

Versorgungs-Report 2012

„Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 233-247



15	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	233
	<i>Ulla Walter und Christiane Patzelt</i>	
15.1	Ziele, Potenziale und Ansätze	233
15.2	Ein Handlungsfeld in Entwicklung	236
15.3	Kommune: Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und Förderung sozialer Netzwerkressourcen	239
15.4	Zugang zu individuellen Angeboten	240
15.5	Arztbezogene Versorgung	240
15.6	Pflegebezogene Versorgung	243
15.7	Zusammenfassung und Ausblick	244

15 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Ulla Walter und Christiane Patzelt

Abstract

Gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten sollten darauf ausgerichtet sein, die Selbstständigkeit zu erhalten, Krankheiten und Behinderungen vorzubeugen, ihr Eintreten hinauszuzögern sowie die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität älterer Menschen, die bereits physische und psychische Einschränkungen haben, zu verbessern. Der Zugang älterer Menschen zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsdiensten, einschließlich zielgruppenspezifischer Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, ist Voraussetzung für ein gesundes Altern. Dabei ermöglicht die positive Beeinflussung sowohl körperlicher, psychischer, sozialer und geistig-seelischer als auch umweltbezogener Faktoren ein aktives und gesundes Altern. Erste Erfahrungen mit altersspezifischen Zugangswegen auf kommunaler Ebene wie auch über die arztbezogene und pflegerische Versorgung liegen vor. Es gilt diese zukünftig weiter auszubauen. Eine Vielzahl von Akteuren, regionalen Netzwerkstrukturen und neuen Handlungsfeldern ergeben sich, von denen einige exemplarisch aufgezeigt werden.

Health promotion and prevention should be focused on maintaining independence, preventing illness and disability, delaying their outbreak and improving the efficiency and quality of life of elderly people who already have physical and mental limitations. A prerequisite for healthy aging is that elderly people have access to health care and health services, including group-specific prevention and health promotion services. Taking positive influence on physical, psychological, social, intellectual and spiritual as well as environmental factors makes active and healthy aging possible. Initial experience with age-specific access paths at the local level as well as healthcare rendered by physicians and nursing care has been gained and should be expanded. This involves various players, regional network structures and new fields of action, some of which are described in this article.

15

15.1 Ziele, Potenziale und Ansätze

Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im höheren Lebensalter sind die Förderung und der Erhalt eigenverantwortlicher Lebensgestaltung, die Ermöglichung von gesellschaftlicher Teilhabe, die Vermeidung bzw. Verzögerung von (weiterer) Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie der Erhalt bzw. die Förderung von Lebensqualität, insbesondere wenn bereits physische und psychische Einschränkungen bestehen (Naegle und Schmitt 2009). Der Umgang mit sozialen, psychischen und

körperlichen Veränderungen, Krankheit und Einschränkungen sind Anforderungen, die durch aktives Altern im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung aufgezeigt und erlernt werden können (Böck et al. 2011). Eine Differenzierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nach dem zeitlichen Ansatz des Krankheitsverlaufs (Caplan 1964) sowie eine Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung ist im höheren Lebensalter in der Praxis oft nicht umsetzbar. Die Abgrenzung insbesondere zwischen Primär- und Sekundärprävention löst sich aufgrund der zunehmend verfeinerten Diagnostik immer weiter auf. Eine trennscharfe Zuordnung wird häufig aufgrund der Komplexität der Krankheitsursachen und präventiver Wirkmechanismen immer schwieriger. Die Definition von ursprünglichen Risikofaktoren nunmehr als behandlungsbedürftige Erkrankung (wie es insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten ist), die Einführung von Prä-Krankheiten und von sekundären Risikofaktoren (als Risiko für den Risikofaktor) sowie die Verrechnung zwischen Risikofaktor und eigenständiger Krankheit erschweren des Weiteren eine klare Abgrenzung und Zuordnung zu den Präventionsterminologien (Walter et al. 2012). Es zeigt sich gerade im Alter, dass häufig bereits bestehende gesundheitliche Einschränkungen in verschiedenen Stadien und vielfach vorliegende Multimorbidität parallel ressourcenorientierte und risikominimierende Interventionen erfordern.

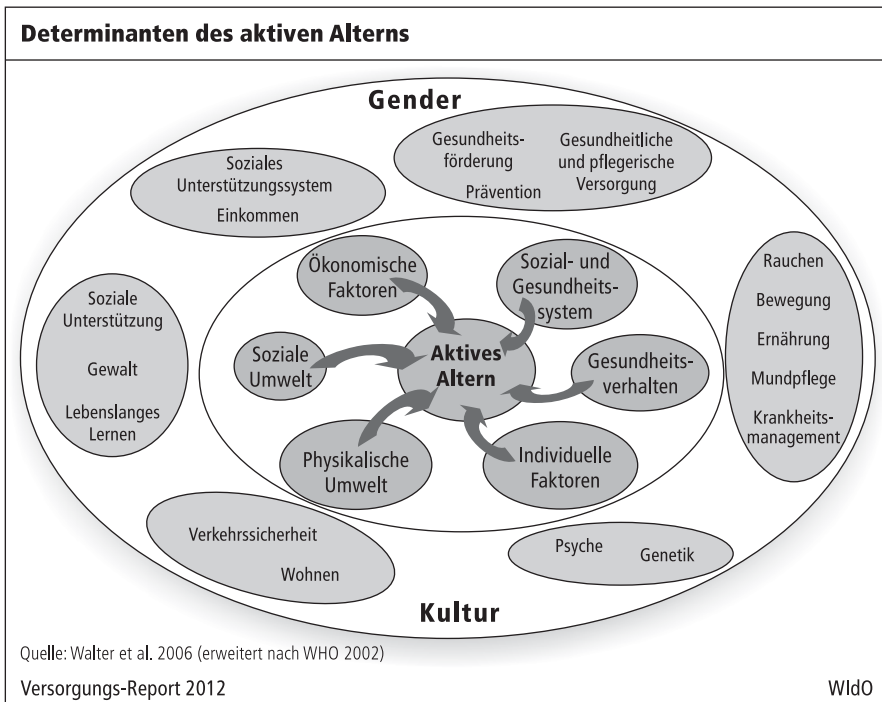
Besondere Aufmerksamkeit im Alter sollte Lebensereignissen gewidmet werden, die zu einer Imbalance bzw. einer deutlichen Änderung der vorhandenen Strukturen, bislang gelebter „Routinen“ und sozialer Kontexte führen können und neue Orientierungen erfordern. Hierzu zählen der Austritt aus dem Erwerbsleben, aber auch der Verlust von Sinneswahrnehmungen sowie der Pflegebedarf oder Tod nahestehender Personen. Aufgrund vorliegender Verlusterfahrungen verfügt ein Großteil der älteren Bevölkerung über eine hohe emotionale Widerstandsfähigkeit (Kessler und Staudinger 2010). Die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) setzt an individuellen Bewältigungs- und Handlungskompetenzen an und sollte auch im Alter noch gefördert und erhalten werden, insbesondere bei unteren Bildungsgruppen und Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Greve et al. 2009). Besondere Beachtung erfordern des Weiteren Krankheiten, die einen Risikofaktor für Funktionseinbußen darstellen und Hilfebedürftigkeit nach sich ziehen können, Behinderungen, die zu Funktionseinschränkungen führen können sowie Gebrechlichkeit (frailty) oder Instabilität, die ein Indikator für drohenden oder weiteren Funktionsverlust darstellt. Frailty entsteht durch Beeinträchtigungen der muskuloskelettalen bzw. neurologischen Funktionen und des Ernährungszustandes infolge Krankheiten oder altersbedingter Veränderungen bei gleichzeitig eingeschränkten Kompensationsmechanismen bzw. funktionellen Reserven. Allerdings führen körperliche Veränderungen nicht zwangsläufig zu weiteren Einschränkungen. Vielmehr bestimmen sozioökonomische und interpersonale sowie Faktoren der sozialen und räumlichen Umwelt, aber auch die Qualität der Versorgung die Entwicklung erheblich mit (Renteln-Kruse 2004; Böck et al. 2011; Kümpers 2008). Studien zu gezielten Interventionen deuten darauf hin, dass selbst bei gebrechlichen und pflegebedürftigen Älteren die Gesundheit gefördert und die vorzeitige Mortalität reduziert werden kann (u. a. Fairhall et al. 2008). Entsprechend konstatiert der Sachverständigenrat (2009, 609), dass es notwendig ist „... mehr als bislang in jedem Verlaufsstadium eines Krankheitsgeschehens präventive Potenziale alter Frauen und Männer auszu-

erschöpfen.“ Hierzu müssen auf der individuellen Ebene die in den unterschiedlichen Phasen von Krankheiten und Einschränkungen „immer auch verbleibende[n] und erweiterungsfähige[n] Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns und Helfens“ (Arnold et al. 2000, 17) erkannt und gezielt fördert werden. Unspezifische und verhältnisorientierte Ansätze können dabei diese Bemühungen unterstützen.

Offensichtlich wird, dass eine räumliche, zeitliche und finanzielle Trennung von Gesundheitsförderung, Prävention, kurativer Versorgung, Rehabilitation und Pflege, wie sie derzeit noch im Gesundheitssystem aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und vorhandenen Strukturen umgesetzt wird, nicht sinnvoll ist. Sollen die vorhandenen präventiven Potenziale ausgeschöpft werden, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure erforderlich. Diese Herausforderung ist komplex, da sich Gesundheitsförderung und Prävention im Alter über mehrere Ebenen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten erstrecken (Gesundheit, Bildung, Umwelt, Wohnen und Verkehr). Entsprechend vielfältig sind die Handlungsfelder (siehe Abbildung 15–1). Diese reichen von gesunder Ernährung über Suchtprävention, körperliche Aktivität und Mobilität, Unterstützung bei Pflege, angemessene Medikation, Sturzprophylaxe, klassischen Prophylaxen in der Pflege, Mundgesundheit bis hin zur Erhaltung und Förderung der geistigen und sozialen Gesundheit (soziale Integration, intergenerationeller Austausch etc.).

Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention für ein gesundes Alter(n) zeigen europäische Kohortenstudien. Im Vergleich zu Deutschland weist die Bevöl-

Abbildung 15–1



kerung in anderen West- und nordeuropäischen Ländern bezüglich körperlicher Funktionseinschränkungen eine deutlich höhere behinderungsfreie Lebenserwartung auf (Jagger et al. 2008). Auch wenn die gesundheitliche Lebenssituation im Alter zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen ist (Khaw et al. 2008), zum anderen durch die Umwelt mit beeinflusst wird (Balfour und Kaplan 2002), kann die Gesundheit im Alter selbst noch gezielt unterstützt und gefördert werden. Berücksichtigt werden sollten dabei alle Dimensionen, d.h. die körperliche, die psychische und die soziale Gesundheit. Neuere Untersuchungen zeigen, dass diese sich wechselseitig bedingen. International liegen inzwischen mehrere Interventionsstudien vor, die z. B. auf positive Effekte bei körperlicher Aktivität im Alter (Strawbridge et al. 2002), sozialem Engagement und sozialer Unterstützung (Glass et al. 2006) sowie Interventionen mit psychoedukativen Elementen (z. B. Stepped Care: Van't Veer-Tazelaar 2009) bezüglich der psychischen und körperlichen Gesundheit verweisen. Positiv auf die körperliche Aktivität von älteren Menschen wirken sich Interventionen aus, die sich leicht in das Alltagsleben integrieren lassen, in Gruppen durchgeführt werden und Zugangsbarrieren wie lange Anfahrtswege oder hohe Kosten vermeiden (Conn et al. 2003). Auch wenn gesichert ist, dass professionelle und kontinuierliche Unterstützung die körperliche Aktivität fördert, sind weitere Studien zur Art der Interventionen und Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen erforderlich (Foster et al. 2009).

15.2 Ein Handlungsfeld in Entwicklung

Bis in die 1970er Jahre – noch wesentlich geprägt von Kriegseinflüssen, von Altersarmut und deutlich geringeren medizinischen Möglichkeiten als heute – herrschte das Bild des bedürftigen, zu schonenden alten Menschen vor. Mit dem Alter verbunden waren Ruhe und Passivität – der sog. Ruhestand hatte jahrzehntelang auch begrifflich eine hohe Prägekraft –, aber auch Rückzug, Isolation und Einsamkeit. Ausdruck fanden diese Zuschreibungen in allen Lebensbezügen, so auch in der Ernährung, die damals nur von wenigen als nicht gesundheitsförderlich kritisiert wurde: „Nicht nur die meisten Hausfrauen, auch für viele Ärzte ist Alterskost gleichbedeutend mit sog. „Schonkost“ und mit dieser wiederum identisch eine reizlose eiweiß- und vitaminarme Breikost. „Schonkost als Prinzip der Altersernährung ist das sicherste Mittel, um den Alterungsprozess zu beschleunigen.“ (Fekl und Berg, 1972, 81).

Insbesondere die Studien von Baltes und Baltes zur Plastizität des Alters trugen zur Abkehr des lange Zeit vorherrschenden und wissenschaftlich unterstützten defizitorientierten und damit präventionsresistenten Bildes vom Alter bei. Heute finden sich in der Bevölkerung eher positiv akzentuierte Bilder vom Alter(n) (Kruse und Schmitt 2005). So stehen seit den 1980er Jahren körperliche Aktivität und Lebensfreude im Vordergrund, wobei die aktive Mitarbeit der Älteren vermehrt eingefordert wird. Langlebigkeit wird auch als Verpflichtung für jeden Einzelnen angesehen, etwas für seine Gesundheit zu tun (Lehr 2009). Dennoch: Altersbilder sind beharrlich gegenüber Veränderungen und orientieren sich an Einschränkungen und Vorstellungen, die für frühere Generationen galten. So resümierte der Geriater Oster

(1997, 292): „Zu viele alte Menschen lehnen es noch ab, körperliches Training durchzuführen, weil sie sich in einer Phase der Passivität wähnen und auch glauben, dies stünde ihnen zu. Ehe eine Eigenaktivität einsetzt, wird lieber auf Medikamente zurückgegriffen, die nicht nur teuer sind, sondern mit zunehmendem Alter auch zunehmende Nebenwirkungen produzieren.“

Vorstellungen vom Alter(n) beeinflussen einerseits den Umgang älterer Menschen mit ihrer Gesundheit, andererseits beeinflussen Altersbilder auf gesellschaftlicher und individueller Ebene die Wahrnehmung und Beurteilung von älteren Menschen. Ein differenziertes Altersbild berücksichtigt die Unterschiede in den körperlichen, geistigen und sozialen Ressourcen. Einseitig positive Altersbilder können eine negative Stereotypisierung gegenüber alten gesundheitlich eingeschränkten Menschen verstärken, zu einer medikalisierten Alterssicht und Stigmatisierung führen und dazu beitragen, dass Potenziale nicht genutzt werden. Ebenso können einseitig negative Altersbilder sowie eine ausschließlich negative Attributierung von Krankheit und Pflege eine konstruktive Auseinandersetzung sowie die Wahrnehmung vorhandener Ressourcen und Kompetenzen erschweren und die Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten verhindern (Sechster Altenbericht 2010; Lux et al. 2011). Nehmen ältere Menschen Erkrankung(en) als altersassoziierte Veränderung wahr, ist ihre Motivation zum präventiven und gesundheitsförderlichen Verhalten geringer. Internationale Längsschnittstudien zeigen, dass eine positive Sicht auf das Älterwerden dagegen mit niedriger Morbidität und Mortalität assoziiert ist (Levy et al. 2002; Wurm, et al. 2007).

Prävention und Gesundheitsförderung für ein gesundes Alter(n) sind, von einzelnen Publikationen und Projekten in den 1980er und 1990er Jahren abgesehen, thematisch auf breiterer Fläche erst seit wenigen Jahren präsent. Beginnend mit Themen wie Sturzprophylaxe und Wohnen im Alter am Ende des vergangenen Jahrhunderts werden inzwischen Interventionen auf kommunaler Ebene sowie in der gesundheitsbezogenen Versorgung vermehrt gefordert, modellhaft erprobt und diskutiert. „Gesund älter werden“ wurde als Ziel bei Gesundheitsziele.de aufgenommen, wobei neben versorgungsbezogenen Aspekten der Prävention und Gesundheitsförderung ein großer Stellenwert zukommt. Im Rahmen des EU-Projektes healthPROelderly wurden international Best-Practice-Projekte identifiziert und evidenzbasierte Empfehlungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen entwickelt, mit denen die Qualität in der Planung und Durchführung von Projekten verbessert werden soll (Abbildung 15–2).

Die in den vergangenen Jahrzehnten angemahnte Differenzierung der Altersgruppe 60plus wurde inzwischen vielfach aufgegriffen; spezifische Berichte zur Analyse der älteren Bevölkerung sind in den vergangenen Jahren auf Bundes- und Landesebene erschienen. Gemeinsam mit den Akteuren vor Ort führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) derzeit Regionalkonferenzen „gesund und aktiv älter werden“ in allen Bundesländern durch. Es werden spezielle Arbeitshilfen und Materialien für die Praxis herausgegeben und begleitend ein Gesundheitsinformationsportal als Wissens- und Kommunikationsplattform zum Themenfeld Alter und Gesundheit entwickelt.

Im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung werden 14 praxisorientierte Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter gefördert (www.knp-forschung.de). Im Mittelpunkt stehen Zielgruppen wie u. a. sozial

Abbildung 15–2

Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen

- 1. Zielgruppe**
Leitlinie: Auf die spezifischen Bedürfnisse und individuellen Ressourcen der relevanten Zielgruppen zugeschnittene gesundheitsfördernde Interventionen
- 2. Diversität der Zielgruppe**
Leitlinie: Anerkennung und Berücksichtigung der Vielfalt der Zielgruppe, insbesondere hinsichtlich Geschlecht, Chancengleichheit und benachteiligte ältere Menschen
- 3. Einbeziehung der Zielgruppe**
Leitlinie: Aktives Einbinden der Zielgruppe(n) so weit wie möglich und Ermöglichung der Mitsprache älterer Menschen
- 4. Empowerment**
Leitlinie: Empowerment von Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Steigerung ihrer Motivation, Schritte zu ergreifen, um ihre eigene Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern
- 5. Evidenzbasierte Maßnahmen**
Leitlinie: Die gesundheitsfördernde Intervention auf bestehende Evidenz und bewährte Verfahren aufbauen
- 6. Ganzheitlicher Ansatz**
Leitlinie: Entwicklung von facettenreichen und ganzheitlichen Interventionen, die die körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsbedürfnisse von älteren Menschen sowie die Verknüpfung dieser Bedürfnisse berücksichtigen
- 7. Gesundheitsstrategien und -methoden**
Leitlinie: Anwenden von Strategien und Methoden, die angemessen und zuverlässig die Zielgruppe(n) erreichen und die vorher definierten Ergebnisse liefern
- 8. Setting und Zugänglichkeit**
Leitlinie: Planen des baulichen und geografischen Settings, in dem die gesundheitsfördernde Intervention stattfindet, und Sicherstellung des Zugangs für die Teilnehmer/innen
- 9. Einbindung unterschiedlicher Beteiligter**
Leitlinie: Einbindung und Beteiligung aller wichtigen Interessengruppen in der Planungs- und Umsetzungsphase
- 10. Interdisziplinarität**
Leitlinie: Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team, das eine Bandbreite an Expertise und Erfahrung mitbringt sowie über unterschiedliche Zugänge im Umgang mit älteren Menschen verfügt
- 11. Freiwillige Mitarbeiter/innen**
Leitlinie: Beteiligung von Freiwilligen bei der Planung, Durchführung und Organisation von Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen
- 12. Organisation und Finanzierung**
Leitlinie: Effektives Management, das finanzielle Effizienz, Qualitätssicherung und organisatorische Strukturen berücksichtigt
- 13. Evaluation**
Leitlinie: Anwenden und Lernen von fortlaufenden und umfassenden Evaluationen, die gemischte Evaluationsmethoden einsetzen
- 14. Nachhaltigkeit**
Leitlinie: Sicherstellen, dass das Projekt während seiner Laufzeit Kompetenzen in Finanzierung, Partizipation und Personalressourcen aufbaut, sodass Aktivitäten nach Projektabschluss weitergeführt werden können
- 15. Übertragbarkeit**
Leitlinie: Gewährleistung von Transparenz einzelner Projektbestandteile, um die Übertragbarkeit von Interventionen zu fördern
- 16. Werbung und Öffentlichkeitsarbeit**
Leitlinie: Bekanntmachen der Aktivitäten und Verbreitung der Ergebnisse des Projektes

Quelle: www.healthproelderly.com, Resch et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WIdO

Benachteiligte, ältere Langzeitarbeitslose, Migranten und pflegende Angehörige. Das Themenspektrum reicht von Sturzprävention im Pflegeheim, Ernährungs- und/oder Bewegungsinterventionen, Prävention spezifischer Erkrankungen bis hin zur Förderung von Netzwerkstrukturen und Optimierung von zielgruppenspezifischen Ansprachen und Zugangswegen.

15.3 Kommune: Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und Förderung sozialer Netzwerkressourcen

Da sich im Alter der Bewegungsradius einschränkt, kommt der Gestaltung des Wohnumfeldes für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit eine hohe Bedeutung zu. Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen umfassen neben dem Wohnen (altersgerechte Wohnformen, Mehrgenerationenhäuser, neue Konzepte für das Wohnen von Pflegebedürftigen, unterstützende Technik), ein anregendes und barrierefreies Wohnumfeld, gut zugängliche Verkehrssysteme, auch die Einbindung in soziale Netze und Möglichkeiten sinnvoller Tätigkeiten bis ins hohe Alter (Trojan und Legewie 2007).

Barrierefreie Wohnumgebungen, eine niedrige Verkehrsdichte, aber auch gut beleuchtete Wege sowie relativ lange Grünphasen an Ampeln tragen zur Sicherheit im Straßenverkehr und in der Öffentlichkeit bei. Fühlen sich ältere Menschen in ihrem Wohnumfeld sicher, sind sie in der Freizeit auch körperlich aktiver und gehen mehr zu Fuß. Die Möglichkeit, zu Fuß von zu Hause aus verschiedene Ziele des alltäglichen Lebens wie Einkaufsmöglichkeiten oder Parkanlagen zu erreichen, sowie ein ansprechendes Wohnquartier, das zum Gehen einlädt, sind weitere bewegungsförderliche Umweltfaktoren für ältere Menschen (Liga.NRW 2010; Sallis et al. 2007; Tucker-Seeley et al. 2009; van Stralen et al. 2009).

Der kommunale Zugang bietet sich mit der Schaffung von wohnraumnahen Angeboten bei der älteren Zielgruppe besonders an. Initiativen wie die „Bürgerbeteiligung Lindau-Zech“, die „Kölner Seniorennetzwerke“ oder „Miteinander Wohnen e. V.“ in Berlin-Lichtenberg verbinden Angebote der generations- bzw. kulturübergreifenden Kommunikation und Unterhaltung (Nachbarschaftstreffs etc.) mit ehrenamtlichen Aufgaben im Wohnumfeld und unterstützen den Zugang zu Leistungen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung.

Einen übergreifenden Ansatz vor dem Hintergrund des demografischen Wandels verfolgt u. a. das Pilotprojekt „Neues Altern in der Stadt (NAIS)“ der Bertelsmann-Stiftung: In sechs Kommunen wurden mit den relevanten Akteuren und interessierten Bürgern Initiativkreise gebildet, die sich mit der kommunalen Seniorenpolitik befassen. Durch eine Bestandsaufnahme der seniorenrelevanten Daten sowie die Sichtung und Priorisierung der jeweiligen kommunalen Problemlagen wurden dann individuelle Handlungskonzepte entwickelt, wobei insbesondere auch Gesundheitsförderung und Prävention zu den thematischen Leitbildern zählen.

15.4 Zugang zu individuellen Angeboten

Die Gruppe der Älteren ist sehr heterogen und so bedürfen diese auch verschiedener Angebotsstrukturen. Dapp (2008) und Meier-Baumgartner et al. (2006) identifizierten drei Zielgruppen mit unterschiedlichem Bedarf: Die Gruppe der sog. Gesundheits-(Ressourcen)-Förderer (fit) ist mobil und bringt viele Voraussetzungen mit, den Zugang zu einem Programm aktiv zu finden, daran teilzunehmen und die Empfehlungen in den Alltag zu integrieren. Für diese Gruppe sind Angebote mit Komm-Struktur geeignet. Die zweite Gruppe der Gesundheits-(Ressourcen)-Verbraucher (fail) steht präventiven Angeboten sowohl in der Komm- als auch in der Bringstruktur ablehnend gegenüber, zeigt typische Verhaltensweisen die eigene Gesundheit aktiv und passiv zu gefährden und ist nur sehr schwer zu erreichen. Die dritte Gruppe der Gesundheits-(Ressourcen)-Verarmten (frail) profitiert von Angeboten mit Bring-Struktur wie z. B. dem präventiven Hausbesuch. Diese Zielgruppe ist in ihrer Mobilität eingeschränkt, gebrechlich und auf Hilfe von außen angewiesen.

Wesentlich zur Erreichung Älterer für Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote unterschiedlichster Akteure ist eine für die Zielgruppe verständliche und ansprechende Benennung der Intervention. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass Titel wie „gesund älter werden“ abgelehnt werden und in Verbindung mit der eigenen Gesundheit Unverständnis hervorrufen. Auch die Bezeichnung „präventiver Hausbesuch“, mit der im professionellen Kontext ein weitgehend definiertes Konzept verbunden wird, führt infolge der Assoziation zum traditionellen ärztlichen Hausbesuch und dem für viele unklaren Begriff der Prävention zur Ablehnung entsprechender Maßnahmen. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Zielgruppe bei der Konzeption präventiver Interventionen einzubeziehen. Im Rahmen des BMBF-Projektes „Ältere gezielt erreichen (AeGE) – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs“ wurde mit diesem Vorgehen der bislang verwandte Flyer modifiziert („Unabhängig leben im Alter“) und die Anschreiben gendersensibel gestaltet. Erste Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass hierauf deutlich mehr Ältere (76plus) und Männer reagieren (Deitermann et al. 2011).

15.5 Arztbezogene Versorgung

Dem Arzt, insbesondere dem Haus- bzw. Primärarzt, wird als wichtiger Ansprechpartner für Ältere im Gesundheitssystem eine Lotsenfunktion auch für die Prävention zugesprochen. Zu den präventiven ärztlichen Leistungen gehören Impfungen (§ 20d SGB V), wobei für über 59-Jährige die Ständige Impfkommission (STiKO) neben den Impfungen für Erwachsene speziell Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza empfiehlt. Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) zielen auf die Behandlung und Versorgung einer Schwächung der Gesundheit, der Verhütung von Krankheiten und die Vermeidung ihrer Verschlimmerung sowie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Explizit für Ältere wurde das geriatrische Basisassessment eingeführt, mit dem Ziel, Versorgungsbedarfe zu identifizieren und

frühzeitig zu begegnen (siehe den Beitrag von Theile et al., Kapitel 15 in diesem Band). Zu den präventiven ärztlichen Leistungen zählen ferner die zweijährlichen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen sowie die Früherkennungsuntersuchungen von Krebserkrankungen wie Darm-, Haut-, Brust-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs, die besonders in der zweiten Lebenshälfte relevant sind. Allerdings wird nach anfänglicher Euphorie aufgrund geringeren Nutzens als erwartet und häufiger Überdiagnose ein Screening zunehmend in Frage gestellt. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Studien insbesondere zum Nutzen und Schaden gilt es, zukünftig den Katalog zu überprüfen. Perspektiven werden – bei insgesamt verbesserten Therapien – in der risikoadaptierten Früherkennung für Hochrisikogruppen einerseits sowie (primär)präventiv in der Verminderung von Risiken andererseits gesehen (Harris 2011; Fletcher 2011).

Nach jahrzehntelangen Bemühungen zur Steigerung ihrer Inanspruchnahme erfolgte aufgrund zum Teil unzureichender Evidenz in jüngster Zeit ein Paradigmenwechsel in der Krebsfrüherkennung. Ziel des Nationalen Krebsplans der Bundesregierung ist nun die Förderung einer informierten Entscheidung. Dieses erfordert eine adäquate Information über Chancen und Risiken der Untersuchungsverfahren sowie über den Ablauf und damit verbundene Nebenwirkungen. Eine systematische Bewertung von Broschüren und Flyern zur Darmkrebsfrüherkennung (Koloskopie, FOBT) zeigt, dass diese oftmals nur wenige Informationen enthalten und die Informationen häufig für die Zielgruppe irreführend sind (Borutta et al. 2011). Dabei können evidenzbasierte Informationen zwar das Wissen erhöhen, tragen aber, wie eine Studie zur Koloskopie zeigt, nicht zu einer vermehrten Teilnahme bei (Steckelberg et al. 2011).

Der Prävention kommt in der Arztpraxis ein eher geringer Stellenwert zu. Dieses zeigt eine länderübergreifende Studie mit einem faktoriellen Experimentaldesign, wobei das Alter der Patienten (55 vs. 75 Jahre) sowie weitere Merkmale (Geschlecht, sozioökonomischer Status) systematisch variiert wurden. Primärärzten in Deutschland, Großbritannien und den USA wurden jeweils Videofilme vorgespielt, in denen Schauspieler die Rolle von Patienten übernahmen und Symptome bestimmter Krankheiten (Depression, koronare Herzkrankheit, Diabetes) äußerten. Die Ergebnisse zeigen, dass deutsche Ärzte prävenierbare Risikofaktoren weniger erfragen und weniger Hinweise zum Lebensstil geben würden als ihre angelsächsischen Kolleginnen und Kollegen. Lediglich 6% der deutschen Ärzte würden Patienten mit Diabetes mellitus Typ II Hinweise zum Tabakkonsum geben (UK: 34%, US: 23%) und 22% zur Bewegung raten (UK: 38%, US: 72%). Während bei Patienten mit Symptomen einer kardiovaskulären Erkrankung noch 20% das Rauchverhalten erfragen würden (Alkohol: 8%) (Rauchen US: 57% bzw. 34%), würden nur 9% (UK: 55%, US: 32%) Verhaltenshinweise ansprechen. Eine Analyse der deutschen Stichprobe zeigt zudem den Einfluss des Patientenalters und Geschlechts auf die Anamnese und ärztliche Entscheidungen. Jüngere werden bei gleicher Diagnose differenzierter befragt, erhalten mehr lebensstilbezogene Hinweise und weniger medikamentöse Verordnungen als ältere Patienten (Bönte et al. 2007; von dem Kneisebeck et al. 2008; 2010a; 2010b).

Eine Analyse zu präventivorientierten Forschungsprojekten ergab innerhalb von zehn Jahren (1997–2007) eine spärliche Forschungslage mit nur 33 Studien, von

denen sich über zwei Drittel mit kardiovaskulären Themen befassen und nur wenige sich spezifisch auf Ältere bezogen (Othmann et al. 2008). Die Autoren schlussfolgern, dass der Hausarzt, „obwohl Prävention von ärztlicher Seite als Kerntätigkeit angesehen wird, nicht gerade gut gerüstet“ wirke und Effektivität sich aus den Studien nicht ableiten lässt.

Die vielfältigen arzt-, system- und patientenseitig wahrgenommenen Hürden für eine vermehrte präventive Orientierung sind bekannt. Förderlich wirken positive Erfahrungen (Walter et al. 2010). Dies gilt auch für die zur Förderung der Gesundheit und zur Verbesserung und Erhalt der Funktionalität beitragende indikationsbezogene und geriatrische Rehabilitation, die nach wie vor auf Vorbehalte und Unkenntnis stößt. Das vielfach als intransparent wahrgenommene Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie die erforderliche Zusatzqualifikation ambulant tätiger Ärzte für die Initiierung einer durch die GKV finanzierten medizinischen Rehabilitation im höheren Lebensalter, stellen weitere Barrieren dar.

Sollen die präventiven Potenziale in der Haus- bzw. Primärarztpraxis gehoben werden, ist eine gesetzliche Verankerung entsprechender Leistungen, eine Umstrukturierung der Praxen hin zu vermehrter Einbindung von nicht ärztlichen Berufen sowie eine gezielte Qualifizierung erforderlich.

Einen diesbezüglich umfassenden Ansatz realisierte das mehrfach ausgezeichnete Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, in dem ein niedrigschwelliges Beratungsangebot für über 60-jährige selbstständig lebende Menschen etabliert wurde. Zielgruppe des Projektes waren nicht akut erkrankte oder bereits behinderte ältere Menschen, sondern vielmehr wurden gesundheitsförderliche Maßnahmen für noch selbstständig lebende ältere Menschen entwickelt, mit dem Ziel, diesen Zustand so lange wie möglich aktiv zu fördern und gesundheitliche Ressourcen auch im Alter weiter auszubauen (Dapp 2008). Inhalte des Programms waren Gesundheitsberatungen (Einzelgespräche, Gruppenveranstaltungen), die entweder im häuslichen Wohnumfeld (präventive Hausbesuche), in der Hausarztpraxis oder im Geriatrischen Zentrum stattfanden. Themenschwerpunkte der Beratung waren körperliche Aktivität, Ernährung und das soziale Umfeld mit dem Ziel, länger bestehende Lebensgewohnheiten zu verändern. Neben der geriatrischen Netzwerkarbeit (interdisziplinär, interinstitutionell) und der Förderung der geriatrischen Kompetenz im ambulanten Bereich sollte der Hausarzt als Lotse durch das Gesundheitssystem integriert werden. Im Rahmen des Projektes wurden für die behandelnden Hausärzte Qualitätszirkel zu geriatrischen und präventiv-medizinischen Themen angeboten, wobei sich nach Abschluss der Projektphase zwei Drittel der Hausärzte dafür aussprachen, dieses Angebot flächendeckend allen niedergelassenen hausärztlich tätigen Kollegen anzubieten und heute die Qualitätszirkel kontinuierlich fortgeführt werden (Dapp 2008; Meier-Baumgartner et al. 2006). Das Hamburger Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ trägt sich mittlerweile selbst und ist in die Regelversorgung übergegangen.

Das in Hamburg erfolgreich etablierte Programm wurde im Rahmen eines BMBF-Forschungsprojektes in einen ländlichen Kontext (gesundes Kinzigtal) übertragen. Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die ländliche Region für die Implementierung des Programms und die Erreichbarkeit der Zielgruppe einen sowohl förderlichen als auch hemmenden Faktor darstellt. Förderlich wirkten sich die sozialen Netzwerkstrukturen und die positive Nachbarschaftswerbung aus.

Barrieren für die Übertragbarkeit des Programms waren u. a. das eingeschränkte Nahverkehrsangebot, geringe Sportangebote für Ältere sowie die traditionelle Lebensweise. Hofreuter-Gätgens et al. (2011) empfehlen deshalb eine Öffnung des Programms für eine breitere, krankenkassenunabhängige Zielgruppe (bisher nur für Versicherte von zwei Krankenkassen), um mehr Teilnehmer zu erreichen und somit die Veranstaltungen auch wohnortnah anbieten zu können, sowie strukturbildende Maßnahmen im Sinne von altersspezifischen Sportangeboten.

15.6 Pflegebezogene Versorgung

Ansätze zur Förderung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen wurden bereits in den 1990er Jahren von der Arbeitsgruppe von M. Baltes entwickelt, sind bis heute aber nicht systematisch in Pflegeeinrichtungen integriert.

Das Forschungsprojekt „fit für 100 – Bewegungsangebote für Hochaltrige“ hat speziell die Altersgruppe 80plus in stationären und ambulanten Einrichtungen im Blick. In Nordrhein-Westfalen wurden an mehreren Standorten Bewegungsangebote etabliert, die zum Erhalt der Alltagskompetenz und zur Vermeidung von Stürzen beitragen sollten. Die Ergebnisse zeigen, dass durch kontinuierliche Bewegungs- und Trainingseinheiten körperliche, geistige und soziale Effekte in der Gruppe der Hochaltrigen zu erzielen sind. Verbesserungen in der Kraft, Koordination und Beweglichkeit tragen zur Sturzprävention bei und helfen bei der Alltagsbewältigung. Die subjektive Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit der Teilnehmenden konnte stabilisiert und verbessert werden, was zur Steigerung der Lebensqualität und Lebensfreude beiträgt. Des Weiteren führte es zu einer Erleichterung der Arbeit der Pflegekräfte (Mechling et al. 2009; Brach et al. 2009).

Zum Erhalt der Selbstständigkeit von Pflegeheimbewohnern entwickelten Oswald et al. (2007; 2006) ein multimodales Aktivierungsprogramm. Zielsetzung der Studie „Rehabilitation im Altenpflegeheim“ war es, ein Konzept zu entwickeln, das zur Stabilisierung und Förderung der Selbstständigkeit, zur Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Bewohner sowie zur Vorbeugung von Tendenzen der Vereinsamung und Isolation beiträgt. Des Weiteren sollte das Interventionsprogramm zur Verringerung der Arbeitsbelastung des Personals durch bessere Mitarbeit der Bewohner führen. Über einen Interventionszeitraum von zwölf Monaten wurden zu drei Zeitpunkten an einer Stichprobe von 294 Pflegeheimbewohnern im Alter von 70 bis 99 Jahren psychologische, funktionelle und medizinische Variablen als Faktoren der Selbstständigkeit erhoben. Das Interventionsprogramm „Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner“ (SimA[®]-P) beinhaltet eine Kombination aus kognitiver und psychomotorischer Aktivierung sowie zusätzlich für die demenziell stärker beeinträchtigten Bewohner eine biographieorientierte Aktivierung. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass rehabilitative Maßnahmen (hier gleichzusetzen mit tertiärpräventiven Maßnahmen) signifikante Therapieeffekte auf kognitive und funktionelle Parameter haben und die Therapieinhalte auf Aktivitäten des täglichen Lebens transferiert werden. Die Mobilität nimmt aufgrund der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu und die

Sturzhäufigkeit der Teilnehmer ab. Die Verbesserungen der kognitiven und funktionellen Leistungsfähigkeit führen weiter zu Entlastungen in der Pflege und auch zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit.

15.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die Gesundheit kann im Alter noch gezielt unterstützt und gefördert werden, obgleich die gesundheitliche Lebenssituation im Alter zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen ist (Khaw et al. 2008) und durch die Umwelt mit beeinflusst wird (Balfour und Kaplan 2002). Die Dimensionen für ein aktives Altern sind vielfältig und betreffen sowohl die körperliche, die psychische als auch die soziale Gesundheit. Die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Komponenten und die positiven Effekte von körperlicher Aktivität im Alter, sozialem Engagement und sozialer Unterstützung sowie Gesundheitsbildung belegen internationale Studien. Die Aspekte der Erreichbarkeit und die Ermöglichung geeigneter Zugangswege zu älteren Zielgruppen für präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten sollten insbesondere unter dem Blickwinkel der altersphysiologischen Veränderungen der Zielpersonen betrachtet werden. Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben, lieben und arbeiten, heißt es in einem Leitsatz der Gesundheitsförderung und so sind es insbesondere die Kommune, das häusliche Umfeld, die (haus-)ärztliche Versorgung, die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die als bevorzugtes Setting bzw. als geeignete Zugangswege im Alter definiert werden. Der Aktionsradius älterer Menschen verkleinert sich mit zunehmendem Alter und so sollten Angebote geschaffen werden, die auf die Bedürfnisse und Erfordernisse der Zielgruppe ausgerichtet sind. Hierzu zählen u. a. auch behindertengerechte Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten. Die Ansprache über ambulante und stationäre Gesundheitsversorgungsstrukturen ermöglicht – durch eine im Vergleich zu jüngeren Jahren höhere Inanspruchnahme – im Alter einen geeigneten Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten. Aufgrund der häufig bereits spürbaren gesundheitlichen Einschränkungen sind ältere Menschen für Prävention und Gesundheitsförderung gut ansprechbar und es können über die Gesundheitsversorgungsstrukturen auch bisher schwer erreichbare Zielgruppen wie Männer, sozial Benachteiligte und Migranten erreicht werden. Zielgruppengerechte Angebote sind bis ins hohe Alter durchführbar und können sowohl die körperlichen als auch die geistigen Funktionen erhalten. Zukünftig gilt es, verstärkt drohende gesundheitsbezogene Einbußen wahrzunehmen und gezielt – unter Einbindung verschiedener Akteure – Interventionen zu adressieren. In dem Memorandum „Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in der Kommune“ der BAGSO (2008, 16) heißt es in der Leitlinie Aktiv im Alter: „Gesundheit ist nicht Voraussetzung, aber wesentliche Erleichterung zur Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe im Alter.“ Die Gesundheit im Alter, auch trotz bereits bestehender Einschränkungen, zu fördern und zu erhalten sollte deshalb eine wichtige Handlungsleitlinie sein.

Literatur

- Arnold M, Helou A, Schwartz FW. Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation. Ein Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). *Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker*. Stuttgart, New York: Schattauer 2000; 11–20.
- Balfour JL, Kaplan GA. Neighborhood Environment and Loss of Physical Function in Older Adults: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 2002; 155 (6): 507–15.
- Böck M, Rieder A, Dorner TE. Frailty – Definition, Erkennung und Bedeutung in der Gesundheitsförderung und Prävention. *Gesundheitswissenschaften* Bd. 41. Linz: OÖGKK 2011.
- Bönte et al. Einfluss von Patientenalter und Patientengeschlecht auf ärztliche Entscheidungen bei koronarer Herzkrankheit. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 2251–5
- Borutta B, Seidel G, Dreier M, Kramer S, Kreusel I, Helmstädter J, Töppich J, Bitzer EM, Dierks ML, Walter U. Systemische Bewertung von Gesundheitsinformationen aus Experten- und Nutzerperspektive. In: GVG (Hrsg). *Gesundheitsinformationen in Deutschland* 67. Köln 2011; 37–48.
- Brach M, Nieder F, Nieder U, Mechling H. Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: a multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. *BMC Geriatrics* 2009; 9: 51.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO) (Hrsg). *Memorandum Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in der Kommune. Leitlinie für das Programm „Aktiv im Alter“*. 2008.
- Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books 1964.
- Conn VS, Minor MA, Burks KJ, Rantz MJ, Pomeroy SH. Integrative Review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of American Geriatrics Society* 2003; 51 (8), 1159–68.
- Dapp U. *Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung*. Stuttgart: Kohlhammer 2008.
- Deitermann B, Patzelt C, Heim S, Krauth C, Theile G, Hummers-Pradier E, Walter U. Erfolgreiche Prävention braucht eine geschlechtergerechte Ansprache. *Public Health Forum* 19, Heft 71: 9–10, München: Urban & Fischer 2011.
- Fairhall N, Aggar C, Kurrele SE, Sherrington C, Lord S, Lockwood K, Monaghan N, Cameron ID. Frailty Intervention Trial (FIT). *BMC Geriatrics* 2008; 8: 27.
- Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
- Harris R. Overview of Screening: Where we are and where we may be headed. *Epidemiol Rev* 2011; 33: 1–6.
- Fletcher S. Breast Cancer Screening: A 35 Year Perspective. *Epidemiol Re* 2011; 33: 165–75.
- Fekl W, Berg G. Bilanzierte Ernährung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 1972; 5 (2): 80–3.
- Glass TA, Mendes De Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health* 2006; 18, Nr. 4 (August): 604–28.
- Greve W, Leopold B, Meyer T. Resilienz als Entwicklungsereignis: Die Förderung der individuellen Adaptivität. In: Linden M, Weig W (Hrsg.): *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2009; 173–84.
- Hofreuter-Gätgens K, Mnich E, Thomas D, Salomon T, von dem Knesebeck O. Gesundheitsförderung für ältere Menschen in einer ländlichen Region. Teilnehmerstruktur, Akzeptanz und Durchführung. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 54: 933–41.
- Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet* 2008; 372: 2124–31.
- Kessler EM, Staudinger UM. Emotional resilience and beyond: A Synthesis of findings from lifespan psychology and psychopathology. In: Frey PS, Keyes CLM (Eds.): *Frontiers of Resilient Aging*.

- Life-Strengths and Well-Being in Late Life, UK. Cambridge: Cambridge University Press 2010; 258–82.
- Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine* 2008; 5 (1) e12.
- Kruse A, Schmitt E. Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 2005; 49-50: 9–17.
- Kümpers S. Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) 2008.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW). Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“. LIGA.Fokus 6. Düsseldorf: LIGA.NRW 2010.
- Lehr U. Langlebigkeit verpflichtet: Bewegungsförderung ohne Altersgrenzen. In: Laumann K-J, Lehr U, Mechling H, Tillmann F, Widmann-Mauz A (Hrsg.): *Prävention bis ins hohe Alter*. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Sankt Augustin, Berlin: Zukunftsforum Politik 2009; 9–25.
- Levy BR, Slade M, Kunkel S, Kasl S. Longitudinal benefit of positive Self-perceptions of ageing on functioning health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2002, 57 B, 409–17.
- Lux R, Patzelt C, Schneider N. Altersbilder im Gesundheitssystem. In: Berner F, Rossow J, Schwitzer KP (Hrsg.): *Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung*. Band 2. Wiesbaden: VS Verlag 2011 (im Druck).
- Mechling H, Brach M, Nieder U, Nieder F, Brinkmann-Hurtig J. Bewegung und Sport – Prävention für Ältere. In: *Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Aktives Altern. Themen und Gestaltungsmöglichkeiten für die Arbeit der kommunalen Seniorenvertretungen*. 2009; 30–7.
- Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J. *Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Naegele G, Schmitt M. Gesundheit für ein langes Leben. In: *BMG (Hrsg.). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune*. Tagungsdokumentation 2009; 10–4.
- Oster P, Hauer K, Specht N. Kraft- und Koordinationstraining zur Sturzprävention im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1997; 30 (4), 289–92.
- Oswald WD, Ackermann A, Süß B. *SimA®-P in Stichworten*. 2. Auflage 2007, hrsg. von SimA-Akademie e.V.
- Oswald WD, Ackermann A, Gunzelmann T. Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogramms (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2006; 19 (2), 89–101.
- Othman C, Altiner A, Abholz HH. Prävention in der deutschen Hausarztpraxis im Spiegel der Forschung – ein systematischer Literaturüberblick. *Z Allg Med* 2008; 84: 36–42.
- Resch K, Strümpel C, Wild M, Hackl C, Lang G (Hrsg der deutschen Ausgabe). *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen*, Wien: Österreichisches Rotes Kreuz 2010; www.healthproelderly.com.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, Sondergutachten 2009. Baden-Baden: Nomos 2010.
- Sallis JF, King AC, Sirard JR, Albright CL. Perceived environmental predictors of physical activity over 6 months in adults: activity counseling trial. *Health Psychol.* 2007; 26 (6): 701–9.
- Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. *Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 12/7992)*. Berlin 2010.
- Steckelberg A, Hülfenhaus C, Haastert B, Mühlhauser I. Effect of evidence based risk information on “informed choice” in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ* 2011.
- Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology* 2002; 156(4): 328–34.

- Trojan A, Legewie H. Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen – Handlungsvorschläge für eine „Gesundheits“-Politik, die diesen Namen verdient. *Forum Gemeindepsychologie* Jg. 12/2007 (1).
- Tucker-Seeley RD, Subramanian SV, Li Y, Sorensen G. Neighborhood safety, socioeconomic status, and physical activity in older adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 37: 3, 207–13.
- van Stralen M, De Vries H, Mudde AN, Bolman C, Lechner L. Determinants of initiation and maintenance of physical activity among older adults: a literature review. *Health Psychology Review* 3; 2009; Nr. 2, 147–207.
- van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, Smit F, Beekman AT. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar; 66 (3): 297–304.
- Vereinte Nationen. Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8–12 April 2002 (Dokument A/CONF. 197/9), auszugsweise deutsche Übersetzung.
- von dem Knesebeck O, Bönte M, Siegrist J, Marceau L, Link C, McKinlay J: Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter – Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen. *Psychother Psych Med* 2010a; 60: 98–103.
- von dem Knesebeck O, Wittorf A, Meisner C, Wolwer W, Wiedemann G, Herrlich J, Bechdorf A, Müller BW, Sartory G, Wagner M, Kircher T, König HH, Engel C, Buchkremer G. Differences in the Diagnosis and management of Type 2 Diabetes in 3 Countries (US, UK, and Germany). Results from a Factorial Experiment. *Medical Care* 2010b; Vol 48, No 4.
- von dem Knesebeck O, Bönte M, Siegrist J, Marceau L, Link C, Arber S, Adams A, McKinlay J. Country differences in the diagnosis and management of coronary heart disease – a comparison between the US, the UK and Germany. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 198.
- von Renteln-Kruse (Hrsg). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Darmstadt: Steinkopf 2004.
- Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners with a focus on elderly patients. *BMC Family Practice* 2010; 11 (68): 1–33.
- Walter U, Flick U, Schwartz FW, Neuber A, Fischer C. Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Wiesbaden: VS-Verlag 2006.
- Walter U, Robra BP, Schwartz FW. Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N (Hrsg): *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer Verlag (im Druck)
- WHO. *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva 2002.
- Wurm S, Tesch-Römer C, Tomasik MJ. Longitudinal finding aging-related cognitions, control beliefs and health in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2007; 62B (3), 156–64.