der Angebotsentwicklung generell als notwendig erachtet wird, übernehmen i.d.R. Experten die Entwicklung, Planung und Durchführung von Maßnahmen (Scheuermann, et al., 2000,1594; Walter & Schwartz, 2001). Scheuermann, et al. (2000,1594) weisen darauf hin, dass durch eine expertenzentrierte Angebotsentwicklung auch die Nachhaltigkeit negativ beeinflusst werden kann.

Durch die verbreitete Anwendung von Strategien des Empowerment gelingt jedoch die Beteiligung älterer Menschen als „Ko-Produzent“ von Gesundheit.

6.8 Multidisciplinarity

Multidisziplinarität in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen wird in 25 Texten thematisiert. Beispielhaft ist an dieser Stelle das Konzept „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zu benennen, dem ein interdisziplinärer Ansatz zugrunde liegt. Das Gesundheitsberater-Team wird von einer geriatrisch ausgebildete Ärztin geleitet und beteiligt Vertreter/innen der Ökotrophologie, Physiotherapie und Sozialpädagogik (Dapp et al., 2002a, 5ff). Auch das Projekt „Gesund älter werden“ (Perschke-Hartmann, 2005), das dem Ansatz präventiver Hausbesuche zuzuordnen ist, arbeitet mit einem multidisziplinären Team aus Krankenschwestern, Sozialpädagogen, Psychologen, Sozialwissenschaftlern und Ernährungsberatern. Diese informieren und begleiten Versicherte der AOK Hannover, die zwischen 68 und 79 Jahre und nicht pflegebedürftig sind. Für ältere Migranten/innen kommt außerdem der mehrsprachigen Zusammensetzung der Teams Bedeutung zu; so beschreibt Wohlrab (2004), dass im Rahmen eines Modellvorhabens zur Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe sog. bilinguale Mitarbeiter -"Tandems" gebildet wurden.

6.9 Other issues

0

7 Conclusions/summary

Ziel der vorliegenden Literaturrecherche war eine Beschreibung des gegenwärtigen Stands der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland. Dafür wurden ausschließlich wissenschaftliche Arbeiten zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen betrachtet. Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind Gegenstand unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen. Von der untersuchten Literatur entfielen auf die folgenden Disziplinen jeweils mehr als zehn Treffer: Gerontologie/Geriatrie (n=18), Public Health (n=13), Medizin (n=12), Psychologie (n=11) und Sozial-/Präventionsmedizin (n=10). Weitere 24 Titel wurden unter Sonstiges zusammengefasst; davon entfielen fünf Nennungen auf Sportwissenschaften/Physiotherapie, jeweils drei Nennungen auf Medizinsoziologie und Versorgungsforschung, gefolgt von Psychogerontologie (n=2) und weiteren Einzelnennungen (n=11). Ähnlich wie in anderen Themengebieten (z.B. Lebensqualität) ist für das Konzept der Gesundheitsförderung festzuhalten, dass hierunter verschiedene Forschungsaktivitäten aus verschiedenen Disziplinen mit unterschiedlichen Schwerpunkten zu finden sind (vgl. auch Werle et al., 2006, 65).

Die Literaturrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; dies bereits allein aus dem Grund, weil in der vorliegenden Arbeit ausschließlich Texte berücksichtigt wurden, die unter der Überschrift „Gesundheitsförderung und Prävention“ standen. Ergebnisse zu positiven Gesundheitseffekten sind jedoch auch in anderen wissenschaftlichen Arbeiten enthalten, die bei der Recherche nicht berücksichtigt wurden, weil sie keinen direkt Bezug zum Thema Gesundheitsförderung/Prävention für ältere Menschen aufweisen. So wurde beispielsweise nicht differenziert nach Versorgungsbereichen (z.B. Medizin, Pflege, Rehabilitation) gesucht, sondern eine offene Recherche unter den Oberbegriffen „Prävention und Gesundheitsförderung“ durchgeführt. Dies bot einerseits die Möglichkeit, die zahlreichen Facetten von Gesundheitsförderung für ältere Menschen aufzuzeigen. Auffallend ist, dass Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Sicherheit (hier insbesondere Sturzprävention) sowie die Verhütung von Krankheiten überwiegen. Soziale Teilhabe und die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Beeinflussung von Suchterkrankungen (Alkohohl-/Medikamentenabhängigkeit) im Alter werden seltener im Kontext von Gesundheitsförderung thematisiert. Andererseits konnte durch den breiten Zugang nur eine überblicksartige Beschreibung der einzelnen Themen erfolgen.

Gegenwärtig bedeutsame und sich gegenseitig ergänzende präventive Konzepte für die zweite Lebenshälfte sind „Präventive Hausbesuche“ und das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (v. d. Knesebeck et al., 2006, 168ff). Präventiven Hausbesuchen liegt eine Bring-Struktur zugrunde. Aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse zur Wirksamkeit dieses Ansatzes, sind sie in Deutschland bislang kein Bestandteil der Regelversorgung. Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ weist eine Komm-Struktur auf. Unter Rückgriff auf das Empowerment-Konzept werden die Bereiche, die der Eigenverantwortung unterliegen, nämlich Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe fokussiert. Hervorzuheben ist zudem, dass es sich

um „maßgeschneiderte“ Maßnahmen handelt, d.h. individuell angepasste Gesundheitsförderungsempfehlungen. Letztlich ist aber auch dieses Programm (noch) kein Bestandteil der Regelversorgung (s. zu beiden Ansätzen auch die vorangegangene Kapitel).

Zusammenfassend können für die Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland folgende Merkmale und zukünftige Anforderungen festgehalten werden:

Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen - Verabschiedung und Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Die aktuelle Debatte zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik wird maßgeblich durch die zunehmende Wahrnehmung gesellschaftlicher Probleme, die sich u.a. auch im Kontext des demographischen Wandels ergeben, befördert. Somit wird vor dem Hintergrund der zunehmenden Lebensspanne des Einzelnen der Gesundheitsförderung und Prävention gesellschaftliche und individuelle Bedeutung zugeschrieben, was an der Fülle der aktuellen Publikationen, Modellvorhaben, Projekte und politischen Initiativen deutlich wird. Der Bedeutsamkeit und Dringlichkeit des Themas, insbesondere im Hinblick auf die ältere und älter werdende Bevölkerung, steht jedoch gegenwärtig eine fehlende gesetzliche Verankerung neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege gegenüber.

Multidimensionaler Ansatz - Förderung der Berücksichtigung von kognitiver, psychischer und sozialer Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsförderung

In der Bundesrepublik liegen umfangreiche Untersuchungen zu den klassischen Risikofaktoren, die für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Bedeutung und für eine erhöhte Mortalität verantwortlich sind, vor. Nur wenig ist bislang über gesundheitsfördernde Faktoren bekannt wie z.B. individuelle und soziale Gesundheitsressourcen. Während individuelle Gesundheitsressourcen „interne Kontrollüberzeugungen“ und „Kohärenz-Sinn“ umfassen, beziehen sich soziale Gesundheitsressourcen auf das Potential sozialer Unterstützung. Auch hinsichtlich damit verbundener statusspezifischer Unterschiede besteht noch erheblicher Forschungsbedarf (Mielck & Helmert, 2006, 620). Das Konzept „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, das Interventionen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Soziales umfasst, stellt in dieser Hinsicht ein positives Beispiel dar (Dapp et al., 2002a, 5ff). Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, werden psychische Aspekte im Kontext der Gesundheitsförderung für ältere Menschen bislang jedoch seltener berücksichtigt.

Umsetzung von Verhaltens- und Verhältnisprävention

In der Prävention und Gesundheitsförderung ist eine anhaltende Fokussierung verhaltensorientierter Maßnahmen zu verzeichnen. Bei der Entwicklung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien muss deshalb berücksichtigt werden, dass „das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen sowohl vom persönli-

chen Verhalten als auch von Fehlanreizen, Barrieren und Belastungsfaktoren in der räumlichen, sozialen, institutionellen und rechtlichen Umwelt beeinflusst sind“ (Kruse (2005, 72). Vor dem Hintergrund eines umfassenden Gesundheitsbegriffes benennt Kruse (2002, 18f) folgende Präventionsziele: Identifikation und Beeinflussung von Risikofaktoren (in der Person und/oder Umwelt) und Lebenslagemerkmale,

- die körperliche und psychische Erkrankungen begünstigen/hervorbringen oder
- die Einschränkungen von Funktionen und Fertigkeiten und des Wohlbefindens nach sich ziehen können.

Überführung guter Praxismodelle in die Regelversorgung und Vernetzung bestehender Angebote

Da in Deutschland bereits eine Vielzahl von gesundheitsfördernden und präventiven Projekten für die zweite Lebenshälfte existieren, besteht zukünftiger Handlungsbedarf für die Umsetzung eines integrierten Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzeptes u.a. darin (Kruse, 2004, 53ff⁶⁶):

- die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit der Projekte zu sichern
- die Vernetzung von Projekten und den Aufbau von Kooperationen der beteiligten Akteure (z.B. zwischen Medizin, Pflege und Krankenkassen) anzustreben
- die Projekte bundesweit bekannt und zugänglich zu machen

Hinsichtlich der Vernetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten und der Information der Adressaten schreibt Kruse (2004, 57f) den Krankenkassen, insbesondere aber den Kommunen eine herausragende Bedeutung zu. Information, Koordination und Vernetzung könnten dabei einerseits in vielfach bestehenden kommunalen/regionalen „Seniorenleitstellen“ angesiedelt werden, andererseits können diese mittels Gesprächsforen auf kommunaler oder regionaler intensiviert werden.

Eine wesentliche Voraussetzung für den zukünftigen Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention stellt die Berücksichtigung dieser Thematik in Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinisch-pflegerischer Berufe dar, wobei insbesondere den Pflegeprofessionen Bedeutung zukommt (vgl. auch Weidner et al., 2004).

Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung: umfassende Information, frühzeitige Risikoerfassung, Zugang

Werle et al. (2006, 263) befassten sich mit dem Gesundheitsförderung für ältere Menschen durch Sportliche Aktivierung. Sie machen darauf aufmerksam, dass die Stichproben bei sportwissenschaftlichen Studien im mittleren und höheren Erwachsenenalter hochselektiv sind, d.h. dass i.d.R. (ehemalige) Sportler/innen einbezogen werden und die Normalbevölkerung oder Nicht-Sportler/innen unberücksichtigt blei-

⁶⁶ 26.01.07 from <http://www.optiserver.de/gesund-im-alter/gutachtenkruse.pdf>
healthPROelderly – National Report Germany

ben. Ähnlich dürfte es sich auch bei anderen Untersuchungen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Menschen verhalten: es werden überwiegend diejenigen erreicht, die bereits einen gesundheitsfördernden Lebensstil aufweisen.

Vor dem Hintergrund einer insgesamt geringen Inanspruchnahmerate bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung sehen Kahl, Holling & Kamtsiuris (1999) weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich der Einstellungen und Motive, die u.a. auch die ältere Bevölkerung zur Teilnahme oder Nichtteilnahme bewegen. Eine Herausforderung besteht darin, Menschen, die bislang keine oder nur vereinzelt entsprechende Maßnahmen wahrnehmen (z.B. Angehörige unterer Sozialschichten), zu motivieren und einzubeziehen (Kruse, 2004, 53ff⁶⁷; Wiesmann et al., 2006). Kruse (ebd.) schreibt in dieser Hinsicht auch der positiven Beeinflussung gesellschaftlicher und individueller Altersbilder wesentliche Bedeutung zu.

Ausreichende und frühzeitige Informationen über gesundheitsrelevante Themen (Döhner 2001) mit dem Ziel eines hohen Maßes an Selbstbestimmung sind ebenso notwendig wie eine frühzeitige Risikoerfassung, entsprechende Beratung und Hinweise auf gesundheitsfördernde Maßnahmen (vgl. u.a. Dapp et. al., 2002; Kruse 2002; Meier-Baumgartner et al., 2004; v. Renteln-Kruse, et al., 2003). Darüber hinaus kommt einem niedrigschwelligen Zugang Bedeutung zu: je nach Gesundheitszustand sind dabei Komm- oder aufsuchende Bringstrukturen zu etablieren. Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund stellt zudem die Überwindung sprachlicher Barrieren eine Notwendigkeit für die Inanspruchnahme dar (Wohlrab, 2004; Schnabel & Schopf, 2006). Der Zugang zu den Angeboten wird außerdem durch die Anbindung von Stadtteilen an den ÖPNV beeinflusst (Hikl & Bill, 2005).

Spezifizierung von Ziel- und Altersgruppen

Hinsichtlich der Zielgruppen fällt auf, dass überwiegend „aktive“ „gesunde“ und in Privathaushalten lebende ältere Menschen adressiert werden. Der Einbezug gesundheitlich stark beeinträchtigter älterer Menschen steht noch aus (Wiesmann et al., 2006). Besondere Aufmerksamkeit muss zukünftig somit dem Thema Gesundheitsförderung und Ressourcenerhalt trotz und mit chronischer Krankheit gewidmet werden (Garms-Homolova & Schaeffer, 2003, 685). Ebenso fehlen bislang für ältere Menschen in Pflegeheimen entsprechende Interventionen wie z.B. präventive Hausbesuche (Thomas & Steinhagen-Thiessen; 2004, 194). Auch ältere suchtkranke Menschen sowie ältere Menschen mit Behinderung wurden im Rahmen der Recherche nicht, oder letztgenannte nur vereinzelt, als Zielgruppe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert. Die Altersgruppen variieren zudem je nach Maßnahme; auffallend ist eine seltenere Berücksichtigung/Beteiligung von Hochaltrigen, die vor dem Hintergrund des demographischen Wandels als Zielgruppe an Bedeutung gewinnen werden.

⁶⁷ 26.01.07 from <http://www.optiserver.de/gesund-im-alter/gutachtenkruse.pdf>

8 References

- Altgeld, T. & Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber Verlag, Bern.
- Anders, J. & Dapp, U. (o.J.). Modul 4. Integration freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements: „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ (Altentagesstätten). 31.01.07 von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hausarztstudie3,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>
- Apitz, R. & Winter, S.F. (2003). Prävention und Gesundheitsförderung als Ziele nachhaltiger Gesundheitspolitik in Deutschland. Prävention - Zeitschrift für Gesundheitserziehung, 26 (3), S. 67-71.
- Apitz, R. & Winter, S.F. (2004). Potenziale und Ansätze der Prävention - aktuelle Entwicklungen in Deutschland. In: der Internist, 45 (2), S. 2-15.
- Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K. & Naegele, G. (2000). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Bd. 2. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Bauch, J. (2005). Prävention als symbolische Politik: Zur Einschätzung des Präventionsgesetzes aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitserziehung, 28 (2), 41-44.
- Baum, K. (2002). Die Bedeutung körperlichen Trainings in der Prävention bei älteren Menschen. In: Therapeutische Umschau, 59 (7), S. 323-327.
- Becker, C. et al (2006). Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden hilfs- und pflegebedürftigen Älteren. Stuttgart & München: xxx.
- Bender-Nickel, A. (2005). Wann ist der Mann ein Mann? Bedürfnisse von Männern in Altenheimen. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.) .Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Benz, C. & Haffner, C. (2005). Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.) .Deutscher Präven-

tionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.

Bickel, H. (2000). Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Das Gesundheitswesen, 62, S. 211 – 218.

Bickel, H. (2001). Epidemiologie von Demenz und Pflegebedürftigkeit. In: Bickel, H. (Hrsg.). Demenz und Pflegebedürftigkeit. Beiträge zum gemeinsamen Symposium von Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern. Berlin: Meta Data.

Brunner, T. (2002). Ernährungsbewusstsein und sportliche Aktivität im Alter. In: Basler, H.-D. & Keil, S. Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter. Graftschaff: Vektor-Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005). Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

BMFSFJ (Hrsg.). (2004). Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Lage: Verlag Hans Jacobs.

BMFSFJ (Hrsg.).(2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bonn: Bonner Universitäts – Buchdruckerei.

BMFSFJ (Hrsg.).(2006). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters inWirtschaft und gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Druck Vogt GmbH, Berlin.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit), (Hg.) (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn.

BMGS (2003). Bericht. Auszug der Ergebnisse von AG 6 Tabakkonsum reduzieren.
15.12.2006 von

http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/tabak/docs/1/files/030214_bericht_final1_ag6.pdf

BMGS (2006). Bericht. 6. nationales Gesundheitsziel. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. 15.12.2006 von http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/depression/docs/1/files/Gesundheitsziele_Depression_BMG_01-03-06.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005). Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (2005). (Hrsg.). Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung am 23. November 2005 in Bonn. Dokumentation. 07.01.2007 from http://www.forumpraevention.de/forumpraevention_1234/images//Downloads/Doku_Experten_Hearing_Praev_Hausbesuch.pdf

Coll-Planas, Kroh, M., Sander, S., Reißmann, U., Becker, C. & Nikolaus, Th. (2006). Accidental falls among community-dwelling older adults. Improving the identification process of persons at risk by nursing staff. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, S. 277-282.

Dapp, U., Anders, J. & Meier-Baumgartner, H.P. (2002a). Teil 1 Kurzbeschreibung "Aktive Gesundheitsförderung im Alter". Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

Dapp, U., Anders, J. & Meier-Baumgartner, H.P. (2002b). Teil 3 Aktive Gesundheitsförderung im Alter: Ausgewählte Ergebnisse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

Dapp, U., Anders, J. & Meier-Baumgartner, H.P. (2002c). Teil 4 Curriculum für die Fortbildung zum / zur Gesundheitsberater/in „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

Deitert, Ch. Lammerding, U., Stienen, U., Temme, p., Urbanek, R., Steenblock, M., Winter, G. & Zielke-Nadkarni, A (2000). Projekt zur Unterstützung sehbehinderter alter Menschen: „Entwicklung eines Ratgebers für den kommunalen Bereich Münster“. In: Pflege, 13 (3), S. 160-168.

- Denk, H., Pache, D. / Rieder, H. (1997). Zur Bedeutung von Bewegungs- und Sportaktivitäten im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30 (4), S. 311-320.
- Deutscher Bundestag (1996). Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel, Ingrid Becker-Inglau, Dr. Ulrich Böhme (Unna), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 13/3343- Drucksache 13/5257 vom 10.07.1996. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/13/052/1305257/asc> Stand: 15.06.03.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2001). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Drucksache 14/5660.
- Deutscher Bundestag (2002). Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel –Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Drucksache 14/8800 14. Wahlperiode.
- Deutscher Bundestag (2003). Prävention im deutschen Gesundheitswesen nimmt eine nachgeordnete Stellung ein.
- Dt. Diabetes Gesellschaft (2006). Methodology for the Preparation and Revision of Guidelines from the German Diabetes Association (DDG). 31.01.2006 von http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/METHODOLOGY_05_2006.pdf
- Ding-Greiner, C., Lang, E.(2004). Altersprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen. In A. Kruse & M. Martin (Hg.) Enzyklopädie der Gerontologie (S.182-206). Bern: Huber & Hogrefe
- DNQP (Hrsg.). (2006). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Schriftenreihe des DNQP, Osnabrück.
- Döhner, H. (2001). Information und Beratung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und –versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 24, S. 48-55.

- DZA (2005). Der Alterssurvey - Die materielle Lage in der zweiten Lebenshälfte (Presseinformation). Berlin: BMFSFJ.
- Ellert, U., Wirz, J. & Ziese, T. (2006). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle) – Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Feise, H. (2005). gEMiDe. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.) .Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Forschungsverbund DHP. (Hrsg.). (1998). Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Huber Verlag, Bern.
- Freiberger, E. & Menz, H.B. (2006). Merkmale bei körperlich aktiven, zu hause lebenden alten Menschen. Ergebnisse der „Standfest im Alter“ Studie. Huber Verlag: Bern.
- Garms-Homolova, V. & Schaeffer, D. (2003). Ältere und Alte. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.). Das Public-Health Buch. Urban & Fischer Verlag, München, Jena.
- Gräßel, E. (1998). Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Egelsbach, Frankfurt, a.M., Washington: Verlag Dr. Hänsel-Hohenhausen.
- Gressler, H. (2005). Akademie für Ältere. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.) .Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Häring, H.-U. & Fritsche, A. (2005). Prävention des Typ-2-Diabetes. TULIP-Studie – Tübinger Lebensstil Interventionsprogramm. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.

- Helmchen, H., Balthes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: BASE
- Helmert, U. (2003). Individuelle Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Mortalitätsentwicklung in Deutschland im Zeitraum 1984 bis 1998.. In: Das Gesundheitswesen, 65 (10), S. 542-547.
- Heseker, H. (2005). PATRAS – Paderborner Trainingsstudie. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.) (2005). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Hikl, R., Bill, P. (2005). „aktiv55plus“ Abschlussbericht: Anregung für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Kleinstadt. Gefunden Dezember 2006 unter <http://www.aktiv55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf>
- Hoevels, R. (2005). Begleitung älterer demenzkranker Menschen und ihrer Familien in Mannheim-Süd. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Hopp, R. (2005). Schlaganfallprävention. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Huber, A. (2002). Strategien zur altersgerechten Gestaltung von Gruppenarbeit - Gesundheitsförderung und Qualifizierung. Handlungshilfe zur Durchführung betrieblicher Workshops mit Vorgesetzten und Mitarbeitern. Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit. Stuttgart.
- Humbach, M. & Apel, M. (1998). Gesundheitsförderung für pflegende Familienangehörige von Menschen, die an der Alzheimer-Krankheit oder verwandten mentalen Störungen leiden. Handbuch für Gruppenleiter. Modul 1. Einführung und Empfehlungen für Gruppenleiter. 31.01.07 von http://www.uni-koeln.de/ew-fak/Klein/docs/ge_mod01.rtf

- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber Verlag, Bern.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim und München.
- Immler, H. (2005). SchwertfischKonzept. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Kahl, H., Holling, H. & Kamtsiuris P. (1999). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. In: Das Gesundheitswesen, 61, 163-168.
- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.). Das Public-Health Buch. Urban & Fischer Verlag, München, Jena.
- Knesebeck, v.d., O., Döhner, H., Kaduszkiewicz, H., Bussche, v.d., H. & Renteln-Kruse, v., W. (2006). Forschung zur Versorgung im höheren Lebensalter – Prävention, Case Management und Versorgung von Demenz. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (2), S. 167-174.
- Kolip, P. & Altgeld, T. (2006). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Kolip, P. & Altgeld, T. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa: Weinheim.
- Krämer, K. (2002): Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege – Handlungsleitfaden für eine altersgerechte Personalentwicklung. Informationen und Erfahrungen aus einem Beratungsprojekt. Stuttgart.
- Kreuter, H.-H. (2005). Beratungsservice Wohnraumanpassung. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.

- Kruse, A. (2002). *Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.
- Kruse, A. (2004). *Erhaltung von Gesundheit im Alter: Praktische Aufgabengebiete der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Möglichkeiten der Umsetzung*. Bundesvereinigung für Gesundheit.
- Kruse, A. (2005). *Prävention und Gesundheitsförderung im Alter*. In: Böcken, J., Braun, B., Schnee, M. & Amhof, R. (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmannstiftung: Gütersloh.
- Kuhlmei, A. (2006). *Gesund altern – geht das?* In: *G+G Wissenschaft (GGW)*, 6 (1), S. 7-13.
- Lademann, J. (2005). *Ergebnisse der Expertise „Gesund altern – Ansätze für zielgruppengerechte Prävention und Gesundheitsförderung. Dokumentation des Expertinnen- und Experten-Workshops "Gesundes Alter" der BZgA am 09. März 2005 in Köln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*
- Lampert, T. (2000). *Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen*. In Backes, G. M. & Clemens, W. (Hrsg.). *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Leske und Budrich, Opladen.
- Lampert, T., Saß A.-C., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Sala Druck, Berlin.
- Landtag NRW (Hrsg.). (2004). *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online Publikation. 22.01.2007 from http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/VorblattGutachten.jsp*
- Lehmann F. (2005). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen*. BZgA, Köln. 01.12.2005 von <http://www.bzga.de/pdf.php?id=df0211e4054429896a7fe5568c7c7e99>

- Manstetten, A. & Wildner, M. (2002). Machbarkeitsstudie. Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht. München.
- Mayer, K. U. & Wagner, M. (1996). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: Mayer, K.U. & Baltes, B.P. (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin.
- MDS (2006). Dokumentation 2004. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. 02.02.07, from <http://www.mds-ev.org/index2.html>
- Meier-Baumgartner, H.P., Dapp, U. & Anders, J. (2004). Aktive Gesundheitsförderung im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. In: Das Gesundheitswesen, 66 (11), S. 765-769.
- Menning, S. (2006). Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. 31.01.07 von http://www.dza.de/gerostat/report01_2006.pdf
- Mielck, A. & Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa: Weinheim & München.
- Morschhäuser, M. (2005). Gesundheit im Erwerbsverlauf. Bedeutung und Ansatzpunkte einer altersgerechten Arbeits- und Personalpolitik. In: Schott, T. Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer. Juventa: Weinheim & München.
- Naegele, G. (2004). Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein neues Handlungsfeld für die Sozialpolitik. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 4, S. 20-28.
- Nehen, H.G. (1998): Rehabilitation in der Geriatrie aus Sicht verschiedener Disziplinen. In A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Intervention. Göttingen: Hofgrete. S. 127-139.
- Oppolzer, A. (2005). Betriebliche Gesundheitspolitik und betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Zeitschrift für Sozialreform, 51 (SH), S. 57-71.

- Oswald, W. D., Hagen, B. & Rupprecht, R. (2001). Nichtmedikamentöse Therapie und Prävention der Alzheimer Krankheit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, 116-121.
- Oswald, F., Naumann, D., Schilling, O. & Wahl, H.-W. (2005). Selbständig wohnen im sehr hohen Alter - Ergebnisse aus dem Projekt ENABLE-AGE. In: Klie, T., Buhl, A., Entzian, H., Hedtke-Becker, A. & Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.). Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Mabuse-Verlag: Frankfurt, a.M.
- Oswald, W. D., Ackermann A. & Gunzelmann, T. (2006). Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 19 (2), S. 89-101.
- Perschke-Hartmann, C. (2005). Gesund älter werden. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Plamper, E., Stock, S. & Lauterbach, K.W. (2004). Kosten und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber Verlag, Bern.
- Reglin, P. (2005). Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Renteln-Kruse, v., W., Anders. J., Dapp, U. & Meier-Baumgartner, H.P. (2003). Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36 (5), 378-391.
- Richter, M., Brand, H. & Rössler, G. (2005). Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. In: Das Gesundheitswesen, 64 (7), S. 417-423.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2004). Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Robert-Koch-Institut, Berlin.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2002). Gesundheit im Alter. Agit-Druck, Berlin.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Oktoberdruck, Berlin.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Gesundheit in Deutschland. Verlag Robert Koch Institut, Berlin.

Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T. & Ziese, T. (2005). Körperliche Aktivität. Verlag Robert Koch Institut, Berlin.

Scheuermann, W., Razum, O., Scheidt, R., Wiesemann, A., Frankenberg, v., H., Topf, G. & Nüssel, E. (2000). Effectiveness of a decentralized, community-related approach to reduce cardiovascular disease risk factor levels in Germany. In: European Heart Journal, 21 (9), S. 1591-1597.

Schneekloth, U., Potthoff, P., Piekara, R. & Rosenblatt, von B. (1996). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Schmidt, I. (2005). Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige; Ein Projekt im Rahmen der Ausbildung zur Public Health Nursing. In: Pflege Aktuell, 59 (2), S. 82-85.

Schnabel, E. & Schopf, C. (2006). Projekt: Internationale Begegnungstätte. Vortragsreihe "Gesundheit für ältere Migranten/innen und Deutsche". Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Dortmund

Spierling, A., Spierling, A. & Grundmann, U. (2005). Begleitetes Wohnen e.V. In: Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.

Steinhagen-Thiessen, & Borchelt, (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K.U. & Baltes, B.P. (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin.

- Stiehr, K. & Ritter, J. (2005). Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Bundesmodellprojekt „Richtig fit ab 50“. Institut für soziale Infrastruktur (isis). Frankfurt a. M.
- Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.) (2005). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Druckerei festge, Oelde.
- Stolzenberg, H. (2002). Gesundheitssurveys in Deutschland. In: RKI. (Hrsg.). Der Bundes-Gesundheitssurvey – Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland. Medien und Kommunikations GmbH, Berlin.
- Stuck, A.E., Elkuch, P., Dapp, U., Anders, J., Iliffe, S. & Swift, C.G. (2002). Feasibility and yield of a self-administered questionnaire for health risk appraisal in older people in three European countries. In: Age and Ageing, 31, 463-467.
- Tempel, J. & Giesert, M. (2005). Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Fakten und Chancen des Alters und Alterns im Arbeitsleben. <http://www.abi-nrw.de/mediabig/267A.pdf>
- Tesch-Römer, C. (2005). Gesundes Alter - Psychosoziale Determinanten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Hrsg.). Dokumentation des Expertinnen- und Experten-Workshops "Gesundes Alter" der BZgA am 09. März 2005 in Köln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Thomas, H.P. & Steinhagen-Thiessen, E. (2004). Prävention von Behinderung im Alter. In: Internist, 45 (2), S. 189-195.
- Ulbricht, S., Meyer, C., Schumann, A., Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U. & John, U. (2004). Förderung der Intention zur Tabakabstinenz bei Patienten in der hausärztlichen Praxis. In: Das Gesundheitswesen, 66, S. 518-521.
- Walter, U. (2004). Wahrnehmung rechtlicher präventiver Regelungen und Implikationen für ein übergreifendes Präventionsgesetz. Das Gesundheitswesen, 66 (2), 69-75.
- Walter, U. (2005). Gesundes Alter – Demographische und epidemiologische Grundlagen / Präventionspotentiale. Dokumentation des Expertinnen- und Experten-

Workshops „Gesundes Alter“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

Walter, U. & Bisson, S. (2006). Regelungsvielfalt in der sozialversicherungsträgergetragenen Prävention und ihre Bündelung durch ein Präventionsgesetz unter besonderer Berücksichtigung von Suchterkrankungen. 22.01.2007 from <http://www.dhs-intern.de/pdf/Textbeitrag.Walter.pdf>

Walter, U., Schneider, N. & Bisson, S. (2006). Krankheitslast und Gesundheit im Alter - Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (6), 537-546.

Walter, U. & Schwartz, F.W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potentiale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Leske + Budrich, Opladen.

Walter, U. & Schwartz, F. W. (2003). Prävention. Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.). Das Public-Health Buch. Urban & Fischer Verlag, München, Jena.

Weidner (2004). Strukturen, Leistungsmöglichkeiten und Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW – Analyse der Versorgungssituation und Empfehlungen für Rahmenbedingungen. Gutachten erstellt für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Köln.

Werle, J., Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter. Kohlhammer: Stuttgart.

Wildner, M., Döring, A., Meisinger, C. & Clark, D.E. (2005). Frakturen im höheren Lebensalter - eine Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung Ergebnisse der KORA-Frakturstudie Augsburg. In: Das Gesundheitswesen, 67 (s1), S. 180-186.

- Wiesemann, A. (2004). Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy lifestyle in a German community - results of the GP-based Oestringen study. In: Patient Education & Counseling, 55 (1), S. 40-47.
- Wiesemann, A., Metz, j., Nuessel, E., Scheidt, R. & Scheuermann, W. (1997). Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention. In: Int. J. Sports Med., 18 (4), 308-315.
- Wiesmann, U., Rölker, S., Ilg, H., Hirtz, p. & Hannich, H.J. (2006). Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (2), S. 90-99.
- Winkelhake, O., Miegel, U., Thormeier, K., (2002): Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999 - Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, in: Sozialer Fortschritt 51, Nr. 3, S. 58-61.
- Wohlrab, H. (2004). Gesundheitsförderung bei älteren Migranten: Ein Modellprojekt der AWO Göppingen. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 6, S. 40-45.
- Ziegelmann, J.P. & Lippke, S. (2004). Erfolgreiches Altern, Prävention im Alter durch körperliche Aktivität. In: fundiert - das Wissenschaftsmagazin der FU Berlin. S. 72-79.

9 Annex

Projekt	Träger	Präventive Zielthemen:	Integration:	Zielgruppen:	Laufzeit:
Aktive Gesundheitsförderung im Alter	Albertinen-Diakoniewerk e.V., Hamburg E-Mail: dapp@albertinen.de Web: www.albertinen.de	Niedrigschwelliges Angebot für selbstständige Ältere, deren Lebensqualität und Eigenständigkeit möglichst lange zu erhalten, erfolgreiches Altern	Interdisziplinäres Programm mit Ärzten, Ökotrophologen, Bewegungsspezialisten, Sozialpädagogen und Seniorenvereine	Selbstständig lebende ältere Menschen, die nicht pflegebedürftig sind	Seit Anfang 2001, fortlaufend
PATRAS – Paderborner Trainingsstudie	Universität Paderborn Paderborn E-Mail: heseker@evb.upb.de	Verbesserung des Ernährungszustands und Förderung von Bewegung bei hochbetagten Menschen in Einrichtungen der Altenpflege mit dem Ziel, Lebensqualität, Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Mobilität zu erhalten beziehungsweise zu fördern	Ernährungswissenschaftler, Diplom-Sportlehrer, Mitarbeiter der Altenhilfe, Diözesan Caritasverband Meinwerk-Institut, Paderborn	Bewohner in Einrichtungen der Altenhilfe	Seit 1. Oktober 2003; Ende offen
Kölner Seniorennetzwerke	Liga der Wohlfahrtsverbände Köln, i.V. Caritasverband für die Stadt Köln	Förderung von Integration, Vermeidung von Ausgrenzung und Isolation, Einbeziehung von Randgruppen, Schaffung von Netzwerken über die gesamte Stadt	Politiker, Seniorenvertreter, alle Institutionen, die in einem Stadtteil mit alten Menschen in Kontakt kommen – vom Kioskbesitzer und Friseur über Vereine und Wohnungsbaugenossenschaften bis hin zu Apothekern und Ärzten	Senioren im Stadtteil mit besonderem Bedarf an Hilfen (allein stehend, pflegebedürftig, betreuungsbedürftig, von Altersarmut betroffen), die jungen Alten, das heißt jenseits der 50, 65-80-Jährige und Hochbetagte, Migranten	Seit Oktober / November 2003, fortlaufend
Gesund Älter Werden	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Niedersachsen Hannover E-Mail: christiane.perschke@nds.aok.de Web: www.aok.de	Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter mit dem vorrangigen Ziel, dass Menschen weiter alleine leben und ihren Haushalt führen können	WHO-Europa-Büro, Kopenhagen, mit dem Demonstrationsprojekt „Gesundes Altern“, das auch in Wien und Radevormwald läuft, Berufsverband der Deutschen Allgemeinmediziner, Hausärzte, Kommunaler Seniorenservice Hannover	Menschen zwischen 68 und 79 Jahren, die nicht pflegebedürftig sind und in den zehn ausgewählten Stadtteilen Hannovers – Linden, Limmer, Wettbergen, Mühlenberg, Ricklingen, Oberricklingen, List, Vahrenwald, Arnum und Bornum – wohnen	Beratung von Juni 2004 bis 31. Dezember 2006. Das wissenschaftliche Projekt soll im Sommer 2007 abgeschlossen sein

I. Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten.

Quelle: Bertelsmannstiftung (2005), eigene Darstellung

Projekt	Träger	Präventive Zielthemen:	Integration:	Zielgruppen:	Laufzeit:
Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige: Der Zahnarzt kommt ins Pflegeheim	Teamwerk GbR, München E-Mail: cbenz@dent.med.uni-muenchen.de	Verbesserung der Mundgesundheit von pflegebedürftigen Menschen, d.h. weniger Schmerzen, bessere Kaufähigkeit, weniger große Zahnbehandlungen bei behinderten und pflegebedürftigen Menschen	Ausgewählte Pflegeeinrichtungen in München mit insgesamt 600 Menschen, Sozialreferat der Stadt, Gesundheitsbeirat der Stadt, AOK Bayern, Landes Zahnärztekammer, 72 Patenzahnärzte (niedergelassene Zahnärzte), Universität	Pflegebedürftige und behinderte Menschen, die weder in der Lage sind, einen Zahnarzt aufzusuchen noch die Verantwortung für ihre Mundpflege zu übernehmen.	Seit 1. Juni 2002, fortlaufend
Ehrenpreis Alexander Spirling und Ulrich Grundmann von der nominierten Maßnahme Begleitetes Wohnen	Begleitetes Wohnen e.V. Dresden E-Mail: bewodresden@gmx.net Web: www.begleiteteswohnen.de	Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz, Motivation zu Aktivitäten, zum Beispiel selbst einkaufen oder den Haushalt führen	Zusammenarbeit vor allem mit gesetzlichen Betreuern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Sozialamt, Arbeitsgruppen der Stadt, Dienstleister wie Einkaufsfirmen, Hauswirtschaftsfirmen	Ältere Menschen, die aufgrund körperlicher oder seelischer Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit oder fehlender sozialer Kontakte auf fremde Unterstützung angewiesen sind	Seit April 2000, fortlaufend
gEMiDe Integration selbst in die Hand nehmen	Modellprojekt zur Förderung des gesellschaftlichen Engagements von Migrantinnen und eingebürgerten Deutschen durch ehrenamtliche Tätigkeit (Modellprojekt gEMiDe) Hannover E-Mail info@gemide.org Web: www.bteu.de	Gegenseitige Integrationsbereitschaft zwischen Migranten und Deutschen fördern, ehrenamtliche Tätigkeit als Notwendigkeit in der Gesellschaft und zur Stärkung von Eigenkompetenz und Eigenverantwortung sowie zur Förderung individueller Fähigkeiten	Jugendtreff Linden-Nord, Kulturbüro Linden-Süd, Volkshochschule Hannover, Informations- und Koordinationsstelle für ehrenamtliche Mitarbeit, Diakonischer Betreuungsverein, Evangelische Fachhochschule Hannover, Bildungsverein Hannover, Netzwerke, Sportjugend im Landessportbund Niedersachsen	Alle Migranten und eingebürgerte Deutsche; zurzeit sind 60 Prozent der TeilnehmerInnen über 50 Jahre alt, gEMiDe ist offen für alle	Seit Juli 2001; das Projekt wird jährlich verlängert
Beratungsservice Wohnraumanpassung Wohnen ohne Stolperfallen	Hochschule Magdeburg-Stendal mit dem Selbsthilfe-Kontaktbüro für „Prävention im Alter“ (PiA) Magdeburg E-Mail: hans-heinz.kreuter@sgw.hs-magdeburg.de Web: www.hs-magdeburg.de	Selbstständigkeit im Alter, Leben in der eigenen Wohnung und Verhinderung einer Einweisung ins Pflegeheim	Ortskrankenkasse (AOK) Sachsen-Anhalt, Ministerium für Bau und Verkehr des Landes, Versorgungsämter, Sozialämter, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Gesundheitseinrichtungen, Behindertenverbände, Behörden	Menschen, für die das Verbleiben in der eigenen Wohnung zunehmend problematisch wird, das sind vor allem ältere Mitbürger, aber auch Menschen mit einer Behinderung	Seit 2000; zunächst befristet bis Ende Juni 2005 – über eine Verlängerung des Projekts wird jedes Jahr neu verhandelt

Fortsetzung I. Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten.

Quelle: Bertelsmannstiftung (2005), eigene Darstellung

Projekt	Träger	Präventive Zielthemen:	Integration:	Zielgruppen:	Laufzeit:
Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige Körperlich fit jenseits der 80	Deutscher Turner-Bund e.V. (DTB) Frankfurt E-Mail: petra.regelin@dtb-online.de Web: www.dtb-online.de	Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz, Förderung von körperlichen, sozialen und geistig-seelischen Aktivitäten, Ermöglichung von Partizipation, Umfeldaspekte	Sportwissenschaftler, Ärzte, Alten- und Pflegeheime	Frauen und Männer über 80 Jahre, gesunde, aber auch solche mit alterstypischen Erkrankungen wie Diabetes, Fettstoffwechselstörungen oder Arthrose, einer Demenz oder Herz-Kreislauf-Erkrankung	Seit Mai 2004; die Ausbildungen sind fortlaufend
Wann ist Mann ein Mann? Bedürfnisse von Männern in Altenheimen So bleibt ein Mann ein Mann	inverso. Institut für Bildung und Entwicklung in der Altenhilfe Mainz E-Mail: bender-nickel@t-online.de Web: www.inverso-mainz.de	Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz von hilfs- und pflegebedürftigen Männern, Steigerung der Lebensqualität durch die Förderung individueller Ressourcen	In die Arbeit im Seniorenpark Carpe Diem in Niederselters im Taunus sind ehrenamtliche Mitarbeiter, ein Männergesangsverein und ein Fußballclub einbezogen	Hilfs- und pflegebedürftige Männer in stationären Einrichtungen	Seit 1. Januar 2004, fortlaufend,
Prävention des Typ-2-Diabetes TULIP-Studie – Tübinger Lebensstil Interventionsprogramm	Medizinische Universitätsklinik Tübingen E-Mail: andreas.fritsche@med.uni-tuebingen.de Web: www.medizin.uni-tuebingen.de/extweb/labor/tulip/	Identifizierung prädiktiver Parameter für die Notwendigkeit und das Ansprechen präventiver Strategien im Sinne einer Lebensstilveränderung, Motivation zu einem gesünderen Lebensstil, das heißt mehr Bewegung und bessere Ernährung, Vermeidung von Zivilisationskrankheiten wie Typ-2-Diabetes, aber auch von Gefäßverkalkung und Herzinfarkt	Ärzte, Ernährungsspezialisten, Sportwissenschaftler, Sportärzte, Krankenschwestern, Austausch mit anderen europäischen Ländern	Menschen mit einem erhöhten Risikoprofil für Typ-2-Diabetes mellitus - Menschen, deren Eltern an Diabetes leiden, Frauen, die während der Schwangerschaft einen Diabetes entwickelt haben, Menschen mit eingeschränkter Glukosetoleranz, ältere Übergewichtige (über 50) mit einem BMI von mehr als 27	Seit 1. Mai 2003, soll mindestens über sechs Jahre laufen
Schlaganfallprävention	Schlaganfall-Informationsbüro, Düsseldorf E-Mail: schlaganfallbuero@stadt.duesseldorf.de Web: www.duesseldorf.de/gesundheit/gesundheitskonferenz/schlaganfallbuero	Verbesserung der Kenntnisse über Risiken und Symptome des Schlaganfalls in der Bevölkerung, richtiges Verhalten im Notfall durch Erkennen der Anzeichen eines Schlaganfalls, Vermeidung von Schlaganfällen und damit verbundenen Folgen	Alle neurologischen Kliniken in Düsseldorf, Ärztekammer Nordrhein, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, örtliche Hilfsangebote und Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Zusammenarbeit mit anderen Kommunen am Niederrhein	Alle Bürger sind angesprochen, insbesondere jedoch die älteren	Präventionsarbeit seit 2002, zunächst bis Ende 2005 geplant, Fortsetzung wahrscheinlich

Fortsetzung I. Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten.

Quelle: Bertelsmannstiftung (2005), eigene Darstellung

Projekt	Träger	Präventive Zielthemen:	Integration:	Zielgruppen:	Laufzeit:
Akademie für Ältere	Akademie für Ältere e.V. / gGmbH Heidelberg E-Mail: gressler@akademie-fuer-aeltere.de Web: www.akademie-fuer-aeltere.de	Erhaltung der Mobilität bis ins hohe Alter, geistige und körperliche Fitness im Alter, geistige Regsamkeit, Förderung der Eigeninitiative	Alle Senioren in Heidelberg und Umgebung, die älter als 60 Jahre sind – darunter Behinderte, sozial Benachteiligte und Einwanderer	Menschen im dritten Lebensabschnitt, die trotz altersbedingter Einschränkungen beim Sehen, Hören, beim Gedächtnis, in der körperlichen Beweglichkeit und im psychischen Bereich nicht aufgeben wollen und die Gemeinschaft suchen, Einwanderer, sozial Benachteiligte	Beginn der Kurse im Mai 1985, die Selbsthilfeeinrichtung läuft ohne Pause – auch in den Ferien
SchwertfischKonzept	Forschungsgruppe Körper und Gesundheit der Universität Kassel Kassel E-Mail: immmler@uni-kassel.de Web: www.schwertfischkonzept.de	Abbau des täglichen Energieüberhangs als Primärprävention von Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen	Förderer und Multiplikatoren wie die Hessisch-Niedersächsische Allgemeine Zeitung, Verlag Wort und Bild, Deutsche Diabetes Stiftung	Menschen mit einem BMI von 25-30	Seit 1. September 2004; das Ende ist offen
Begleitung älterer demenzkranker Menschen und ihrer Familien in Mannheim-Süd	Demenz Beratungsstelle Neckarau-Almenhof Mannheim E-Mail: DemenzBeratungsstelle@Sozialstation-Neckarau.de	Vernetzung der Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen, enge Kooperation aller an der Betreuung dieser Menschen beteiligten Berufsgruppen, Entlastung der Sozialstation und Verbesserung der Lebensbedingungen von Betroffenen und Angehörigen	Demenzkranke und ihr familiäres sowie soziales Umfeld (Angehörige, Nachbarn), ehrenamtliche Helfer in den Gemeinden und verschiedene Berufsgruppen wie zum Beispiel Altenpfleger, Sozialpädagogen, Ärzte, Seniorenberatung, Fachhochschule Mannheim	Demente ältere Menschen und ihre Angehörigen, auch ältere Menschen, die wegen zunehmender Vergesslichkeit bei sich selbst eine Demenzerkrankung befürchten und nach laienverständlichen Informationen suchen	1. Januar 2003 bis Ende 2005

Fortsetzung I. Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten.

Quelle: Bertelsmannstiftung (2005), eigene Darstellung