
Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden

Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention –
KNP-Tagung in Zusammenarbeit mit dem BZgA-Arbeitsschwerpunkt
»gesund und aktiv älter werden« am 22. und 23. Mai 2012 in Bonn



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Die Lebensphase Alter bietet vielfältige Präventionspotenziale, die längst nicht ausgeschöpft sind. Deshalb hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Gesundheit älterer Menschen zu einer Schwerpunktgruppe des Förderschwerpunkts Präventionsforschung (2004–2012) erklärt. Damit wurde ein wichtiger Impuls für den Ausbau und die Entwicklung evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte gesetzt. Anlässlich des »Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012« dokumentiert der vorliegende Tagungsband in 18 Beiträgen den aktuellen Forschungsstand. Dieser wird ergänzt um die Darstellung nationaler sowie internationaler Initiativen und Forschungsentwicklungen. Das erklärte Ziel der Veranstaltung »Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden« war es, Wissenschaft und Praxis zu einer umsetzungsbezogenen Fachdiskussion zusammenzuführen. Sie wurde im Mai 2012 in Bonn im Rahmen der »Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung« durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Medizinische Hochschule Hannover sowie das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gemeinsam mit dem BZgA-Arbeitsschwerpunkt »gesund und aktiv älter werden« organisiert.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden

Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener
Prävention – KNP-Tagung in Zusammenarbeit mit dem
BZgA-Arbeitsschwerpunkt »gesund und aktiv älter werden«
am 22. und 23. Mai 2012 in Bonn



Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 45

Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung in Zusammenarbeit mit dem BZgA-Arbeitsschwerpunkt »gesund und aktiv älter werden« am 22. und 23. Mai 2012 in Bonn.

Köln: BZgA, 2013

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/8992-0

Fax: 0221/8992-300

Redaktion und Tagungskonzeption

Dr. Svenja Finck, Dr. Monika Köster, Susanne Linden, Dr. Guido Nöcker, Dr. Silke Pawils, Dr. Martina Plaumann, Prof. Dr. Ulla Walter

Projektleitung Band 45

Dr. Svenja Finck

E-Mail: svenja.finck@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Welpdruck, Wiehl

Auflage: 2.5.05.13

ISBN 978-3-942816-33-5

Band 45 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60640045

» Vorwort

Das Jahr 2012 wurde von der Europäischen Union zum »Europäischen Jahr für aktives Altern und der Solidarität zwischen den Generationen« ausgerufen. Damit soll vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung eine Kultur des aktiven Alterns in Europa geschaffen werden. »Aktives Altern« meint dabei mehr als die körperliche Fitness der älteren Generation, es zielt vor allem auf die aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben.

Unter diesem Aspekt sind Prävention und Gesundheitsförderung auch im hohen Alter von großer Bedeutung. So können verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zum Erhalt der körperlichen und geistigen Gesundheit sowie zur gesellschaftlichen Teilhabe beitragen und damit den Weg für ein gesundes und aktives Altern ebnen. Hierzu bedarf es zielgruppengerechter und wirkungsvoller Ansätze, die in der Praxis breit umgesetzt werden können. Einige solcher Maßnahmen wurden im Rahmen des Förderschwerpunkts Präventionsforschung (2004–2012) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) entwickelt und sind im vorliegenden Tagungsband dokumentiert. Ergänzend werden die Strategien der WHO, das Konzept des Active Ageings sowie die Initiative der BZgA zu den Regionalkonferenzen in den Bundesländern »gesund und aktiv älter werden« dargestellt.

In diesem Band werden die Ergebnisse der 2. KNP-Jahrestagung¹ »Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden« dokumentiert, die im Mai 2012 als gemeinsame Veranstaltung mit dem Arbeitsschwerpunkt »gesund und aktiv älter werden« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stattfand. Durch die Tagung sollten die Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung und der Regionalkonferenzen »gesund und aktiv älter werden« in die Praxis getragen, gleichzeitig aber auch Anforderungen vonseiten der Praxis an die Wissenschaft formuliert werden. Ermutigt durch den Erfolg der Tagung »Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier« im Jahr 2011 war dies die zweite Tagung dieser Art, die konsequent auf den Gedankenaustausch von Wissenschaft und Praxis setzt. Denn nur durch die Vernetzung von Wissenschaft und Praxis können die Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen voll ausgeschöpft und der Grundstein für ein gesundes und aktives Altern aller Bevölkerungsschichten gelegt werden.

Köln, im Februar 2013

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

¹ Die Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP) ist Gemeinschaftsprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Medizinischen Hochschule Hannover und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Inhalt

»»	Vorwort	3
01	»» Eröffnungsvorträge	8
	Wie man unterschiedliche Wissensformen miteinander verbindet – oder: Was wir von der Forschung über das Fischen am Comer See lernen können Elisabeth Pott	8
	Gesund und aktiv älter werden – Die Lebensphase Alter gestalten Ulla Walter	14
	Active und Healthy Ageing und die Herausforderungen an die gesundheitlichen Versorgungssysteme Gerhard Naegele	24
	Handlungskonzepte und vorrangige Interventionen für ein gesundes Altern Manfred Huber	36
	Älter werden in Deutschland – Regionalkonferenzen in den Bundesländern Monika Köster	42

02 »	Zugang und Erreichbarkeit	50
	Zugangswege zu bewegungs- und sportinaktiven Älteren Henning Allmer	50
	Zielgruppengerechte Ansprache und Zugangswege im Alter – das Projekt »Ältere gezielt erreichen« Christiane Patzelt, Bernhilde Deitermann, Susanne Heim, Christian Krauth, Gudrun Theile, Eva Hummers-Pradier, Ulla Walter	54
	Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrations- hintergrund: Ansatzpunkte zur Erschließung differenzierter Zugangswege Elke Olbermann	62
	Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten Isaac Bermejo, Fabian Frank	71
03 »	Information und Edukation	80
	FIT50+: Modulares Konzept zur Gesundheitsförderung bei älteren, langzeiterwerbslosen Menschen Steffi Kreuzfeld, Markus Preuss, Kristin Behrens, Jörn Lübke, Matthias Weippert, Regina Stoll	80
	Gesundheitsförderung im Alter – Die Interventionsstudie OptimaHI 60plus Katharina M. Gallois, Jessica Dreas, Holger Hassel, Helga Strube, Hajo Zeeb	87
	Evidenzbasierte Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung bei der Darmkrebsfrüherkennung Anke Steckelberg	100
	Diabetesprävention – Evidenzbasierte Patienteninformation – randomisiert-kontrollierte Studie Jutta Genz, Burkhard Haastert, Hardy Müller, Frank Verheyen, Dennis Cole, Wolfgang Rathmann, Bettina Nowotny, Michael Roden, Guido Giani, Andreas Mielck, Christian Ohmann, Andrea Icks	105
04 »	Partizipation und Selbstbestimmung	110
	Beteiligung älterer Menschen in der Quartiersentwicklung Birgit Wolter	110
	Bewegungsparcours in Hessen – Zugangswege zur Bewegung der älteren Menschen Catharina Maulbecker-Armstrong	117

Erhaltung und Förderung der Mobilität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen	122
Martina Schäufele, Andreas Hoell, Ingrid Hendlmeier, Siegfried Weyerer	
Kognitive und psychomotorische Aktivierung von Menschen mit Demenz im Rahmen der psychosozialen Betreuung im Pflegeheim	131
Andreas Ackermann	
05 » Transfer und Verstetigung	142
Interventionen zur Gesundheitsförderung älterer erwerbsloser Personen	142
Susann Mühlpfordt, Katrin Rothländer	
06 » Abschlusskommentar	152
Abschlusskommentar zum Nach- und Weiterdenken des Gehörten	152
Annelie Keil	
07 » Anhang	158
Tagungsprogramm	159
Referenten- und Autorenverzeichnis	162

01

Eröffnungsvorträge

» Wie man unterschiedliche Wissensformen miteinander verbindet – oder: Was wir von der Forschung über das Fischen am Comer See lernen können

Elisabeth Pott

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich möchte Sie sehr herzlich zu unserer 2. Jahrestagung im Rahmen der Kooperation für nachhaltige Prävention begrüßen. Unsere diesjährige Konferenz im *Europäischen Jahr für aktives Altern und der Solidarität zwischen den Generationen 2012* setzt sich mit Fragen des gesunden Älterwerdens in der heutigen Gesellschaft auseinander. Wir haben heute und morgen die Möglichkeit, die Ergebnisse aus Forschungsprojekten, die auf Gesundheitsförderung und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zielen, vor dem Hintergrund der Fragestellungen zu erörtern, die sich im Rahmen der Regionalkonferenzen

in den Bundesländern ergeben. Die Regionalkonferenzen wurden im Rahmen des BZgA-Schwerpunkts »gesund und aktiv älter werden« gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren in den Bundesländern durchgeführt.

Ich möchte an dieser Stelle zunächst unseren Kooperationspartnern MHH, UKE und der Landesvereinigung Niedersachsen für die gute Zusammenarbeit im Projektverlauf und der Vorbereitung der Tagung danken. Ganz herzlich Dank auch an das Bundesministerium für Bildung und Forschung, das den Förderschwerpunkt Präventionsforschung ins Leben gerufen hat, unter dem eine Vielzahl der hier vorge-

stellten Projekte liefern, sowie an den Projektträger DLR. Ein herzlicher Dank geht auch an die Ländervertreter und alle Mitwirkenden, die ihr Fachwissen, ihre Erkenntnisse sowie Fragestellungen aus den unterschiedlichen Ebenen und Arbeitsbereichen einbringen.

» Gesund und aktiv älter werden

Die Fakten und die gute Nachricht sind bekannt: Die Menschen werden älter. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt heute für Mädchen bei 82,6 Jahren, für Jungen bei 77,5 Jahren. Sehen wir uns die sogenannte fernere Lebenserwartung an: Heute 65-jährige Frauen haben im Durchschnitt eine fernere Lebenserwartung von weiteren 20,6 Jahren, 65-jährige Männer von 17,3 Jahren.

Derzeit sind 21 % der Bevölkerung in Deutschland 65 Jahre und älter, 2030 werden es 29 % sein (Statistisches Bundesamt 2009). Das heißt, die Zusammensetzung der Bevölkerung und die gesellschaftlichen Strukturen ändern sich. Damit ändern sich auch die Herausforderungen, die sich in vielen Bereichen und vor allem an die Akteurinnen und Akteure stellen.

Wir wollen diese Veränderungen sachgerecht einordnen und bei unseren Lösungsansätzen ein positives Bild vom Älterwerden und Altsein vor Augen haben. Dabei müssen wir vor allem realistisch den Blickwinkel verändern, das heißt, nicht nur auf die Defizite schauen, sondern Stärken und Ressourcen in den Blick nehmen. In der letzten Zeit hat sich das Interesse stärker auf das Thema Alter gerichtet. So hat der Erfolg des 10. Deutschen Seniorentags, den

die BAGSO Anfang Mai 2012 in Hamburg veranstaltet hat, mit fast 20.000 Besuchern dieses »Ja zum Alter« bestätigt und gezeigt, dass sich vieles bewegt.

Um ein realistisches Bild zu bekommen, ist es wichtig, die Heterogenität der Zielgruppe, Lebensverläufe und biografischen Hintergründe in den Blick zu nehmen. Mit diesem Thema beschäftigt sich Frau Prof. Keil ganz intensiv. Es geht hierbei vor allem um Übergänge – zum Beispiel um den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Oder es kommt zu Veränderungen von der Familien- oder Paarsituation, zu Trennungen oder zum Verlust des Partners ... Diese Lebenssituationen und Umbrüche bringen teils einschneidende Veränderungen mit sich, die es zu meistern gilt. Es geht vielfach um Halt und Unterstützung, um ein Miteinander der Generationen, unterstützt durch geeignete Netzwerke vor Ort. Es geht somit natürlich auch um Versorgungsstrukturen vor Ort wie auch um eine Stärkung und Nutzung der vorhandenen Ressourcen.

Ein Großteil der Älteren ist heute gesund und aktiv. Mit zunehmendem Alter kommt es aber zu einer Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität. So leidet ab dem Alter von 65 Jahren circa die Hälfte aller Menschen in Deutschland an mindestens einer chronischen Krankheit. Im Vordergrund stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen. Bei letzteren spielen vor allem Depressionen und demenzielle Erkrankungen eine Rolle. Deshalb müssen wir uns mit den Themen Pflege und Betreuung intensiv beschäftigen.

Es stellt sich also die Frage: Was können wir aus den unterschiedlichen Bereichen dazu beitragen, um Menschen darin zu unterstützen, so lange wie möglich gesund und selbstständig zu bleiben, das Eintreten von Krankheiten und Pflegebedarf zumindest hinauszuschieben, damit die gewonnenen Jahre in möglichst hoher Lebensqualität erlebt werden können?

Wir wissen zum Beispiel, dass Menschen, die aktiv sind, die sich gesellschaftlich engagieren, die sich gesund ernähren und regelmäßig körperlich bewegen, die nicht rauchen und einen vernünftigen Umgang mit Alkohol haben, in der Regel länger gesund bleiben. Wir können den gesunden Lebensstil allerdings nicht »verordnen«. Wir können aber Menschen den Zugang zu den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ermöglichen. Wir können dafür sorgen, dass die Präventionsangebote entsprechend ausgerichtet sind und dass die Teilhabemöglichkeiten verbessert werden.

Wenn wir Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter fördern wollen, geht es um viele Themen, um viele Akteurinnen und Akteure und immer auch um den Einbezug der Zielgruppe selbst. Wir müssen also auf unterschiedlichen Ebenen unterwegs sein. Wir müssen das vorhandene Wissen nutzen, auf vorhandenen Praxiserfahrungen aufbauen und die vorhandenen Rahmenbedingungen berücksichtigen.

Solche Herausforderungen lassen sich nur bewältigen, wenn Wissenschaft und Praxis eng und im Bewusstsein gegenseitigen Respekts und der Achtung für die jeweiligen Kompetenzen der anderen zusammenarbeiten, was nicht immer selbstverständlich ist.

>> Wissenschaft und Praxis in einem Boot

Erst vor einigen Wochen fand ich in einer Kölner Tageszeitung eine sehr anschauliche Geschichte, die dieses besondere, oft distanzierte Verhältnis von Wissenschaft und Praxis beschreibt. Die Geschichte handelt von der jungen australischen Wissenschaftlerin für Gewässerkunde und kulturelle Anthropologie Sarah Laborde, die zusammen mit Sandy Toussaint

und Jorg Imberger sechs Jahre lang die Strömungsverhältnisse am Comer See untersuchte. Die Forschenden maßen die Temperaturen in unterschiedlichen Tiefen, erhoben meteorologische Daten und beforschten die Strömungsverhältnisse im See.

Doch Laborde ließ es nicht bei den wissenschaftlichen Messmethoden bewenden. »Sie fasste sich ein Herz, setzte sich zu den Fischern des Sees ins Boot, führte mit ihnen lange Gespräche. – Am Ende war sie diejenige, die davon am meisten profitierte. Manches war ihr völlig neu. So hörte sie zum Beispiel von Unterwasserwirbeln, die von den Forschern nicht wahrgenommen wurden, weil sie ihr Messnetz nicht eng genug geknüpft hatten« (Meichsner 2012).

Insgesamt konnte das in 22 Gesprächen gesammelte Erfahrungswissen der Fischer, das von den Forschenden durch Messungen generierte Wissen nicht nur erheblich erweitern, sondern auch ihre Modelle deutlich verbessern.

Wissenssoziologinnen und -soziologen nennen das »örtliches, lokales Wissen« im Unterschied zum »wissenschaftlichen Wissen«, das mit standardisierten Methoden erhoben wird und sich auf objektive Messwerte stützt. In unserem Beispiel am Comer See waren beide Wissensformen einander mindestens ebenbürtig.

Was können wir aus diesem Beispiel in die heutige Veranstaltung übertragen?

1. Zunächst die Feststellung, dass auch so fremde Welten wie die Naturwissenschaft und die Alltagspraxis des Fischens durchaus zueinanderfinden können.

Die Fremdheit lag dabei weniger in der Tatsache begründet, dass die Forschenden um die halbe Welt gereist sind, um sich mit den Fischern (Praktikern) vor Ort auszutauschen, sondern in der Art, wie sich die Akteurinnen und Akteure ihrem Gegenstand – dem Comer See – zuwenden, wie sie handeln und welche Ziele sie verfolgen.

Auch bei der Frage, wie wir die Lebensphase Alter so gestalten können, dass wir gesund und aktiv älter werden, folgen Wissenschaft und Praxis unterschiedlichen Logiken und Handlungsanforderungen. Auch hier stoßen wir auf unterschiedliche Wissensformen, die wir als ebenbürtig anerkennen sollten, weil sie für ihre jeweiligen Kontexte ihre Berechtigung und einen Nutzen haben.

Besonders fruchtbar wird es aber erst dann, wenn wir nicht nur die Unterschiedlichkeit anerkennen (das heißt, von der anderen Seite nicht erwarten, dass sie so denkt bzw. handelt, wie man selbst denken oder handeln würde), sondern die verschiedenen Wissensbestände miteinander verknüpfen.

Zugegeben: Allein die Anerkennung der Unterschiedlichkeit ist leichter gesagt als getan. Denn das Andere und Fremde ist uns meist nicht so zugänglich, erscheint uns auf den ersten Blick vielleicht als unständig oder aus unserer Perspektive sogar nutzlos. Bemerkenswert ist jedoch, dass die australischen Forscherinnen und Forscher in ihrem Bericht bei der angesehenen Zeitschrift »Proceedings of National Academy for Sciences of the United States of America« (PNAS) die Wertschätzung für das Wissen der Fischer ausdrücklich betonen und damit ihren Kolleginnen und Kollegen zu verstehen geben, dass für Eitelkeiten kein Anlass bestehen sollte.

2. Wie soll aber dann die Verbindung von zwei so unterschiedlichen Welten gelingen?

Hier liefert uns die Geschichte ein ganz einfaches, aber eindrückliches Bild. Die Forscherin setzt sich im wahrsten Sinne des Wortes mit den Fischern in ein Boot. Und sie tut das, was die Voraussetzung für jedes Verstehen und eine gelungene Kommunikation ist: Sie hört aufmerksam zu und stellt kluge Fragen, die an dem zuvor Gehörten anknüpfen.

Ein solches Gespräch bietet die Chance – nicht mehr, aber auch nicht weniger –, dass unterschiedliche Wissensbestände zu Einsichten führen, die im

Idealfall beide Seiten in ihrem Handeln weiterbringen. In diesem Sinne kann auch diese Veranstaltung als ein »Boot« verstanden werden, das nun langsam Fahrt aufnimmt und Ihnen Gelegenheit gibt, sich mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern oder Praktikerinnen und Praktikern, die hier anwesend sind, auszutauschen. Dabei kommt es auch in diesem Fall darauf an, solche – in diesem Sinne – kluge Fragen zu finden, die an das Gehörte, sei es aus Praxis oder Wissenschaft, gleichermaßen anbindungsfähig sind.

Sicher können wir nicht erwarten, dass von den vielen Fragen, die das Tagungsthema potenziell beinhaltet, auch auf alle sofort eine Antwort gefunden werden kann. Dafür reichen weder die Zeit noch die Auswahl der hier vorgestellten Forschungsvorhaben, die naturgemäß nur einen Ausschnitt der Vielschichtigkeit des Themas »Gesundes Altern« abdecken können.

Gleichwohl bietet der gemeinsame Diskurs von Wissenschaft und Praxis eine besondere Chance, größere Fortschritte gemeinsam zu erzielen, als abgeschottet in Wissenschaftszirkeln oder Praxisforen zu kommunizieren.

3. Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, ob in der Geschichte tatsächlich auch eine Win-win-Situation für beide Seiten gegeben war.

Ohne Frage hat die Wissenschaft von den Erfahrungen der Praxis profitieren können. Die Erfahrungen der Fischer haben den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern neue Erkenntnisse verschafft, eine beachtete Forschungsarbeit zu publizieren und damit international Aufmerksamkeit und Anerkennung zu finden. Nicht berichtet wird dagegen, ob die Fischer am Comer See durch die Forschung nur einen Fisch mehr gefangen haben, was bei 150 Tonnen jährlich auch kaum bemerkt worden wäre.

Für die erfolgreiche Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis hat sich allerdings bewährt, ge-

rade diesem Punkt ausreichende Aufmerksamkeit zu schenken. Nur wenn beide Partner ihre Interessen angemessen berücksichtigt finden, kann die Zusammenarbeit auch gelingen. Bildlich gesprochen reicht es also in der Regel nicht aus, sich als Forscherin bzw. Forscher in das »Boot der Praxis« zu setzen, sondern bereits bei der »Auswahl des Bootes« und bei der »Kursfestlegung« müssen die Interessen beider Seiten ausreichend miteinander abgestimmt werden.

Diese 2. KNP-Jahrestagung bietet Gelegenheit, den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis weiterzuentwickeln und auszuweiten. Der Vorteil der auf dieser Tagung vorgestellten Projekte liegt in den besonderen Voraussetzungen, die für alle BMBF-Projekte gelten, die im Förderschwerpunkt Präventionsforschung seit 2004 gefördert worden sind. Sie mussten bereits mit der Antragstellung einen Praxispartner mitbringen, der durch seine Erfahrungen zum Gelingen des Vorhabens beitragen sollte. Das sind gute Voraussetzungen dafür, dass die auf diese Weise generierten Erfahrungen auch breiter in der Praxis angewendet oder vielleicht sogar zu einem Regelangebot gemacht werden können.

Nach fast drei Jahren Laufzeit von KNP und wertvollen gemeinsamen Strategietreffen sind wir bereits einige Schritte vorangekommen, sodass wir dem BMBF sehr konkrete Vorschläge für die Fortschreibung künftiger Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gemacht haben. Dies geschah in Form von zwei Memoranden zur Forschungsförderung. Diese basieren auf der Auswertung der Erfahrungen von Wissenschaft und Praxis, die während des Förderschwerpunkts gemacht wurden. Die stärkere Beteiligung der Praxis stellt in den Memoranden eine zentrale Forderung dar (Walter et al. 2012a, 2012b).

Ich sehe mit Spannung den Ergebnissen dieser Tagung entgegen, weil zu dieser Veranstaltung auch

solche Praktikerinnen und Praktiker geladen wurden, die nicht selbst an einem der geförderten BMBF-Projekte beteiligt waren. Der kritisch-konstruktive Blick von außen auf die hier referierten Interventionen und gesundheitsfördernden Aktivitäten ist hoch willkommen, weil er zur Qualität des weiteren Vorgehens beitragen kann.

Ich möchte an dieser Stelle ganz besonders allen Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Podiumsgespräch danken, die heute und morgen zum Gelingen der Veranstaltung beitragen werden. Ich freue mich, dass uns auch von der WHO mit Herrn Dr. Huber ein ausgewiesener Experte mit einer globalen Perspektive zur Verfügung steht, was uns davor schützt, uns in einer nationalen Diskussion zu verengen. Ganz besonders danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Nägele, der uns die europäische Perspektive des Healthy Ageing vorstellen wird, für die Herr Prof. Walker aus Sheffield vorgesehen war, der kurzfristig absagen musste. Als Leiter der Nationalen Geschäftsstelle »Europäisches Jahr für aktives Altern und der Solidarität zwischen den Generationen 2012« haben wir mit ihm eine ausgezeichnete Alternative für die europäische und deutsche Situation gleichermaßen gefunden.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Tagung, von der sie viele Anregungen für Ihr Arbeitsfeld, wie immer es auch aussehen mag, mitnehmen können.

» Literatur

Laborde, S., Imberger, J., Toussaint, S. (2012): Contributions of local knowledge to the physical limnology of Lake Como. Italy. PNAS (published online before print, DOI:10.1073/pnas.1113740109).

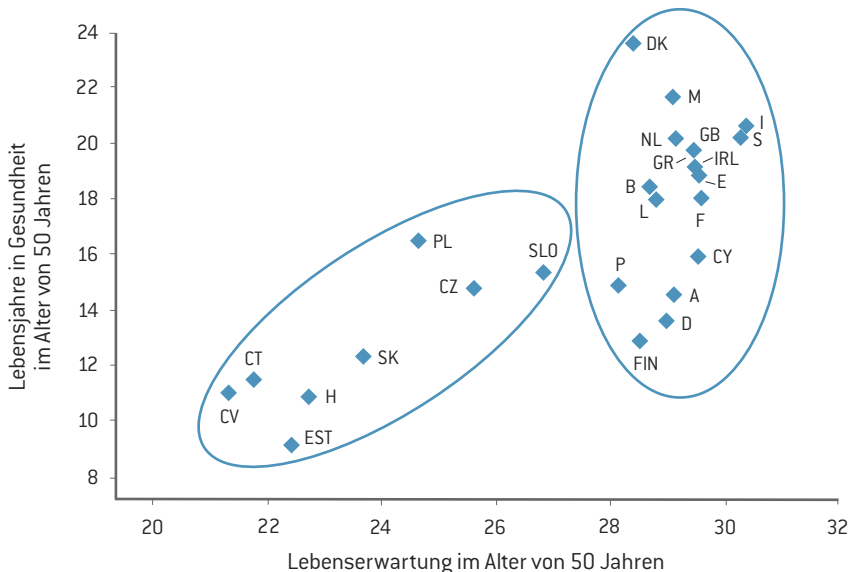
- Meichsner, I. (2012): Das Messnetz war nicht eng genug. Kölner Stadt-Anzeiger vom 16.4.2012.
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. Internet: <https://www.destatis.de>. Zugriff am 15.1.2013.
- Walter, U., Gold, C., Hoffmann, W., Jahn, I., Töppich, J., Wildner, M. (2012a): Memorandum 1 –Forschungsförderung Prävention. Das Gesundheitswesen, 74, S. 526–532. Internet: <http://www.knp-forschung.de/?uid=67195087533e524c554770751bd6344d&id=Seite4216>. Zugriff am 15.1.2013.
- Walter, U., Nöcker, G., Plaumann, M., Linden, S., Pott, E., Koch, U., Pawils, S. (2012b): Memorandum – Vorschläge für eine zukünftige Forschungsförderung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Das Gesundheitswesen, 74, S. e99–e113. Internet: <http://www.knp-forschung.de/?uid=67195087533e524c554770751bd6344d&id=Seite4251>. Zugriff am 15.1.2013.

» Gesund und aktiv älter werden – Die Lebensphase Alter gestalten

Ulla Walter

Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie herzlich zu der KNP-Jahrestagung »Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden«. Zunächst möchte ich Ihnen anhand aktueller Daten und Studien die Relevanz des Themas illustrieren. Dann werfen wir einen Blick auf das »aktive Älterwerden«: auf Rechte, aber auch auf Pflichten, die damit für Individuen, Professionelle und das System verbunden sind.

Hieran schließt sich die Struktur der Tagung an, in der es um Prävention und Gesundheitsförderung mit ihren Ressourcen, aber auch um Grenzen und Barrieren geht. Abschließend möchte ich Ihnen in eigener Sache den Veranstalter »Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung« (KNP) kurz vorstellen, da KNP sicher nicht allen Anwesenden gleichermaßen vertraut ist.

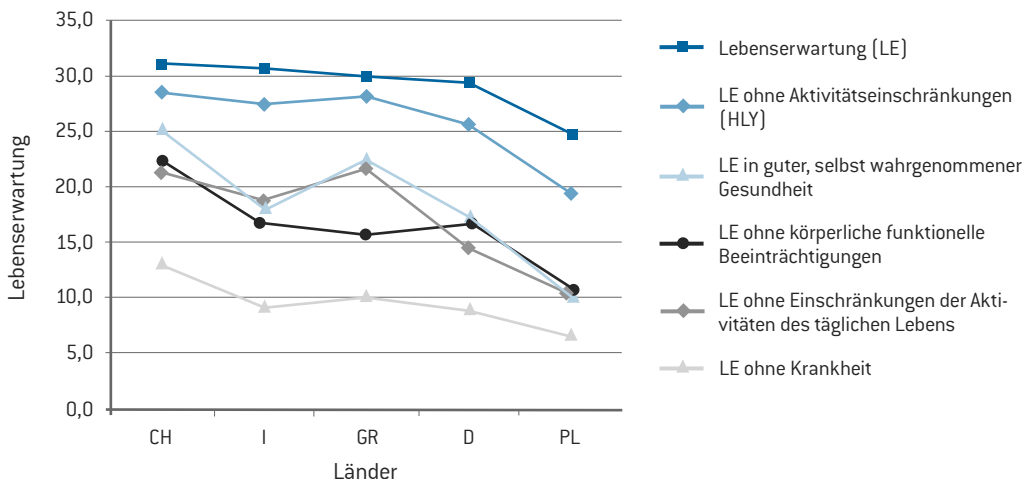


» Gesundheit im Alter

Frau Professorin Elisabeth Pott hat in ihrem Eröffnungsvortrag bereits beschrieben, dass die Lebenserwartung angestiegen ist und weiter ansteigen wird. Ergänzend möchte ich nun den Blick von der quantitativen Betrachtung der Lebenserwartung stärker auf qualitative Aspekte richten. Eine europäische Studie hat die fernere Lebenserwartung im Alter von 50 Jahren analysiert und in Bezug zu den noch zu erwartenden »gesunden« Lebensjahren (»healthy life years«) gesetzt. »Gesunde« Lebensjahre sind hier definiert als Jahre ohne länger als sechs Monate währende Einschränkungen gewöhnlicher Aktivitäten aufgrund schlechter Gesundheit. Abbildung 1 verdeutlicht, dass osteuropäische Staaten eine geringere Lebenserwartung aufweisen als die west- und nordeuropäischen Länder. Auch wenn

Letztere allesamt eine vergleichsweise hohe fernere Lebenserwartung haben, zeigt sich hier bei den »gesunden« Lebensjahren eine deutliche Spanne. Dänemark ist bei den Männern Spitzenreiter mit durchschnittlich 23,6 noch folgenden Jahren ohne Aktivitätseinschränkungen im Alter von 50 Jahren, wogegen es in Finnland nur 12,9 Jahre und in Deutschland 13,5 Jahre sind. Die Studie zeigt, dass in zehn europäischen Ländern, darunter auch Deutschland, die Lebensjahre ohne Einschränkungen unter dem derzeitigen Renteneintrittsalter von 65 Jahren liegen. Dies ist sehr bedenklich! Die Autoren schlussfolgern, dass enorme Anstrengungen seitens der Prävention und Gesundheitsförderung notwendig sind, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten (Jagger et al. 2008). Das ist ohne Zweifel richtig. Ebenso sind enorme Anstrengungen notwendig für ein aktives, gesundes Altern selbst.

Wird die Lebenserwartung nach Gesundheitseinschränkungen detailliert betrachtet, zeigt sich, dass



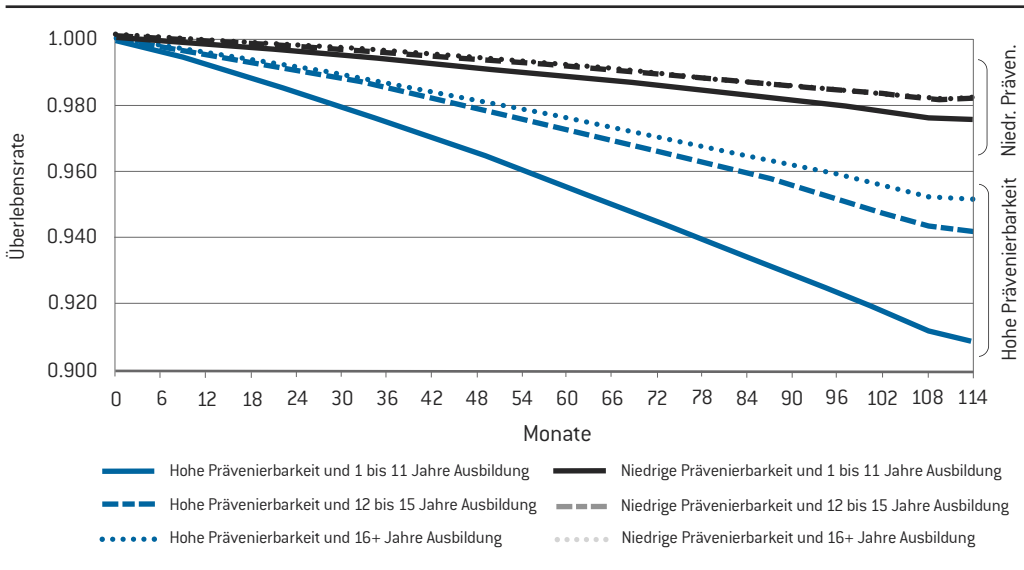
» Abb. 2: Lebenserwartung (LE) und »gesunde« Jahre (HLY) im Alter von 50 Jahren (Männer), eigene Abbildung, nach Jagger et al. 2011

Ungleichheiten in Gesundheit größer sind als Unterschiede in der Lebenserwartung [siehe Abbildung 2 auf Seite 15]. Dies deutet auf umweltbedingte, technologische und versorgungsrelevante Faktoren hin, die das Fortschreiten von Beeinträchtigungen beeinflussen [Jagger et al. 2011].

Ich möchte eine weitere interessante Studie aufgreifen [Phelan et al. 2004]. Die Autoren analysierten die kumulative Überlebensrate bei Erkrankungen mit niedriger bzw. hoher Prävenierbarkeit in den USA, differenziert nach Bildung (siehe Abbildung 3). Dabei zeigen sich größere Mortalitätsunterschiede zwischen den Bildungsgruppen bei Erkrankungen, für die Präventionsmaßnahmen bekannt sind. So sterben vermehrt geringer Gebildete an gut prävenierbaren Erkrankungen als höher Gebildete, während eine ähnliche Überlebensrate bei Krankheiten mit niedriger Prävenierbarkeit zu beobachten ist. Die Autoren erklären diese Ergebnisse mit Schlüsselressourcen,

über die insbesondere Personen mit hohem Bildungsstand verfügen: Wissen, Geld, Prestige, aber auch soziale Kontakte. Besser Gebildete wissen, wie sie sich in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem bewegen müssen und wo sie sich informieren können, um für ihre Gesunderhaltung zu sorgen. Interessanterweise ist dieser Effekt unabhängig vom persönlichen Risikoprofil oder von protektiven Faktoren. Menschen mit einem höheren Bildungsstand können sich auf in der Gesellschaft neu auftretende Krankheiten oder neue Bedingungen schneller einstellen, finden rascher adäquate Hilfe und können Schutzmechanismen besser nutzen.

Die Autoren weisen darauf hin, dass die oben beschriebene Differenz zwischen den Bildungsgruppen sich damit fortsetzt, präventive Interventionen können diese sogar noch verfestigen. Erforderlich sind vielmehr grundlegende Strategien, die die Verbindung zwischen dem Fortschreiten und den sozio-



>> Abb. 3: Kumulative Überlebensrate nach Bildung und Prävenierbarkeit von Krankheiten, Alter 45–64 (Phelan et al. 2004, S. 274)

ökonomischen Ressourcen aufbrechen (Phelan et al. 2010).

Die Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung ist es, genau dort anzusetzen. Jedoch können – wie erwähnt – gesundheitsfördernde Interventionen die gesundheitliche Ungleichheit auch verstärken. Eine bloße Informationsvermittlung, ohne Einbezug des Kontexts, reicht daher nicht aus.

Ebenso wie die Gesundheitsförderung weist das Konzept des Active Ageing auf die Bedeutung des Kontexts hin. Die WHO (2002, S. 2) definiert Active Ageing als »... the process of optimising opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. Active ageing applies to both individuals and groups. It allows people to realise their lives and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance«. Healthy and Active Ageing stellen keine getrennten Konzepte bzw. Paradigmen dar. Vielmehr schließt aktives Altern gesundes Altern und damit die Förderung einer Lebenserwartung in Gesundheit ein (EuroHealthNet und BZgA 2012). Healthy Ageing kann nicht durch eine einzige Maßnahme erreicht werden. Es ist vielmehr eine komplexe Strategie, die eine Bandbreite an gleichzeitigen Aktivitäten und Ansätzen erfordert: auf der individuellen, verhaltensbezogenen Ebene, in dem organisatorischen Bereich des Managements sowie auf der gesellschaftlichen, politisch-strategischen Ebene.

Neben dem alternden Menschen werden damit die Professionellen und das Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem sowie die Kommunen adressiert. Für alle Bereiche ergeben sich vor dem Hintergrund des Anspruchs auf aktives Altern Rechte und Pflichten (Walker und Maltby 2012). Die Professionellen müssen um die Kompetenzen und die Ressourcen des Individuums im Alter wissen, diese erkennen und gezielt fördern können. Das System muss eine

entsprechende Qualifizierung unterstützen, niederschwellige Zugänge zu den verschiedenen Einrichtungen des Bildungs- und Gesundheitssystems ermöglichen und die Umgebung so gestalten, dass diese ein aktives und gesundes Altern unterstützen. Das Individuum muss über Kompetenzen verfügen, die Angebote wahrzunehmen. Einige Autoren sehen das Individuum in der Pflicht, die Vorteile lebenslangen Lernens und Trainingsmöglichkeiten für ein aktives Altern zu nutzen. Allerdings darf die Verantwortung für aktives Altern nicht allein dem Individuum zugeschrieben werden; zu oft wird das System mit der Verschiebung auf die Eigenverantwortung zu wenig in die Pflicht genommen. Ebenso wird Active Ageing derzeit häufig auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit verengt.

Walker und Maltby (2012) weisen darauf hin, dass das Potenzial, das aktives Altern birgt, noch nicht hinreichend verstanden und schon gar nicht in der Praxis realisiert ist.

» Themenfelder der Tagung

Einleitend möchte ich die Struktur der Tagung skizzieren, in der viele Ansatzpunkte aufgegriffen werden, die einen Beitrag zum gesunden und aktiven Älterwerden leisten. Wir haben diese in den vier Themenblöcken »Zugang und Erreichbarkeit«, »Information und Edukation«, Partizipation und Selbstbestimmung« sowie »Transfer und Verstetigung« gebündelt.

Zugang und Erreichbarkeit der Zielgruppen bilden zentrale Themen der Prävention und Gesundheitsförderung. Kinder und Jugendliche können relativ einfach in den Lebenswelten Kita und Schule erreicht werden, erwachsene, arbeitende Menschen im Set-

ting Betrieb. Aber wo erreichen wir ältere Menschen? Hier spielt die Kommune eine wichtige Rolle, aber auch das Pflegeheim und die eigene Häuslichkeit sind Settings, die im Alter von Bedeutung sind (Ammann und Gross 2011).

Ulrike Dapp (2007) identifizierte vier Typen von Zielgruppen im Alter. Sie benennt zum einen die Gesundheits- oder Ressourcenförderer. Hierzu zählen Personen, die eigenverantwortlich für ihre Gesundheit sorgen und für Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung aufgeschlossen sind. Sie nehmen aus eigenem Antrieb an Veranstaltungen teil, reagieren also auf Komm-Strukturen, sind mobil und motiviert. Eine weitere Gruppe bilden die »Gesundheitsressourcenverbraucher«, die eine geringe Selbstverantwortung aufweisen, eher gesundheits-schädliches Verhalten zeigen und nur sehr schlecht erreicht werden. Gerade für die Erreichbarkeit dieser Gruppe sind passgenaue Zugangswege unerlässlich. Ferner definiert Dapp die Gruppe der »Gesundheits-(Ressourcen-)Verarmten«. Diese umfassen Personen mit eingeschränkter Mobilität, die auf Bring- und Zugehstrukturen angewiesen sind. Viele Projekte, die auf dieser Tagung vorgestellt werden, haben sich mit den als schlecht erreichbar geltenden älteren Menschen befasst, neue Zugangswege entwickelt und erprobt. Besondere Aufmerksamkeit erfordern dabei auch die Kanäle und Formen der Kommunikation. Müssen unterschiedliche Begriffe für Männer und Frauen gewählt werden? Müssen Ältere anders angesprochen werden als jüngere Menschen? Was für Instrumente gibt es, um Menschen für Präventionsmaßnahmen zu rekrutieren, und wie kann der Zugang evaluiert werden? Das sind Fragen, die die Forschung und die auf dieser Tagung sich vorstellenden Projekte umtreiben.

Wichtiger Gegenstand des Themengebiets der *Information und Edukation* bilden verständliche Informationen, die, soweit möglich, evidenzbasiert Nutzen und etwaigen Schaden, Chancen und Risiken darle-

gen. Ziel ist es, das Individuum zu befähigen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Dies ist besonders in den Bereichen relevant, die mit Risiken verbunden sind, wie die Krankheitsfrüherkennung, aber auch viele Bereiche in der primären Prävention. Erst seit Kurzem findet in der Krebsfrüherkennung ein Paradigmenwechsel von der Steigerung der Inanspruchnahme zur Förderung einer informierten Entscheidung statt, die zu der Ablehnung einer Teilnahme führen kann. Noch steht diesem Ansatz das durch jahrzehntelange Appelle für Früherkennung geprägte Verständnis seiner uneingeschränkten Vorteile bei den Anbietern sowie den Adressatinnen und Adressaten entgegen (Borutta et al. 2011, Steckelberg et al. 2011).

Partizipation und Selbstbestimmung sind Schlüsselbegriffe der Gesundheitsförderung. Frau Professorin Pott hat in ihrem Vortrag beschrieben, dass soziale Partizipation ein wichtiger Aspekt für erfolgreiches Altern ist. In der Gesundheitsförderung sollten Maßnahmen immer unter Einbezug der Zielgruppe geplant, konzipiert und umgesetzt werden. Gesundheitsförderliche Erfahrungen in der Gestaltung von Lebensräumen werden eher durch Mitwirkung als durch Befragung gemacht (Atree et al. 2011).

Michael Wright et al. (2010), die in ihrem Konzept Stufen der Partizipation beschreiben, gilt die Information als Vorstufe der Partizipation, genauso wie Anhörung und Einbeziehung. »Wirkliche« Partizipation erfolgt nach Wright erst durch Mitbestimmung, teilweiser Entscheidungskompetenz und letztendlich durch Übertragung der Entscheidungsmacht. Die letzte Stufe bildet in seinem Konzept die Selbstorganisation, die schon über die Partizipation hinausweist. Inzwischen liegen einige kommunale Beispiele vor, die auf den oberen Stufen der Partizipation anzusiedeln sind. Partizipation bezieht sich zum einen auf die Intervention in der Gestaltung des Rahmens der Prävention und Gesundheitsförderung. Zum anderen gilt es, auch in der Forschung die Betroffenen

einzu beziehen, nicht nur als bloßes Objekt, sondern in den Wissenschaftsprozess. Auch hierfür gibt es auf dieser Tagung Beispielprojekte.

Transfer und Verstetigung sind in der Prävention und Gesundheitsförderung wesentliche, aber bisher vernachlässigte Themen. Manfred Wildner (2012) hat hierzu einen Artikel veröffentlicht, in dem Ergebnisse der beiden KNP-Arbeitsgruppen Praxistransfer und Politiktransfer einfließen. In Analogie zu Max Weber schreibt er (ebd., S. 230): »Wer Prävention und Gesundheitsförderung betreibt, erstrebt Veränderung.« Allerdings wissen wir bislang relativ wenig, was an der Schnittstelle zu Praxis und Politik passiert. Diese Prozesse sind bislang kaum untersucht worden. Wie gelangen Modellprojekte nicht nur in die Fläche, sondern gar in die Regelversorgung? Wo sind Hemmnisse und Barrieren zu identifizieren? Was sind förderliche Faktoren? Dies sind ganz wesentliche Fragen, die wir auf dieser Tagung diskutieren möchten.

Die vier beschriebenen Themenblöcke – Zugang und Erreichbarkeit, Information und Edukation, Partizipation und Selbstbestimmung sowie Transfer und Verstetigung – werden im Querschnitt unter drei Gesichtspunkten betrachtet: im Hinblick auf Barrieren, auf Ressourcen und auf Übertragung. Wir schauen in allen vier Themenbereichen: Welche Barrieren und Grenzen bestehen im jeweiligen Handlungsfeld? Welche Ressourcen stehen dem gegenüber, und wie können diese geborgen werden? Welche Mittel und welche Methoden stehen zur Verfügung, um den Anforderungen gerecht zu werden? Und letztendlich: Inwieweit ist eine Übertragung der gewonnenen Erkenntnisse auf andere präventive Handlungsfelder oder Zielgruppen möglich? Inwieweit dürfen bzw. müssen Spielräume vorhanden sein?

» BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung

Viele Projekte, die ihre Ergebnisse vorstellen, wurden durch den Förderschwerpunkt Präventionsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Der Förderschwerpunkt neigt sich dem Ende zu, er lief in den Jahren 2004 bis 2012 und war mit insgesamt 20,05 Millionen Euro ausgestattet. Dies war die erste Initiative des BMBF, die ausschließlich primäre Prävention und Gesundheitsförderung adressierte. Ziel war die Entwicklung und Erprobung neuer Konzepte, Programme und Zugangswege sowie die Evaluation der Effektivität und Kostenwirksamkeit von Maßnahmen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Entwicklung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätssicherung. Ferner sollte durch den Förderschwerpunkt die Vernetzung und Strukturbildung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vorangetrieben werden.

Im Rahmen des Forschungsschwerpunkts wurden Projekte in vier zeitlich gestaffelten Phasen gefördert. Jede Förderperiode stellt eine Zielgruppe in den Mittelpunkt, für die Prävention und Gesundheitsförderung von besonderer gesellschaftlicher Relevanz ist. Die erste Förderphase (2004–2008) richtete sich an Projekte für Kinder, Jugendliche und Menschen mittleren Alters. In der zweiten Förderperiode (2006–2009) wurden speziell Projekte mit dem Schwerpunkt auf Kindern und Jugendlichen finanziert, die wir 2011 in der Tagung »Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier«¹ vorgestellt haben. Die dritte Förderphase (2007–2010) bezog sich auf Forschungsprojekte mit dem Fokus auf ältere Menschen (50+), die vierte Förderphase (2008–2012) adressierte Menschen in schwierigen

sozialen Lagen. Die Projekte, die auf der heutigen Tagung ihre Ergebnisse vorstellen, stammen vornehmlich aus den letzten beiden Förderphasen.

Insgesamt wurden 60 Projekte gefördert, die in Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis konzipiert und durchgeführt wurden, was eine große Herausforderung bildet. Auch der spätere Transfer der Ergebnisse in die Praxis musste schon bei der Antragstellung mitbedacht werden, um die nachhaltige Nutzung der Forschungsergebnisse zu fördern. Die so geschaffene Praxisnähe ist ein weiteres Charakteristikum des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung.

>> Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung

Im letzten Drittel des Förderschwerpunkts initiierte das BMBF im Jahr 2009 das Metaprojekt »Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung« (KNP), das zum Ziel hat, die Ergebnisse des Förderschwerpunkts mit zu verbreiten. Es soll aber auch dazu beitragen, Wissenschaft, Politik und Praxis stärker miteinander zu vernetzen. An dem Projekt sind drei Institutionen beteiligt: die Medizinische Hochschule Hannover, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Und auch hier sind Praxispart-

ner involviert: die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e. V. Niedersachsen, das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und eine Fachgesellschaft: die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).

Einer der Aufgabenschwerpunkte von KNP ist es, die Dissemination der Ergebnisse der geförderten Projekte in die Fachöffentlichkeit zu unterstützen. Dazu werden beispielsweise die Ergebnisse der Projekte in unterschiedlicher Weise gebündelt und in Zeitschriften eingebracht. Ein solches Produkt ist die März-Ausgabe der Zeitschrift »Public Health Forum«, ein niedrigschwelliges Organ für Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträgerinnen und -träger im Gesundheitswesen. In dem Schwerpunktheft zur Prävention in der zweiten Lebenshälfte stellen die entsprechenden BMBF-Projekte ihre Ergebnisse vor. Ein weiteres Produkt richtet sich an Akteurinnen und Akteure aus einem politischen Umfeld: die Broschüre »Ergebnisse der Präventionsforschung nutzen – Präventionsprojekte für ältere Menschen«². Hier wurde der Versuch unternommen, die Ergebnisse des Förderschwerpunkts in der Sprache der Politik darzustellen, um sie in diesem Feld mehr ins Bewusstsein zu rücken. Dahinter steckt ein aufwendiger Entstehungsprozess, der durch Journalisten und eine Redaktionsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der KNP-AG Politiktransfer, begleitet wurde.

Mit der Datenbank unter www.knp-forschung.de wurde die erste Datenbank für Forschungsprojekte zur Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland aufgebaut. Darin waren zunächst die

1 Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 41: Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. BZgA, Köln, 2012. Als PDF downloadbar unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?idx=2095>.

2 Die Broschüre »Ergebnisse der Präventionsforschung nutzen – Präventionsprojekte für ältere Menschen« kann unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/einzelpublikationen/?idx=2096> als Printversion kostenfrei bestellt oder als PDF unter dem Link <http://www.knp-forschung.de/?uid=c765b9f9f4a5b41d634c829649115&id=Seite4216> heruntergeladen werden.

60 Projekte des BMBF-Förderschwerpunkts mit ausführlichen Steckbriefen verzeichnet. Die Datenbank wurde jedoch 2011 geöffnet, sodass auch externe Projekte aufgenommen werden, wenn sie gewisse Qualitätskriterien aufweisen. Mittlerweile befinden sich viele Projekte in der Datenbank, die von der Europäischen Union, Stiftungen, anderen Bundes- oder Länderministerien oder Sozialversicherungen gefördert wurden.

Der Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis stellt ein wesentliches Ziel von KNP dar. Zu diesem Zweck werden u. a. jährliche Strategietreffen durchgeführt. Dabei treffen sich in Hannover Projektbeteiligte aus Wissenschaft und Praxis und tauschen in moderierter Form ihre Erfahrungen aus. Von dem implizierten Wissen der Akteurinnen und Akteure im Feld können alle profitieren. So werden Probleme bei der Projektumsetzung, Schwierigkeit in der Kommunikation oder die Unwägbarkeiten, mit denen Wissenschaft und Praxis konfrontiert sind, diskutiert. Da alle Projektbeteiligten ähnliche Erfahrungen gemacht haben, ist auf dem Strategietreffen im Jahr 2010 die Idee entstanden, diese im »Memorandum I – Forschungsförderung Prävention« zu bündeln. Darin werden die Erkenntnisse von Wissenschaft und Praxis zusammengeführt und aufbereitet, um damit Forschungsförderern Empfehlungen zur Steuerung einer anwendungsorientierten Forschung zu geben. Das Memorandum wurde von 15 Fachgesellschaften verabschiedet und liegt mit seiner Publikation in der Zeitschrift »Das Gesundheitswesen«³ der Öffentlichkeit vor.

Das zweite »Memorandum – Vorschläge für eine zukünftige Forschungsförderung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung« (Walter et al.

2012) greift ebenfalls die Erfahrungen aus den Projekten und die Erkenntnisse der Strategietreffen auf und stellt vordringliche Themenfelder und Methoden der Präventionsforschung heraus. Einen zentralen Aspekt bildet die Nachhaltigkeit. Wir brauchen mehr Studien zur Nachhaltigkeit, um zu zeigen, wie lange Prävention und Gesundheitsförderung im Zeitverlauf wirken können und welche Maßnahmen besonders gut wirken. Wir brauchen auch mehr Kenntnisse darüber, wie Transfer in die Praxis, aber auch in die Politik gestaltet werden kann. Wir brauchen noch mehr Wissen, wie die Gesundheitskompetenz insbesondere im Dreiklang von Individuum, Profession und System gefördert werden kann.

Ein großes Anliegen in diesem Memorandum ist auch die Methodik. Die komplexen Interventionen in der Präventionsforschung erfordern besondere methodische Verfahren. Es müssen die Methoden aus der qualitativen, der quantitativen Forschung, aus der Versorgungsforschung an die Belange der Präventionsforschung angepasst und neue Instrumente entwickelt werden. Wir haben das Memorandum zur Präventionsforschung im Mai 2012 dem BMBF vorgestellt. Das Memorandum soll zu einer weiteren Förderung der Präventionsforschung beitragen.

Ein drittes Memorandum wird zum Abschluss des KNP-Projekts im Jahr 2013 erstellt werden. Es ist ein Strategiepapier, das über die Forschung hinausgeht. Vielmehr setzt es unter Einbindung des Expertenwissens den Fokus auf die strukturelle Verankerung und Weiterentwicklung einer nachhaltigen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.

3 Das Gesundheitswesen, 74 (2012), S. 526–532. das Memorandum steht außerdem unter www.knp-forschung.de zum Download zur Verfügung.

>> Danksagung

An dieser Stelle möchte ich schließen und Ihnen allen eine schöne und interessante Tagung wünschen. Sie werden viele Projektergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts, aber auch darüber hinausgehende hören. Ich möchte Ihnen unser musikalisches Rahmenprogramm von Carmen Fuggiss (Sopran) und Jonathan Seers (Klavier) ganz besonders ans Herz legen. Die beiden Künstler haben extra für diese Veranstaltung ein Programm zum Thema Alter ausgearbeitet, worin sie einen Bogen von der Klassik bis zur Moderne spannen.

Ich danke allen, die an der Vorbereitung der Tagung mitgewirkt haben, insbesondere Frau Susanne Linden und Herrn Guido Nöcker von der BZgA, Frau Martina Plaumann, Frau Madlen Pomp und Frau Ortrud Michael von der MHH sowie Frau Silke Pawils vom UKE. Ich danke allen Referentinnen und Referenten sowie den Moderatorinnen und Moderatoren und wünsche Ihnen zwei ganz schöne, anregende Tage.

>> Literatur

- Ammann, E. S., Gross, C. S. (2011): Alt und schwer erreichbar: Best Practice – Gesundheitsförderung im Alter bei benachteiligten Gruppen. AVM, München.
- Atree, P. et al. (2011): The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health and Social Care in the Community*, 19, pp. 250–260.
- Borutta, B., Seidel, G., Dreier, M., Kramer, S., Kreusel, I., Helmstädter, J., Töppich, J., Bitzer, E. M., Dierks, M. L., Walter, U. (2011): Systemische Bewertung von Gesundheitsinformationen aus Experten- und Nutzerperspektive. In: GVG (Hrsg.) (2011): Gesundheitsinformationen in Deutschland, 67. Köln, S. 37–48.
- Dapp, U. et al. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren: Angebote und Zielgruppen. *Z Gerontol Geriat*, 40, S. 226–240.
- EuroHealthNet, BZgA (2012): Healthy and active ageing. Download unter <http://healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%Ageing.pdf>. Zugriff am 16.1.2013.
- Jagger, C. et al. (2008): Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 372, pp. 2124–2131.
- Jagger, C. et al. (2011): Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health*, 65, pp. 1030–1035.
- Phelan, J. C. et al. (2004): Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *J Health and Soc Behav*, 45, pp. 265–285.
- Phelan, J. C. et al. (2010): Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. *J Health and Soc Behav*, 51 (S), pp. 28–40.
- Steckelberg, A., Bunge, M., Gerlach, A., Mühlhauser, I. (2011): Systemische Bewertung von Gesundheitsinformationen aus Experten- und Nutzerperspektive. In: GVG (Hrsg.) (2011): Gesundheitsinformationen in Deutschland, 67. Köln, S. 17–24.
- Walker, A., Maltby, T. (2012): Active Ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *Int J Soc Welfare* 2012, 21, S117–S130.
- Walter, U., Gold, C., Hoffmann, W., Jahn, I., Töppich, J., Wildner, M. (2012): Memorandum – Forschungs-

- förderung Prävention. Das Gesundheitswesen, 74, S. 526–532.
- Walter, U., Nöcker, G., Plaumann, M., Linden, S., Pott, E., Koch, U., Pawils, S. (2012b): Memorandum – Vorschläge für eine zukünftige Forschungsförderung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Das Gesundheitswesen, 74, S. e99–e113. Internet: <http://www.knp-forschung.de/?uid=67195087533e524c554770751bd6344d&id=Seite4251>. Zugriff am 15.1.2013.
- WHO (2002): Active ageing, a policy framework. Geneva.
- Wildner, M. (2012): Prävention an den Schnittstellen zu Politik und Praxis. Das Gesundheitswesen, 74 [04], S. 229–233.
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern.

>> Active und Healthy Ageing und die Herausforderungen an die gesundheitlichen Versorgungssysteme

Gerhard Naegele

>> Active Ageing

Die Europäische Union hat das Jahr 2012 als europäisches Jahr für »aktives Altern« – und nach langer interner Debatte – mit dem Anhängsel »Solidarität zwischen den Generationen« ausgerufen. Der Hintergrund für dieses Motto kommt dabei nicht von ungefähr. So ist Europa die älteste Region der Welt. Und innerhalb Europas ist die Bundesrepublik neben Italien das Land, in dem das Altern der Bevölkerung – oder in den Worten von Franz Xaver Kaufmann die »Unterjüngung« der Gesellschaft – am weitesten vorangeschritten ist. In Deutschland leben europaweit die meisten älteren Menschen, der Anteil der 65-Jährigen und Älteren liegt derzeit bei rund 21% und wird – folgt man den vorliegenden Vorausberechnungen – 2030 bei 29% liegen. Auch weltweit liegt Deutschland mit dem Ergrauen der Gesellschaft mit an der Spitze und wird derzeit nur noch von Japan übertroffen.

In einer seiner jüngsten Veröffentlichungen spricht Alan Walker (2009) von einem »structural lag« zwischen der demografischen Entwicklung und den gesellschaftlichen Institutionen, das heißt ihren gesellschaftspolitischen Reaktionen und Vorkehrungen auf/für die Herausforderungen des kollektiven Alterns der Bevölkerung. Dieser ist insgesamt auch

heute noch nicht überwunden, was zweifellos auch für die Konzepte von Active Ageing, Healthy Ageing und erst Recht für die strukturelle Neuausrichtung und -anpassung der gesundheitlichen Versorgungssysteme gilt. Schon vor mehr als zehn Jahren hat der damals viel zu wenig beachtete Abschlussbericht der Bundestagsenquete-Kommission »Demografischer Wandel« auf die gesundheitspolitischen Implikationen einer insgesamt alternden Bevölkerung hingewiesen und als mögliche Antworten auf die gesundheitlichen Herausforderungen des demografischen Wandels explizit »Präventionsprogramme« und die Weiterentwicklung der »Versorgungsstrukturen« gefordert. Doch so richtig angekommen sind die Botschaften – so scheint es – immer noch nicht ganz. Es sei denn, man bezeichnet die wenigen Hinweise auf politische Gestaltungserfordernisse im Zusammenhang mit Healthy Ageing in der jüngst (April 2012) veröffentlichten »Demografiestrategie der Bundesregierung« als ernst zu nehmende Selbstverpflichtung der Gesundheitspolitik. Dann könnte man in der Tat die Hoffnung haben, dass der von Alan Walker u. a. auch mit Blick auf institutionalisierte Bemühungen um Healthy Ageing beklagte »structural lag« kleiner wird.

Was versteht man unter Active Ageing, was unter Healthy Ageing, und warum stehen diese beiden Zielsetzungen in einem engen Zusammenhang? Active Ageing gilt zunächst als ein multidimensionales Konzept, das auf die Verwirklichung sowie deren geziel-

tes Zusammenwirken verschiedener Maßnahmen (»essentials«) zur Verbesserung der Lebensqualität älter werdender und älterer Menschen abzielt, so wie es auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO 2002 wie folgt umschrieben wurde: »The process of optimising opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. Active Ageing applies to both individuals and groups. It allows people to realize their potential for physical, social and mental well-being throughout their lives and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance« (WHO 2002).

Wesentlich für das hier präsentierte Verständnis von Active Ageing ist der Blick auf das gezielte Zusammenwirken verschiedener Faktoren. Es wird deutlich, dass es nicht primär auf individuelle Prädispositionen ankommt, sondern sehr viel stärker auf ein für Active Ageing förderliches sozioökonomisches Umfeld einschließlich entsprechender sozialpolitischer Rahmenbedingungen. Zugleich wird ein präventives, lebenslaufbezogenes Konzept vorausgesetzt, das auf Empowerment und Ermöglichung setzt – oder in den Worten von Alan Walker: »A comprehensive strategy to maximise participation and well-being as people age. It should operate simultaneously at the individual (lifestyle), organisational (management) and societal (policy) levels at all stages of the life course« (Walker 2009).

In der im Oktober 2011 von einem europäischen Wissenschaftlerkonsortium unter Leitung von Alan Walker erarbeiteten »Roadmap for the Future of Ageing Research in Europe« wird diese Perspektive wie folgt um die einer gemeinsamen Verantwortung von Individuum und Gesellschaft erweitert: »An effective strategy for Active Ageing would be based on a partnership between the citizen and society. As far as society is concerned the policy challenge is to recognize the threat that links together all of the

relevant policy areas: not only employment, but also health, social protection, social inclusion, transport, education and so on. A comprehensive Active Ageing strategy demands that all of them are »joined up« and become mutually supportive: creating a true »Society for all Ages« as expressed by the UN. The parallel role of the citizen is to act with responsibility to take advantage of opportunities, for example in education and training and to participate where appropriate« (Future Age Group 2011).

Active Ageing ist somit ein hoch voraussetzungsvolles, auf individuelle wie gesellschaftliche Voraussetzungen und Vorleistungen zielendes Konzept. Es ist zugleich anschlussfähig (und vice versa) an den 5. Altenbericht der Bundesregierung von 2006 zum Thema »Die Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft«, der ganz zentral dazu beigetragen hat, auch hierzulande den Paradigmenwechsel auf die neue Sicht auf das Alter, auf Potenziale, Ressourcen und Altersproduktivität einzuleiten.

Insgesamt hat dieser Paradigmenwechsel mit dazu beigetragen, das Alter nicht mehr länger als in erster Linie »Phase des wohlverdienten Ruhestands« und die Alten selbst als »Versorgungsklasse« (Lepsius) zu begreifen, sondern individuelles Altern wie kollektives Altern mit einem »Aufforderungsparadigma« zu unterlegen, nachdem es im Alter nicht mehr nur Rechte, sondern auch Pflichten gibt. Allerdings muss – so wie es auch der 5. Altenbericht explizit betont – den relevanten Akteurinnen und Akteuren aus Gesellschaft und Politik dabei eine sie fördernde bzw. ermöglichende Vorleistungsverpflichtung zukommen, entsprechend einer wenig beachteten Interpretation des Subsidiaritätsprinzips des katholischen Sozialethikers Oswald von Nell-Breuning aus den 1960er- und 1970er-Jahren. Aktives Altern und Alter wird somit zu einer normativen Handlungsaufforderung für den einzelnen älter werdenden Menschen ebenso wie für die insgesamt älter werdenden Gesellschaft, die jeweils einander bedingen. Es ist

dabei nicht zuletzt der Verdienst des diesjährigen Mottos des europäischen Jahres, Active Ageing in den Dienst der Generationensolidarität zu stellen. Das heißt, Active Ageing als Beitrag der zahlenmäßig wachsenden und qualitativ mit besseren Ressourcen ausgestatteten älteren Generation zur Verringerung demografischer Belastungen und Herausforderungen zu konzeptualisieren, so wie es bereits der 2004 veröffentlichte erste Nachhaltigkeitsbericht der Bundesregierung formuliert hat: »Es ist künftig davon auszugehen, dass ... die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Zukunftsaufgaben von einer insgesamt geringeren und im Durchschnitt älteren Bevölkerung bewältigt werden müssen. Hieraus erwachsen vielfältige Herausforderungen sowohl an die Politik als auch an den Einzelnen, die insbesondere darin bestehen, Bedürfnisse der heutigen Generationen mit den Lebenschancen zukünftiger Generationen so zu verknüpfen, dass eine gerechte Teilhabe aller an der Gesellschaft möglich wird (Grundgedanke einer nachhaltigen Entwicklung). Vor dem Hintergrund der verlängerten Lebenserwartung ist die ›Freisetzung des Alters‹ nicht mehr zukunftsfähig« (1. Nachhaltigkeitsbericht der Bundesregierung).

Im Nachgang zur Rezeption der Empfehlungen des 5. Bundesaltenberichts kann man heute für Deutschland feststellen, dass für Active Ageing zunehmend auch – in Anlehnung an die US-amerikanische Diskussion – der Terminus *Productive Ageing* benutzt wird. Zu beachten ist jedoch, dass das Konzept von Altersproduktivität keineswegs primär – so wie es immer noch vielfach geschieht – auf eine ökonomische Dimension abhebt. Es geht nicht nur um länger arbeiten (»Rente mit 67«) oder um die Abschöpfung der zahlreich vorhandenen Kaufkraft Älterer in der Seniorenwirtschaft (»silver economy«). Vielmehr umfasst das Konzept auch eine soziale und gesellschaftliche Produktivität, so zum Beispiel im Sinne von gesellschaftsbezogener Nützlichkeit vor allem in den Dimensionen inter- und intragenerationelle

Solidarität, zivilbürgerschaftliches Engagement, Mitwirkung im dienstebezogenen Verbraucherschutz, in der Qualitätssicherung sozialer Dienste für ältere Menschen oder in den verschiedenen Dimensionen von sozialer und politischer Partizipation. Daneben geht es im Produktivitätskonzept aber auch um die *individuelle Produktivität* des einzelnen älteren Menschen selbst, also um Übernahme von Eigenverantwortung, zum Beispiel im Hinblick auf eigene Gesundheitsförderung, gesundheitsbewusstes Handeln, um die Eigenförderung von selbstständiger Lebensführung, Bildung im Sinne von lebenslangem Lernen oder um die kritische Selbstreflexion des eigenen Handelns, was Andreas Kruse (2005) wohl auch gemeint hat, als er »die bewusst angenommene Abhängigkeit« dem Produktivitätskonzept zugeordnet und dabei eine Eigenverantwortlichkeit selbst bei extremer Vulnerabilität angemahnt hat. Wenn bei der wissenschaftlichen Rezeption des 5. Altenberichts der Bundesregierung mitunter zu lesen war, Active Ageing sei – bewusst oder unbewusst – Teil einer neuen neoliberalen Selbstverpflichtungsrhetorik (van Dyk und Lessenich 2009), dann ist dies gerade auch im Hinblick auf Oswald von Nell-Breunings Interpretation des Zusammenhangs von Eigen- und Vorleistungsverpflichtung als unbegründet einzustufen.

>> Zum Zusammenhang von Healthy und Active Ageing

Active Ageing und Healthy Ageing stehen – nicht nur in der ursprünglichen WHO-Konzeption – in einem engen Zusammenhang. Gesund älter werden kann dabei gleichermaßen als *Ziel* wie *Voraussetzung* von Active Ageing verstanden werden. In die-

sem Zusammenhang formuliert die bereits erwähnte »Road Map for the Future of Ageing Research in Europe« wie folgt: »Since health is multi-dimensional it is difficult to define but Healthy Ageing should encompass good physical, mental and psychological health ... Healthy Ageing is a well-used term that is understood on a general level to encapsulate the ability to be socially engaged, productive and to function independently both at a physical and cognitive level ... The benefits of this to society are immense. In early old age good health has economic benefits improving productivity by allowing individuals to stay in the labour market or to provide informal care to grandchildren or indeed parents. Late old age is more characterized by high levels of multiple chronic diseases but maintaining good functioning and well-being in the very old age could reduce pressure on health care and care services« (Future Age Group 2011).

Im Kern geht es bei Healthy Ageing um drei gesundheitspolitische Ziele, die miteinander verknüpft werden müssen: 1) die Verlängerung der sogenannten ferneren Lebenserwartung durch Reduzierung der alterstypischen Mortalität; 2) die Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen durch Ausweitung der *gesunden* (aktiven) – innerhalb der durch die längere Lebenserwartung gewonnenen – Jahre, wobei auf Westeuropa bezogene Vergleiche jeweils zeigen, dass Deutschland bei beiden Zielsetzungen derzeit im Mittelfeld rangiert. Und 3) geht es bei Healthy Ageing um die dieses Ziel unterstützende fachlich wie bedarfsangemessene Reaktion der gesundheitlichen Versorgungssysteme und -strukturen auf das wachsende geriatrische Erkrankungsrisiko.

Die gewachsene sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung des Ziels Healthy Ageing ist – neben zweifellos gewichtigen finanzierungspolitischen Begründungen – ganz wesentlich auch Ausdruck demografisch mitbedingter struktureller Veränderungen in der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung. Die-

se ist wiederum Ausdruck der Verschiebungen innerhalb der Altenpopulation hinein in die Gruppe der stark wachsenden Anzahl hochaltriger Menschen. Obwohl Alter (n) nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist, nehmen insbesondere jenseits von 75/80 Jahren geriatrische Erkrankungsbilder zu. Hierzu gehören u. a. die Chronifizierung von Erkrankungen, Multimorbidität, die Überlagerung von somatischen und psychischen Erkrankungen sowie die Verschlechterung im subjektiv empfundenen Gesundheitszustand. In der Konsequenz gibt es immer mehr geriatrische Patientinnen und Patienten, was in aller Regel eine kontinuierliche wie kostenintensive Behandlung nach sich zieht. Aus gerontologischer Sicht ist bedeutsam, dass die Lebensqualität bei älteren Menschen dabei weniger durch den objektiven, sondern sehr viel stärker durch den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand geprägt ist und dass dem subjektiven Gesundheitszustand ein eigenständiger Stellenwert als Zielvorgabe wie auch Handlungsparameter zugewiesen werden sollte. Bedeutsam sind außerdem vor allem gesundheitsbedingte Mobilitätseinschränkungen sowie der Verlust von Autonomie.

In der Konsequenz hat diese Entwicklung nicht nur in Deutschland zu einer De-facto-Geriatrisierung der gesundheitlichen und medizinischen Versorgungsstrukturen diesseits von Pflege und Palliativversorgung geführt. Beispiele dafür sind die überdurchschnittliche Anzahl älterer Menschen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung und die alterstypische Polypharmazie. Diese Entwicklung geht einher mit einer Akzentuierung von sozialen Ungleichheiten im alterstypischen Erkrankungsrisiko und in der Erreichbarkeit von und durch Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung. Letzteres gilt insbesondere für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Insofern wäre es angebracht, Healthy Ageing auf primär medizinische Versorgungsdimensionen reduzieren zu wollen. Dies würde der Komplexität und Multidimensionalität des

alterstypischen Morbiditätsrisikos in keiner Weise gerecht.

Erschwerend – und für die Verbindung zu Active Ageing als eine wesentliche Determinante – kommt noch hinzu, dass Healthy Ageing selbst in der deutschen Altenbevölkerung keineswegs gleichmäßig verteilt ist und dies auch nicht jedem gleichermaßen möglich ist. Es gibt eine hinreichende empirische Evidenz für schichtspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung und für soziale Ungleichheiten bei Krankheit im Alter. Diese Unterschiede haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten sogar noch ausgeweitet. Die entsprechenden Zusammenhänge können als weitgehend bekannt vorausgesetzt werden: Lebensdurchschnittlich geringes Einkommen und zeitlebens benachteiligte berufliche Positionen reproduzieren sich in der gesunden Lebenserwartung und umgekehrt. Dies gilt bereits für die Erreichbarkeit des gesetzlichen Rentenalters von 65 Jahren (untere Einkommensgruppen von unter 1.500 Euro/Monat zu 80 %, obere Einkommensgruppen ab 4.500 zu 90 %) und gilt selbst für die Beamten. Für Deutschland zeigen repräsentative Studien, dass die mit der weiter steigenden fernerer Lebenserwartung verbundenen »kranken Jahre« früher und häufiger bei älteren Angehörigen der unteren Sozialschichten auftreten. Eine erste vorläufige Schlussfolgerung daraus ist, dass eine wirksame Politik zur Eingrenzung des alterstypischen Morbiditätsrisikos einschließlich der damit verbundenen steigenden Krankheitskosten in einer Fokussierung auf sozial schwächere Bevölkerungsschichten liegen sollte.

Auch wenn positive Kohorteneffekte auf einen insgesamt verbesserten Gesundheitszustand bei nachrückenden Gruppen Älterer verweisen, bestehen dennoch Zweifel an der Hoffnung auf die flächendeckende Durchsetzungskraft der Compression of Morbidity (Kompressionsthese). Neuere Daten deuten darauf hin, dass die aus gesundheitspolitischer wie ökonomischer Sicht optimistischen Annahmen der

Kompressionsthese eher für Angehörige der oberen sozialen Schichten gelten, während die pessimistische Medikalisierungsthese vor allem für ältere Angehörige der unteren sozialen Schichten Erklärungskraft besitzt. Zu beachten ist weiterhin, dass Krankheiten im Alter im hohen Maße langen »Krankheitskarrieren« folgen, also auf Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückzuführen sind, die oftmals bereits in der Kindheit oder im Arbeitsleben ihren Ursprung hatten.

Wie bereits erwähnt, gibt es einen plausiblen Zusammenhang zwischen Active und Healthy Ageing. Auch Healthy Ageing ist einerseits ein eigenständiges Ziel, andererseits auch Voraussetzung für Active Ageing. Zumindest für Letzteres ist die Empirie eindeutig. Hierzu nur einige wenige, weitgehend bekannte Belege für den der gleichermaßen wirksame förderliche Einfluss eines höheren Bildungsniveaus als bekannt vorausgesetzt werden kann: Zum Beispiel ist die Möglichkeit zur (Weiter-)Arbeit im Alter, ob kurz vor der Altersgrenze oder – wie im Zunehmen begriffen – selbst danach, stark an einen diese ermöglichenden Gesundheitszustand gebunden. Auch ist bürgerschaftliches Engagement im Alter hierzulande vor allem bürgerschaftliches Engagement vergleichsweise gesunder (und zumeist nicht sehr alter) älterer Menschen. Und auch für die anderen Formen sozialen Engagements im Kontext der vorherrschenden Vorstellungen von Betätigungsfeldern für Active Ageing – sei es in der Familie, in der Nachbarschaft, in den Vereinen oder in der Politik – lassen sich gleichgerichtete Pfadabhängigkeiten erkennen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Healthy Ageing zwar durchaus eine im engeren Sinne demografische Dimension besitzt, der Hinweis auf die Demografie aber zu kurz greift, wenn es gilt, Healthy Ageing als relevantes gesundheits- und sozialpolitisches Ziel zu begründen. Wenn zum Beispiel kürzlich publizierte Forschungsergebnisse des Rosstocker Max-Planck-Instituts für demografische For-

sung erkennen lassen, dass die mit sieben Jahren innerhalb der letzten 20 Jahre ganz beträchtlichen Zugewinne in die fernere Lebenserwartung nur zu 25 % genetisch, zu weiteren 10 % auf gesundheitsrelevante Einflussgrößen in den ersten Lebensjahren, zu rund 65 % aber sozial – das heißt durch Bildung, Lebensstil, soziale und finanzielle Lage usw. – erklärt werden können, dann kann es eigentlich niemanden überraschen, dass in vielen Fällen auch die objektiven Möglichkeiten zum Healthy Ageing sozial ungleich verteilt und der individuellen Beeinflussung nur schwer zugänglich sind. Insofern ist gerade auch für Healthy Ageing – ebenso wie für Active Ageing – eine politikfeldübergreifende Strategie zur Herstellung von insgesamt der Gesundheitserhaltung förderlichen Lebensverhältnissen älterer Menschen angebracht.

» Healthy Ageing als Ziel gesundheitlicher Versorgung für ältere Menschen

Bereits die WHO hat in der Vergangenheit wiederholt darauf aufmerksam gemacht, zuletzt in der Erklärung von Tallin [2008], dass Healthy Ageing nur im Rahmen eines sinnvollen Gleichgewichts zwischen Gesundheitsversorgung einerseits sowie Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung andererseits verwirklicht werden kann und dass sich die bislang zu stark auf Kuration und Medikalisierung ausgerichteten Gesundheitssysteme systematisch für Prävention und Gesundheitsförderung öffnen müssten. Dies gilt auch für die »klassischen« gesundheitlichen Versorgungssysteme in Deutschland, denen noch immer der Ruf vorausieht, primär

Garant für die Wiederherstellung von Gesundheit zu sein, was im Widerspruch zu typischen Verläufen chronisch-degenerativer Erkrankungen steht.

In alternden Gesellschaften muss gesundheitliche Versorgung weit mehr sein als nur die bedarfsgerechte medizinische Versorgung, zudem noch mit der traditionellen Fokussierung auf Diagnose, Kuration und Medikalisierung. Vielmehr muss es auch um die Absicherung nicht explizit medizinischer gesundheitlicher Versorgungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten gehen. Mindestens ebenso bedeutsame Versorgungsziele sind: der Erhalt und die Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter – trotz objektiv vorhandener Einschränkungen und Krankheiten – sowie die Unterstützung des dominanten Wunsches der weitaus meisten Älteren nach Verbleib und Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung, selbst bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Dabei gilt es insgesamt, Versorgungs- und Behandlungsprioritäten zu setzen, diese an den Gesamtzustand und die Gesamtsituation geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie an vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten anzupassen und die weitere Lebenserwartung und individuelle soziale Lage zu berücksichtigen. Dies sollte idealerweise schon in die Fallanamnese des im SGB V seit Längerem aufgenommenen, aber flächendeckend nicht unbedingt verbreiteten geriatrischen Basisassessments – im Idealfall unter Zuhilfenahme gerontologischer, sozialarbeiterischer und pflegewissenschaftlicher Kompetenz – und darauf aufbauend dann auch in das jeweilige Versorgungskonzept einbezogen sein. Zur bedarfsangemessenen gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen zählen weiterhin die Weiterentwicklung und Umsetzung von geriatrischer Prävention und Rehabilitation, vernetztes Handeln der Professionen sowie die Überprüfung tradierter Altersbilder in der Medizin sowie Kranken- und Altenpflege. Damit unmittelbar angesprochen ist die Ebene der stärker demografie-

sensiblen Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Professionen.

Insbesondere wegen der Vielfalt und Komplexität der gesundheitlichen wie sozialen Probleme geriatrischer Patientinnen und Patienten ist sektorübergreifende Kooperation zwingend erforderlich. Die *integrierte Versorgung* gilt heute als die für geriatrische Patientinnen und Patienten fachlich angemessene Antwort. Ziel ist es, in koordinierter Weise auf multiple gesundheitliche Versorgungs- und soziale Dienstleistungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten zu reagieren und somit Versorgungskontinuität jenseits institutioneller und unterschiedlich »verrechtlichter« Zuständigkeiten zu sichern. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass das bestehende, primär auf Akutversorgung ausgerichtete Gesundheitssystem mit zumeist fragmentierten Leistungsstrukturen und Handlungslogiken dafür in aller Regel nicht ausgerichtet ist. So heißt es im Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 (SVR 2009, S. 2): »Die Gesundheitsversorgung stellt sich damit in die aus integrativer Sicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.«

Für die bedarfsgerechte, auf die Herstellung von Kontinuität fokussierte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten sind dabei vor allem die Übergänge zwischen gesundheitlichen Versorgungsbereichen einerseits, das heißt konkret zwischen Hausärztin/Hausarzt und Fachärztin/Facharzt, zwischen ambulant und stationär, das heißt zwischen häuslicher Versorgung und Krankenhaus, zwischen ambulanter Versorgung und Rehabilitation sowie insgesamt zwischen Medizin, Rehabilitation, Pflege und

sozialer Arbeit von zentraler Bedeutung. Den Gedanken der integrierten Versorgung könnte man auch auf die Medikamententherapie übertragen, hier zudem noch mit explizitem Einbezug der örtlichen Apotheken. Lokale Gesundheitskonferenzen – wie in NRW gesetzlich vorgeschrieben – wären dafür unterstützende Instrumente mit bundesweitem Modellcharakter.

Das SGB V kennt bereits seit 2000 die Möglichkeit der integrierten gesundheitlichen Versorgung. Auch die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 kodifizierte Möglichkeit, die integrierte Versorgung auf den Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt, Krankenhaus, Rehabilitation, Pflege) auszudehnen, könnte gerade auch für ältere Patientinnen und Patienten zu einer verbesserten Versorgungskontinuität führen, so zum Beispiel bei der nachgehenden Betreuung nach einem Krankenhausaufenthalt. Beide Regelungen konnten sich aber bislang nur schleppend durchsetzen, u. a. wegen institutioneller Barrieren, des Widerstands der jeweils beteiligten Professionen und der geringen Informationspolitik der Kassen. Zudem hat bislang der systematische Einbezug der Pflege gefehlt. Hier hat jedoch die Novelle des SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) von 2008 die Möglichkeit geschaffen, durch die Einrichtung von *Pflegestützpunkten* integrierte Versorgungsstrukturen im Bereich der Pflege zu implementieren. Bislang jedoch fehlt es allen diesen neuen Formen integrierter Versorgung an flächendeckender Durchsetzungskraft, wobei sich nahezu zwangsläufig die Frage nach den richtigen Anreizen stellt. Diese könnten u. a. in einer Umstrukturierung der Vergütungs- und Honorierungssystematik liegen, die stärker auf die Gesamtleistung (»pay for performance«) und damit auch auf die Kontinuität der Versorgung und weniger auf die Einzelfallabrechnung abhebt, zum Beispiel durch eine prospektive Pauschalvergütung. Die Anreizfrage stellt sich schon

allein aus gesundheitswirtschaftlicher Perspektive. Denn in der integrierten Versorgung liegen nicht nur ganz gewichtige Potenziale zur Effizienzsteigerung und damit Kostenreduktion (zum Beispiel Vermeidung von Mehrfachdiagnosen und unerwünschter Folgekosten von Polypharmazie), sondern auch beachtliche Beschäftigungseffekte. Vor allem im Bereich der vermittelnden, steuernden und beratenden Tätigkeiten liegen gewichtige Beschäftigungspotenziale – bis hin zur Entwicklung neuer Berufe und Berufsgruppen (zum Beispiel Care Manager).

Auch für die fachlich angemessene gesundheitliche Primärversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind die »richtigen« Konzepte im Grundsatz bekannt. Der/die entsprechend qualifizierte Hausarzt/-ärztin als »Türöffner« gilt – mangels fehlender ambulant behandelnder Geriater – als die richtige Antwort auf geriatrischen Primärbehandlungsbedarf. Er wird idealerweise ergänzt und unterstützt durch möglichst evidenzbasierte, multiprofessionell erarbeitete Leitlinien und Standards für geriatrische Krankheitsbilder. Diese liegen für Deutschland aber noch nicht vor. In der Konsequenz fehlt es an deren verbindlicher Umsetzung in Verträgen, um eine flächendeckende Versorgung garantieren zu können.

Hinzu kommen gewichtige Versorgungslücken zwischen den einzelnen Bundesländern und innerhalb der Ländergrenzen, die zunehmend auch die primärärztliche Versorgung durch Vertragsärztinnen und -ärzte betreffen. Erschwerend kommt hinzu, dass gerade hier so etwas wie eine »schleichende Geriatriisierung« erfolgt, denn das Durchschnittsalter bundesdeutscher Vertragsärztinnen und -ärzte liegt mittlerweile bei deutlich über 50 Jahren. Besonders betroffen sind neben den strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands insbesondere die ländlichen Räume. Hier bieten sich Netzwerklösungen sowie IT-unterstützte mobile Versorgungsformen für den »dritten Gesundheitsstandort« Haushalt an.

» Healthy Ageing, Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Gesundheitsförderung und Prävention zählen zu den Grundvoraussetzungen von Healthy Ageing. Gerade hier bestehen diverse Vorleistungsverpflichtungen. Diese betreffen zunächst sowohl den einzelnen älteren Menschen selbst im Sinne der eingangs postulierten individuellen, auf eigene Pflichten zielenden Nützlichkeitsdimension (Produktivität) von Active Ageing. Sie betreffen aber mehr noch die hauptverantwortlichen Akteurinnen und Akteure für Active und Healthy Ageing in den Alltagswelten der älteren Menschen, das heißt dort, wo es um die politikfeldübergreifende Sicherung und Herstellung von gesunden bzw. gesunderhaltenden Lebensverhältnisse geht. Dies betrifft insbesondere die für die Arbeitswelt Verantwortlichen, die Bildungsanbieter, die für Städte- und Raumplanung und Wohnen zuständigen Akteurinnen und Akteure, die Technikanbieter sowie insgesamt und insbesondere die Kommunen etc. im Rahmen ihres sozialen Daseinsvorsorgeauftrags, der ihnen verfassungsgemäß vorgegeben ist. Denn gerade das Setting Kommune gilt vielen als dafür am besten geeignet, gelten die Erfolgsaussichten hier doch als besonders hoch. Umso erstaunlicher ist dann die hier flächendeckend zu beobachtende Abstinenz zu beurteilen, denn die kommunale Ebene ist bislang über wenige Modell- und Vorzeigeprojekte nicht weit hinaus gekommen.

Aber auch bei den im engeren Sinne medizinischen Versorgungssystemen bestehen Vorleistungsverpflichtungen, nämlich im Sinne der Tallin-Charta der WHO von 2008 die Prävention und Gesundheitsförderung systematisch in die Gesundheitssysteme

zu integrieren. Oder, wie es kürzlich in einem von der Friedrich-Ebert-Stiftung zur gesundheitlichen Versorgung in einer alternden Gesellschaft herausgegebenem Memorandum zu lesen ist, das gesamte Gesundheitssystem präventiv auszurichten, das heißt umzustrukturieren von einem »Health Care System zu einem Preventive Health Care System«.

Der 6. Bundesaltenbericht versucht in diesem Zusammenhang, Gründe für die fehlende Umsetzung dieser spezifischen Vorleistungsverpflichtung zu identifizieren und sieht diese insbesondere in der hemmenden Wirkung von häufig »somatisch fixierten« Altersbildern vieler Professioneller. Dies gelte vor allem für die Ärztinnen und Ärzte, die vorhandene Ressourcen und Potenziale älterer Patientinnen und Patienten oftmals völlig unterschätzen oder sogar gänzlich ausblenden würden. Somit stellt sich auch hier wieder die Frage nach den richtigen Anreizstrukturen, das heißt letztlich nach der Überwindung der unzureichenden und überdies finanziell ungenügend ausgestatteten Verrechtlichung von Gesundheitsförderung und Prävention. Noch immer bewegt sich die Quote der jährlichen Ausgaben für Prävention in Deutschland trotz vollmundiger Lippenbekenntnisse bei 4 %, und dies nicht erst seit gestern, sondern bereits seit den 1990er-Jahren. Allerdings sind finanzielle Anreize allein zu wenig. Vielmehr muss es – so berichten alle zitierten Quellen und Gutachten unisono – auch darum gehen, die bei vielen gesundheitlich und medizinisch tätigen Professionellen bestehenden Wissensdefizite um den geriatrischen Patienten bzw. die geriatrische Patientin und seine bzw. ihre besonderen multiplen Versorgungserfordernisse zu überwinden. Letztlich geht es um die geriatriebezogene Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei den relevanten Gesundheitsprofessionen.

Das Thema Gesundheitsförderung, Prävention und »Healthy Ageing« steht im Zentrum dieser Tagung. In den abschließenden Bemerkungen beschränke ich mich auf einige im engeren Sinne gerontologisch

relevante Aspekte. Wo bestehen besondere Bedarfschwerpunkte?

- Gerade auch in der gesundheitlichen Versorgung Älterer bedarf es mehr Verhältnis- und weniger Verhaltensprävention. Sonst erreicht man die Falschen und vertieft die bestehenden sozialen Unterschiede in den Gesundheitschancen im Alter.
- Das Setting »Kommunale Ebene« gilt es mehr zu aktivieren, die diesbezüglichen Potenziale der lokalen Gesundheitspolitikakteurinnen und -akteure – einschließlich Gesundheitsämter und Gesundheitskonferenzen – sind zu wenig erkannt und genutzt.
- In der Arbeitswelt muss begonnen werden! Nach wie vor sind die arbeits- und berufsbedingten Erkrankungs- und Frühinvaliditätsrisiken nicht überwunden, im Gegenteil: Sie nehmen in einigen Branchen und Berufen sogar noch zu. Zum Beispiel haben psychische Erkrankungen heute beinahe schon die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen in einigen Berufen und Branchen in ihrer Bedeutung für arbeitsbedingte Erkrankungen erreicht.
- Kaum beachtet wird, doch in Fachkreisen bekannt ist: Prekäre Beschäftigung, dauerhaftes »working poor« und Arbeitslosigkeit erhöhen insbesondere das psychische Erkrankungsrisiko, vor allem bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.
- Gesundheitsbedingte Frühverrentungen sind nach wie vor an der Tagesordnung. Es gibt in immer noch hoher Anzahl Berufe und Branchen mit sogenannten begrenzten Tätigkeitsdauern, das heißt, dort kann man allein aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zur regulären Verrentung arbeiten (zum Beispiel Pflegeberufe, Metallverarbeitung, privates Transportgewerbe).
- In der Rehabilitation gilt Alter nicht wenigen als Diskriminierungstatbestand. Der Rehabilitation muss in einer alternden Gesellschaft ein mehr als nur zentraler Stellenwert zukommen.

- Vor dem Hintergrund zu erwartender weiterer Anstiege bei Pflegebedürftigkeit bleibt die diesbezügliche Abstinenz der Politik unverstänlich, die seit Einführung der Pflegeversicherung bestehenden strukturellen Defizite in der geriatrischen Rehabilitation (keine Anreize) abzubauen.
- Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationsgeschichte. Allerdings besteht Differenzierungsbedarf hinsichtlich besonders bedrohter Migrantengruppen. Mit Blick auf die Gruppe der Arbeitsmigrantinnen und -migranten – hier sehe ich den dringlichsten Bedarf – deuten eigene Dortmunder Ergebnisse auf zwei Besonderheiten hin: hoch voraussetzungsvoll, aber nicht erfolglos. Will man vermeiden, dass auch in dieser Hinsicht die Migrantinnen und Migranten die Problemgruppen der Alten von morgen und übermorgen sind, gilt es, jetzt die Weichen zu stellen.

» Ausblick

Active Ageing, Healthy Ageing, gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung und Prävention weisen nicht nur einen engen inhaltlichen Zusammenhang auf, sie bedingen sich sogar gegenseitig, aber unterliegen allesamt dem von Alan Walker beklagten »structural lag«, der auch heute noch längst nicht überwunden ist. Es sollte deutlich geworden sein, dass es Eigen- wie gesellschaftliche Vorleistungsverpflichtungen gibt, wobei letzteren vor allem wegen der bestehenden Strukturen sozialer Ungleichheit in den Gesundheitschancen und -risiken (wie beim Zugang und auch bei Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen) besondere Beachtung zukommen sollte. Insofern ist Active Ageing hoffentlich nicht nur ein Motto für ein europäi-

ches Jahr, sondern sollte auch in der erforderlichen sozial-strukturellen Differenzierungserfordernis zu einer Daueraufgabe in alternden Gesellschaften insgesamt werden.

» Literatur

- Bäcker, G., Naegele, G. et al. (2010): Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland. Zwei Bände. 5., grundlegend erw. und überarb. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Richter, M. (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- BMFSFJ (2006): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bundestags-Drucksache 16/2190 vom 6.7.2006, Berlin.
- BMFSFJ (2010): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft. Bundestags-Drucksache 17/3815 vom 17.11.2010, Berlin.
- BMI (2012): Bundesministerium des Innern. Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung. BMI-Eigenveröffentlichung, Bonn.
- Bosbach, G., Bingler, K. (2008): Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt: Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen? Irrtümer und Fakten zu den Folgen einer alternden Gesellschaft. Soziale Sicherheit, 1.

- 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.
- Future Age Group (ed.) (2011): *Futurage: A Road Map for European Ageing Research*. Sheffield.
- Heinze, R. G., Naegele, G. (2010a): Integration und Vernetzung – Soziale Innovationen im Bereich sozialer Dienste. In: Howaldt, J., Jacobsen, H. (Hrsg.): *Soziale Innovationen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Heinze, R. G., Naegele, G. (2010b): Intelligente Technik und »personal health« als Wachstumsfaktor für die Seniorenwirtschaft. In: Fachinger, U., Henke, K.-D. (Hrsg.): *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort*. Theoretische und empirische Analysen. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, 31. Nomos, Baden-Baden.
- Kofahl, C., Dahl, K., Döhner, H. (2004): *Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland*. LIT-Verlag, Münster.
- Kruse, A. (2005): Selbständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 4.
- Kuhlmann, A. (2012): *Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen – zwischen kommunaler Verantwortung und Selbstverpflichtung*. Eine Untersuchung in ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen in Landkreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. Dissertation TU, Uni Dortmund.
- Küppers, S., Rosenbrock, R. (2011): Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In: Naegele, G. (Hrsg.): *Soziale Lebenslaufpolitik*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hrsg.) (2009): *Demografische Forschung aus erster Hand*, 2009, 6, Nr. 3.
- Naegele, G. (2008): Politische und soziale Partizipation im Alter – 13 Thesen zu einer »dialogfähigen Reformdebatte«. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 2.
- Naegele, G. (2009): Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 42, 6.
- Naegele, G. (2010): Sozialpolitik in einem alternden Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Kruse, A. (Hrsg.): *Leben im Alter*. Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik. Festschrift zum 80. Geburtstag von Ursula Lehr. Akademische Verlagsanstalt, Heidelberg.
- SVR (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten. Berlin.
- van Dyk, S., Lessenich, S. (2009): Ambivalenzen der (De-)Aktivierung. *Altwerden im flexiblen Kapitalismus*. WSI-Mitteilungen (62), 10.
- Walker, A. (2002): The principles and potential of Active Ageing. In: Pohlmann, S. (ed.): *Facing an Ageing World – Recommendations and Perspectives*. Transfer-Verlag, Regensburg.
- Walker, A. (2009): The Emergence and Application of Active Ageing in Europe. *Journal of Ageing and Social Policy*, Vol. 21, pp. 75–93.
- Walter, U., Reuter, D. (2013): Prävention und Gesundheitsförderung als politische Strategien für Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe im Alter. In: Hüther, M., Naegele, G. (Hrsg.): *Grundlagen der Demografiepolitik*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Walter, U., Stolz, M., Schneider, N. (2012): Gesundheitsversorgung. In: Wahl, H. W., Tesch-Römer, C., Ziegelmann, J. P. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie – Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart, S. 141–148.
- WHO (World Health Organization) (2002): Active Ageing: From Evidenz to Action. Geneva.
- WHO (World Health Organization) (2008): Charta von Tallin. Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Europäische Ministerkonferenz der WHO (Tallin, 27. Juni 2008). Kopenhagen.

» Handlungskonzepte und vorrangige Interventionen für ein gesundes Altern¹

Manfred Huber

» Einführung

Der Altersmedian der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO ist der höchste weltweit und steigt weiter rasch an. In der Europäischen Region beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt mehr als 72 Jahre für Jungen und ungefähr 80 Jahre für Mädchen. Allerdings nehmen im hohen Alter auch die Unterschiede in Bezug auf Langlebigkeit und Gesundheit weiter zu. Laut Prognosen wird sich zwischen 2010 und 2050 der Anteil der Altersgruppe über 65 Jahre nahezu verdoppeln, und keine Altersgruppe wird stärker wachsen als die der über 80-Jährigen.

Die erhöhte durchschnittliche Lebenserwartung führt in Verbindung mit einem Rückgang der Geburtenraten bzw. des Bevölkerungswachstums in vielen Ländern auch zu einem erhöhten Altersabhängigkeitsquotienten. Während 2010 in der Europäischen Region auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter durchschnittlich knapp 26 Menschen über 65 Jahre kamen, wird sich dieser Anteil bis 2050 auf circa 52 verdoppeln. Doch eine solche statische Schnittlinie im Alter von 65 Jahren berücksichtigt weder die stei-

gende Lebenserwartung noch die zunehmende Zahl von Menschen, die jenseits dieses Alters weiterhin ein aktives gesellschaftliches Leben führen, ihre Familien unterstützen und sich in ihrem Umfeld ehrenamtlich engagieren.

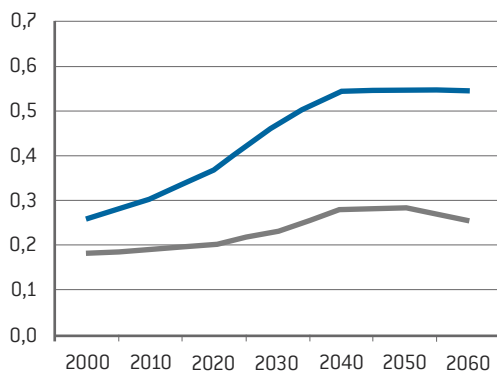
Abbildung 1 zeigt die unterschiedlichen Szenarien für den Altersabhängigkeitsquotienten bei statischer bzw. dynamischer Altersgrenze. Bei einer dynamischen Altersgrenze wird zur Berechnung des Quotienten die Relation zwischen der Zahl der über 65-Jährigen und der Zahl der 20- bis 64-Jährigen gebildet. Bei einer dynamischen Altersgrenze wird der Anteil errechnet, der sich aus der Relation zwischen der Zahl der Menschen ab einem Alter ergibt, in dem sie noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 15 Jahren haben, und der Zahl der Menschen zwischen 20 Jahren und diesem Alter. Der Altersabhängigkeitsquotient steigt erheblich langsamer an und nimmt einen anderen Verlauf, wenn eine dynamische Altersgrenze gewählt wird, die bei einer durchschnittlich verbleibenden Lebenserwartung von 15 Jahren verläuft.

Diese Altersgrenze verschiebt sich im Laufe der Zeit nach oben und fällt von Land zu Land deutlich unterschiedlich aus (siehe Abbildung 2 auf Seite 38).

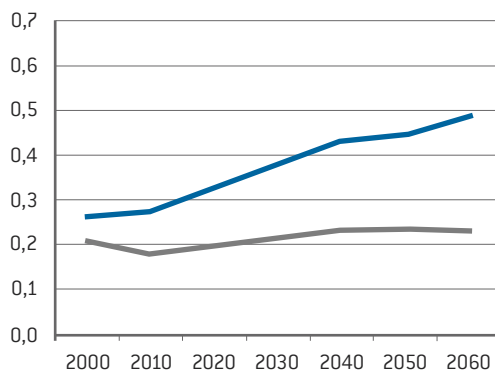
Die Befähigung eines größeren Anteils älterer Menschen zu einem gesunden und aktiven Leben ist zu

1 Dieser Beitrag ist die gekürzte und editierte Fassung eines gleichnamigen WHO-Papiers. Internet: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/policies-and-priority-interventions-for-healthy-ageing>. Zugriff am 8.11.2012.

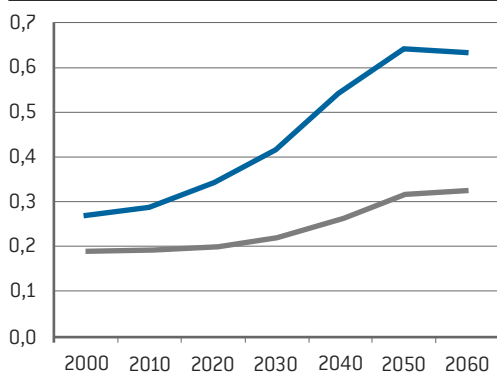
Westeuropa



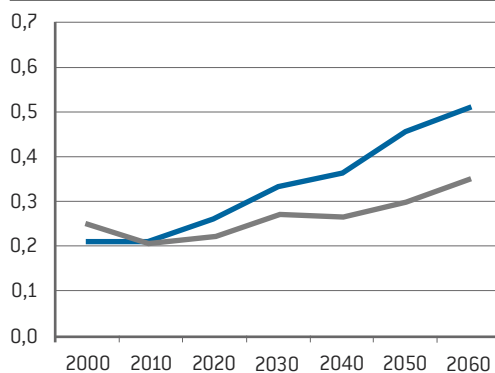
Nordeuropa



Südeuropa



Osteuropa



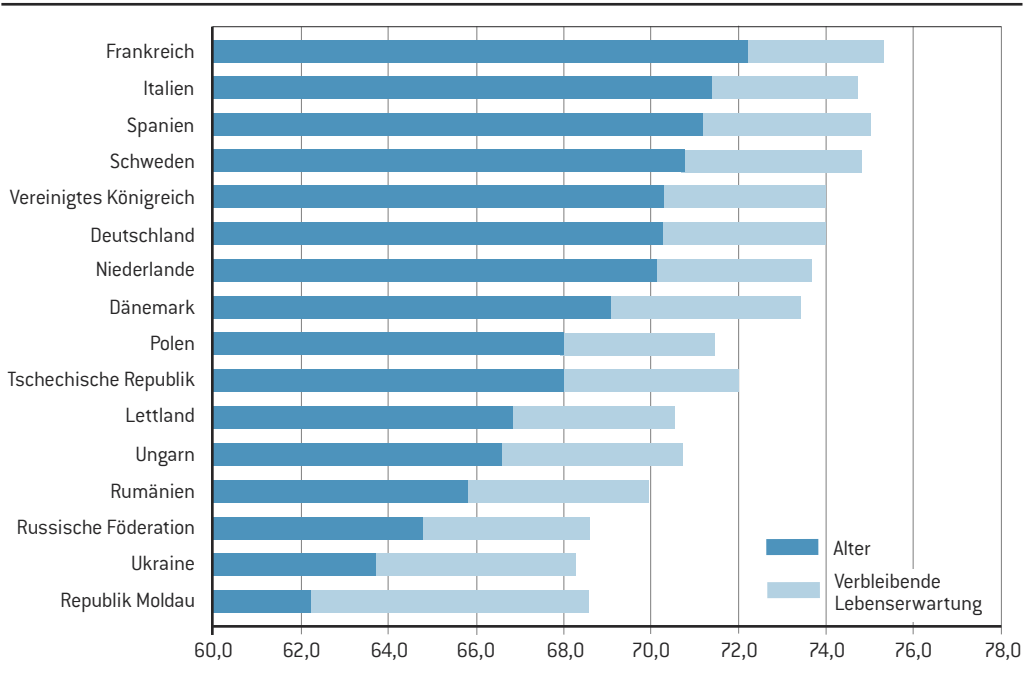
— Dynamische Altersgrenze

— Statische Altersgrenze

» Abb. 1: Altersabhängigkeitsquotient bei statischer und dynamischer Altersgrenze nach Subregionen der Vereinten Nationen in Europa.
Quelle: European Centre for Social Welfare Policy and Research (unveröffentlichte Daten, 2012).

einer Schlüsselfrage für eine nachhaltige Gesundheits- und Sozialpolitik in Europa geworden. Ungünstige fiskalische Rahmenbedingungen verstärken den Druck auf viele Länder, die Umsetzung von Konzepten für ein gesundes Altern zu beschleunigen.

»Gesundes Altern« ist ein Schlagwort für das breiter angelegte Konzept eines aktiven und gesunden Alterns. Aktives Altern wird von der WHO folgendermaßen definiert: »... der Prozess, in dem die Chancen auf Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität im Alter



>> Abb. 2: Alter mit einer verbleibenden Lebenserwartung von 15 Jahren (2010 und 2050). Quelle: World population prospects, the 2010 revision. New York, United Nations, Department of Economics and Social Affairs, 2010. Internet: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm. Zugriff am 16.3.2012.

optimiert werden. Aktives Altern bezieht sich sowohl auf einzelne Personen als auch auf Bevölkerungsgruppen. Es ermöglicht es den Menschen, ihr Potenzial für physisches, soziales und seelisches Wohlbefinden im gesamten Lebensverlauf auszuschöpfen und gemäß ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten an der Gesellschaft teilzuhaben, und bietet ihnen zugleich gemäß ihren Bedürfnissen ausreichend Schutz, Sicherheit und Versorgung.²

Gesundes Altern ist in der Europäischen Region wie auch weltweit ein vorrangiges Thema der Politik. 2012 jährt sich zum zehnten Mal die Annahme des Internationalen Aktionsplans von Madrid über das Altern durch die Vereinten Nationen. Die Europäische Union hat 2012 zum Europäischen Jahr für aktives Altern und der Solidarität zwischen den Generationen erklärt. Im Rahmen des Weltgesundheitstags am 7. April 2012 haben Kampagnen zum Thema Altern und Gesundheit in der gesamten Europäischen Re-

2 World Health Organization [2002]: Active ageing. A policy framework. Geneva. Download unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Zugriff am 16.3.2012.

gion dafür sensibilisiert, wie Bürgerinnen und Bürger sowie der Staat in diesem Bereich ihren Beitrag leisten können.

Ein zentraler Beitrag der Europäischen Region der WHO ist der »Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region« [2012–2020], den das Regionalbüro für Europa in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten und der Zivilgesellschaft entwickelt hat. Um mehr Menschen ein aktives und gesundes Leben in ihren späteren Lebensjahren zu ermöglichen, sind Investitionen in eine Vielzahl von Handlungskonzepten erforderlich. Die folgenden vier strategischen Handlungsfelder zeigen, wie eine verzahnte Gesundheitspolitik eine Antwort auf die rapide Alterung der Bevölkerung in Europa geben kann.

» Strategische Handlungsfelder

1. Gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf

Die Bekämpfung der epidemieartigen Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten im gesamten Lebensverlauf wird allgemein als Schlüssel für das Erzielen weiterer gesundheitlicher Zugewinne in späteren Lebensjahren sowie für die Nachhaltigkeit von gesundheits- und sozialpolitischen Konzepten anerkannt. Nichtübertragbare Krankheiten sind für den Löwenanteil des Verlusts an gesunden Lebensjahren bei Personen in der Altersgruppe über 60 Jahre verantwortlich. Die Gesundheit und das Aktivitätsniveau von Seniorinnen und Senioren sind somit von ihren Lebensumständen und Handlungen im gesamten Lebensverlauf abhängig. Doch kann mehr zur Förderung von Gesundheit und Verhinderung von Krankheit getan werden, auch unter der älteren Bevölkerung, deren Zugang zu Prävention und Rehabilitation beeinträchtigt sein kann. Ein besonderes Anliegen

ist der Erhalt der geistigen Fähigkeiten und des Wohlbefindens bis ins höchste Alter.

2. Vorbereitung der Gesundheits- und Pflegesysteme auf die Bevölkerungsalterung

Eine weitere Herausforderung liegt in der Anpassung der Gesundheitssysteme an die Bevölkerungsalterung. Wie können die verschiedenen Ebenen des Gesundheits- und Sozialwesens besser aufeinander abgestimmt werden, damit Menschen mit chronischen Mehrfacherkrankungen und funktionellen Einschränkungen besser versorgt werden können? Das Ausmaß der Beteiligung an den Gesundheitskosten ist für viele ältere Menschen in der Region zu hoch, und die Ausgaben der öffentlichen Hand für die Langzeitpflege sind von Land zu Land stark unterschiedlich. Es spricht vieles dafür, dass die Menschen immer mehr Wert auf einen besseren Zugang zu hochwertigen Gesundheits- und Sozialleistungen legen und auch staatliche Unterstützung für die informelle Versorgung durch Verwandte, Freundeskreis und andere Ehrenamtliche wünschen.

3. Ein altersgerechtes Umfeld

Eine vielversprechende Entwicklung ist die zunehmende Vernetzung der Städte und Gemeinden mit dem Ziel der Kooperation untereinander wie auch mit der WHO bei der Schaffung eines altersgerechten, seniorenfreundlicheren Umfelds. Hier liegt ein Schwerpunkt des Beitrags des WHO-Regionalbüros zum Europäischen Jahr 2012 für aktives Altern und der Solidarität zwischen den Generationen und der Zusammenarbeit im Rahmen der Europäischen Innovationspartnerschaft »Aktives und gesundes Altern« der Europäischen Kommission.

4. Ausbau der Erkenntnisbasis und der Forschungsanstrengungen

Um den Wissensaustausch zu fördern und Lücken in der Vergleichbarkeit von Daten zu schließen, strebt

das Regionalbüro im Hinblick auf seine Handlungskonzepte auch eine Verbesserung der Erkenntnisbasis an. Wissensaustausch und -transfer werden für die Europäische Region weiter an zentraler Stelle stehen, weil sie über einen reichen Schatz an vorbildlichen innovativen Praktiken für ein gesundes Altern verfügt, auch auf der lokalen Ebene.

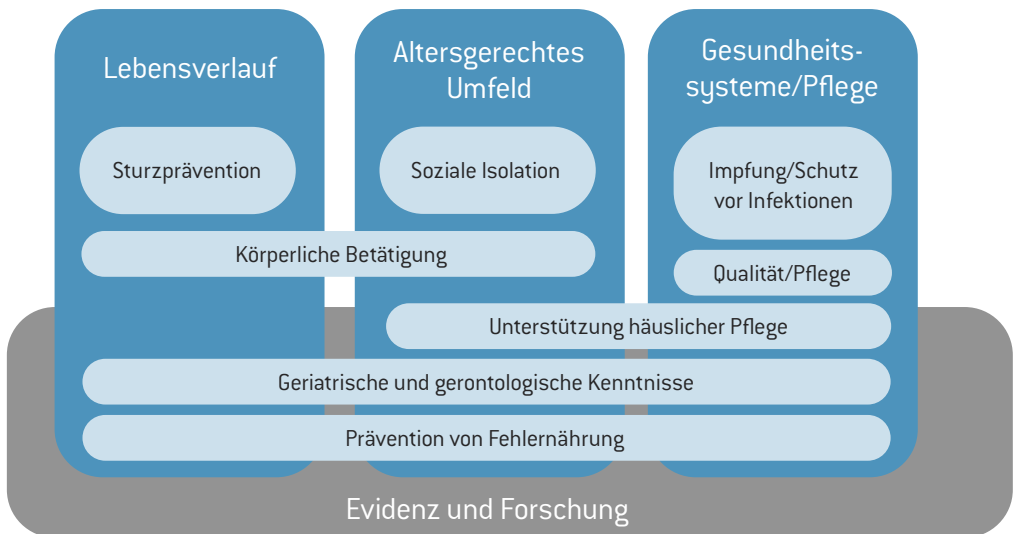
» Fünf vorrangige Interventionen

Im Rahmen dieser vier strategischen Handlungsfelder schlägt das Regionalbüro eine Reihe vorrangiger

und unterstützender Interventionen für das Erreichen messbarer Ergebnisse innerhalb von etwa acht Jahren vor. Sie werden unter Beachtung einer Reihe von Kriterien ausgewählt. Die Interventionen geben eine Antwort auf Fragen, wie sie oft von Politikerinnen und Politikern aufgeworfen werden, die eher Rat in Form einer überschaubaren Liste von Grundsatzempfehlungen suchen als umfassende Maßnahmenkataloge. Welche Interventionen bringen nachweislich in kurzer Zeit Gewinn, wenn sie angemessen durchgeführt werden? Sind sie politisch machbar? Lassen sich damit Fortschritte in der relativ kurzen Zeitspanne weniger Jahre erzielen und messen?

Abbildung 3 zeigt, wie die Interventionen des Aktionsplans den vier strategischen Handlungsfeldern entsprechen.

Das Regionalbüro plant eine Zusammenarbeit mit den Ländern auf verschiedenen staatlichen Ebenen,



» Abb. 3: Interventionen des Aktionsplans und ihre Entsprechung in den vier strategischen Handlungsfeldern. Quelle: WHO (2012): Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region. Internet: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications>. Zugriff am 8.11.2012.

um die folgenden fünf vorrangigen Interventionen entwerfen und umsetzen zu können:

1. Förderung körperlicher Betätigung,
2. Prävention von Stürzen,
3. Impfung älterer Menschen gegen Grippe und Prävention von Infektionskrankheiten in Gesundheitseinrichtungen,
4. staatliche Unterstützung für informelle Betreuerinnen und Betreuer mit einem Schwerpunkt auf der häuslichen Pflege (einschließlich Selbstpflege),
5. Kapazitätsaufbau in den Bereichen Geriatrie und Gerontologie unter den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Da diese Interventionen auch bereits in vielen nationalen und subnationalen Programmen für gesundes Altern enthalten sind, gibt es einen wachsenden Fundus von Belegen für ihre Wirksamkeit und ihren Beitrag zur Nachhaltigkeit der Gesundheits- und Sozialpolitik. Diese Evidenzbasis schafft eine Grundlage für eine weitere Stärkung des internationalen Erfahrungsaustauschs und Wissenstransfers.

Isolation und Ausgrenzung sowie Qualitätsstrategien für die Versorgung älterer Menschen, einschließlich der Betreuung von Demenzkranken und in der Palliativversorgung von Pflegefällen. Das WHO-Regionalbüro für Europa setzt in seiner Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auch in diesen drei Bereichen an.

» Unterstützende Interventionen

Die Erfahrungen aus zahlreichen Ländern der Europäischen Region haben gezeigt, dass neben den fünf vorrangigen Interventionen auch eine Reihe unterstützender Interventionen eine wichtige Rolle spielen können, etwa bei der Verknüpfung gesunden Alterns mit dem weiteren gesellschaftlichen Kontext. Dazu gehören die Verhinderung der Misshandlung älterer Menschen und die Verhinderung der sozialen

» Alter werden in Deutschland – Regionalkonferenzen in den Bundesländern

Monika Köster

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich freue mich sehr, Ihnen im Rahmen dieser Tagung, bei der es explizit darum geht, Wissenschaft und Praxis zusammenzuführen, unsere gemeinsamen Erfahrungen in der Entwicklung und Durchführung der zahlreichen Länder- und Regionalkonferenzen im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe »Gesund und aktiv älter werden« vorstellen zu können. Wir haben uns hierbei intensiv mit Fragen zum Thema »Gesund und aktiv älter werden« vor dem Hintergrund der jeweils spezifischen regionalen Voraussetzungen auseinandergesetzt – vor allem im Hinblick auf die praktische Arbeit der Akteurinnen und Akteure vor Ort. Wir befinden uns derzeit in der ersten Auswertungsrunde, und ich bin sehr froh, dass heute so viele Mitstreiterinnen und Mitstreiter zur gemeinsamen Diskussion zusammengekommen sind. Ihnen allen möchte ich sehr herzlich für die engagierte Mitarbeit danken.

sind Förderung und Erhaltung von Gesundheit (umfassend) und Lebensqualität. Im Bereich der Konzeptentwicklung und Maßnahmenplanung arbeitet die BZgA mit einem wissenschaftlichen Fachbeirat zusammen – ich freue mich, dass einige Mitglieder dieses beratenden Gremiums – Frau Prof. Dr. Dr. h. c. Lehr, Frau Prof. Dr. Keil, Frau Prof. Dr. Walter, Herr Prof. Dr. Nägele – an der heutigen Veranstaltung teilnehmen.

Die BZgA arbeitet im Themenfeld »Gesundes Alter« eng mit zentralen Organisationen sowie Akteurinnen und Akteuren im Feld zusammen. Hierzu gehören u. a. die Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenorganisationen (BAGSO), der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB), der Deutsche Volkshochschulverband (DVV) sowie Hochschulen. Im Zusammenhang der Situationsanalyse beauftragt die BZgA Studien und Expertisen zu Bereichen, in denen Forschungsbedarf besteht und entwickelt Materialien und Arbeitshilfen für die Akteurinnen und Akteure, die die wichtige Arbeit vor Ort leisten. Gemeinsam mit dem Deutschen Volkshochschulverband erarbeitet die BZgA zum Beispiel derzeit eine Planungshilfe »Gesundes Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung« für Programmverantwortliche sowie Leiterinnen und Leiter von Kursen. Ein weiterer Schwerpunkt der BZgA in diesem Themenbereich sind die Organisation und Durchführung von thematischen Konferenzen, wie beispielsweise die Bundestagung zum Auftakt des Europäischen Jahres Anfang 2012 in Berlin. Auf diesen Tagungen werden zentrale Themen diskutiert, der Stand der Dinge erörtert und

» Die Aktivitäten der BZgA im Themenschwerpunkt »Gesund und aktiv älter werden«

Zunächst möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick über die Aktivitäten der BZgA im Themenbereich »Gesund und aktiv älter werden« geben. Zielsetzung



» Abb. 1: BZgA-Aktivitäten in diversen Themenbereichen. Quelle: www.gesund-aktiv-älter-werden.de. Zugriff am 20.12.2012.

Zukunftsperspektiven entwickelt. Dabei ist die internationale Anbindung von besonderer Bedeutung. Als Beispiel sei das dreijährige EU-Projekt IROHLA (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population) genannt, an dem die BZgA beteiligt ist (Start Ende 2012).

Die BZgA-Website www.gesund-aktiv-älter-werden.de stellt aktuelle Daten, fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen sowie Länderaktivitäten, Termine, Praxisprojekte und Publikationen rund um das Thema »Gesundes Alter« bereit. Auf dieser Seite kann zudem ein Newsletter abonniert werden, der über Aktuelles informiert.

» Regionalkonferenzen in den Bundesländern

Um die Zusammenarbeit zwischen Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene zu stärken, hat die BZgA die Veranstaltungsreihe »Gesund und aktiv älter werden« konzipiert: Unter diesem Dach finden sogenannte Regionalkonferenzen in den Bundesländern statt. Diese Tagungen greifen die besonderen Herausforderungen des demografischen Wandels auf

GESUND & AKTIV
 ÄLTER WERDEN

BZgA
 Bundeszentrale
 für
 gesundheitliche
 Aufklärung

Zielsetzungen auf Länderebene

- & Für das Thema sensibilisieren
- & Zu realistischem Altersbild beitragen
- & Auf länderspezifischen Daten/Fakten aufbauen
- & Nationale/Internationale Prozesse einbeziehen
- & Wissen, Ergebnisse und Aktivitäten bündeln
- & Zentrale Handlungsfelder/Themen voranbringen
- & Herausforderungen und Potentiale aufzeigen
- & Akteure themenorientiert vernetzen
- & Zugänge zur Zielgruppe identifizieren

>> Abb. 2: Zielsetzungen auf Länderebene

und setzen sie in einen regionalen Bezug. Gemeinsam mit den Kooperationspartnern werden die resultierenden strukturellen und gesellschaftlichen Veränderungen, die epidemiologischen Grundlagen sowie die Heterogenität der Lebenslagen vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen diskutiert.

Ein zentrales Ziel der Regionalkonferenzen in den Bundesländern ist es, für das Thema »Alter und Gesundheit« zu sensibilisieren und zu einem realistischen Altersbild beizutragen. Dies bedeutet, nicht ausschließlich auf das Defizitäre und damit auf Belastung, Krankheiten, Probleme, auf Unterstützungs-

bedarf und Kosten zu fokussieren, sondern gleichzeitig auch die Potentiale aufzuzeigen. Allerdings sind »die Älteren« und »die Alten« keine homogene Zielgruppe. Wir sprechen vielmehr von Menschen, die sich hinsichtlich ihrer Lebensläufe, Lebenslagen, Erwartungen und Wünsche voneinander unterscheiden. So gehört das Thema »Zugänge zu den Zielgruppen« zu den Herausforderungen, die sich der Umsetzungsebene stellen.

» Veranstaltungsformat und regionaler Bezug

Den Regionalkonferenzen im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe »Gesund und aktiv älter werden« liegt folgendes Veranstaltungsformat zugrunde: Mit Unterstützung durch die jeweilige Landespolitik und die Landeszentralen für Gesundheitsförderung erfolgt eine gemeinsame Vorbereitung unter Berücksichtigung der regionalen Daten und Fakten sowie der länderspezifischen Prozesse. Dabei werden Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie Akteurinnen und Akteure, Praktikerinnen und Praktiker und auch die Zielgruppen selbst einbezogen. Die Regionalkonferenzen sind konzentrierte eintägige Veranstaltungen mit hochkarätiger Besetzung. Bedeutsam ist dabei die Beteiligung hochrangiger Vertreterinnen und Vertreter aus der Landespolitik – in der Regel sind dies die zuständigen Ministerinnen/Minister bzw. Staatssekretärinnen und -sekretäre –, deren Teilnahme die Bedeutung des Themas hervorhebt. Jeweils zugrunde gelegt werden bundeslandspezifische Daten und Fakten sowie regionale Besonderheiten: Bevölkerungsdaten, Landesgesundheitsberichte, Krankenkassendaten, Pflegestatistiken, Versorgungsdaten, landespolitische Initiativen. Den inhaltlichen Kern der Tagungen bilden motivierende Einführungsvorträge und die Darstellung aktueller wissenschaftlicher Grundlagen. Spannende Themen stehen im Fokus, u. a.:

Biografische Lebensqualität
Einflüsse des Lebensverlaufs auf Gesundheit und Krankheit
Neue Altersbilder

Älter werden und aktiv bleiben

Bewegungsförderung

Ernährung

Diabetes

Berufsleben

Erfolgreiche Zugangswege

Herausforderungen für ländliche Lebensräume

Vernetzungsstrategien

Chancen und Potenziale durch Partizipation

Bürgerschaftliches Engagement

Generationendialog

Selbstbestimmung

Altersgerechtes Wohnen

Assistenzsysteme

Präventive Hausbesuche

Pflege

Demenz

Unterstützung pflegender Angehöriger

Besonderes Interesse finden die anschließenden umsetzungsorientierten Diskussionen von Strategien und Praxisbeispielen.

Der Themenkatalog aller Regionalkonferenzen in Deutschland belegt ein weites Spektrum an Teilaspekten, Themen und Zuständigkeiten im Bereich »Älter werden in Deutschland« und verdeutlicht regionale Schwerpunktsetzungen. Die Konferenzthemen ergänzen sich gegenseitig, die Akteurinnen und Akteure profitieren von den Erfahrungen und Diskussionen in anderen Regionen und Bundesländern.

Die Teilnehmerlisten der Konferenzen zeigen, dass es gelungen ist, sektorübergreifend die Personen, Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen, die im Themenbereich »Gesundes Alter« vor Ort aktiv sind, einzubeziehen: Vertreten waren u. a. die folgenden Bereiche (alphabetische Listung):

Apotheken	Netzwerke
Ärzeschaft	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Beratungsstellen	Pflegesektor
Fachgesellschaften	Quartiersmanagement
Fachhochschulen	Selbsthilfe
Familienbildungsstätten	Seniorenbeiräte
Häusliche Pflege	Seniorenfreizeitstätten
Initiativen	Seniorenheime
Interessierte Bürgerinnen/Bürger	Seniorenservicebüros
Kassenärztliche Vereinigungen	Seniorentreffs
Kirchengemeinden	Seniorenvertretungen
Kommunalpolitik	Sozialarbeit
Kommunalverwaltung	Sozialverbände
Krankenkassen	Sportbereich
Länderministerien	Stadtplanung
Landesvereinigungen/Landeszentralen für Gesundheit	Therapiebereich
Landfrauenverbände	Universitäten
Mehrgenerationenhäuser	Unternehmen
	Vereine
	Volkssolidarität
	Weiterbildung
	Wohlfahrtsverbände
	Wohnungsbaugesellschaften

Interessant ist es, einen Blick auf die diversen Veranstaltungstitel zu werfen: *Das kann doch nicht alles gewesen sein* (Niedersachsen), *Lass Dich überraschen!* (Saarland), *Wer rastet, der rostet!* (Mecklenburg-Vorpommern), *Altersbilder im Wandel* (Hessen), *So sind wir!* (Sachsen-Anhalt), *Hier werd' ich alt, hier kann ich bleiben – Gesund und aktiv älter werden in ländlichen Lebensräumen* (Brandenburg), *Weiter wie gewohnt? – Wohnen im Alter* (Schleswig-Holstein), *Alter – Was geht?* (Hamburg), um nur einige zu nennen. Diese Veranstaltungstitel und die entsprechend konzipierten Konferenzen sind gelungene Ergebnis-

se der Beschäftigung mit dem Thema und der praxisorientierten Kreativprozesse in der Planungs- und Vorbereitungsphase. Die Titel führten häufig auch zu anregenden Diskussionen im Laufe der Veranstaltungen. In Bremen – Veranstaltungsmotto *Alt, aber oho!* – wandten teilnehmende Senioren und Seniorinnen zum Beispiel ein, dass dieser Veranstaltungstitel eher die Einschränkungen als die Potenziale des Alters betone; sie schlugen alternativ den Slogan »Alt und oho!« vor.

Zentral ist der Einbezug von Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie regionalen Akteurinnen und Akteuren in die Landeskonferenzen. Auf diese Weise haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich bei unterschiedlichen Institutionen über deren Angebote und Projekte in der Region zu informieren. Die konkreten fachlichen Diskussionen verliefen durchweg sehr lebhaft innerhalb von Foren, Workshops, Werkstätten oder AGs, aber auch bis in die Pausen hinein an Infoständen oder Themeninseln. Besonders wichtig war es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Zeit für Diskussionen zu haben, um konkrete Fakten und Daten, aber auch Umsetzungsschwierigkeiten intensiv erörtern zu können. Denn es ist sehr hilfreich, auch Hürden und Umsetzungsprobleme zu beleuchten und gemeinsam Lösungsansätze zu erarbeiten.

Die Möglichkeit der praktischen Erprobung gab es u. a. in den Bereichen Ernährung und Bewegung in Form konkreter Angebote wie beispielsweise der Zubereitung von Mahlzeiten oder der Durchführung von Bewegungsübungen.

» Erste Ergebnisse und Perspektiven

Das Thema »Älter werden in Deutschland« ist sehr vielfältig und stößt auf großes Interesse bei Verantwortlichen, Umsetzenden und den Zielgruppen. Es zeigt sich ein hoher Bedarf an einem regionalen wie auch überregionalen Austausch, einer stärkeren Vernetzung und der kontinuierlichen Zusammenarbeit mit der Bundesebene.

Die Regionalkonferenzen in den Bundesländern stießen auf große Resonanz und Akzeptanz. Zwischen 80 und 210 Teilnehmende konnten auf den einzelnen Veranstaltungen verzeichnet werden. Befragungen im Anschluss an die Konferenzen offenbarten durchweg positive Bewertungen im Hinblick auf die Zusammenarbeit, die Bereitstellung aktueller Daten, neue Impulse, fachlichen Austausch und der Darbietung einer Plattform für die Öffentlichkeitsarbeit.

Zentrale Diskussionsfelder und die von den Teilnehmenden hierzu formulierten und diskutierten Hauptaspekte und Bedarfe möchte ich an dieser Stelle in einer knappen Übersicht zusammenfassend darstellen.

Altersbilder im Wandel. Diskutiert wurden die Aspekte »Alter selbstbewusst sehen«, »Alter als Lebensabschnitt mit eigener Wertigkeit begreifen« und »Gestaltungsmöglichkeiten erkennen«. Von besonderer Bedeutung ist es dabei, ein realistisches Altersbild aufzubauen und die Stärken und Ressourcen einzubeziehen.

Teilhabe und Lebensqualität. Die Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe und sozialer Kontakte als Beitrag zum »gesunden Älterwerden« wurden beleuchtet, der Einfluss von Mobilität und Umfeldge-

staltung auf Partizipation und Verwirklichungschancen, Selbstständigkeit und Teilhabe erörtert. Die Umsetzung in ländlichen Regionen wirft hier besondere Herausforderungen auf.

Selbstbestimmung und Lebensqualität. Im Hinblick auf Wohlbefinden und Lebensqualität ist ein selbstbestimmtes Leben sehr wichtig, vor allem die Möglichkeit, auch bei zum Beispiel eingeschränkter Bewegungsfähigkeit oder bei Unterstützungs- und Pflegebedarf Selbstbestimmung aufrechterhalten zu können. Selbstbestimmung, Sinnstiftung sowie die Berücksichtigung und Realisierung von Wünschen und Bedürfnissen der Zielgruppe sind entscheidende Faktoren für eine hohe Lebensqualität.

Wohnen im Alter. Auch hierbei geht es um Selbstbestimmung, häufig verbunden mit dem Wunsch, so lange wie möglich im eigenen Zuhause zu bleiben. Frühzeitige Planung, Wohnraumanpassung, gestufte bedarfsorientierte Unterstützung und das Gestalten von Übergängen sind dabei wichtige Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt. Mehrgenerationenhäuser und weitere Beispiele für moderne Formen selbstbestimmten, altersgerechten und generationenfreundlichen Wohnens wurden erörtert. In diese Fragestellungen sind die Bereiche Stadtplanung und Wohnungsbau einzubeziehen.

Generationendialog. Altersgruppen sollten nicht grundsätzlich getrennt voneinander diskutiert werden. Es gibt durchaus gemeinsame Interessen und Anliegen (ein Beispiel: Absenkung der Bürgersteige: Dies ist für ältere Menschen wichtig, aber zum Beispiel auch sinnvoll für Familien, die mit Kinderwagen unterwegs sind). Erforderlich ist ein generationenübergreifendes Denken und Handeln, das auch Ressourcen und gegenseitige Unterstützungsmöglichkeiten einbezieht. Eine demografiesensible Kommunalpolitik und wirksame, generationenverbindende

Initiativen können dazu beitragen, der Gleichung altersfreundlich = familienfreundlich = menschenfreundlich gerecht zu werden.

Erwerbstätigkeit. Dieser Themenbereich umfasst die Förderung von Altersmanagement in Betrieben, die betriebliche Gesundheitsförderung sowie lebensphasengerechte Laufbahngestaltung. Diskutiert und aufgezeigt wurden Möglichkeiten einer für alle Beteiligten sinnvollen Zusammenarbeit unterschiedlicher Altersgruppen in Unternehmen. In diesem Zusammenhang kommt dem Aspekt der gegenseitigen Wertschätzung eine besondere Bedeutung zu. Hinzu kommt die Gestaltung von Übergängen vom Beruf in die Nacherwerbsphase im Hinblick auf sinnstiftende Aktivitäten.

Bildung. Bildung ist ein Schlüssel zu mehr Gesundheit. So sollte ein lebenslanges Lernen im Fokus stehen, das alle Altersstufen einbezieht und Möglichkeiten eröffnet. Bis ins fortgeschrittene Alter kann die Offenheit für Neues fortbestehen und gefördert werden, zum Beispiel durch die Anpassung der Angebotslandschaft vor Ort und entsprechend ausgerichtete Weiterbildungsangebote.

Bewegung und Ernährung. Bewegung und Ernährung gehören neben der Stressregulation zu den Hauptpfeilern der Gesundheitsförderung. Die Bewegungsfähigkeit ist eine wichtige Basis für Mobilität bis ins hohe Alter. Bewegung spendet Lebensfreude und begünstigt direkt das körperliche und psychische Wohlbefinden. Sie kann in den Alltag integriert werden und auch durch spezifische Angebote gefördert werden. Präsentiert wurden Beispiele aus dem organisierten Sport, Bewegungsparcours in der Kommune sowie informelle Sport- und Bewegungsmöglichkeiten. Durch adäquate Bewegung kann Krankheiten vorgebeugt werden, und auch bei bereits bestehenden Gesundheitsproblemen und Ein-

schränkungen kann gezielte Bewegung sehr sinnvoll sein. Ebenfalls diskutiert wurden die Möglichkeiten gezielter Sturzprävention.

Ausgewogene Ernährung ist über alle Altersstufen hinweg von zentraler Bedeutung. Im Alter verändert sich das Essverhalten jedoch, sodass auch Aspekte wie ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Mangelernährung, Übergewicht, Diabetesprävention oder Mundgesundheit verstärkt hinzukommen. Darüber hinaus wurden konkrete Möglichkeiten und regionale Angebote der Unterstützung – zum Beispiel beim Einkauf oder der Zubereitung von Speisen – diskutiert.

Sexualität im Alter. Nach wie vor ist dieses Thema ein gesellschaftliches Tabu, obgleich sexuelle Bedürfnisse für viele auch im Alter eine große Rolle spielen. Unter der Überschrift »Vom Wollen, Wünschen und Dürfen« wurde im Rahmen der Konferenz in Mecklenburg-Vorpommern die Frage »Sexualität im Alter« intensiv diskutiert. Erörtert wurden unterschiedliche Einstellungen und Bedürfnisse, Vorurteile, Rollenbilder und Normen. Erforderlich ist eine nichtstigmatisierende, respektvolle und die Individualität fördernde Haltung. Auch die Rolle der Pflege sowie die Bedeutung des Themas in Einrichtungen wurden angesprochen.

Pflege/pflegende Angehörige. Dieser Bereich umfasst den Informationsbedarf (zum Beispiel gesetzliche Grundlagen), die Organisation der Pflege, aber auch die Frage, wie und durch welche Aktivitäten der Pflegebedarf möglichst lange hinausgeschoben werden kann. Nicht allein die pflegebedürftigen Personen selbst sind hier Thema, sondern auch die Entlastung und Gesundheitsförderung der pflegenden Angehörigen – speziell auch im Zusammenhang der Betreuung von Menschen mit Demenz.

Demnzerkrankungen. Von großer und kontinuierlich zunehmender Bedeutung ist das Thema Demenz-

erkrankungen. Hier spielen u. a. die Aspekte »Wissen über die Erkrankung«, »Umgang mit der Erkrankung« und »Entlastung der Angehörigen« eine Rolle.

Zielgruppenzugang. Als besondere Herausforderung wurden Fragen des Zielgruppenzugangs erörtert, vor allem, wenn sie schwer erreichbare Personengruppen betreffen. Zu ihnen gehören u. a. alleinstehende ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Männer und ältere Menschen mit geringer sozialer Einbindung. Hier fehlt es an systematischen Zielgruppenzugängen. In diesem Kontext wurden Stadtteilarbeit, die Nutzung präventionsrelevanter Strukturen sowie Möglichkeiten und Grenzen aufsuchender Angebote, u. a. präventive Hausbesuche, diskutiert. In ländlichen Lebensräumen verstärken sich bestimmte Probleme und Hürden.

Netzwerkarbeit und Nachhaltigkeit. Die zielgerichtete sektorübergreifende Vernetzung ist eine zentrale Grundlage von Aktivitäten im Themenbereich »Gesund und aktiv älter werden«. Hierbei ist es wichtig, sich zu verständigen, die Rahmenbedingungen und jeweiligen Zuständigkeiten zu klären, gemeinsame Ziele und Vereinbarungen zu formulieren und feste Netzwerkstrukturen zu schaffen.

Transparenz und die zielgerichtete Bündelung und Koordinierung in diesem weiten Handlungsfeld können schrittweise verbessert werden. Um systematische Kooperationen zwischen den Akteurinnen und Akteuren zu fördern, sollten zum einen Strategien der sektorübergreifenden Zusammenarbeit entwickelt sowie am Spannungsfeld zwischen Haupt- und Ehrenamt gearbeitet werden. Eine besondere Herausforderung liegt im Bereich der systematischen Qualitätssicherung.

Die Regionalkonferenzen, die die Akteurinnen und Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene zusammenführen, tragen dazu bei, das Ziel, gesund und aktiv älter zu werden, in Deutschland voranzubringen. Sie dienen als Orte der Wissensvermittlung, der Diskussion und Planung künftiger Strategien und Maßnahmen. Die Akteurinnen und Akteure der Länder regen an, den Kontakt der Bundesländer untereinander zu intensivieren, aufbauende Veranstaltungen zu organisieren, die der Themenvertiefung, Kompetenzstärkung und Entwicklung von Strukturen dienen (Nachhaltigkeit). Gewünscht wird zudem der Aufbau einer übergreifenden Wissens- und Kommunikationsplattform. Die BZgA wird diesen Prozess weiterhin unterstützen.

Vielen Dank!

» Herausforderungen für die Zukunft

Die Vielfalt an Anforderungen und Aufgaben vor dem Hintergrund knapper Mittel stellt uns alle vor Herausforderungen. Wenn wir diese gemeinsam angehen und Potenziale nutzen, haben wir eine Chance, auch etwas zu erreichen. Die derzeit fehlende

02

Zugang und Erreichbarkeit

» Zugangswegen zu bewegungs- und sportinaktiven Älteren

Henning Allmer

» Problemstellung

Auch wenn aus wissenschaftlicher Sicht noch Fragen zu den biopsychosozialen Wirkungen von Bewegungs- und Sportaktivitäten der Älteren unbeantwortet und differenziertere Untersuchungen der Wirkmechanismen erforderlich sind (vgl. Etnier et al. 1997, Janssen 1995, King et al. 1993, Kramer und Willis 2002, Yaffe et al. 2001), ist grundsätzlich von der Bedeutsamkeit und dem Nutzen der Bewegungs- und Sportaktivität für die Gesundheit Älterer auszugehen, wie zum Beispiel die Steigerung des Wohlbefindens, die Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit und die Verringerung der Sturzgefährdung (vgl. Allmer 2008). Angesichts der gering ausgepräg-

ten Bewegungs- und Sportaktivität der Älteren von 15 bis 20% (vgl. Mensink 2002) profitiert der überwiegende Teil der älteren Bevölkerung nicht vom gesundheitlichen Nutzen der Bewegungs- und Sportaktivität und setzt sich der Gefahr erhöhter gesundheitlicher Risiken aus. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind vor allem Interventionsprogramme zu entwickeln, um Ältere zu mehr und regelmäßigeren Bewegungs- und Sportaktivitäten zu motivieren (vgl. King et al. 1998) und damit die Voraussetzung zu schaffen, Ältere zu einem gesundheitsbewussten und aktiven Lebensstil zu bewegen. Untersuchungsbefunde zeigen allerdings (vgl. Allmer 2008), dass mehr Frauen, mehr Angehörige der höheren Bildungsschicht und mehr Bewegungs- und Sportaktive an Bewegungs- und Sportangeboten teilnehmen.

» Fragestellung

Vor diesem Hintergrund wurden drei Hauptfragestellungen analysiert:

- Durch welche Zugangswege können Zielgruppen wie Männer oder Personen mit einfachem Bildungsstand – unabhängig vom Ausprägungsgrad der Bewegungs- und Sportaktivität – erreicht werden?
- Durch welche Zugangswege können Bewegungs- und Sportinaktive am ehesten erreicht werden?
- Durch welche Zugangswege ergeben sich Veränderungen der Bewegungs- und Sportaktivität?

Es wurden vier »Zugangswege« analysiert:

1. »*vital 55plus*«, um vor allem bewegungs- und sportinaktive Ältere der einfachen Bildungsschicht zu erreichen. Zu diesem Zweck wurde den Versicherten der IKK Nordrhein ein Bewegungsangebot mit konkreten Terminvorgaben zur Auswahl und mit Anmeldungshinweisen zugeschickt (»Direct mailing«), das vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglicht, Bewegungskompetenz vermittelt und den Aufbau einer sportbezogenen Vorsatzbildung fördern soll.
2. »*Aktiv in Bewegung*«, um vor allem bewegungs- und sportinaktive Männer zu erreichen. Es wurde mit speziell auf Männer ausgerichteten Angebotstexten für die Bewegungskurse geworben (zum Beispiel Hausärztin/-arzt, Tageszeitungen, Anbieter der Bewegungskurse), deren Inhalte zum einen Aspekte wie Wissensvermittlung und Bewusstseinsbildung berücksichtigen und zum anderen den Leistungsaspekt betonen. Der Evaluation der beiden bewegungsbezogenen Zugangswege liegt ein Versuch-/Kontrollgruppen-Design (drei Monate Interventionszeit) und eine Follow-up-Erhebung mit zwei Messzeitpunkten

(sechs Monate und ein Jahr) zugrunde, mit dem die subjektiv wahrgenommenen Veränderungen und die Veränderungen des Bewegungs- und Sportverhaltens analysiert werden sollen.

3. »*Plakataktion*« bezieht sich auf die NRW-Kampagne »Überwinde deinen inneren Schweinehund« (ÜdiS). Analysiert wurde, welche Veränderungen durch die Plakataktion bei Älteren hervorgerufen werden (Kenntnis der Kampagne, Bewegungs- und Sportaktivität, Selbstwirksamkeitserwartung). Die Untersuchungszeitpunkte lagen ein bis zwei Monate vor Beginn der Plakataktion sowie drei bzw. sechs Monate nach der Plakatierung.
4. »*Website*« beinhaltet eine Onlinebefragung auf der Internetseite des LandesSportBundes NRW »Überwinde deinen inneren Schweinehund«, mit der die sportbezogene Absichtsbildung, die motivationale Ausgangslage, die Bedeutung der Bewegungs- und Sportaktivität und die wahrgenommenen Veränderungen durch den Websitebesuch erhoben wurden. Im Abstand von vier Monaten wurde die Onlinebefragung wiederholt.

Bei allen Untersuchungsgruppen wurden die soziodemografischen Daten Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Häufigkeit der Bewegungs- und Sportaktivität erfasst.

» Ergebnisse

Bezogen auf die Hauptfragestellungen sind folgende Befunde herauszustellen:

- Männer werden durch das zielgruppenspezifische Angebot »Aktiv in Bewegung« überproportional (zu sonstigen Teilnehmezahlen) zur Teilnahme an einem bewegungsbezogenen Präventionskurs motiviert. Personen der einfachen Bildungsschicht

- werden durch das zielgruppenspezifische Bewegungsangebot »vital 55plus« zur Teilnahme motiviert, wie die deutlich höhere Teilnehmerrate belegt. Mehr Frauen als Männer und mehr Personen der höheren und mittleren Bildungsschicht kennen die »Plakataktion« und besuchen die »Website«.
- Bewegungs- und Sportinaktive werden am ehesten durch zielgruppenspezifische Zugangswege (»vital55plus«, »Aktiv in Bewegung«) zur Teilnahme an präventiven Gesundheitsangeboten motiviert. Die »Plakataktion« und »Website« sind Zugangswege, die vor allem bewegungs- und sportaktive Ältere erreichen.
 - Die »Plakataktion« und der »Websitebesuch« bewirken keine Veränderungen der sportbezogenen Einstellungen und der Bewegungs- und Sportaktivität. Beide Medien erreichen vor allem bereits bewegungs- und sportaktive Ältere. Für die Kurse »vital 55plus« und »Aktiv in Bewegung« ergeben sich signifikante Verbesserungen der wahrgenommenen »Vorteile« der Bewegungs- und Sportaktivität und eine gesteigerte Bewegungs- und Sportaktivität sechs und zwölf Monate nach Kursende.

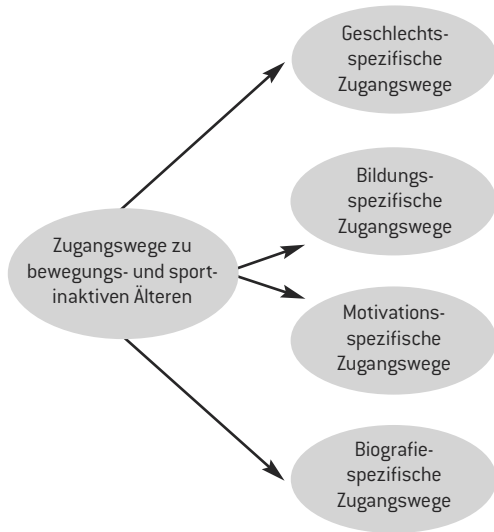
>> Fazit

Aufgrund der Ergebnisse kann gefolgert werden, dass die Zugangswege »Plakataktion« und »Website« zur Zunahme von gesundheitsrelevanten Wissensinhalten führen und die Bildung einer bewegungsbezogenen Intention unterstützen. Die Umsetzung der gebildeten Intentionen in konkretes Handeln wird durch diese Zugangswege nicht bewirkt, sondern durch die Zugangswege »vital 55plus« und »Aktiv in Bewegung« begünstigt. Diese Zugangswege fördern die Entwicklung eines Bewegungsvorsatzes und die Realisierung des Bewegungsvorsatzes.

Zur Motivierung von bewegungs- und sportinaktiven Älteren scheint am besten eine Kombination von verschiedenen Zugangswegen geeignet zu sein, durch die unterschiedliche Zielsetzungen verwirklicht werden können (intentionaler Bezug von Zugangswegen). Die Kombination von Zugangswegen unterschiedlicher intentionaler Bezüge schafft die Voraussetzung, synergistische und nachhaltige Effekte zu erzielen.

Aus konzeptueller Sicht ergibt sich daraus, dass sich die Erforschung von Zugangswegen – stärker als bisher – an einem theoretischen Fundament orientiert. Ein unverzichtbarer Baustein ist die Berücksichtigung des intentionalen Bezugs von Zugangswegen. Für die Qualitätsbestimmung von Zugangswegen bedeutet dies, dass es nicht den Zugangsweg gibt, sondern den zur Intentionsbildung und Intentionsrealisierung passenden Zugangsweg.

Da es *die* bewegungs- und sportinaktiven Älteren nicht gibt, müssen zielgruppenspezifische Maßnahmen der Bewegungsförderung für Ältere eingesetzt werden. Zu unterscheiden sind einerseits die üblichen geschlechts- und bildungsspezifischen Zugangswege (vgl. Abbildung 1). Für die Bewegungs- und Sportaktivität sind die motivations- und biografiespezifischen Zugangswege von Bedeutung. Unter motivationsspezifischem Zugangsweg wird die Berücksichtigung der motivationalen Ausgangslage der Älteren verstanden, die unterschiedliche Phasen der kognitiv-emotionalen Bahnung zur Bewegungs- und Sportaktivität repräsentiert (»Ich habe mir noch keine Gedanken gemacht, mit dem Sporttreiben anzufangen«, – »Ich habe mir Gedanken gemacht, mit dem Sporttreiben anzufangen, aber den Gedanken schnell verworfen«, – »Ich möchte mit dem Sporttreiben anfangen, habe mich aber noch nicht aufraffen können«). Biografiespezifische Zugangswege berücksichtigen, dass bewegungs- und sportinaktive Ältere eine unterschiedliche Bewegungsbiografie (vgl. Allmer 2008) aufweisen können.



» Abb. 1: Kategorisierung von Zugangswegen

Künftig sind vermehrt Zugangswegen für bewegungs- und sportinaktive Ältere mit realisierungsnaher Motivationslage (»nicht aufrufen können«) zu entwickeln, da Interventionsmaßnahmen nur dann effektiv sein können, wenn sie spezifisch auf die »Knotenpunkte« des langen Wegs von der Intentionbildung zur Intentionsrealisierung ausgerichtet sind. Für Bewegungs- und Sportinaktive, die sich in der Phase der Änderungsabsicht befinden, sind andere Motivierungsmaßnahmen angezeigt als für Bewegungs- und Sportinaktive, die zwar die Absicht gebildet haben, aber in der Vorsatzbildung »hängen bleiben«, weil sie die Bewegungs- und Sportaktivität für nicht realisierbar halten. Erforderlich sind Interventionsmaßnahmen, die auf die in den einzelnen Phasen typischen Barrieren auf dem Weg zur Verhaltensänderung ausgerichtet sind, und Zugangswegen, die sich an der motivationalen Lage der Bewegungs- und Sportinaktiven orientieren (Phasenspezifität).

» Literatur

- Allmer, H. (2008): Bewegungs- und Sportaktivitäten der Älteren. In: Beckmann, K., Kellmann, M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D – Praxisgebiete. Serie V: Sportpsychologie, Band 2: Anwendungen der Sportpsychologie. Göttingen, S. 735–807.
- Etnier, J. L., Salazar, W., Landers, D. M., Petruzzello, S. J., Han, M., Nowell, P. (1997): The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: A meta-analysis. In: *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19, pp. 249–277.
- Janssen, J. P. (1995): Gesundheit und Sport im Alter: Verhaltenswissenschaftliche und epidemiologische Befunde. In: *Sportonomics*, 1, S. 55–60.
- King, A. C., Rejeski, W. J., Buchner, D. M. (1998): Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. In: *American Journal of Preventive Medicine*, 15, pp. 316–333.
- King, A. C., Taylor, C. B., Haskell, W. L. (1993): Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. In: *Health Psychology*, 12, pp. 292–300.
- Kramer, A. F., Willis, S. L. (2002): Enhancing the cognitive vitality of older adults. In: *American Psychological Society*, 11, pp. 173–177.
- Mensink, G. (2002): Körperliches Aktivitätsverhalten in Deutschland. In: Samitz, G., Mensink, G. (Hrsg.): Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis. München.
- Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L. Y., Covinsky, K. (2001): A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women. In: *Archives of Neurology*, 161, pp. 1703–1707.

>> Zielgruppengerechte Ansprache und Zugangswege im Alter – das Projekt »Ältere gezielt erreichen«

Christiane Patzelt, Bernhilde Deitermann, Susanne Heim, Christian Krauth, Gudrun Theile, Eva Hummers-Pradier, Ulla Walter

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderschwerpunkts Präventionsforschung von 2008 bis 2011 geförderte Projekt »Ältere gezielt erreichen« (AeGE) untersuchte die Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen zu einer Präventionsmaßnahme im Alter am Beispiel des präventiven Hausbesuchs. Als Forschungsinstitutionen kooperierten das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung sowie das Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Praxispartner war die AOK Niedersachsen mit dem Projekt »Gesund Älter Werden« (GÄW). Ein Projektbeirat – bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Ärztekammer Niedersachsen sowie dem Department of Health Education and Health Promotion der Universität in Maastricht – beriet das Forschungsteam zu verschiedenen Fragestellungen bezüglich der Gestaltung der zielgruppenspezifischen Ansprache und Gewinnung von Zielgruppen.

tion und Auswahl der Zielgruppe, eine zielgruppenspezifische Ansprache und die Nutzung angemessener Zugangswege, das heißt, über welche Institutionen und Personen die Zielgruppe auf das Angebot aufmerksam gemacht wird. Ein generelles Problem in der Prävention besteht nach wie vor: Häufig werden nicht diejenigen mit einem Präventionsangebot erreicht, die als Zielgruppe der Intervention gelten. Auch findet oft bereits im Vorfeld keine Zielgruppenspezifisierung statt. Von Gesundheitsangeboten angesprochen fühlen sich in der Regel aktive und gesellige Menschen, Frauen sowie Personen mit zwar bereits bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen, aber hoher Eigenverantwortung für ihre Gesundheit. Schwer erreichbar sind dagegen Männer, sozial benachteiligte und bildungsferne Personen, Migrantinnen und Migranten, Personen mit eingeschränkter Mobilität, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die sich zurückziehen, aber auch pflegende Angehörige (vgl. Soom Ammann und Salis Gross 2011, Hollbach-Gröming und Seidel-Schulze 2007). Gerade multimorbide ältere Menschen werden mit Präventionsangeboten häufig nicht erreicht. Als geeignete Maßnahmen, um auch die schwer erreichbaren älteren Menschen anzusprechen und zu gewinnen, empfehlen Soom Ammann und Salis Gross (2011) – basierend auf einer systematischen Literaturrecherche und Expertenwissen (Interviews, Fokusgruppen, begleitendes Expertengremium) – die Kombination verschiedener Strategien und die kontinuierliche Einbindung der Ziel-

>> Hintergrund und Fragestellung

Entscheidend für die Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern bzw. für einen erfolgreichen Zugang zu Präventionsmaßnahmen sind die Defini-

gruppe in alle Projektphasen. Als geeignete Strategie wird, neben der Förderung der sozialen Integration durch gemeindenahen Settingansätze und der Bildungsarbeit in Gruppen, die aufsuchende individuelle Beratung über präventive Hausbesuche empfohlen. Präventive Hausbesuche werden in Deutschland derzeit modellhaft erprobt; im internationalen Kontext sind sie zunehmend verbreitet. Die Träger in Deutschland sind entweder Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände oder Kommunen. Dementsprechend unterschiedlich sind die Zielgruppen und durchführenden Professionen in den einzelnen Vorhaben. Es konnte keine generelle Empfehlung aus bisherigen Studien bezüglich der Zielgruppe des präventiven Hausbesuchs abgeleitet werden. Meinck et al. (2004, S. 737) schlussfolgern auf der Grundlage einer systematischen Bewertung vorliegender Studien zu präventiven Hausbesuchen, dass Evidenz für die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter bestehe, »jedoch keine ausreichende Evidenz für die bevorzugte Eignung spezifischer Zielgruppen und die Erfordernisse hinsichtlich Art und Umfang der Intervention«.

Einen Überblick über bisherige Erkenntnisse zu den inhaltlichen und formalen Gestaltungserfordernissen der Hausbesuche liefert eine aktuelle Arbeit von Löfqvist et al. (2012).

Der präventive Hausbesuch als eine aufsuchende Beratung älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zielt auf die Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, die Krankheitsvermeidung, die Förderung der Gesundheit und den Erhalt der Selbstständigkeit. Pflegebedürftigkeit soll verhindert bzw. verzögert werden. Die AOK Niedersachsen bietet seit 2004 über 65-Jährigen nicht pflegebedürftigen Versicherten in einigen Regionen Niedersachsens das präventive Hausbesuchsprogramm »Gesund Älter Werden« (GÄW) an. Präventionsberaterinnen der Krankenkasse (u. a. Pflegefachkräfte, Sozialpädagoginnen, Ernährungs- und Sozialwissenschaftlerinnen) besuchen die älteren Versicherten in der Regel

dreimal zu Hause. Während des ersten und/oder zweiten Hausbesuchs werden unterschiedliche Erhebungsinstrumente zur Erfassung des Gesundheitsstatus eingesetzt (WHO Quality of Life-BREF, STEP-Assessment, Aktivierungsfragebogen).

Beim ersten Hausbesuch werden Konzept und Inhalt der präventiven Intervention erläutert. Ziel ist es, sich kennenzulernen und eine Vertrauensbasis zu schaffen. Während des zweiten Hausbesuchs werden vorhandene Belastungen und gesundheitliche Risiken ermittelt. Es ist vorgesehen, dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt – das Einverständnis der bzw. des Versicherten vorausgesetzt – hiervon in Kenntnis gesetzt wird.

Beim dritten Hausbesuch werden Maßnahmen und Angebote mit der bzw. dem Versicherten besprochen, die sie bzw. ihn in einer aktiveren und gesünderen Lebensführung unterstützen sollen. Zielvereinbarungen sollen der/dem Versicherten helfen, diese in ihrem/seinem Alltag umzusetzen. Handlungsempfehlungen können zum Beispiel sein: Teilnahme an einem Bewegungskurs oder einem passenden Seniorenangebot im Stadtteil, Aufnahme eines alten/neuen Hobbys, Ernährungsänderung, Organisation von Unterstützung im Haushalt oder Aufsuchen der Hausärztin/des Hausarztes zur Abklärung medizinischer Probleme, bezüglich Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen. Häufig wird während des dritten Hausbesuchs ein weiterer loser Kontakt mit der Präventionsberaterin für später auftretende Fragen oder Probleme vereinbart.

Das Projekt »Gesund Älter Werden« wurde 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit, der BZgA und der Bertelsmann-Stiftung mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet. Im Jahr 2006 erhielt GÄW bei dem bundesweiten Innovationswettbewerb der AOK und der Ärztekammer Berlin einen Ehrenpreis. Trotz des prämierten Konzepts konnten in der Interventionsgruppe weniger Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen werden als geplant. Die

Ergebnisse einer ersten qualitativen Untersuchung zu den Ursachen der hohen Abbrecher- und Nichtteilnehmerquote sowie der geringeren Beteiligung der Männer (Theile 2005) legten nahe, dass neben dem gewählten Verfahren – Anschreiben und telefonischer Kontakt durch AOK-Mitarbeiterinnen – weitere Zugangswege, insbesondere auch der schon in der Münchner Machbarkeitsstudie (Wildner und Manstetten 2002) empfohlene Zugang über die Hausärztin bzw. den Hausarzt erprobt werden sollten.

Die AeGE-Studie setzte an den dargelegten Defiziten und offenen Fragestellungen an. Die Studie widmete sich der systematischen Weiterentwicklung von zielgruppenorientierten Zugangswegen. Sie ging der Frage nach, wie ältere Frauen und Männer für eine präventive Maßnahme motiviert werden können und inwieweit eine alters- und gendersensible Ansprache erforderlich ist. Des Weiteren wurde untersucht, welche Zugangswege (Krankenkasse, Hausarztpraxis) besonders geeignet sind, um ältere Menschen mit unterschiedlichen Gesundheitsrisiken zu erreichen. Die Forschungsfragestellungen bezogen sich auf die Wirksamkeit der Zugangswege und auf die Wirtschaftlichkeit. Des Weiteren sollten mögliche Barrieren und ihre Überwindung aufseiten der älteren Menschen und der professionell Tätigen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie tragen zur systematischen Weiterentwicklung von zielgruppenorientierten Zugangswegen bei.

>> Methoden

Explorative Evaluationsstudie, in der qualitative und quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz kamen. Die Studie umfasste drei Studienphasen:

1. Entwicklung und Optimierung einer zielgruppenspezifischen Ansprache

Für die Entwicklung der zielgruppengerechten Ansprache wurden vier Fokusgruppen und zwölf persönliche Interviews mit Frauen und Männern in den Altersgruppen »65 bis 75 Jahre« sowie »76 Jahre und älter« durchgeführt. Der bisherige Informationsflyer zum AOK-Programm »Gesund Älter Werden« wurde den Teilnehmenden vorgelegt und die Verständlichkeit der Informationen und das Interesse am Programm erfragt. Des Weiteren beinhaltete der Interviewleitfaden Fragen zum Gesundheitsverständnis im Alter, zu den bisherigen Erfahrungen mit Präventionsangeboten, zu präferierten Anspracheformen und eigenen Wegen der Informationssuche. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studienphase bildeten die Grundlage für die Entwicklung und Evaluation eines zielgruppenspezifischen Anschreibens und eines Informationsflyers zum Angebot des präventiven Hausbesuchs. Zusätzlich wurde ein Kurzfragebogen zur Eingrenzung der Zielgruppe entwickelt (Identifikationsbogen Präventiver Hausbesuch – IboPräv). Ein projektbegleitendes Expertengremium wurde beratend bei der Entwicklung der zielgruppenspezifischen Ansprache in diese Studienphase einbezogen. Die zielgruppenspezifische Ansprache wurde in zwei Regionen (Großstadt, Kleinstadt) evaluiert.

2. Erprobung und Evaluation von Zugangswegen

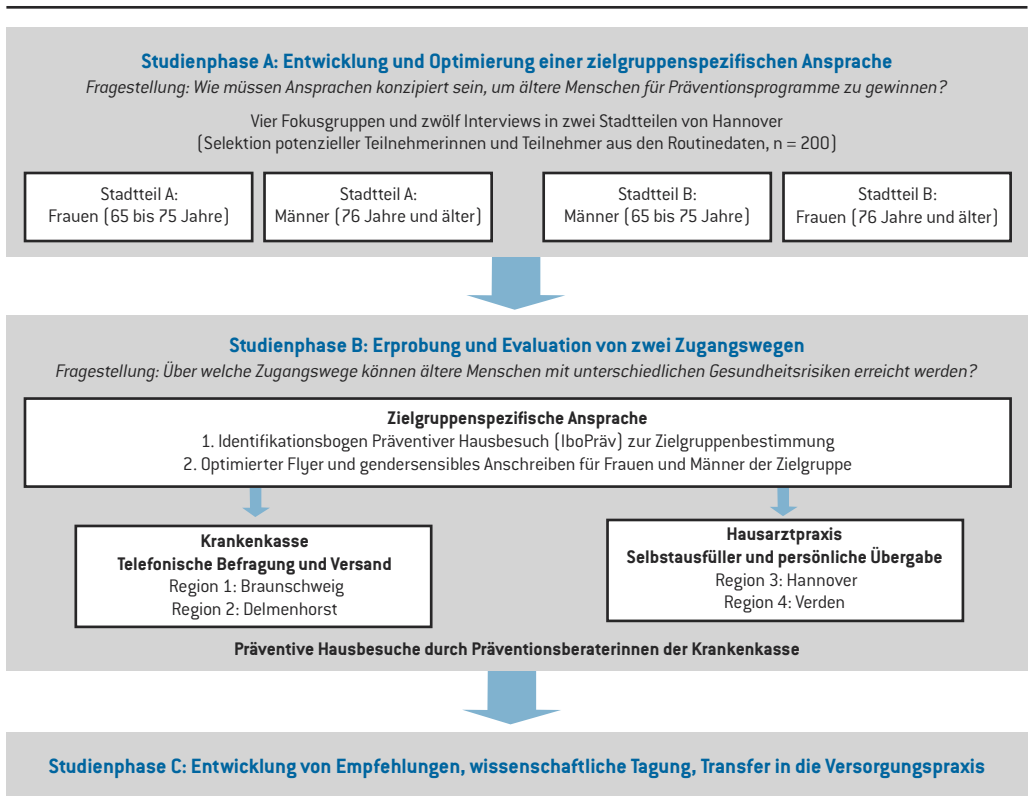
Erprobt und evaluiert wurden zwei Zugangswege: die persönliche Übergabe der zielgruppenspezifischen schriftlichen Ansprache in der Hausarztpraxis und die postalische Versendung über die Krankenkasse. Der Zugangsweg über die Krankenkasse (KK) wurde von der AOK Niedersachsen (AOKN) seit Beginn des Angebots der präventiven Hausbesuche beschritten. Neu erprobt wurde der Zugangsweg über die Hausarztpraxis (HA). Die Zugangswege wurden in den von der AOKN vorgesehenen Bezirken in den beiden Großstädten Braunschweig (KK) und Hanno-

ver (HA) sowie in den beiden Kleinstädten Delmenhorst (KK) und Verden (HA) untersucht. Für die Evaluation der Zugangswege sollten die Charakteristika und das Gesundheitsverhalten der Teilnehmer/-innen, der Nichtteilnehmer/-innen und der Abbrecher/-innen verglichen werden. Zusätzlich wurden die Charakteristika der Zielgruppe nach Zugangsweg und Region verglichen. Als Datenbasis für den Vergleich dienten 1) Leistungsanspruchnahmedaten der AOKN, 2) routinemäßig erhobene Daten während des präventiven Hausbesuchs, 3) für das Vorhaben entwickelte Fragebogen und 4) Dokumentationsbo-

gen zum Aufwand der Rekrutierung. Zudem wurden 5) die Präventionsberaterinnen, Geschäftsbereichsleiterinnen, die Hausärztinnen und -ärzte sowie das Praxispersonal der Studienpraxen befragt.

3. Entwicklung von Empfehlungen und Transfer in die Wissenschaft und Versorgungspraxis

Auf Basis der in den Studienphasen A und B gewonnenen Erkenntnisse sollten Strategien zur Optimierung der Erreichbarkeit von älteren Menschen für präventive Maßnahmen entwickelt werden. Eine wissenschaftliche Expertentagung mit Vertreterinnen



und Vertretern aus Wissenschaft und Praxis wurde zur Diskussion der Studienergebnisse durchgeführt. Auch mit dem Praxispartner wurden die Ergebnisse diskutiert und Empfehlungen für Wissenschaft und Versorgungspraxis abgeleitet.

» Ergebnisse

Die Ergebnisse der ersten Studienphase zeigten, dass Frauen ein weites Begriffsverständnis zum Thema Gesundheit und bezüglich der Wahrnehmung von Gesundheits- und Präventionsangeboten zeigen. Gesundheit bedeutet u. a. gesellschaftliche Teilhabe, Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Zufriedenheit. Es bestanden vielfältige positive, aber auch negative Erfahrungen mit Präventionsangeboten. In der älteren Altersgruppe wurde die fehlende gesellschaftliche Akzeptanz angemerkt, wenn zum Beispiel von dem Fitnessstudiobesuch im Familien- und Bekanntenkreis berichtet wurde. Angebote seien häufig nicht passgenau auf die Bedürfnisse der älteren Menschen zugeschnitten. Es wurde der Wunsch nach wohnortnahen Angeboten geäußert, die mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen wahrgenommen werden können.

Die Männer assoziierten mit Gesundheit und mit Präventionsangeboten vor allem den Begriff »Bewegung« in Verbindung mit Leistungsorientierung. Viele waren und sind in einem Sportverein aktiv. Im höheren Lebensalter fehlten oft altersgerechte Angebote, und Gesundheitssport wurde im Selbstmanagement durchgeführt. Häufig wurde angemerkt, dass die bestehenden Gesundheitsangebote »frauenbesetzt« seien.

In den älteren Altersgruppen bestand eine Ambivalenz gegenüber dem Projektziel »Gesund Älter

Werden«. Einige Befragte äußerten, dass in ihrer Altersgruppe niemand mehr gesund sei und bereits körperliche Beschwerden bestünden. In den jüngeren Altersgruppen wurden Informationen zu Gesundheitsangeboten noch aktiv nachgefragt, was in den älteren Altersgruppen nicht mehr gezielt bzw. eher passiv erfolgte. Das Angebot des präventiven Hausbesuchs wurde in den jüngeren Altersgruppen häufig mit Kontrolle und Bevormundung assoziiert, außerdem wurde die Freiwilligkeit und Kostenlosigkeit des Programms hervorgehoben.

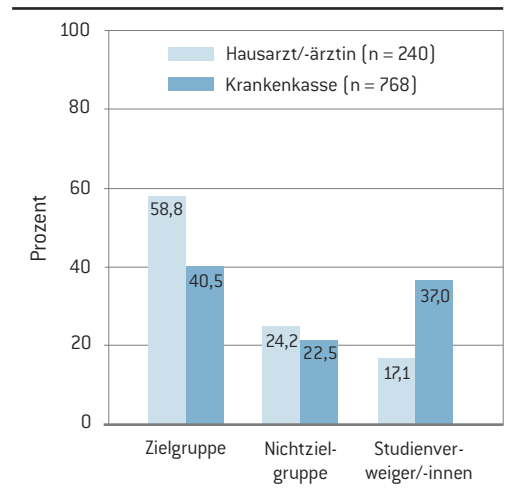
Die Fokusgruppen- und Interviewergebnisse wurden für die zielgruppenspezifische Optimierung des Informationsflyers sowie die Formulierung eines gendersensiblen Anschreibens genutzt. In dem Anschreiben für die Frauen lag der Fokus auf gesunder Ernährung und gesellschaftlicher Teilhabe sowie dem persönlichen Gespräch. Bei der Ansprache der Männer wurden Aspekte wie körperliche Fitness und Informationen durch eine persönliche Ansprechpartnerin aufgegriffen. Die Evaluation in zwei Regionen ergab, dass auf die neue zielgruppengerechte Ansprache deutlich mehr Ältere (76 Jahre und älter) und mehr Männer reagierten als auf die bisherige Ansprache (Deitermann et al. 2010).

Des Weiteren zeigten die Ergebnisse der qualitativen Studienphase, dass das Angebot eines präventiven Hausbesuchsprogramms nicht alle über 65-jährigen nicht pflegebedürftigen Menschen ansprach. Basierend auf den Erkenntnissen aus der (inter-)nationalen Literatur und der Einbeziehung eines Expertengremiums wurde ein Kurzfragebogen zur Zielgruppeneingrenzung entwickelt. Der »Identifikationsbogen Präventiver Hausbesuch« (IboPräv) beinhaltet insgesamt 13 Fragen mit unterschiedlicher Gewichtung (Bildung eines Summenscores: drei oder mehr Punkte = Zielgruppe). Als Einschlusskriterien für die Zielgruppenzugehörigkeit wurden definiert: subjektive Einschränkungen in der Beweglichkeit, Stürze und/oder ein Krankenhausaufenthalt im letz-

ten halben Jahr, depressive Verstimmungen, chronische Erkrankungen und Multimorbidität (gemessen an der Anzahl der Medikamente), Schmerzhäufigkeit, alleinlebend und/oder die regelmäßige Pflege eines Angehörigen. Konnten die befragten Versicherten im Alltag noch alles tun, was sie vor einem Jahr tun konnten, nahmen sie im letzten Jahr an gruppenbezogenen Präventionsangeboten teil und/oder fuhren sie regelmäßig mit dem Fahrrad, so waren dies Kriterien, die Defizite in den oben genannten Bereichen bei der Bildung des Summenscores ausgleichen konnten. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer Pflegestufe und/oder nicht ausreichenden Deutschkenntnissen.

In der zweiten Studienphase wurde der IboPräv über zwei Zugangswege (Hausarztpraxis, Krankenkasse) eingesetzt. In dem einjährigen Rekrutierungszeitraum konnten 1008 nicht pflegebedürftige AOK-Versicherte über 65 Jahre kontaktiert werden: 768 Versicherte über den Krankenkassenzugang und 240 Versicherte über den Hausarztzugang. Von den 84 angeschriebenen Hausarztpraxen äußerten 21 ein Interesse an der Studienteilnahme, 13 Praxen rekrutierten AOK-Versicherte für die Studie. Über die Hausarztpraxen konnten mehr Männer (34% vs. 26%; $p < 0,05$) und mehr ältere Versicherte (75 Jahre vs. 73 Jahre; $p < 0,05$) erreicht werden. Zudem konnten über die Hausarztpraxen prozentual wesentlich mehr Zielpersonen identifiziert werden (58,8% vs. 40,5%; $p < 0,05$). Im Krankenkassenzugang waren im Vergleich mehr Studienverweigerinnen und -verweigerer zu verzeichnen, was bedingt war durch den Erstkontakt per Telefon mit der Bitte, einen Fragebogen zu beantworten. Demgegenüber stand die Beantwortung des Fragebogens im Wartezimmer der Hausarztpraxis.

Die Auswertung des IboPräv zeigte, dass die Zielpersonen im Zugangsweg Krankenkasse häufiger allein lebten und um einen nahe stehenden Menschen trauerten. Zwei Drittel der Personen klagten



» Abb. 2: Zielgruppe, Nichtzielgruppe und Studienverweigerer nach Zugangsweg

über Schmerzen und über Bewegungseinschränkungen. Die Zielpersonen im Zugang Hausarzt litten öfter an Schmerzen, bekamen häufiger mehr als fünf Medikamente und klagten häufiger über Bewegungseinschränkungen. Insgesamt konnte die Hälfte aller identifizierten Zielpersonen im Alltag nicht mehr das tun, was sie vor einem Jahr tun konnten. Ein erfolgreicher Zugang (drei Versichertenkontakte bzw. Hausbesuche, davon mindestens zwei persönliche Kontakte bei der/dem Versicherten zu Hause) gelang bei 30% der Zielpersonen im Krankenkassenzugang und bei 35% der Zielpersonen im Hausarztzugang.

» Fazit

Die gewonnenen Erkenntnisse sind auf andere präventive Handlungsfelder für die Zielgruppe der älteren Menschen *übertragbar*. Insbesondere die

qualitativen Ergebnisse geben Aufschluss bezüglich alters- und gendersensibler Ansprachemöglichkeiten für Interventionen im Bereich Prävention im Alter. Die Ziele des Programms sollten zu Beginn klar definiert werden, und eine Eingrenzung der Zielgruppe sollte erfolgen. In jeder Projektphase ist es sinnvoll, die Zielgruppe einzubeziehen. Auch kann die Befragung der Zielgruppe dazu beitragen, Erkenntnisse ggf. bezüglich einer mangelnden Teilnahmebereitschaft zu gewinnen.

Barrieren und Schwierigkeiten bestehen darin, vor allem die schwer erreichbaren Zielgruppen zur Teilnahme an Präventionsangeboten zu motivieren. Trotz der Eingrenzung der Zielgruppe und der zielgruppenspezifischen Ansprache konnten nicht alle Zielgruppenangehörigen zur Teilnahme an dem Programm gewonnen werden, was jedoch aufgrund des Prinzips der Freiwilligkeit geboten ist. Vorbehalte und Argumente der Nichtteilnehmerinnen und Nichtteilnehmer gegenüber spezifischen Angebotsformen, wie zum Beispiel dem präventiven Hausbesuch, sollten erfragt werden. Darauf könnte bei der Argumentation eingegangen werden, jedoch werden sich Vorbehalte nie vollständig bei allen Zielgruppenangehörigen ausräumen lassen. Darüber hinaus ist es wichtig, Parallelstrukturen lokal zu vermeiden und die Vernetzung der Angebotsformen zu fördern.

Die Nutzung geeigneter Zugangswege ist entscheidend für die Erreichbarkeit der Zielgruppe. Dabei sollte eine Kombination verschiedener Zugangswege erfolgen, da über verschiedene Zugangswege unterschiedliche Zielpersonen erreicht werden können. Eine zielgruppenspezifische Ansprache sollte mit einem gestaffelten Vorgehen verbunden werden (Eingrenzung der Zielgruppe, zielgruppenspezifische Ansprache, Teilnahmebereitschaft erfragen). Eine weitere *Ressource* für die Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern stellt die Kombination aus Zugeh- und Kommstruktur, das heißt die Wahlmöglichkeit in der Angebotsform dar. Die Nutzung von

geschlechtsspezifischen Argumentationsmustern in der Ansprache der Zielgruppe hat sich in der AeGE-Studie bewährt. In unserem Beispielprojekt konnten über den Zugangsweg Krankenkasse potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einfacher und schneller kontaktiert werden, und die Rekrutierung der Versicherten war insgesamt kostengünstiger. Es sollten bei der Durchführung von Interventionen aber nicht nur Kostenaspekte berücksichtigt werden, sondern auch die Erreichbarkeit der Zielgruppe und der Verbleib im Programm, die über den Zugangsweg Hausarztpraxis höher waren.

>> Literatur

- Deitermann, B., Patzelt, C., Radisch, J., Heim, S., Schmiemann, G., Theile, G., Nickel, A., Hummers-Pradier, E., Krauth, C., Walter, U. (2010): »Ältere gezielt erreichen« – Weiterentwicklung und Evaluation der Ansprache zum Präventiven Hausbesuch. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Abstractband, 1, S. 119–120.
- Hollbach-Grömig, B., Seidel-Schulze, A. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Löfqvist, C., Eriksson, S., Svensson, T., Iwarsson, S. (2012): First steps towards evidence-based preventive home visits: experiences gathered in a Swedish municipality. In: Journal of Aging Research, pp. 1–11.
- Meinck, M., Lübke, N., Lauterberg, J., Robra, B. P. (2004): Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung vorliegender Evidenz. In: Das Gesundheitswesen, 66 (11), S. 732–738.

- Soom Ammann, E., Salis Gross, C. (2011): Alt und schwer erreichbar. »Best Practice Gesundheitsförderung im Alter« bei benachteiligten Gruppen. Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung, München.
- Theile, G. (2005): Präventive Hausbesuche bei älteren Versicherten – eine qualitative Analyse über Zugang, Akzeptanz und Bedarf. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health). Medizinische Hochschule Hannover.
- Wildner, M., Manstetten, M. (2002): Machbarkeitsstudie »Prävention im Alter« – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht des Bayerischen Forschungs- und Aktionsverbunds Public Health, München.

>> Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Ansatzpunkte zur Erschließung differenzierter Zugangswege

Elke Olbermann

>> Ausgangslage

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die von besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risiken betroffen sind (Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2001, Drucks 2008, Kohls 2011, Olbermann 2012, Özcan und Seifert 2006). Zu berücksichtigen sind dabei ein überwiegend niedriger sozioökonomischer Status, physisch und psychisch belastende Arbeits- und Lebensbedingungen, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen und Gewohnheiten sowie Zugangsbarrieren zu Einrichtungen und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens. Auch wenn belastbare Daten zum objektiven Gesundheitszustand von älteren zugewanderten Menschen fehlen, so gibt es doch vielfältige Hinweise auf eine überdurchschnittliche Morbidität in bestimmten Bereichen und eine deutliche Schlechterstellung beim subjektiven Gesundheitszustand. Dies verweist auf einen hohen Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung, bezogen auf diese in Zukunft stark wachsende Bevölkerungsgruppe – mit dem Ziel, ihre Lebensqualität und ein weitgehend selbstständiges, selbstbestimmtes Leben im Alter zu fördern sowie Pflege-

bedürftigkeit zu vermeiden. Gegenwärtig ist die Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten bei älteren Migrantinnen und Migranten allerdings sehr gering (Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze 2007).

>> Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund zielte das vom BMBF geförderte Forschungsprojekt »Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund« u. a. auf die Untersuchung der Zugänge und die Erschließung neuer Zugangswege zu dieser bislang wenig beachteten Zielgruppe. Dabei wurde von folgenden Fragestellungen ausgegangen:

- Unter welchen Voraussetzungen nehmen ältere Migrantinnen und Migranten an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen teil?
- Welche Ansätze und Angebotsformen werden von ihnen angenommen und als angemessen erlebt?
- Welche Bedeutung kommt der geschlechts-, alters- und ethnisch- bzw. kulturspezifischen Ausrichtung von Angeboten zu?

- Wie wirken sich strukturelle Rahmenbedingungen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Primärprävention auf den Zugang aus?

» Forschungsansatz und Methode

Ausgehend von einem qualitativen Forschungsansatz (vgl. hierzu ausführlicher Olbermann 2011) wurden in drei Erhebungswellen (in den Jahren 2008, 2009, 2010) insgesamt 103 leitfadengestützte Interviews mit 49 älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 50 Jahren und mehr sowie 30 Experteninterviews mit 19 Akteuren aus verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern durchgeführt. Zudem fanden zwischen den Erhebungswellen in den beiden Projektstandorten Duisburg und Mönchengladbach Werkstattgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe sowie relevanten örtlichen Einrichtungen, Organisationen und Vereinen statt.

» Ergebnisse zu Zugängen und Erreichbarkeit älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Im Rahmen der Zielgruppenbefragung und der Werkstattgespräche konnten aus der Perspektive der befragten älteren Migrantinnen und Migranten eine Vielzahl von förderlichen und hemmenden Faktoren

identifiziert werden, die sich auf die Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen auswirken. Die Ergebnisse zu den Zugängen ergeben folgendes Bild:

- Die Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung (Herkunftssprache) sind für den Zugang von zentraler Bedeutung.
- Die Vermittlung des Zugangs durch vertraute Bezugspersonen spielt eine große Rolle. Die befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sind vor allem durch persönliche Kontakte aus dem Freundes- und Familienkreis zu den Angeboten gekommen. In der Regel ist eine direkte persönliche Ansprache notwendig. Die Relevanz und der Nutzen der Maßnahmen müssen im persönlichen Gespräch vermittelt und die Teilnahme muss konkret begleitet werden.
- Kostengünstige bzw. kostenfreie Angebote sind für die meisten älteren Migrantinnen und Migranten eine notwendige Voraussetzung für die Teilnahme. Die Finanzierungspraxis der Krankenkassen (Vorfinanzierung und Rückerstattung bei Nachweis einer regelmäßigen Teilnahme) findet wenig Akzeptanz bzw. wird angesichts der häufig engen finanziellen Spielräume von älteren Menschen mit Migrationshintergrund als nicht realisierbar erlebt.
- Der (Herkunfts-)Gruppenkontext bzw. regelmäßig stattfindende Treffen älterer zugewanderter Menschen sind wichtige Zugangsförderer bzw. erleichtern die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Der Gruppenzusammenhang fördert zudem die Kontinuität der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen. Ohne Gruppenanbindung ist die Beteiligung unregelmäßiger und ein Abbruch wahrscheinlicher. Gegenseitige Motivation und Aktivierung sind wichtige Rahmenbedingungen.

- Die Wohnortnähe bzw. eine gute Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist angesichts der oft eingeschränkten Mobilität älterer Migrantinnen und Migranten ebenfalls ein entscheidender Faktor für die Teilnahme.
- Zu beachten ist auch, dass einige Befragte ethnischspezifische Gruppen für problematisch halten. Von diesen älteren Migrantinnen und Migranten werden zum Beispiel im Sinne einer Anerkennung der Verschiedenheit explizit ethnisch gemischte Angebotsformen gewünscht.
- Spezifische Angebote für Männer und Frauen können hilfreich sein (aufgrund anderer Interessen, Schamgefühle etc.) und sind teilweise eine notwendige Voraussetzung für die Teilnahme. Geschlechtsspezifische Angebote sind jedoch – auch bei den älteren Zugewanderten aus der Türkei bzw. Zugewanderte muslimischen Glaubens – nicht immer erforderlich. Gemeinsame Angebote von Frauen und Männern werden teilweise ebenfalls ausdrücklich gewünscht.

Im Hinblick auf weitere Rahmenbedingungen, die eine Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen begünstigen, wurden von den Befragten insbesondere folgende Aspekte hervorgehoben:

- Einige wünschen eine Überschaubarkeit des Teilnehmerkreises bei den Kursangeboten: Kleine Gruppen ermöglichen ein intensives Kennenlernen und das Gefühl der Vertrautheit.
- Gegenseitiges Verständnis und Unterstützung werden zudem durch die Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe begünstigt (»Man kann sich in den anderen hineinversetzen«). Die Teilnehmenden fühlen sich unter Gleichaltrigen weniger unter Druck gesetzt; jeder kann sich entsprechend seiner Möglichkeiten beteiligen.
- Eingewöhnungsphase: Ein langsamer Einstieg, der genügend Zeit zum Eingewöhnen gibt, ist wichtig –

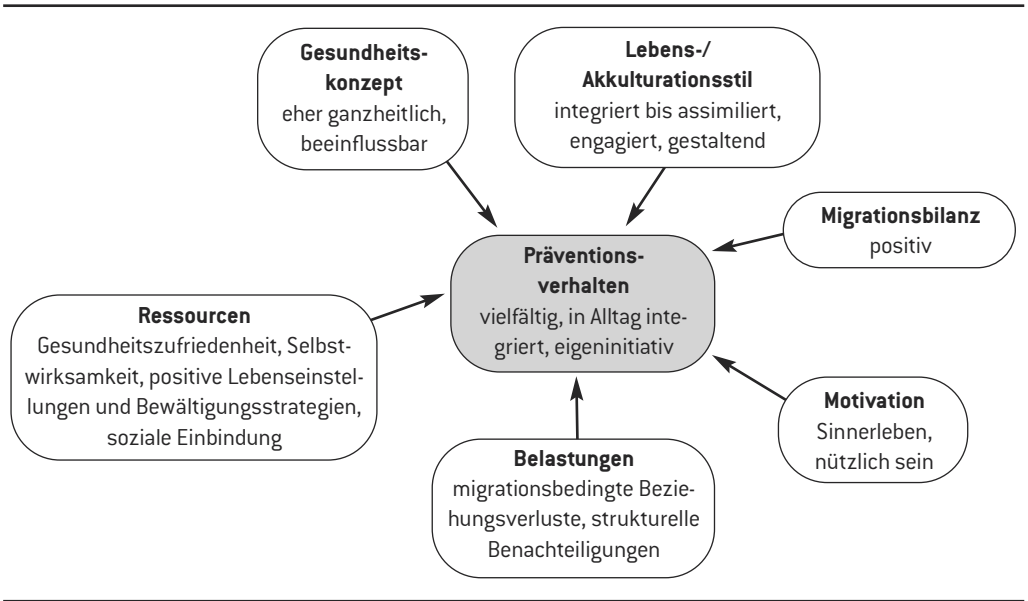
unter anderem, da die Bewegungen in den Kursen zum Teil ungewohnt sind, und um Überforderungen zu vermeiden.

- Angebote sollten an die Fähigkeiten der Teilnehmenden angepasst bzw. flexibel gestaltet werden (zum Beispiel die Teilnahme am Schwimmkurs auch für Nichtschwimmer ermöglichen, etwa durch Übungen im Nichtschwimmerbereich, Aquagymnastik etc.).

>> Präventionstypen und ihre Bedeutung für Zugänge und Erreichbarkeit

Um weitergehende Anhaltspunkte für die Gesundheitsförderung zu gewinnen, wurde das gesundheitsbezogene Verhalten älterer Migrantinnen und Migranten im Kontext ihrer jeweiligen Lebenslagen und gesundheitsrelevanten Einstellungen untersucht. Unter Bezugnahme auf die Methode der empirisch begründeten Typenbildung (Kelle und Kluge 2010) wurde aus dem umfangreichen Datenmaterial der qualitativen Interviews eine Typologie des Präventionsverhaltens herausgearbeitet. Die dabei ermittelten vier Präventionstypen liefern auch Hinweise auf bestehende Zugänge bzw. auf unterschiedliche und weiter auszubauende Zugangsmöglichkeiten zu dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe, die im Folgenden zusammenfassend skizziert werden.

Der *aktive gemeinschaftsorientierte Typus* verfügt über eine breite Palette von Ressourcen. Hierzu gehört vor allem ein als unterstützend erlebtes familiäres und außerfamiliäres soziales Netzwerk, ausreichende, wenn auch bescheidene finanzielle Mittel sowie überdurchschnittliche Bildungsressourcen.



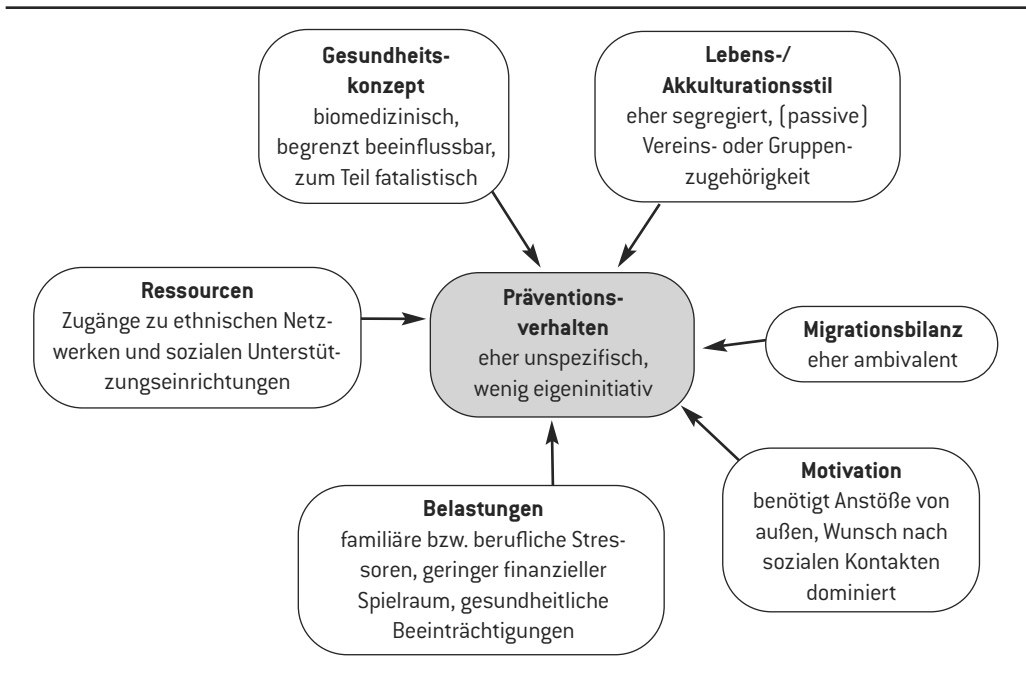
» Präventionstyp 1: »Aktive Gemeinschaftsorientierte«

Charakteristisch ist ein eher ganzheitliches Gesundheitskonzept, nach dem Gesundheit als das Ergebnis des Zusammenwirkens von physischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren betrachtet wird. Das Rentenalter wird positiv als Lebensabschnitt erlebt, in dem Freiräume entstehen, sich mit Gesundheitsfragen zu beschäftigen sowie sportlich und sozial aktiv zu sein. Der aktiv gemeinschaftsorientierte Typus beteiligt sich in der Regel bereits an unterschiedlich ausgerichteten präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten und nimmt häufig auch Funktionen und Aufgaben in Organisationen oder bei gemeinschaftlichen Aktivitäten wahr.

Maßnahmen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten insgesamt sollten darauf ausgerichtet sein, diese Teilgruppe in ihrer Multiplikatorenrolle zu stärken und sie dahingehend zu unterstützen, ihre Fähigkei-

ten und ihre Engagementbereitschaft für die Verbesserung des Zugangs älterer Migrantinnen und Migranten zu Prävention und Gesundheitsförderung (noch) besser nutzbar zu machen.

Die *passiven Gemeinschaftsorientierten* sind tendenziell eher segregiert und in ihren Kontakten auf die Herkunftsgruppe beschränkt. Eine wesentliche Ressource der passiven Gemeinschaftsorientierten sind vorhandene Zugänge zu Migrantenorganisationen und sozialen Unterstützungseinrichtungen. Damit verbundene soziale Kontakte und Geselligkeit stellen wichtige psychische Entlastungsaspekte dar. Der passive gemeinschaftsorientierte Typus benötigt Anstöße von außen, wie zum Beispiel die Ansprache durch eine Multiplikatorin oder einen Multiplikator, um an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen.



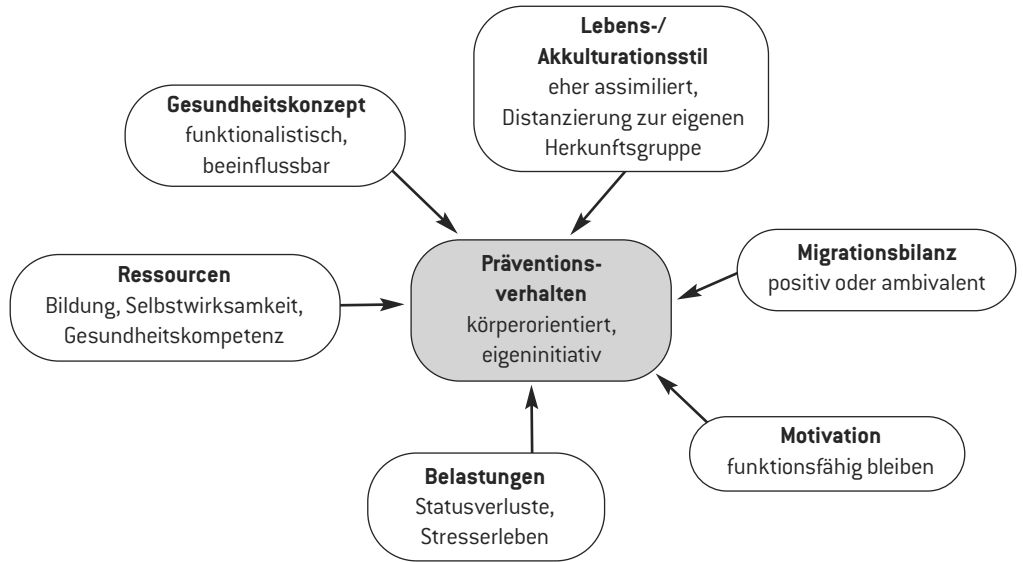
>> Präventionstyp 2: »Passive Gemeinschaftsorientierte«

Das Präventionsverhalten ist eher unspezifisch und umfasst vor allem die Teilnahme an regelmäßig stattfindenden Begegnungsmöglichkeiten in Einrichtungen und Treffpunkten für Menschen mit Migrationshintergrund. Hierbei handelt es sich überwiegend um ethnisch spezifische, teilweise aber auch um ethnisch übergreifende Angebote. Im Vordergrund steht der soziale Aspekt. Präventive Aktivitäten im engeren Sinne bezogen auf die Bereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung werden – wenn überhaupt – als Begleiteffekt der Treffen und in enger Anbindung an den Gruppenkontext ausgeübt. Eigeninitiative zur Prävention und Gesundheitsförderung findet nur eingeschränkt statt.

Das Gemeinschaftserleben ist für diesen Typus jedoch ein wichtiges Motiv, über das weitergehende

Zugänge zur Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen werden könnten. Die Erschließung von Zugangswegen ist allerdings durchaus voraussetzungsvoll und bedarf der konkreten Unterstützung sowie der Berücksichtigung spezifischer Bedarfe (zum Beispiel Ansprache durch bekannte und akzeptierte Bezugspersonen, wohnortnahe und vertraute Orte, muttersprachliche Kursleiterinnen und -leiter, geschlechtsspezifische Angebote etc.).

Der Typus des *aktiven Individualisten* verfügt meistens über ein unterstützendes familiäres Netzwerk, eine höhere formale Bildung und ein umfangreiches Gesundheitswissen bzw. über eine hohe Bereitschaft, sich mit gesundheitlichen Fragen zu befassen. Generell sind eine stark ausgeprägte Leistungsorien-



» Präventionstyp 3: »Aktive Individualisten«

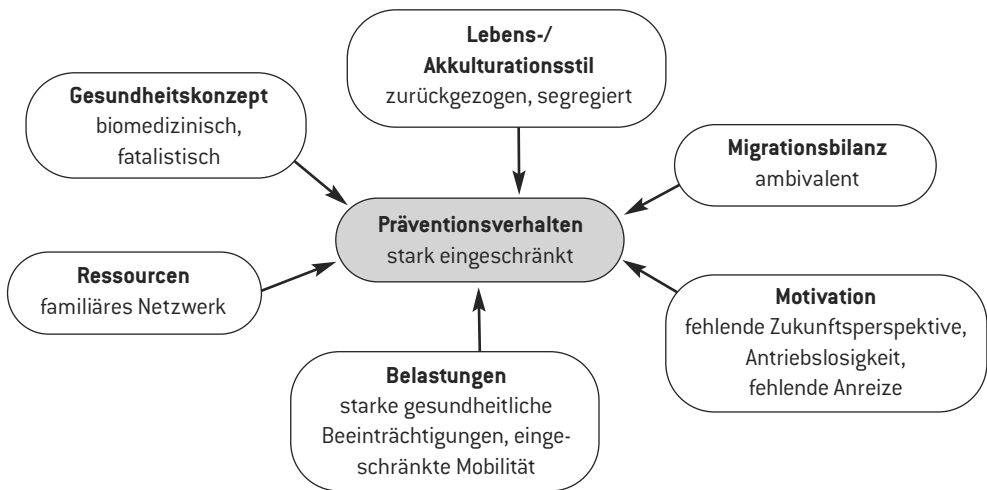
tierung und eine hohe Verantwortungsübernahme bei der Gestaltung der eigenen Lebenssituation feststellbar. Dieser eher auf Assimilation ausgerichtete Typus geht mit einer Neigung zur Konzentration der Kontakte auf einen kleinen Kreis von engen, vor allem familiären Bezugspersonen einher. Charakteristisch ist eine eher distanzierte Haltung gegenüber der Herkunftsgruppe, was damit zusammenhängt, dass dieser Typus häufig bereits im Herkunftsland eine Minderheitenposition innehatte.

Der aktive individualistische Typus zeichnet sich dadurch aus, dass er sich eher selbstständig Gesundheitswissen aneignet und dieses systematisch und konsequent im privaten Kontext anwendet. Ein gesunder Lebensstil ist wesentlicher Bestandteil des Selbstkonzepts. Das präventive und gesundheitsförderliche Verhalten konzentriert sich weitgehend auf die körperliche Dimension und umfasst zum Beispiel

regelmäßige Gymnastikübungen bzw. Trainingseinheiten an Sportgeräten im häuslichen Bereich oder im Fitnessstudio, Fahrradfahren, Schwimmen und das Beachten bestimmter Ernährungsregeln (mäßiges Essen, geringer Fleischkonsum etc.).

Eine erfolgversprechende Maßnahme der Präventionsförderung, bezogen auf diesen Typus, könnte vor allem die gezielte Bereitstellung von medial unterschiedlich aufbereiteten Informationen zu spezifischen Aspekten der Gesundheitsförderung sein. Ein besonderer Fokus sollte dabei zudem auf die Sensibilisierung für soziale und psychische Dimensionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung gelegt werden.

Die *passiven Individualisten* zeichnen sich durch eine Häufung von besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen aus. Zusätzlich zu einem eher



>> Präventionstyp 4: »Passive Individualisten«

schlechten Gesundheitszustand und damit einhergehenden Mobilitätseinschränkungen tragen häufig weitere Faktoren – wie zum Beispiel die Sorge um Angehörige in existenziell bedrohlichen Lebenslagen, die in der Heimat verblieben sind, starkes Heimweh und erfahrene Zurückweisungen – dazu bei, dass dieser Typus kaum am gesellschaftlichen Leben teilnimmt. Insbesondere diejenigen, die erst im höheren Alter nach Deutschland gekommen sind, haben es oft sehr schwer, sich zurechtzufinden und soziale Kontakte zu knüpfen. Unter den passiven Individualisten befinden sich aber auch ältere Zugewanderte, die bereits seit Langem in Deutschland leben und ihre Lebensweise weitgehend auf den engsten privaten Bereich beschränken. Sie halten häufig bewusst Distanz zu der jeweiligen Herkunftsgruppe. Hintergrund ist aber nicht – wie bei den aktiven Individualisten – das Selbstverständnis, Teil der Aufnahmegesellschaft zu sein bzw. als ein solcher Teil wahrgenommen werden zu wollen, sondern erlebte

Enttäuschungen im Kontakt mit Landsleuten sowie die Befürchtung, Opfer sozialer Kontrollmechanismen und Verhaltensweisen der jeweiligen Community zu werden.

Das Gesundheitskonzept bei diesem Typus ist von einer biomedizinischen und fatalistischen Sichtweise geprägt. Altern wird subjektiv als wenig beeinflussbarer Prozess des körperlichen Abbaus gesehen. Eine Teilnahme an Präventionsangeboten findet nicht statt und wird auch nicht gewünscht. Auch im privaten Kontext spielt die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Fragen bzw. gezielten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen kaum eine Rolle.

Dieser Typus ist insgesamt am schwersten für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreichbar. Mögliche Ansatzpunkte wären punktuelle zugehende Angebote wie zum Beispiel präventive Hausbesuche, die durch vertraute Bezugspersonen (insbesondere Kinder) vermittelt und unterstützt werden.

» Strukturelle Zugangsbarrieren

Als Ergebnisse der Expertenbefragung und der Werkstattgespräche wurden zudem strukturelle Barrieren deutlich, die den Zugang älterer Migrantinnen und Migranten zu Prävention und Gesundheitsförderung beeinträchtigen:

- Prävention und Gesundheitsförderung für ältere zugewanderte Menschen ist ein Randthema an der Schnittstelle verschiedener kommunaler Aufgabenbereiche (Gesundheitsversorgung, Integrationsarbeit, Seniorenarbeit, Erwachsenenbildung etc.).
- Es gibt keine klaren Zuständigkeiten und festen Ansprechpartnerinnen bzw. -partner in diesem Handlungsfeld. Insgesamt gibt es bislang wenig Austausch und Zusammenarbeit zu diesem Thema, was u. a. zu einer Konzentration von Angeboten in bestimmten Stadtteilen führen kann, während andere Stadtteile völlig unberücksichtigt bleiben.
- Auch defizitorientierte Sichtweisen und negative Altersbilder spielen bei einigen Verantwortlichen eine Rolle, was sich u. a. darin zeigt, dass die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen im Alter allgemein und bezogen auf die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten im Besonderen infrage gestellt wird.
- Viele Akteurinnen und Akteure sind zwar durchaus motiviert, die Thematik stärker in ihren Arbeitskontexten aufzugreifen. Häufig fehlt es jedoch an den notwendigen personellen und zeitlichen Ressourcen, teilweise auch an fachlichen Voraussetzungen.
- Die Bereitstellung und Finanzierung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten erfolgt meist projekt-

bezogen und zeitlich begrenzt. Die individuelle Finanzierung über die Krankenkasse erweist sich auch aus Sicht einiger Präventionsanbieter als unzureichend und zu aufwendig.

» Schlussfolgerungen für die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Projektergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen und Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung stärker in den Blick zu nehmen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass ältere Migrantinnen und Migranten eine sehr heterogene Gruppe sind. Die im Rahmen des Projekts entwickelte Typenbildung verdeutlicht, dass es erhebliche Unterschiede im Präventionsverhalten und den diesen zugrunde liegenden Lebensumständen, Erfahrungen, Bewertungen und Einstellungen gibt. Die Präventionstypen bieten damit zugleich konkrete Anknüpfungspunkte für die Entwicklung differenzierter und möglichst passgenauer Strategien und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, bezogen auf ältere Migrantinnen und Migranten.

Insgesamt verweisen die Untersuchungsergebnisse auf einen Bedarf an ganzheitlichen Konzepten und integrierten Ansätzen der Gesundheitsförderung. Insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe älterer zugewanderter Menschen mit häufig multiplen Risikokonstellationen erscheinen ganzheitliche Angebote, die die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit integrieren, besonders geeignet. Hierzu gehören u. a. eine stärkere und zielgruppenorientierte Kooperation zwischen sozialen Dienstleis-

tungsanbietern (vor allem Altenhilfe und Migrationsarbeit) und dem Gesundheitssystem ebenso wie die Förderung sozialer Netzwerke und dauerhafter Gruppenzusammenhänge älterer Migrantinnen und Migranten, einschließlich der Aktivierung von Engagementpotenzialen für den Bereich der Gesundheitsförderung durch gezielte Ansprache, Bildungsangebote und fachliche Begleitung. Von zentraler Bedeutung für den Abbau von Zugangsbarrieren sind darüber hinaus eine umfassende, (überwiegend) muttersprachliche und zugehende Aufklärung und Information zu Nutzen und Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Entwicklung zielgruppengerechter Finanzierungsmodelle (Alternativen zur Praxis der »Vorleistung und Rückerstattung«). Diese Entwicklungsperspektiven erfordern nicht zuletzt eine Aufwertung und Förderung sozialer Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung einschließlich einer zielgruppenspezifischen Qualifizierung der Fachkräfte.

>> Literatur

- Baykara-Krumme, H., Hoff, A. (2006): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: Tesch-Römer, C. et al. (Hrsg.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden, S. 447–517.
- Dietzel-Papakyriakou, M., Olbermann, E. (2001): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P., Wiedl, K.-H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. IMIS Schriftenreihe, Band 10. Osnabrück, S. 28–312.
- Drucks, S. (2008): Armut und Gesundheit – ältere Migranten und Migrantinnen. In: Richter, A. et al. (Hrsg.): Dünne Rente – Dicke Probleme: Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main, S. 59–78.
- Hollbach-Grömig, B., Seidel-Schulze, A. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. Köln.
- Kelle, U., Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, 2., überarb. Aufl., Wiesbaden.
- Kohls, S. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Nürnberg.
- Olbermann, E. (2011): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Abschlussbericht zu dem vom BMBF geförderten Forschungsprojekt. Dortmund.
- Olbermann, E. (2012): Gesundheitliche Situation und soziale Netzwerke älterer MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Altern in der Migrationsgesellschaft. Berlin, S. 3–37. Internet: http://www.migration-boell.de/web/integration/47_3099.asp. Zugriff am 25.11.2012.
- Özcan, V., Seifert, W. (2006): Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland: Expertisen zum 5. Altenbericht der Bundesregierung, Band 6. Berlin, S. 7–77.

» Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten

Isaac Bermejo, Fabian Frank

» Hintergrund

In der Bundesrepublik leben circa 15,7 Millionen Personen mit Migrationshintergrund, von denen bereits heute 3,6 Millionen zwischen 45 und 65 und 1,5 Millionen über 65 Jahre alt sind (Statistisches Bundesamt 2010). Bezüglich des Alkoholkonsums legen die wenigen vorliegenden Studien nahe, dass die Werte bei Personen mit Migrationshintergrund insgesamt unter denen der Deutschen ohne Migrationshintergrund liegen, dass ab dem fünften Lebensjahrzehnt jedoch eine Steigerung von Alkoholproblemen und damit einhergehend von gesundheitlichen Folgeproblemen zu verzeichnen ist (Czychołł 1998, Herrmann und Schwantes 2002). Wird berücksichtigt, dass alkoholbezogene Störungen zu sehr hohen sozialmedizinischen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen führen (Bergmann und Horch 2000) und ältere Personen mit Migrationshintergrund eine stark wachsende Gruppe stellen (Integrationsbeauftragte der Bundesregierung 2005), wird die gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Bedeutung des Problems alkoholbezogener Störungen bei dieser Bevölkerungsgruppe deutlich. Außerdem werden Personen mit Migrationshintergrund von Angeboten der Suchthilfe nur unzulänglich erreicht, da sie auf vielfältige Inanspruchnahmebarrieren im gesundheitlichen Regelversorgungssystem treffen (Berrut et al. 2006, Penka et al. 2004). Hierbei sind vor allem

mangelnde Informationen über das Versorgungssystem, Sprachdefizite und Kommunikationsbarrieren sowie sozialstrukturelle und migrationsbezogene Faktoren wie beispielsweise schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland, aber auch kulturelle Barrieren wie beispielsweise differierende Krankheitskonzepte zu nennen (Bermejo et al. 2012a, Walter et al. 2007, Kirkcaldy et al. 2006, Machleidt 2005, Thode et al. 2005). Zusätzlich beeinflussen kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Bewertung von Alkoholkonsum und des Umgangs damit das präventive Verhalten (Toprak und Lorenz 2000). Aus diesen Gründen ist es notwendig, dass Präventionsangebote der Suchthilfe den Erfahrungshintergrund, den aktuellen Wissensstand und insbesondere den kulturellen Hintergrund einschließlich der Wertvorstellungen adäquat berücksichtigen. Für ältere Personen mit Migrationshintergrund existierten bisher keine evaluierten präventiven Maßnahmen bezüglich alkoholbezogener Störungen. Vor diesen Hintergründen war die wissenschaftliche Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur transkulturellen Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Personen mit Migrationshintergrund, das sowohl Inanspruchnahmebarrieren als auch kulturelle und migrationsbezogene Spezifika systematisch einbezieht, sinnvoll und notwendig. Das Projekt »Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten – Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzepts« wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (FKZ: 01EL0712)

und in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband (DCV) und dem Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO) an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg durchgeführt.

>> Ziele

Zentrales Ziel war die Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzepts und spezifischer kultursensitiver Informationsmaterialien. Diese sollten zur Sensibilisierung hinsichtlich gesundheitsfördernder Verhaltensweisen bezüglich Alkoholkonsum (Primärprävention von riskantem Alkoholkonsum) und zur Reduktion von riskantem Alkoholkonsum (Primärprävention von Alkoholmissbrauch) dienen. Weiterhin sollte ein Beitrag zur besseren Erkennung und Reduktion von Alkoholmissbrauch (Primärprävention von Alkoholabhängigkeit) geleistet werden.

Eine weitere Zielgröße stellten Strukturanpassungen der Suchthilfe im Sinne einer interkulturellen Öffnung dar, die zu einer Verbesserung des Zugangs zu Hilfeeinrichtungen und einer verbesserten Kooperation zwischen Sucht- und Migrationsdiensten führen sollten.

>> Zielgruppen

Primäre Zielgruppen des Projekts waren ältere (≥ 45 Jahre) Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei, Spanien und Italien sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. Diese Gruppen wurden gewählt, da Personen

mit spanischem Migrationshintergrund mit 32,3 % der über 40-Jährigen und 10,3 % der über 65-Jährigen eine der ältesten Migrantengruppen stellen. Personen mit italienischem Migrationshintergrund stellen die größte EU-Migrantengruppe, Personen mit türkischem Migrationshintergrund die größte Migrantengruppe mit einem teilweise deutlich differierenden kulturellen Hintergrund sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion die größte Migrantengruppe mit einem deutschkulturellen Hintergrund dar (Statistisches Bundesamt 2010).

>> Querschnittstudie

Im Rahmen der Interventionsentwicklung wurde einerseits eine Literaturanalyse zu Möglichkeiten der alkoholbezogenen Prävention bei Personen mit Migrationshintergrund unter Berücksichtigung migrations- und kulturbezogener sowie kulturübergreifender Spezifika alkoholbezogener Störungen durchgeführt. Andererseits wurden mittels einer Querschnittstudie Informationen zur Gesundheitssituation der Studiengruppen, der Nutzung von Maßnahmen im Gesundheitssystem – hierbei subjektiv erlebte Barrieren – sowie zum Alkoholkonsum erhoben. Hierdurch wurden empirische Daten zur Anpassung des transkulturellen Präventionskonzepts an die Lebensrealitäten der Zielgruppen gewonnen. Die Fragebogen wurden bundesweit vornehmlich über Migrationsdienste des deutschen Caritasverbands sowie des Bundesverbands der Arbeiterwohlfahrt unter der Maßgabe verteilt, vor allem ältere Personen (≥ 45 Jahre) mit Migrationshintergrund einzubeziehen.

Insgesamt konnten $n = 435$ Personen mit Migrationshintergrund (türkische Gruppe $n = 77$; spanische Gruppe $n = 67$; italienische Gruppe $n = 95$; Aussiedle-

rinnen und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion (n = 196) in die Studie eingeschlossen werden. Insgesamt 55,5% der Befragten waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 54,7 Jahren. 36,8% der Befragten hatten ein Abitur und 33,4% einen Hauptschulabschluss. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der spanischen, türkischen und italienischen Subgruppe lebten im Mittel seit circa 30 Jahren in Deutschland. Die Aufenthaltsdauer der Aussiedlerinnen und Aussiedler war mit circa sechs Jahren deutlich geringer. Weiterhin schätzten Aussiedlerinnen und Aussiedler ihre Deutschkenntnisse signifikant schlechter ein als alle anderen Subgruppen.

Die Analyse von einzelnen subjektiv erlebten Hindernissen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zeigt, dass am häufigsten (jeweils von über 40% der Befragten) Sprachprobleme, die Nutzung von Hausmitteln, fehlende Informationen über das Gesundheitssystem, die Suche nach Hilfe im sozialen Umfeld sowie fehlende Kenntnisse über bestehende Angebote als häufigste Inanspruch-

nahmebarrieren genannt wurden. Andererseits wurden Verbote aufgrund der Religion, das Gefühl diskriminiert zu werden, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen, eine erschwerte Erreichbarkeit durch die Wohnsituation sowie Angst vor Ausgrenzung kaum als Barrieren erlebt (siehe Bermejo et al. 2012a). Während von allen Subgruppen Probleme mit der deutschen Sprache als ein zentrales Hindernis genannt wurden, ließen sich deutliche Differenzen hinsichtlich der Rangfolge der am häufigsten genannten Barrieren in Abhängigkeit von der jeweiligen Subgruppe feststellen (siehe Abbildung 1).

Innerhalb der spanischen und italienischen Subgruppe reduzierte die Alternativstrategie Suche nach Hilfe in der Familie und im sozialen Umfeld die Nutzung von Gesundheitsmaßnahmen. Bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern wurden ebenso wie in der türkischen Gruppe fehlende Kenntnisse über das Gesundheitssystem und über entsprechende Angebote verstärkt genannt. Zudem berichteten Befragte der türkischen Gruppe am meisten über Barrieren

Spanien (n = 67)

Verwendete Hausmittel	34,2
<i>Probleme mit deutscher Sprache</i>	33,8
Suche Hilfe im sozialen Umfeld	32,5
Suche Hilfe in der Familie	29,1
Fehlen von Informationen	27,8

Italien (n = 95)

Suche Hilfe im sozialen Umfeld	36,6
Suche Hilfe in der Familie	36,6
<i>Probleme mit deutscher Sprache</i>	31,3
Fachkräfte sprechen nicht meine Sprache	27,7
Fehlende Kenntnisse über Angebote	25,6

Ehemalige Sowjetunion (n = 196)

Verwendete Hausmittel	71,8
<i>Probleme mit deutscher Sprache</i>	57,6
Fehlende Kenntnisse über Angebote	54,1
Fehlende Infos über Gesundheitssystem	53,1
Suche Hilfe im sozialen Umfeld	49,7

Türkei (n = 77)

Fachkräfte wissen wenig über meine Kultur	58,6
<i>Probleme mit deutscher Sprache</i>	55,7
Fehlende Infos über Gesundheitssystem	54,3
Fehlende Kenntnisse über Angebote	51,5
Fühle mich nicht verstanden	51,5

>> Abb. 1: Barrierenbezogene Unterschiede der Subgruppen (jeweils fünf häufigste Gründe, Angaben in Prozent)

aufgrund der mangelnden kulturellen Kenntnisse der Fachkräfte und Aussiedlerinnen und Aussiedler von der Alternativstrategie der Verwendung von Hausmitteln. Insgesamt berichteten Angehörige der türkischen Subgruppe sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler signifikant häufiger, subjektive Barrieren zu erleben, als Angehörige der spanischen und italienischen Subgruppe.

Als Haupthindernisse der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen wurden vor allem sprachliche Probleme, aber auch Informationsschwierigkeiten erlebt. Dies kann als Grundlage für die Erarbeitung bedarfsgerechter Angebote genutzt werden. So können kultur-, sprach- und migrationssensitive Informationsangebote und -materialien einen wesentlichen Beitrag zur Erleichterung einer gezielten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems leisten und die Versorgungssituation verbessern.

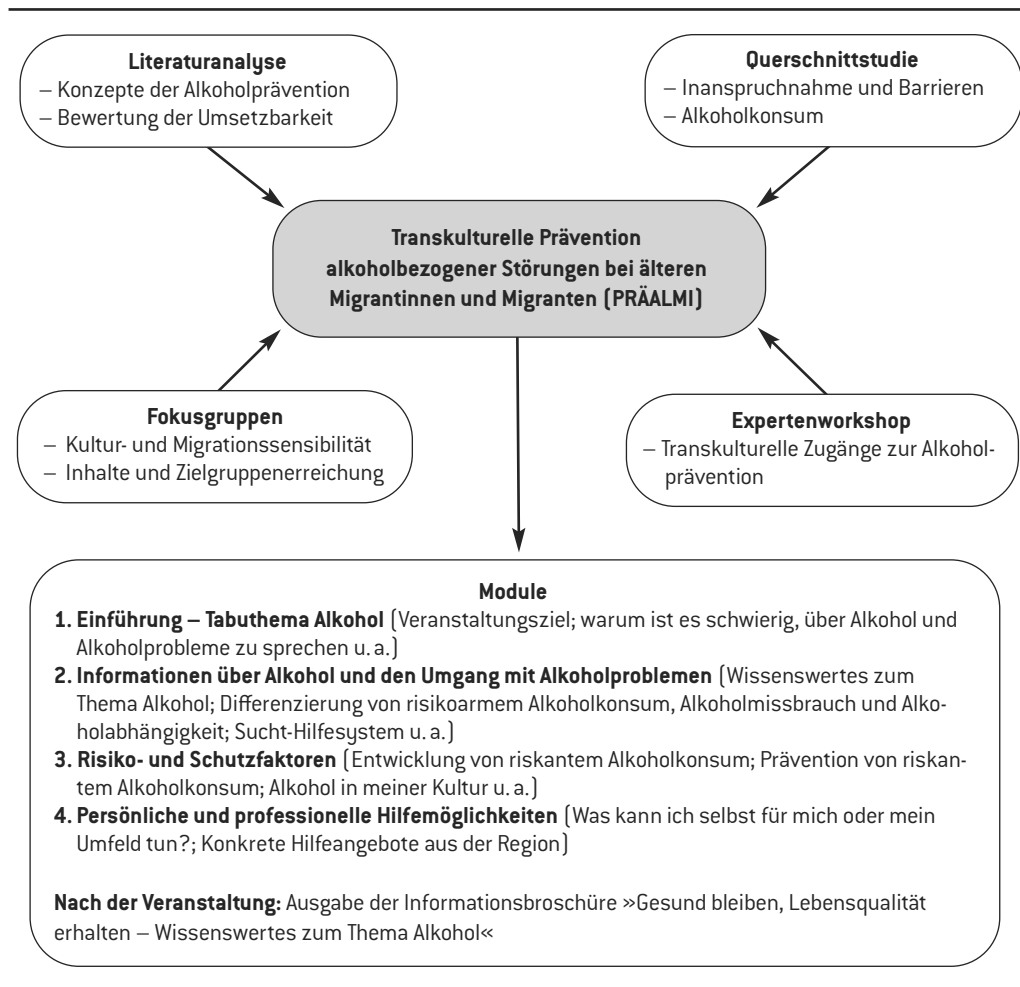
>> Interventionsentwicklung und Evaluationsstudie

Basierend auf der Literaturanalyse sowie den Ergebnissen der Querschnittstudie wurden die zentralen Instrumente des Projekts – das Konzept »Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten (PRÄALMI)« sowie entsprechende Materialien – entwickelt (siehe Bermejo et al. 2012b). Inhalte und Elemente des Konzepts wurden anschließend in vier Fokusgruppen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Migrationsdiensten und der Suchtkrankenhilfe sowie Angehörigen der Projektzielgruppen weiterentwickelt und im Hinblick auf die Praxisumsetzung konkretisiert. Hierbei wurden vor allem Aspekte der Kultursensibilität überprüft und bewertet, die Erreichbarkeit der Ziel-

gruppe erörtert sowie Inhalte und Gestaltung der Präventionsveranstaltung und der zugehörigen Materialien diskutiert. Weiterhin fand eine Spezifikation des Konzepts im Rahmen eines Workshops mit nationalen und internationalen Expertinnen und Experten statt. Die Veranstaltungskonzeption umfasste schließlich vier Module. Hierbei standen bei den ersten beiden Modulen Information, Motivation und Sensibilisierung im Vordergrund, bei den letzten beiden Modulen waren es Erfahrungsaustausch, Selbstreflexion und Konkretisierung der Hilfsmöglichkeiten. Weiterhin lagen für das Präventionskonzept abgestimmte kultur- und sprach-sensitive Informationsmaterialien vor. Die Präventionsveranstaltungen wurden in deutscher Sprache durchgeführt. Die Informationsbroschüre wurde entsprechend wissenschaftlicher Standards durch zwei unabhängige Übersetzer in die Zielgruppensprachen des Projekts übersetzt und durch eine dritte bilinguale Person zusammengeführt.

In der anschließenden Implementierungs- und Evaluationsphase wurden sieben Standorte in verschiedenen Regionen unter der Voraussetzung rekrutiert, dass pro Standort je eine Suchtberatungsstelle und ein Migrationsdienst teilnehmen sollte, und zur Interventions- (IG) und Kontrollgruppe (KG) randomisiert. Daraufhin wurden im Rahmen einer zweitägigen Fortbildung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Interventionsgruppe in der Umsetzung des transkulturellen Präventionskonzepts geschult. Die Standorte der Kontrollgruppe wurden vor Ort besucht, um gemeinsam die Durchführung der allgemeinen Präventionsveranstaltung zu besprechen.

Die Rahmenbedingungen der Durchführungen waren für Interventions- und Kontrollgruppe gleich gestaltet. Pro Standort sollten circa 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert werden, die Veranstaltungen konnten in bestehende Informationsreihen und Kurse eingebunden oder aber auch als Einzelveranstaltung durchgeführt werden. In der Interventi-



» Abb. 2: Konzeptentwicklung PRÄALMI nach Bermejo et al. (2011)

onsgruppe wurde das transkulturelle Präventionskonzept umgesetzt, was auch beinhaltete, dass die Veranstaltungen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Migrationsdienste gemeinsam umgesetzt werden mussten, während dies in der Kontrollgruppe keine Voraussetzung war. In der Kontrollgruppe wurde mittels Materialien der Deutschen

Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) über Alkohol und alkoholbezogene Störungen informiert. Die Veranstaltungsdauer war auf circa zwei Stunden konzipiert.

Die Evaluation des Konzepts erfolgte mittels einer cluster-randomisierten kontrollierten Multicenterstudie mit drei Messzeitpunkten, die mithilfe von

Fragebogen durchgeführt wurde, die unmittelbar vor und nach der Veranstaltung ausgegeben sowie sechs Monate nach der Veranstaltung an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer versendet wurden (siehe Abbildung 3).

An den sieben Präventionsveranstaltungen der Interventionsgruppe nahmen durchschnittlich 37 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und an den sieben Veranstaltungen der Kontrollgruppe 14 Personen teil. In die abschließende Auswertung konnten 176 Personen, die alle studienrelevanten Kriterien (Migrant/-in, älter als 45 Jahre; Daten zu allen drei Messzeitpunkten) erfüllten, aufgenommen werden (IG: 129;

KG: 47). Mit 60,8% bildeten Aussiedlerinnen und Aussiedler den größten Teil der Stichprobe, gefolgt von Angehörigen der türkischen (22,2%), der spanischen (4,5%) und der italienischen Subgruppe (2,8%). Insgesamt 9,7% der Teilnehmenden hatte einen anderen kulturellen Hintergrund. Die Auswertungsstichprobe wies ein Durchschnittsalter von 59,5 Jahren auf. Insgesamt waren 62,1% weiblich. Die Teilnehmenden wiesen im Durchschnitt eine Aufenthaltsdauer von circa 19 Jahren auf und schätzten ihre Deutschkenntnisse subjektiv mittelmäßig ein.

Insgesamt wurde die transkulturelle Präventionsveranstaltung in allen Bereichen signifikant besser

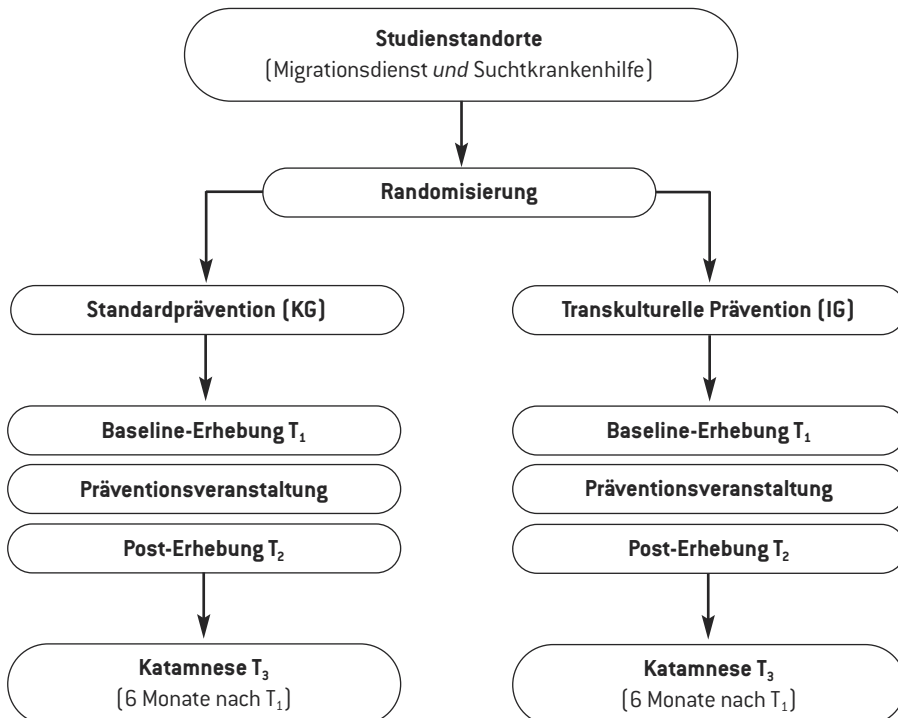


Abb. 3: Studiendesign der Evaluation auf Ebene der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

bewertet als die Kontrollbedingung. Über 70% der Teilnehmenden aus der Interventionsgruppe gaben an, Neues über Alkohol erfahren und ihre Einstellung gegenüber Alkohol verändert zu haben und nahmen sich vor, nach der Veranstaltung ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kontrollgruppe gab dies jedoch nur knapp die Hälfte an (Bermejo et al. 2012c). Sechs Monate nach den Präventionsveranstaltungen gaben über 80% der Personen aus der Kontrollgruppe an, nichts an ihrem Alkoholkonsum verändert zu haben, während in der Interventionsgruppe fast die Hälfte der Befragten angab, weniger zu trinken. Positive Effekte wurden auch hinsichtlich der im Anschluss an die Präventionsveranstaltungen ausgegebenen Informationsbroschüre festgestellt. Während die kultur- und migrationssensitive Informationsbroschüre von circa drei Viertel der Befragten vollständig gelesen und auch an andere Personen weitergegeben wurde, wurde die DHS-Informationsbroschüre nur von knapp einem Fünftel der Befragten gelesen und nur von knapp 30% weitergegeben.

Weiterhin fand auch eine Evaluation auf Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter statt, wobei das Verhältnis von Nutzen und Aufwand bewertet werden sollte (Bermejo et al. 2011). Als zentral wurde es angesehen, die Veranstaltungen in bestehende Gruppen oder Kurse zu integrieren, um den Zugang zu den Veranstaltungen zu erleichtern bzw. natürlicher zu gestalten. In diesem Zusammenhang wurde auch der Einbezug einer der anvisierten Zielgruppe bekannten Vertrauensperson als hilfreich erachtet. Weiterhin wurde es als hilfreich erachtet, die Homogenität der Gruppe hinsichtlich des kulturellen Hintergrunds sowie der Geschlechterzugehörigkeit zu wahren, um eine gezielte Anpassung der Veranstaltung zu ermöglichen und Hemmungen abzubauen. Der Zugang zu den Zielgruppen wurde vornehmlich über Migrationsdienste, Migrantenorganisationen, Schlüsselpersonen der jeweiligen Migrantengemeinschaft

	IG (n = 6–9)	KG (n = 7–9)
Verhältnis von Aufwand und Nutzen	2,3	1,9
Organisationsaufwand	2,9	3,0
Rekrutierungsaufwand	2,3	3,4
Nutzen Zielgruppenreichung	2,3	2,6
Nutzen Barrierenabbau	2,2	2,3
Akzeptanz Teilnehmer/-innen	2,8	2,5
Nutzen Sensibilisierung	2,5	2,3
Nutzen Kooperation	3,0	2,7

» Tab. 1: Bewertung von Nutzen und Aufwand auf verschiedenen Ebenen und Einschätzung der Akzeptanz bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Interventions- (IG) und Kontrollgruppe (KG) durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Mittelwerte vierstufiger Skalen von 1 = »sehr gering« bis 4 = »sehr hoch«; nach Bermejo et al. 2011)

nity sowie bestehende Gruppen und Kurse gesucht. In beiden Gruppen wurde eine persönliche Einladung und die Nutzung bestehender Strukturen als hilfreich für die Teilnehmergewinnung angesehen. Als weitere Zugangsmöglichkeiten wurden muttersprachliche Ärztinnen und Ärzte sowie eine Vernetzung mit Einrichtungen der Altenhilfe genannt. Hinsichtlich der Bewertung von Nutzen und Aufwand wurde der Nutzen im Verhältnis zum Aufwand in der IG höher eingeschätzt als in der KG, der Organisationsaufwand hingegen wurde von beiden Gruppen ähnlich eingeschätzt (siehe Tabelle 1).

Der höchste Nutzen wurde sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe der Kooperation von Sucht- und Migrationsfachdiensten zugemessen. So diente das Projekt als Katalysator für die Reintensivierung der Kooperation zwischen Sucht- und Migrationsdiensten. Bezüglich der Zugänge zur Zielgruppe ist es wichtig, auf diese Kooperationen zu setzen und das vorhandene Expertenwissen der Migrationsdienste zu nutzen. Weiterhin sollte im Rahmen der Zugangsgewinnung auch mit Migrantengemeinschaften, Einrichtungen der Altenhilfe, niedergelassenen

Ärztinnen und Ärzten, der lokalen Migrantenökonomie oder Schlüsselpersonen zusammengearbeitet werden. Schlüsselpersonen können – nach entsprechender Fortbildung – auch aktiv als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Prävention selbst einbezogen werden.

>> Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass eine erfolgreiche Umsetzung von Präventionsmaßnahmen für ältere Personen mit Migrationshintergrund bezüglich alkoholbezogener Störungen möglich und erfolgreich ist, wenn die Diversität hinsichtlich kultureller, migrationsbezogener, sprachlicher und soziodemografischer Faktoren im Rahmen einer stringenter transkulturellen Perspektive beachtet wird. Um diese Anforderung umsetzen sowie erfolgreich Zugänge zur Zielgruppe finden zu können, ist eine Kooperation zwischen Migrations- und Suchthilfe zwingend notwendig. Das auf Basis der vorgestellten Ergebnisse weiterentwickelte Konzept »Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten (PRÄALMI)« wird als Manual für Praktikerinnen und Praktiker angeboten. Die zugehörigen Materialien können kostenfrei von den Autoren bezogen werden.

>> Literatur

- Bergmann, E., Horch, K. (2000): Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholismus. In: Sucht Aktuell 2, 2000, S. 14–18.
- Bermejo, I., Frank, F., Härter, M. (2012c): Prävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migranten – Eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie. Public Health Forum.
- Bermejo, I., Frank, F., Härter, M., Walter-Hamann, R. (2011): Alkoholprobleme älterer Migranten. Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzepts. Soziale Arbeit, 9, 2011, S. 329–336.
- Bermejo, I., Härter, M., Hölzel, L. P., Kriston, L. (2012a): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. DOI:10.1007/s00103-012-1511-6.
- Bermejo, I., Härter, M., Frank, F., Walter-Hamann, R., Boss, H. (2012b): Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten (PRÄALMI) – Ein Manual zur Planung und Durchführung kultur- und migrations sensitiver Veranstaltungen zur Alkoholprävention. Aachen.
- Berrut, S., Blümel, S., Erath, A. (2006): Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 9, 2006, S. 898–902.
- Czycholl, D. (1998): Sucht und Migration – Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin.
- Herrmann, M., Schwantes, U. (2002): Migranten und Sucht – Eine quantitative und qualitative Expertise über Gesundheit, Krankheit und hausärztliche Versorgung von suchtkgefährdeten und suchtkranken MigrantInnen. Baden-Baden.

- Integrationsbeauftragte der Bundesregierung (2005): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., Siefen, R. G. (2006): Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, S. 873–883.
- Machleidt, W. (2005): Migration, Integration und psychische Gesundheit. Psychiatrische Praxis, 32, S. 55–57.
- Penka, S., Krieg, S., Wolfahrt, E., Heinz, A. (2004): Suchtprobleme bei Migranten – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Psychoneuro, 30, S. 401–404.
- Statistisches Bundesamt (2010): Fachserie 1, Reihe 2.2. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P., Kurth, B. M. (2005): Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 48, S. 296–306.
- Toprak, M. A., Lorenz, S. (2000): Sucht. In: Haasen, C., Yagdiran, O. (Hrsg.): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg, S. 145–164.
- Walter, U., Salman, R., Krauth, C., Machleidt, W. (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Psychiatrische Praxis, 34, S. 349–353.

03

Information und Edukation

» FIT50+: Modulares Konzept zur Gesundheitsförderung bei älteren, langzeiterwerbslosen Menschen

Steffi Kreuzfeld, Markus Preuss, Kristin Behrens, Jörn Lübke, Matthias Weippert, Regina Stoll

» Einleitung

Arbeitslosigkeit ist für den Einzelnen ein kritisches Lebensereignis, das mit finanziellen Einbußen, sozialem Abstieg, Perspektivlosigkeit, Verlust von Kompetenzen, Ressourcen, sozialen Kontakten und mit gesundheitlichen Folgen verbunden ist. Für die Gesellschaft bedeutet es eine sowohl soziale als auch ökonomische Herausforderung. Massenarbeitslosigkeit führt zur Verarmung von ganzen Regionen mit Konsequenzen für deren wirtschaftliche Struktur, das Bildungsniveau und die demografische Entwicklung (Wiggert 2009).

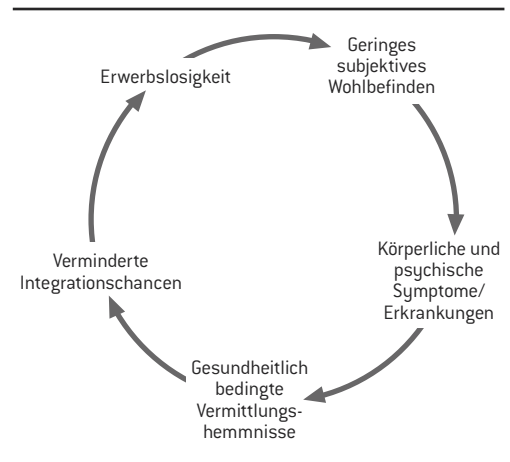
Ältere Langzeiterwerbslose gehören zu einer Personengruppe mit besonderem Bedarf für gesundheitsförderliche Interventionen. Aus den Statistiken großer deutscher Krankenkassen ist bekannt, dass Nichterwerbstätige in nahezu allen Diagnosen häufiger betroffen sind als andere Personengruppen (Grobe und Dörning 2010), die höchste Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufweisen und sich im Vergleich zu Erwerbstätigen doppelt so oft einer stationären Behandlung unterziehen müssen (BKK-Bundesverband 2009).

Die negativen Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf die psychische Gesundheit sind im Rahmen einer jahrzehntelangen Forschung umfassend untersucht worden. Paul und Moser konnten in einer Meta-Analyse bei Erwerbslosen und Erwerbstätigen anhand von Indikatorvariablen wie zum Beispiel Depressi-

ons- und Angstsymptomen sowie herabgesetztem Selbstwertgefühl einen klaren Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischer Gesundheit nachweisen (2006). Auf der körperlichen Ebene sind erhöhte Prävalenzen zum Beispiel bei chronischen Lungenkrankheiten, Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen bekannt (Lundin et al. 2010, Weber und Lehnert 1997). Zusätzlich existieren zahlreiche Belege für eine erhöhte Mortalität im Kontext von Arbeitslosigkeit (Roelfs et al. 2011). Zusammenhänge mit einem bei Arbeitslosigkeit häufiger vorkommenden gesundheitsschädlichen Lebensstil vor allem in Bezug auf Alkohol- und Nikotinkonsum sowie körperliche Inaktivität werden vermutet (Alavinia und Burdorf 2008, Grobe und Schwartz 2003, Lampert 2010).

Die Frage, ob Arbeitslosigkeit zu einer schlechteren Gesundheit führt oder umgekehrt die Folge einer schlechten Gesundheit ist, kann nicht abschließend beantwortet werden. Für beide Mechanismen gibt es in der aktuellen Forschung Belege.

Gesundheitliche Einschränkungen gelten als wesentliches Vermittlungshemmnis für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Eine Analyse von über 300.000 Gutachtenverfahren des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit aus dem Jahr 2001 ergab, dass der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen mit zunehmendem Alter und zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich ansteigt. Während in der Altersgruppe bis 25 Jahre nur etwa jeder Zehnte gesundheitliche Einschränkungen aufwies, war es in der Gruppe der über 56-Jährigen jeder Dritte (Hollenderer 2003). Gesundheitliche Einschränkungen verschlechtern der Analyse zufolge nicht nur die Wiedereingliederungschancen der Betroffenen, sondern behindern auch die Suche nach einer neuen Stelle. Verminderte Wiedereingliederungschancen in den ersten Arbeitsmarkt für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind auch unter Berücksichtigung von Alter,



» Abb. 1: Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf Gesundheit und Integrationschancen

Geschlecht, Ausbildungsgrad und Dauer der Arbeitslosigkeit belegt (Cramer et al. 2002).

Obwohl demnach ein objektiver Interventionsbedarf besteht, nehmen erwerbslose Menschen gesundheitsförderliche Angebote traditioneller Anbieter (zum Beispiel der gesetzlichen Krankenkassen) aus unterschiedlichen Gründen kaum in Anspruch (Robert Koch-Institut 2006). In der vorgestellten Pilotstudie bestand die Herausforderung deshalb darin, ein niederschwelliges, bedarfsgerechtes Angebot in einem Setting anzubieten, das für Gesundheitsförderung bei älteren Langzeiterwerbslosen geeignet erscheint. Im Rahmen der Untersuchungen sollten die Verbesserung objektiver und subjektiver Gesundheitsparameter sowie die Akzeptanz des Angebots in der Zielgruppe überprüft werden.

>> Die Intervention

Im Rahmen einer zehnmönatigen arbeitsmarktingtegrativen Maßnahme bei einem privaten Bildungsträger (Kooperationspartner im Projekt: RegioVision GmbH, Schwerin) wurde älteren Langzeiterwerbslosen parallel zu Möglichkeiten der fachlichen Qualifizierung die Teilnahme an einem dreimonatigen Programm zur Gesundheitsförderung angeboten. Die Ansprache erfolgte im Rahmen persönlicher Beratungsgespräche insbesondere bei Personen mit gesundheitlich bedingten Vermittlungshemmnissen. In den Jahren 2007 bis 2010 nahmen von den insgesamt 880 Kunden des Bildungsträgers 468 Personen (53 %) an der Intervention teil. Von diesen entschieden sich 119 Personen, gleichzeitig an einer Pilotstudie zur Erfassung von Wirksamkeit und Akzeptanz teilzunehmen.

Die Intervention gliederte sich in zwei Module: einen theoretischen Teil zur Vermittlung relevanter Aspekte eines gesundheitsförderlichen Lebensstils (Basiswissen) und ein angeleitetes körperliches Training (praktische Übungen). Das Ziel des theoretischen Teils bestand in der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz zu den Kernthemen »Körperliche Aktivität«, »Ausgewogene Ernährung« und »Umgang mit psychosozialen Stress«. Basierend auf einem 40-stündigen Curriculum führten Expertinnen und Experten diesen Teil der Intervention ein- bis zweimal wöchentlich für Teilnehmergruppen von 15 bis 20 Personen durch. Die Anwendung neu erworbenen Wissens wurde durch die Implementierung zahlreicher praktischer Beispiele und Übungen unterstützt. Anschließend fand das körperliche Training im Gesamtumfang von 60 Stunden zweimal wöchentlich in einem nahe gelegenen Fitnessstudio statt. Nach Beendigung des Gruppentrainings be-

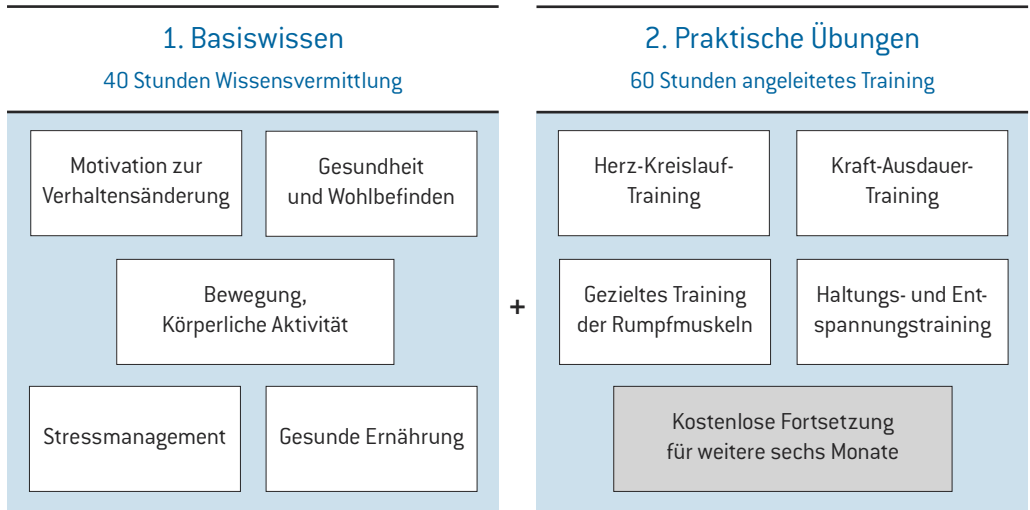
stand für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, das Fitnessstudio kostenlos weitere sechs Monate für ein selbstständiges Training zu nutzen bzw. Gruppenangebote wahrzunehmen.

>> Studiendesign und Methoden

Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Pilotstudie wurde ein prospektives Längsschnittdesign mit drei Messzeitpunkten festgelegt: vor Beginn der Intervention (T_1), direkt nach Beendigung der Intervention (T_2) und sechs Monate nach Ende der Intervention (T_3).

Alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer unterzogen sich einer ausführlichen Basisuntersuchung nach einem standardisierten Protokoll, das u. a. eine körperliche Untersuchung und die Bestimmung des Ernährungszustands beinhaltete, außerdem Fragebogen zum soziodemografischen Hintergrund und zum Gesundheitsverhalten, Blutdruckmessungen, die Bestimmung der kardiopulmonalen Ausdauerleistungsfähigkeit sowie Fragebogen zur psychischen Gesundheit und zu Schmerzen.

Zur Abschätzung der wöchentlichen, körperlichen Gesamtaktivität wurden Frequenz, Intensität und Dauer aller Alltags-, Freizeit- und Sportaktivitäten erfasst, summiert und anhand gewichtsadaptierter Referenztabellen in einen wöchentlichen Kalorienverbrauch umgerechnet. Die beschriebenen Untersuchungen wurden zu den Folgeterminen (T_2 , T_3) wiederholt. Dabei wurden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer über individuelle gesundheitliche Risiken und Ressourcen sowie über persönliche Trainingserfolge ausführlich informiert.



» Abb. 2: Kernelemente der Intervention

» Ergebnisse

An der Erstuntersuchung (T_1) nahmen 119 Probandinnen und Probanden (73 Frauen, 46 Männer, Alter: $53,7 \pm 3,0$ Jahre) teil. Nach Beendigung des Gesundheitsprogramms (T_2) erschienen 79% der Stichprobe und zum Follow-up (T_3) 50% der Stichprobe zur Untersuchung.

Ursachen für eine vorzeitige Beendigung der Studie waren: Arbeitsaufnahme, Erkrankung, Rückfall bei Alkoholkrankheit und nachlassendes Interesse. Das Angebot, den Sport im Fitnessstudio für weitere sechs Monate fortzusetzen, nahmen 41,3% der männlichen und 32,9% der weiblichen Probanden (36% der Gesamtstichprobe) an. Die Trainingsfortsetzung korrelierte dabei eng mit der subjektiven Wahrnehmung der Teilnehmenden, konditionelle Fortschritte gemacht zu haben, sich körperlich und see-

lisch besser zu fühlen und Freude mit dem Angebot zu verbinden.

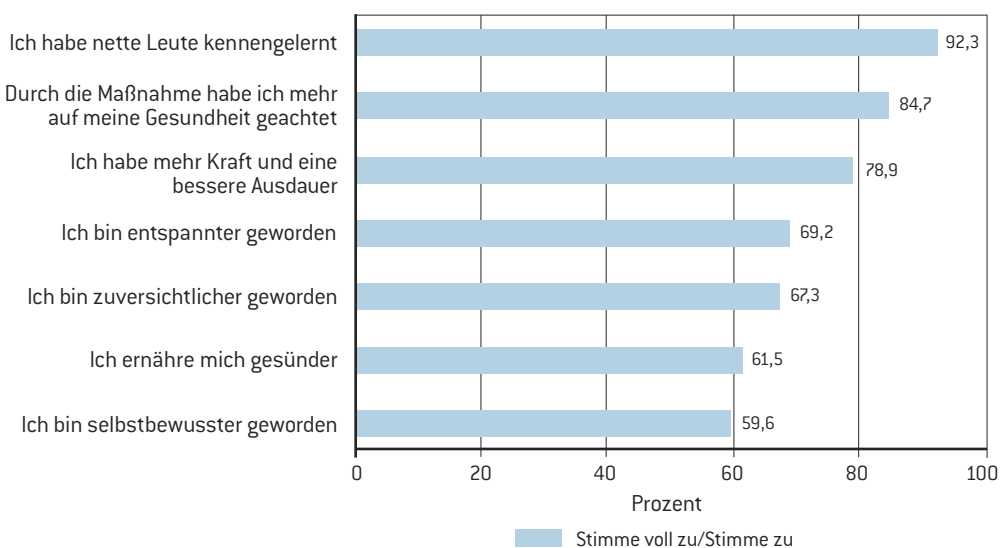
Verglichen mit den altersentsprechenden Referenzwerten von Shvartz und Reibold [1990] lag die ermittelte körperliche Leistungsfähigkeit bei 90% der Erstuntersuchten im weit unterdurchschnittlichen Bereich (Kreuzfeld et al. 2013). Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen traten deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auf. Etwa die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer klagte über chronische Rückenschmerzen. Unspezifische psychische Beschwerden lagen mehr als doppelt so häufig im Vergleich zur Normstichprobe vor. Hinweise für das Vorliegen einer klinisch relevanten Depression fanden sich bei einem Drittel der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse sowohl einen hohen Interventionsbedarf für Gesundheitsförderung als auch einen Handlungsbedarf beim Abbau gesundheitsbezogener Vermittlungshemmnisse in der untersuchten Personengruppe an.

In Bezug auf relevante Wirkeffekte zwischen T_1 und T_2 ist bemerkenswert, dass sich diese sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene nachweisen ließen. Statistisch signifikante Verbesserungen zeigten sich bei wichtigen kardiovaskulären Risikofaktoren wie dem Ruheblutdruck und der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie dem Ernährungszustand. Chronische Rückenprobleme verminderten sich bei jeder zweiten Teilnehmerin bzw. jedem zweiten Teilnehmer. Die Höhe der Depressivität konnte für die Gesamtgruppe statistisch signifikant gesenkt werden. Personen mit hohen Depressionswerten profitierten dabei stärker von der Intervention als Personen mit niedrigen Ausgangswerten. Die allgemeinen psychischen Beschwerden verringerten sich ebenfalls signifikant, und die Lebensqualität nahm zu. Das ermittelte Zehn-Jahres-Mortalitätsrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verringerte sich im Beobachtungszeitraum signifikant.

Die an der Umsetzung des Projekts beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sahen die Angebote zur Gesundheitsförderung übereinstimmend als sehr hilfreich für den Vermittlungsprozess an. Die Vermittlungsquote in den ersten Arbeitsmarkt lag im Untersuchungszeitraum zwischen 25 und 27%.

>> Zufriedenheit und Akzeptanz in der Zielgruppe

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden Zufriedenheit und Akzeptanz der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer anhand eines programmbezogenen Fragebogens erhoben. Dabei konnten durch die Teilnehmenden zunächst alle Einzelinhalte des eduka-



tiven Studienteils (»Basiswissen«) und des praktischen Teils (»Praktische Übungen«) über eine sechsstufige Skala (1 = »sehr gut«, 6 = »mangelhaft«) beurteilt werden. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden bewertete die Kursinhalte mit »sehr gut« und »gut«.

Erfragt wurden auch die individuellen Auswirkungen der Teilnahme auf Aspekte der physischen und psychosozialen Gesundheit. Die subjektive Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf einer sechsstufigen Skala (1 = »stimme voll zu«, 6 = »stimme überhaupt nicht zu«) fiel ebenfalls überwiegend positiv aus (Beispiele siehe Abbildung 3).

» Transfer

Nach dem Abschluss der Modellphase wird die Intervention seit Beginn 2012 als »Landesweites Projekt zur Gesundheitsförderung bei Langzeiterwerbslosen zur Verbesserung der Integrationschancen« in Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt. Das Konzept beinhaltet zukünftig auch strukturelle Verbesserungen auf der Ebene der regionalen Sportvereine mit dem Ziel, dort nachhaltige qualitätsgeprüfte Gesundheitsförderung für Erwerbstätige und Erwerbslose zu verankern.

» Fazit und Ausblick

Es hat sich als erfolgreich herausgestellt, älteren Langzeiterwerbslosen parallel zur fachlichen Qualifizierung Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung anzubieten und als Zugangsweg einen Bildungsträger mit Vermittlungskompetenz zu wählen. Die An-

sprache auf vorhandene gesundheitliche Einschränkungen bzw. Vermittlungshemmnisse sollte in einem persönlichen Gespräch in vertrauensvoller Atmosphäre erfolgen und kann mit der Empfehlung eines entsprechenden Angebots zur Gesundheitsförderung verknüpft werden. Die Freiwilligkeit der Teilnahme ist dabei Bedingung für die Wirksamkeit.

Angeleiteter Gesundheitssport führt neben der Verbesserung objektiver physischer Parameter auch zur Abnahme von Beschwerden und Schmerzen sowie zur Verbesserung des Wohlbefindens und unterstützt den Aufbau sozialer Beziehungen. Dies kann den Bewältigungsprozess von Erwerbslosen hilfreich unterstützen, das Selbstwertgefühl Betroffener stärken und gesundheitsbezogene Vermittlungshemmnisse verringern.

» Literatur

- Alavinia, S. M., Burdorf, A. (2008): Unemployment and retirement and ill-health. A cross-sectional analysis across European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, pp. 39–45.
- BKK-Bundesverband, Gesundheitsreport 2009 (2009): *Gesundheit in Zeiten der Krise*. Essen.
- Cramer, R. et al. (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.): *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 261. Nürnberg.
- Grobe, T. G., Dörning, H. (2010): *Gesundheitsreport 2010. Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000–2009*. Hamburg.
- Grobe, T. G., Schwartz, F. W. (2003): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.):

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin.
- Hollederer, A. (2003): Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos?, IAB-Kurzbericht, 4, S. 1–6.
- Kreuzfeld, S. et al. (2013): Health effects and acceptance of a physical activity program for older long-term unemployed workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86 (1), pp. 99–105.
- Lampert, T. (2010): Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53 (2), S. 108–116.
- Lundin, A. et al. (2010): Unemployment and mortality – a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, pp. 22–28.
- Paul, K., Moser, K. (2006): Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79 (4), pp. 595–622.
- Robert Koch-Institut (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland 2006. Berlin.
- Roelfs, D. J. et al. (2011): Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science and Medicine*, 72 (6), pp. 840–854.
- Shvartz, E., Reibold, R. C. (1990): Aerobic fitness norms for males and females aged 6 years to 75 years – a review. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 61, pp. 3–11.
- Weber, A., Lehnert, G. (1997): Unemployment and cardiovascular disease: a causal relationship? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 70, pp. 153–160.
- Wiggert, A. (Hrsg.) (2009): *Kosten von Arbeitslosigkeit*. Igel Verlag, Hamburg.

» Gesundheitsförderung im Alter – Die Interventionsstudie OptimaHl 60plus

Katharina M. Gallois, Jessica Dreas, Holger Hassel, Helga Strube, Hajo Zeeb

» Gesundheitsförderung durch Vernetzung und Kooperation

Am Beispiel der durchgeführten Interventionsstudie OptimaHl 60plus und anderen Studien wird aufgezeigt, wie es gelingen kann, die heterogene Gruppe der Seniorinnen und Senioren zu erreichen, passend anzusprechen und zu motivieren, ihre Gesundheit zu fördern. Neben Aspekten der Vernetzung und Koope-

ration werden weitere Strategien für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung aufgeführt.

Eine ganzheitliche Herangehensweise im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention erscheint zwingend, um die Erreichbarkeit und zielgruppengerechte Ansprache der wachsenden Gruppe der Seniorinnen und Senioren zu ermöglichen. Gleiches gilt ebenfalls für die Motivation des Einzelnen, auch im hohen Alter noch etwas für seine Gesundheit zu tun.

Erreichbarkeit und Motivation können über eine gute Vernetzung von Praxispartnern vor Ort, Kooperationen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Hausärztinnen und -ärzte) und den Seniorinnen

Bereich	Strategie
Kooperationspartner/Vernetzung	Informationskanäle Direkter Kontakt mit der Zielgruppe Bekanntes Umfeld Unkomplizierte Zeit- und Ortsbestimmung von Treffen Motivation von Schlüsselpersonen
Einbeziehen der Zielgruppe von Anfang an	Fokusgruppengespräche Informationstreffen
Nutzen von Medien	Broschüren Poster und Materialien (in verschiedenen Sprachen) Presseartikel (in verschiedenen Sprachen)
Überweisung	Kontakt über Verwandte/Partnerin bzw. Partner

und Senioren selbst erreicht werden. Dies zeigen Ergebnisse aus Interventionsprogrammen, in denen Seniorinnen und Senioren bereits in der Planungsphase aktiv beteiligt waren, deutlich (Dreas et al. 2009). So lassen sich neue Wege zur Förderung der Motivation, Anerkennung und Unterstützung älterer Menschen erschließen.

Erreichbarkeit von Seniorinnen und Senioren

Neben der Entwicklung und Umsetzung von einfachen und verständlichen Programmen ist es darüber hinaus sinnvoll, adäquate Zugangswege zu nutzen, um vorhandene Ressourcen zu aktivieren und ein Höchstmaß an Partizipation zu ermöglichen. Dies ist allerdings bei der heterogenen Gruppe der Seniorinnen und Senioren nicht immer einfach.

Alte Menschen werden in mehreren Studien als eine schwer erreichbare Zielgruppe beschrieben, die zudem nicht leicht in Präventionsprogramme zu involvieren ist (UyBico et al. 2007). Dabei werden als Barrieren zur Teilnahme an Gesundheitsförderung ein anfängliches Misstrauen in die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler oder dem Präventionsprogramm im Allgemeinen identifiziert (Catania et al. 2008, Corbie-Smith et al. 1999, 2002). Hinzu kommen Hindernisse wie zum Beispiel unpassende Örtlichkeit oder Zeit sowie die fehlende Einsicht in die Relevanz des Programms (Lee et al. 2006).

Für Seniorinnen und Senioren ist nicht immer der direkte Vorteil für sie selbst ersichtlich, an gesundheitsförderlichen Programmen teilzunehmen (Aran und Gallagher-Thompson 1996, Blumenthal et al. 1995, Choudhury et al. 2008, Lee et al. 2006). Lee et al. beschreiben die Anwesenheit von (wissenschaftlichem) Personal vor Ort als einen wichtigen begünstigenden Faktor. So lässt sich mit der Zeit Vertrauen in das Personal und Programm gewinnen.

Vernetzung und Kooperation als wichtige Faktoren

In der Studie OptimaHI 60plus hat sich als eine wichtige Strategie zur späteren Partizipation die Einbeziehung der Zielgruppe zu Beginn des Programms erwiesen. Ein Teil der Seniorinnen und Senioren, die später aktiv an der Studie teilgenommen haben, wurden zu Fokusgruppengesprächen eingeladen, um das Programm mit zu entwickeln (Hassel et al. 2010). Diese qualitative Forschungsarbeit wird häufig einer zu entwickelnden Intervention vorangestellt, um ein auf die Zielgruppe maßgeschneidertes Konzept zu entwerfen. Damit soll letztendlich die Partizipation gestärkt werden. Diese Strategie hat sich auch in anderen Studien als förderlich für die spätere Zusammenarbeit herausgestellt (Hassel und Keimer 2008, Hebestreit et al. 2010, Keimer et al. 2010).

Die Ansprache der Zielgruppe mithilfe von Kooperationspartnern vor Ort, die als vertrauenswürdig gelten (zum Beispiel leitende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Senioreneinrichtungen) erwies sich in der Studie OptimaHI 60plus als vorteilhaft. Diese Vorgehensweise, in Kombination mit einem Informationstreffen zum Thema Gesundheitsförderung vor dem Start des eigentlichen Programms, hat sich bewährt (Paine et al. 2008, Petereit und Burhanstipanov 2008). Der Vor-Ort-Besuch in den Einrichtungen bietet zugleich den Vorteil, dass der Transport zu einem anderen Treffpunkt als zusätzliche Barriere wegfällt und eine Terminabstimmung leichter ist (Arcury et al. 1999, Austin-Wells et al. 2006, Lee et al. 2006).

Die Ansprache der Zielgruppe mit Migrationshintergrund stellte sich im Rahmen von OptimaHI 60plus als besonders schwierig dar. Trotz alledem konnten auch hier Kooperationspartner gewonnen werden, die die Kontaktaufnahme und damit die Erreichbarkeit erleichterten. Um beispielsweise Seniorinnen und Senioren mit türkischem Migrationshintergrund einzubeziehen, wurden vor allem Moscheen in sozial

benachteiligten Stadtteilen kontaktiert und über das Gesundheitsförderungsprogramm informiert. Besonders hervorzuheben ist hier die Offenheit, mit der die meisten Ansprechpartnerinnen und -partner in den Moscheen dem zumeist weiblichen Studienpersonal gegenübertraten. Sobald das leitende Gremium einer Moschee mit der Studie einverstanden war, stellte sich die eigentliche Ansprache und Teilnahme der Zielgruppe als unproblematisch dar. Hierbei spielte das Verstehen und Verständnis der kulturellen Unterschiede der Zielgruppen eine wichtige Rolle (Aran und Gallagher-Thompson 1996). Zudem war sehr hilfreich, dass in mehreren Einzelgesprächen Schlüsselpersonen der moslemischen Gemeinde als Kooperationspartnerinnen und -partner gewonnen werden konnten, bevor die Seniorinnen und Senioren direkt angesprochen wurden.

Medien nutzen

Im Rahmen von OptimaHI 60plus wurden mehrere Presseartikel in einer lokalen Zeitung abgedruckt. Diese haben über die Studie informiert und die Seniorinnen und Senioren aufgefordert, an der Studie teilzunehmen. Hierdurch konnten vor allem die aktiven Alten erreicht werden. Zudem wurden Informationen auch über die türkische Presse verteilt, sodass sich auch Menschen mit Migrationshintergrund angesprochen fühlten.

Daneben erwiesen sich Informationsposter im Stadtteil (zum Beispiel in Apotheken, Bäckereien) und im Eingangsbereich der Senioreneinrichtung oder die Verteilung einer Broschüre durch eine vertraute Person an die Seniorinnen und Senioren als hilfreich. Damit die heterogene Gruppe der Seniorinnen und Senioren möglichst verständlich angesprochen wird, sind mehrsprachige Informationen unumgänglich.

» Gesundheitsförderung durch Akzeptanz und Motivation

Das hohe Präventionspotenzial bei älteren Menschen wurde im Rahmen der Interventionsstudie OptimaHI 60plus angesprochen und genutzt. Zentrale Herausforderungen für die Beratung innerhalb der Intervention waren die Mobilisierung von Akzeptanz für Veränderungen, die Förderung von Motivation sowie die Nutzung der Ressourcen der Zielgruppe.

Bei OptimaHI 60plus wurde speziell für und mit Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren eine Beratungshilfe entwickelt, mit der das Ernährungs- und Bewegungsverhalten eigenhändig überprüft und optimiert werden kann. Damit zielt OptimaHI 60plus neben der Verhaltensmodifikation auf die Steigerung der Lebensqualität und Eigenständigkeit von Seniorinnen und Senioren. Den schwierigen Schritt der Veränderung, das Reflektieren lieb gewonnener Gewohnheiten oder eingefahrener Alltagsroutinen wird generell als schwierig empfunden. Gerade bei älteren Menschen kommt hinzu, dass die Sinnhaftigkeit der eigenen Verhaltensbeobachtung und -änderung mit zunehmenden Lebensjahren nur schwer vermittelbar ist.

Wie kann die Akzeptanz für Neues und für Veränderung gefördert werden?

Die Beratungshilfe wurde partizipativ mit unterschiedlichen Seniorengruppen (Merkmale: Frauen, Männer mit/ohne Migrationshintergrund und vorwiegend mit niedrigem sozioökonomischem Status) entwickelt. Auf diesem Wege sollten die Akzeptanz gesichert und der Verzehr kritischer Lebensmittel (Obst/Gemüse, Milchprodukte und Fisch) sowie die

Bewegung selbstständig kontrolliert und ggf. optimiert werden.

Es wurden Fokusgruppen mit circa sechs bis acht Seniorinnen bzw. Senioren durchgeführt. In den Gruppen wurden Erwartungen sowie die Themen Ernährung und Bewegung im Alltag anhand von didaktischen Entwürfen der Beratungshilfe analysiert. Darauf aufbauend wurde OptimaHI 60plus entwickelt und in einer weiteren Gesprächsrunde von den Seniorinnen und Senioren begutachtet. Hierbei wurde ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, ob die Beratungshilfe für die älteren Menschen unabhängig vom Migrationshintergrund einfach, verständlich und handhabbar ist.

Es zeigte sich, dass die klassische offene Diskussionsform von Fokusgruppen wenig zielführend war. Erst kleine Gesprächseinheiten von zwei bis drei Seniorinnen bzw. Senioren, die konkrete Beispiel-Beratungshilfen begutachteten und anschließend im Plenum vorstellten und diskutierten, aktivierten die gesamte Gruppe und lieferten auch die für die Entwicklung angestrebten niederschweligen Informationen und Anforderungen. Dieses Prinzip der kleinen (Gesprächs-)Kreise wurde auch bei der anschließenden Interventionsphase beibehalten. Die Seniorinnen und Senioren trafen sich in überschaubaren Zirkeln und tauschten ihre Erfahrungen mit dem Beratungsinstrument aus. Hinzu kamen drei weitere zentrale Prinzipien:

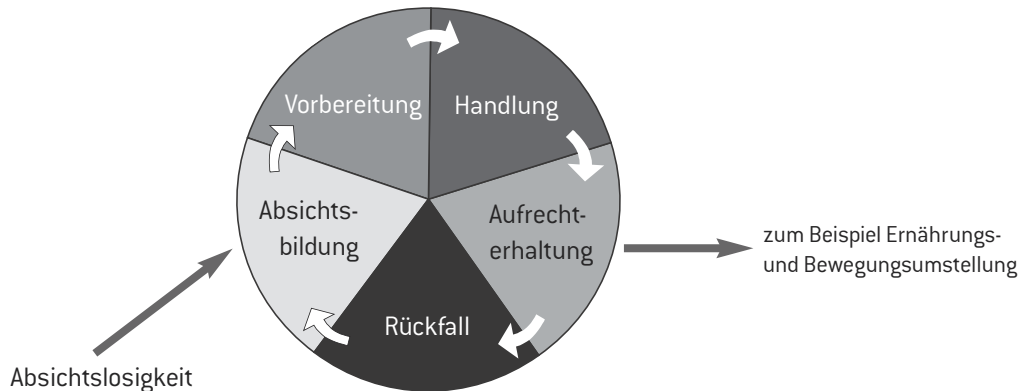
1. *Nur wenige Gesundheitsbotschaften:* OptimaHI 60plus kommt in der aktuellen Fassung mit vier Ernährungs- und einer Bewegungsbotschaft aus. Die selbstständige Umsetzung dieser einfachen Regeln unterstützt einen gesundheitsförderlichen Lebensstil in kleinen Schritten.
2. *Vom Altbekanntem zum Neuen:* Für ältere Menschen sind schmackhafte Gerichte aus der »guten, alten Zeit«, unabhängig von der aktuellen gesundheitsförderlichen Bewertung, etwas Vertrautes. So kann schon das Blättern in bebilderten

Kochbüchern mit bewährten Rezepten Seniorinnen und Senioren dazu animieren, wieder Appetit zu bekommen und sich abwechslungsreicher zu ernähren. Um den Verzehr kritischer Lebensmittel wie Fisch zu fördern, wurden in der OptimaHI-60plus-Studie die Erfahrungen und Gewohnheiten zu diesem Thema in den kleinen Gesprächszirkeln ausgetauscht. Anschließend wurde ein ansprechendes Rezept für ein bekanntes Gericht verteilt und besprochen. Die Rezeptur war ggf. nach gesundheitsförderlichen Aspekten angepasst worden.

3. *Alltagsbewegung fördern:* Das Bewegungsverhalten ist gerade bei Seniorinnen und Senioren sehr heterogen. An der besagten Studie haben sowohl Menschen teilgenommen, die zum Beispiel für einen Marathonlauf trainierten, als auch solche, die einen Rollator nutzten. Für viele Seniorinnen und Senioren war es eine Herausforderung, im Alltag moderat intensivere Bewegung umzusetzen. Ähnlich wie beim Thema Essen brachte der Erfahrungsaustausch in der Gruppe den Einzelnen dazu, sein bewährtes Verhaltensmuster zu reflektieren, sich an die neue Anforderung (Gesundheitsbotschaft) anzupassen und mit Unterstützung der Beratungshilfe selbstständig zu verbessern.

Rückfälle vorbeugen

Eine zentrale Herausforderung der Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren ist die dauerhafte Umsetzung neuen Wissens (Franz et al. 2007, Powell et al. 2005). Mit Rückfällen und Motivationsproblemen kämpfen Seniorinnen und Senioren in Einzel- und Gruppenberatung häufig dann, wenn es konkret um die Veränderung von Gewohnheiten und Verhaltensweisen geht. Allerdings sind Motivation und Rückfallprophylaxe keine Frage des »eisernen Willens«. Nach dem Transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente vollzieht sich eine Verhaltensänderung als Prozess in fünf Motivationsstufen (Prochaska und DiClemente 1992, 1982a).



» Abb. 1: Stufen der Veränderungsbereitschaft

Für die erfolgreiche Veränderung eines Problemverhaltens sind das Durchlaufen der fünf Stufen von der Absichtslosigkeit (es liegt noch keine Veränderungsbereitschaft vor) bis hin zur Aufrechterhaltung sowie das Umsetzen der in diesen Stufen relevanten Veränderungsprozesse essenziell, da sonst das Rückfallrisiko steigt (Prochaska und DiClemente 1992).

Die Stufe der Absichtslosigkeit kann als die stabilste Stufe in dem Modell beschrieben werden. Eine verhaltensorientierte Gesundheitsförderung greift frühestens ab der zweiten Motivationsstufe, wenn eine Steigerung des Problembewusstseins erreicht wurde (Keller 2002). Auf der Stufe der Absichtslosigkeit werden Empfehlungen zum Beispiel der Ernährungsberatung kaum ernsthaft geprüft und reflektiert. Zugleich stellt sich die Problematik, dass ohne äußere Intervention kaum die Stufe der Absichtsbildung zu erreichen ist, da spätestens bei ersten Transferschritten in den Alltag das bekannte Muster überwiegt und notwendige neue Schritte verworfen werden (Grimley et al. 1994). Aus diesem Grund sind zunächst vonseiten der Beratung ausgeprägte Moti-

vationsstrategien erforderlich, um die Bereitschaft zur Veränderung zu aktivieren.

Allein durch einen themenbezogenen Gesprächs-zirkel wie in OptimaHL 60plus können für den einzelnen Teilnehmer bzw. die einzelne Teilnehmerin folgende Funktionen gefördert werden:

- Motivation zur Reflexion des eigenen Lebensstils,
- Motivation zur Wahrnehmung und zum Erleben des eigenen Körpers,
- Reflexion der Einstellung zum eigenen Körper,
- Entwicklung individueller Suchstrategien,
- Reflexion des eigenen Lebensstils und ggf. gesundheitsorientierte Modifikation einzelner Verhaltensweisen.

Darauf aufbauend kann eine verhaltensorientierte Intervention folgen.

Wissen gleich Verhalten?

Das sozialkognitive Prozessmodell gesundheitlichen Verhaltens erklärt anschaulich das Zusammenspiel der verschiedenen kognitiven Kräfte bei einem solchen Entscheidungsprozess (Bandura 1997,

Schwarzer 2004). Demnach folgt nicht automatisch aus dem Wissen um gesundheitliche Zusammenhänge (zum Beispiel Körpergewicht und Gelenkbelastung) ein entsprechendes Gesundheitsverhalten. Es entwickelt sich die Intention (das Gewicht zu normalisieren) aus der Ergebnis- (gesundes Gewicht) und der Kompetenzerwartung (sich zutrauen, das Bewegungs- und Ernährungsverhalten umzustellen) sowie aus der empfundenen Bedrohung (zum Beispiel Gelenkschmerzen). Dieser zeitlich vorgeschaltete Prozess ist der Motor der Motivation. Er wirkt ein auf die Handlungsplanung und Handlungskontrolle, die letztlich zu einer spezifischen Handlung führt. Diese ist wiederum von den situativen Barrieren und Ressourcen abhängig.

Gesundheitsbezogenes Verhalten ist Bestandteil des Lebensstils von Seniorinnen und Senioren und ihren Lebenswelten. Eine Umstellung auf gesundheitsbezogenes Verhalten und die Integration in den Alltag kann nur gelingen, wenn dies aus Sicht aller Beteiligten akzeptabel und machbar ist. Falls das neu Gelernte nicht »alltagstauglich« ist und nicht mit persönlichen Interessen und Freizeitaktivitäten kombinierbar scheint, sind Rückfälle vorprogrammiert (Prochaska und DiClemente 1992, 1982b).

Motivierende Gesprächsführung (MI)

Motivierende Gesprächsführung (MI) stellt eine erfolgreiche Beratungsform in einer Vielzahl von Interventionen, zum Beispiel in Bereichen von gesundheitlichem Risikoverhalten (Lundahl und Burke 2009, Martins und McNeil 2009, Hannover et al. 2008, Tappin et al. 2005, Colby et al. 2004), dar. Sie scheint ein effektiver psychotherapeutischer Ansatz zur Verhaltensänderung im Bereich Ernährung und Bewegung zu sein, insbesondere in Kombination mit einer kognitiven Verhaltenstherapie (Spahn et al. 2010).

Mithilfe der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2002) können sowohl Motivati-

onslevel diagnostiziert als auch Hilfestellungen zur Aktivierung gegeben werden, die es ermöglichen, Entscheidungen zielgerichtet zu entwickeln. Erst darauf aufbauend lassen sich Veränderungen entfalten und stabilisieren. Zugleich kann auf diesem Wege das Rückfallrisiko abgeklärt bzw. können Rückfälle bearbeitet werden.

Motivierende Gesprächsführung wurde als Teil der OptimaHI 60plus-Intervention in den Gruppentreffen angewendet (Hassel et al. 2010).

>> Gesundheitsförderung durch Bewegung

Der Förderung von körperlicher Aktivität im Alter kommt eine besondere Bedeutung zu. Regelmäßige körperliche Aktivität schützt nicht nur vor Krankheiten wie Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Rückenbeschwerden und Diabetes (Rütten et al. 2005), sondern hat darüber hinaus einen positiven Effekt auf kognitive Fähigkeiten (Abbott et al. 2004). In einer Studie mit 18.000 70- bis 81-jährigen Frauen wurde deren Merkfähigkeit mit Fragebogen und Telefoninterviews über mehrere Jahre verfolgt. Frauen, die mehr als 90 Minuten pro Woche spazieren gingen, schnitten hierbei besser ab als Probandinnen, die sich in der Woche nur halb so lange bewegten (Weuve et al. 2004).

Auch bei älteren körperlich aktiven Männern (71 bis 93 Jahre) zeigten sich positive Effekte hinsichtlich des Geisteszustands: Für Männer, die weniger als 400 Meter pro Tag zu Fuß gingen, war eine Demenzerkrankung doppelt so wahrscheinlich als für Männer, die mehr als drei Kilometer täglich zurücklegten (Abbott et al. 2004).

Durch regelmäßige körperliche Aktivität kann auch die Lebensqualität im Alter verbessert werden, weil es dadurch gelingen kann, bis ins hohe Alter nicht nur eine bessere körperliche und psychische Leistungsfähigkeit zu bewahren, sondern auch möglichst lange selbstständig zu leben (Aigner 2005). Auch in der »Bonner Altersstudie« wird Sport vornehmlich als geeignetes Mittel für das Erlangen von Wohlbefinden, Fitness und Gesundheit angesehen (Pache 1997).

Das Problem vieler älterer alleinlebender Menschen besteht oftmals darin, dass sie häufig einem extrem reizarmen Alltag ausgesetzt sind und Bewegung aus unterschiedlichen Gründen (keine passenden Angebote, Angst vor Stürzen etc.) vermeiden. In einer Studie von Mensink zeigt sich, dass rund 75% der 70- bis 79-Jährigen in Deutschland keinen Sport mehr betreiben und 60% der Frauen und 50% der Männer nicht mehr in der Lage sind, drei Stockwerke zu ersteigen (2002). Der Anteil derjenigen Seniorinnen und Senioren, die in der Woche mehr als zwei Stunden Sport betreiben, beträgt hingegen bei den Männern nur 10% und bei den Frauen nur 6% (Mensink 2002). 57% der 50- bis 70-Jährigen haben die Hoffnung, dass sportliche Aktivitäten dazu beitragen können, gesund und leistungsfähig zu bleiben, und 24% dieser Altersgruppe geben an, Sport »aus Spaß« zu betreiben (Aigner 2005).

Wie viel Bewegung tut gut?

Um einen präventiven Effekt zu erzielen, ist ein regelmäßiges Training bedeutsam. Dabei ist neben der aeroben Ausdauer und Fitness auch die Kraftleistungsfähigkeit ein wesentlicher Einflussfaktor auf Alltagsaktivitäten, wie beispielsweise Treppensteigen oder Einkaufen. Empfehlungen führender Expertinnen und Experten zufolge reicht eine halbe Stunde täglicher moderater körperlicher Aktivität aus, um die altersgemäße Fitness möglichst lange zu erhalten (Institut für Bewegungswissenschaften und Sport

2012). Die WHO empfiehlt darüber hinaus für Erwachsene ab 65 Jahren:

- mindestens 30 Minuten mäßige intensive Bewegung an fünf Tagen pro Woche *oder*
- mindestens 20 Minuten intensive körperliche Betätigung an drei Tagen pro Woche.
- Die Aktivität kann in Blöcken von mindestens zehnminütiger Dauer absolviert werden.
- An zwei oder mehr Tagen pro Woche sollte ein zusätzliches Training zum Muskelaufbau und zur Steigerung der Ausdauer erfolgen (WHO 2010).

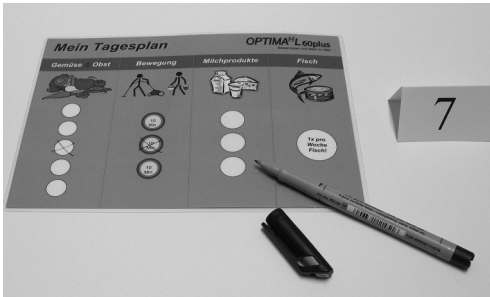
Diese Richtlinie diene als Orientierung für die in OptimaHL 60plus empfohlene Dauer und Intensität an Bewegung.

Wie kann die Selbstkontrolle gefördert werden?

Vor diesem Hintergrund ist die selbstständige Überprüfung des eigenen Bewegungsverhaltens wichtig, um das eigene Maß an Aktivität besser abschätzen, überprüfen und ggf. optimieren zu können. Es existieren einige anleitende didaktische Instrumente mit Hinweisen zur Bewegung, wie etwa die Gesundheits- oder die Bewegungspyramide (Hermey 2004, Verein zur Förderung von Ernährungsinformation 2010). Aufgrund ihrer Komplexität sind sie jedoch für die Seniorinnen und Senioren schwierig zu handhaben und deshalb nicht für die tägliche Handhabung geeignet (Stehle 2005).

Aus diesem Grund wurde speziell für Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren im Rahmen der Interventionsstudie OptimaHL 60plus eine Beratungshilfe entwickelt, mit der das Ernährungs- und Bewegungsverhalten eigenhändig überprüft werden kann.

Die Beratungshilfe, eine Art Checkliste, die auf dem Selbstregulationsmodell nach Kanfer (Kanfer 1977, 1986) basiert, funktioniert nach einem Soll-Ist-Vergleich. Die tägliche Bewegungszeit kann mithilfe eines Boardmarkers (abwischbarer Stift) abgestrichen und kontrolliert werden (Dreas et al. 2009)



» Abb. 2: Die entwickelte Beratungshilfe

[siehe Abbildung 2]. Das Bewegungsverhalten sowie die Bewegungsintensität können anhand einer Borg-Skala [Borg 1985] von den Seniorinnen und Senioren selbstständig eingeschätzt werden. Hierbei erstellen die Seniorinnen und Senioren eine Liste mit ihren durchgeführten Alltagsbewegungen und bewerten die Intensität der Bewegung subjektiv mithilfe der Borg-Skala, wobei die Intensität von 1 (»sehr leicht«) bis 10 (»sehr schwer«) variieren kann.

Im Idealfall soll eine mittelschwere Bewegungsintensität (Stufe 5–6) für die Dauer von mindestens 30 Minuten am Tag erzielt werden. Wird dieses Ziel an einem oder mehreren Tagen nicht erreicht, wird in den folgenden Tagen versucht, dieses Ziel zu erreichen. Das Instrument wurde mit 180 Seniorinnen und Senioren getestet und hinsichtlich seiner einfachen Handhabung von mehr als 80 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für »gut« bzw. »sehr gut« befunden [Keimer et al. 2010].

Die Ergebnisse der Studie OptimaHI 60plus deuten darauf hin, dass einfache didaktische Hilfen, die das Bewegungsverhalten zu optimieren helfen, sinnvoll sind und im Alltag von Seniorinnen und Senioren weitere Verwendung finden. Die Beratungshilfe wird im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz geförderten

Projekts »Fit im Alter« deutschlandweit an Seniorinnen und Senioren verteilt, sodass eine nachhaltige Verbreitung gewährleistet ist.

» Genuss im Alter – richtig Essen und Trinken gehört dazu!

Für die Erhaltung von Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und insbesondere für die Selbstständigkeit im Alter spielt neben körperlichem und geistigem Training sowie psychosozialen Faktoren die Ernährung eine bedeutende Rolle. Nicht zuletzt ist eine gesunde und ausgewogene Ernährung eine elementare Voraussetzung für Autonomie und Lebensqualität bis ins hohe Alter. Während in den mittleren Altersgruppen und bei gesunden jüngeren Seniorinnen und Senioren Übergewicht/Adipositas und damit verbundene Erkrankungen dominieren, stellt für die Gruppe der Hoch- und Höchstbetagten Mangel- oder sogar Unterernährung aufgrund von unbemerkten Nährstoff- und Flüssigkeitsdefiziten – häufig einhergehend mit Kau- und Schluckbeschwerden und Erkrankungen wie Demenz – ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Die Ernährungssituation selbstständig lebender Seniorinnen und Senioren ist in der Regel besser als die von älteren Menschen in Heimen, wie die Bonner Seniorenstudie [Stehle 2000] zeigen konnte.

Da die Therapie der Mangelernährung im hohen Alter sehr schwierig und mühsam ist, kommt der Prävention eine entscheidende Rolle zu. Vor diesem Hintergrund bedarf es nicht nur in Senioreneinrichtungen besonderer Anstrengungen, um eine bedarfsgerechte Ernährung sicherzustellen. Gerade im Alter erfüllen Essen und Trinken – insbesondere gemein-

same Mahlzeiten – wichtige soziale und kulturelle Funktionen. Zugleich bieten sie Orientierung bzw. strukturieren den Tag und regen zu Geselligkeit sowie zu Gesprächen an. Das Gefühl, für seine Versorgung und sein Essen selbst verantwortlich zu sein, ist ebenfalls für die Lebensqualität wichtig. Fragt man erfolgreich gealterte Hochbetagte nach den Ursachen für ihr hohes Alter, dann werden fast immer die Themen Essen, Trinken und reichlich körperliche Aktivität bzw. Bewegung genannt. Insbesondere »gutes« Essen und regelmäßige Mahlzeiten werden von den meisten alten Menschen als Quelle von Gesundheit und Kraft geschätzt (aid infodienst und DGE 2004).

Ernährungsbedürfnisse

Die Lebensphase des Alters umfasst eine Zeitspanne von über 40 Jahren. Die großen Unterschiede in der Lebens- und Gesundheitssituation der Seniorinnen und Senioren zeigen, dass allein das biologische Alter kein Maßstab für körperliche und geistige Fitness ist. Insbesondere die Ernährungsbedürfnisse Älterer sind weniger von der Zahl der Lebensjahre als vom physiologischen Zustand abhängig. Sie sind bei mobilen, aktiv am Leben teilnehmenden Personen anders als bei hilfsbedürftigen oder gar bettlägerigen, pflegebedürftigen Personen gleichen Alters (DGE 2007).

Die Ernährungssituation gesunder jüngerer Seniorinnen und Senioren unterscheidet sich nicht grundsätzlich von denen mittlerer Altersgruppen. »Junge alte Menschen« (65- bis 74-Jährige) sind aber oft übergewichtig, weil sie im Alter einen inaktiveren Lebensstil haben und trotz geringerem Energiebedarf genauso viel essen wie vorher. Ein ganz anderes Bild zeigt sich bei den Hoch- und Höchstbetagten (75- bis 89-Jährige, 90- bis 99-Jährige).

Physiologische Veränderungen im Alter – erhöhtes Risiko für Mangelernährung

Im Alter besteht ein besonders hohes Risiko für Mangelernährung. Dies kann verschiedene Ursachen haben:

- Kaubeschwerden aufgrund schlechter Zahn- und Mundgesundheit,
- abnehmende Sinneswahrnehmung,
- abnehmender Appetit durch Medikamente,
- erhöhter Vitamin- und Mineralstoffbedarf durch Medikamenteneinnahme,
- schlechte Verdauung, ungenügende Verwertung der Nahrungsinhaltstoffe,
- Mundtrockenheit.

Mangelernährung stellt ein bedeutendes Problem in der Seniorenernährung dar und ist definiert als ein Zustand des Mangels an Energie, Eiweiß oder anderen Nährstoffen, der mit messbaren Veränderungen von Körperfunktionen verbunden ist, einen ungünstigen Krankheitsverlauf zur Folge hat und durch Ernährungstherapie reversibel ist.

Essen und Trinken im Alter – zwischen Bedarf und Bedürfnis

Eine vollwertige Ernährung im Alter hat zum Ziel, die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, einen guten Ernährungszustand zu gewährleisten und Mangelernährung vorzubeugen, die physische und psychische Leistungsfähigkeit zu erhalten sowie vorzeitiger Krankheitsanfälligkeit und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat für die Nährstoff- und Energiezufuhr im Jahr 2000 aktuelle Referenzwerte herausgegeben.

Die Referenzwerte sind als Richtschnur für gesunde und mobile über 65-jährige Seniorinnen und Senioren zu sehen und der persönlichen Lebenssituation anzupassen, wobei die individuellen Unterschiede im Alter zunehmen (DGE 2000).

Essen und Trinken können darüber hinaus im Alltag als sinnliche und kreative Aktivität mit dazu beitragen, alte Menschen am Tagesgeschehen zu beteiligen. Insgesamt gilt es, einen akzeptablen Kompromiss zu schließen zwischen ernährungsmedizinischer Notwendigkeit (u. a. Prävention einer Mangelernährung) und dem Genussaspekt, der Freude und der Lebenszufriedenheit, die Essen und Trinken gerade im Alter vermitteln.

Es gibt keine Altersdiät – Ernährungsempfehlungen der DGE

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zehn Regeln (www.dge.de) formuliert, die auch der Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren helfen, genussvoll zu essen und sich dabei gesund zu erhalten. Für die Beurteilung von Lebensmitteln gilt grundsätzlich, dass es weder »gesunde« noch »ungesunde Lebensmittel« gibt. Alle Lebensmittel (schadstoffbelastete und verdorbene Lebensmittel ausgenommen) können grundsätzlich zu einer »gesunden Ernährung« beitragen.

Konkret: Gesunde Ernährung für aktive Alte

Eine ausgewogene Ernährung erreichen die Seniorinnen und Senioren schon, wenn sie sich auf die vier Lebensmittelgruppen Getränke, Gemüse und Obst, Milchprodukte sowie Fisch konzentrieren und die ausreichende Menge täglich zu sich nehmen. Damit soll erreicht werden, dass die Zufuhr von kritischen Nährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffen (etwa Folat, Vitamin und Calcium) optimiert wird. Die einzelnen Portionen können als Merkhilfe bzw. als »Checkliste« mithilfe der Beratungshilfe OptimaHL 60plus erfasst und selbst kontrolliert werden.

>> Fazit

Die steigende Lebenserwartung ist mit der Hoffnung verknüpft, auch im Alter selbstständig und gesund leben zu können. Ein guter Ernährungsstatus und ausreichend Bewegung sind elementare Voraussetzungen dafür.

Es ist zu erwarten, dass es in Zukunft einerseits mehr Hochbetagte geben wird, die aktiv und unabhängig leben. Dazu ist es notwendig, gerade die Seniorinnen und Senioren zu befähigen, selbstständig ihre Ernährungs- und Bewegungssituation bewusst zu überprüfen und ggf. zu verändern.

Die Stärkung der Ernährungs- und Bewegungskompetenz von alten Menschen, insbesondere mit eigenem Haushalt, ist eine wichtige Ressource in Gesundheitsförderung und Prävention, die genutzt werden sollte.

Dazu ist eine bessere Vernetzung der Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft und Praxis in der Ernährungs- und Bewegungsprävention erforderlich. Ein interdisziplinärer Ansatz hat sich als hilfreich erwiesen.

Für ältere Männer, aber auch Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund, sind zielgruppenspezifische Angebote über verschiedene Zugangswege notwendig.

Wohnortnahe Angebote der Gesundheitsförderung zu unterschiedlichen Tageszeiten sind erforderlich, um eine möglichst breite Gruppe der Seniorinnen und Senioren anzusprechen. Partizipation und der Geselligkeitsaspekt in Präventionsprogrammen für Seniorinnen und Senioren fördern Motivation und Akzeptanz.

Nicht nur die Politik ist gefordert, wohnortnahe Strukturen zu verbessern oder zu schaffen, in denen ein gesundheitsförderlicher Lebensstil mit ausgewo-

gener Ernährung und angemessener Bewegung in Eigenverantwortung leichter gelingen kann, sondern auch Kirchengemeinden, Senioreneinrichtungen, Sportvereine, Bildungseinrichtungen und Wohlfahrtsverbände.

Es konnte gezeigt werden, dass die Beratungshilfe OptimaHL 60plus ein erfolgreiches niederschwelliges und alltagstaugliches Instrument in der Gesundheitsförderung für die immer größer werdende Bevölkerungsgruppe der Älteren ist.

» Literatur

- Abbott, R. D. et al. (2004): Walking and dementia in physically capable elderly men. In: *JAMA*, 22 (12), pp. 1447–1453.
- aid infodienst e. V., Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. (Hrsg.) (2004): Ernährung im hohen Alter. Ratgeber für Angehörige und Pflegende. DGE-Medienservice, Bonn.
- Aigner, A. (2005): Sport und Bewegung im Alter. In: Likar, R. et al. (Hrsg.): *Lebensqualität im Alter: Therapie und Prophylaxe von Altersleiden*, S. 281–290.
- Arcury, T. A. et al. (1999): Enhancing community participation in intervention research: Farmworkers and agricultural chemicals in North Carolina. *Health Education & Behavior*, 2 (4), 1999, pp. 562–576.
- Arean, P. A., Gallagher-Thompson, D. (1996): Issues and recommendations for the recruitment and retention of older ethnic minority adults into clinical research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64 (5), pp. 875–880.
- Austin-Wells, V. et al. (2006): Recruiting and retaining an ethnically diverse sample of older adults in a longitudinal intervention study. *Educational Gerontology*, 32 (2), pp. 159–170.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York.
- Blumenthal, D. S. et al. (1995): Mounting research addressing issues of race/ethnicity in health care: Recruitment and retention of subjects for a longitudinal cancer prevention study in an inner-city black community. *Health Services Research*, 30, (1, Pt. 2), pp. 197–205.
- Borg, G. (1985): *An introduction to Borg's RPE-scale*. Movement Publications, Ithaca, New York.
- Catania, C. et al. (2008): Participation in clinical trials as viewed by the patient: Understanding cultural and emotional aspects which influence choice. *Oncology*, 74 (3–4), pp. 177–187.
- Choudhury, S. M. et al. (2008): Intervention, recruitment, and evaluation challenges in the Bangladeshi community: Experience from a peer lead educational course. *BMC Medical Research Methodology*, 8, pp. 1–4.
- Colby, S. M. et al. (2004): Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviour*, 5 (30), pp. 865–874.
- Corbie-Smith, G. et al. (1999): Attitudes and beliefs of African Americans toward participation. *Journal of General Internal Medicine*, 14 (9), pp. 537–546.
- Corbie-Smith, G. et al. (2002): Distrust, race, and research. *Archives of Internal Medicine*, 162 (21), pp. 2458–2463.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. (Hrsg.) (2000): *Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr*. Umschau/Braus Verlag, Frankfurt am Main.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. (Hrsg.) (2007): *Obst und Gemüse in der Prävention chronischer Krankheiten*. Ernährung, Wissenschaft und Praxis, 2007, S. 410–413.
- Dreas, J. A. et al. (2009): OptimaHL 60plus. *Besser Essen und Leben im Alter. Die Entwicklung und Erprobung einer Beratungshilfe zur Optimierung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei*

- Menschen über 60 Jahre. Ernährung und Medizin, 24, S. 119–122.
- Franz, M. J. et al. (2007): Weight-Loss Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Weight-Loss Clinical Trials with a Minimum 1-Year Follow-Up. *Journal of American Dietetic Association*, 107, pp. 1755–1767.
- Grimley, D. M. et al. (1994): The transtheoretical model of change. In: Brinthaup, T. M., Lipka, R. P. (Hrsg.): *Changing the self: Philosophies, techniques and experiences*. Suny series studying the self. State University of New York Press, Albany, pp. 201–277.
- Hannöver, W. et al. (2008): Interventionen gegen das Tabakrauchen in der Schwangerschaft und post partum. Modalitäten, Wirksamkeit, Einführung in die Motivierende Gesprächsführung und sozial-kognitive Modelle zur Verhaltensänderung. *Geburtsh Neonatol* 212, S. 87–93.
- Hassel, H. et al. (2010): Participatory development of an instrument for the elderly for an autonomous optimization of their nutrition and physical activity profile, *Health Education Journal*, 69 (3), pp. 353–361.
- Hassel, H., Keimer, K. M. (2008): Parent involvement when developing health education programmes. *Italian Journal of Public Health*, 5 (1), pp. 4–11.
- Hebestreit, A. et al. (2010): What do children understand? Communicating health behavior in an European multi-centre study. *Journal of Public Health*, 18 (4), pp. 391–401.
- Hermey, B. (2004): Die Gesundheitspyramide. *Ernährungsumschau*, 10, S. 402.
- Institut für Bewegungswissenschaften und Sport (ETH Zürich) (2012): *Senioren in Bewegung*. Download unter http://www.wirbewegenzuerich.ch/fileadmin/pdf/broschuere_senioren.pdf. Zugriff am 24.6.2012.
- Kanfer, F. H. (1977): The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In: Stuart, R. B. (ed.): *Behavioral self-management*, Brunner/Mazel, New York, pp. 1–48.
- Kanfer, F. H. (1986): Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviours. In: Miller, W. R., Heather, N. (eds.): *Treating addictive behaviors: Processes of change*, 2nd edition. Plenum, New York, pp. 272–314.
- Keimer, K. M. et al. (2010): Recruiting Elderly with a Migration and/or Low Socioeconomic Status in the Prevention Study OptimaHI 60plus. *Journal of Primary Prevention*, 32 (1), pp. 53–63.
- Keller, S. et al. (2002): Motivierung zur Verhaltensänderung. *Psychomed* 13, pp. 101–111.
- Lee, S. et al. (2006): Implementing an evidence-based preventive intervention in neighborhood family centers: Examination of perceived barriers to program participation. *Journal of Primary Prevention*, 27 (6), pp. 573–597.
- Lundahl, B., Burke, B. L. (2009): The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol.*, 11 (65), pp. 1232–1245.
- Martins, R. K., McNeil, D. W. (2009): Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviours. *Clin Psychol Rev.*, 4 (29), pp. 283–293.
- Mensink, G. (2002): Körperliches Aktivitätsverhalten in Deutschland. In: Samitz, G., Mensink, G. (Hrsg.): *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie*. Hans Marseille Verlag, München, S. 34–44.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing*. Guilford Press, New York.
- Pache, D. (1997): Attitudes of elderly towards health, physical activities and sports. In: Huber, G. (ed.): *Health, aging, activity and sports*. Gamburg, pp. 400–408.
- Paine, B. J. et al. (2008): Seminars may increase recruitment to randomized controlled trials: Lessons learned from WISDOM. *Trials* 9, pp. 1–8.
- Petereit, D. G., Burhanstipanov, L. (2008): Establishing trusting partnerships for successful recruit-

- ment of American Indians to clinical trials. *Cancer Control*, 15 (3), pp. 260–268.
- Powell, S. W. et al. (2005): An Integrative Review of Interventions for Adolescent Weight Loss. *The Journal of School Nursing*, 21 (2), pp. 77–85.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982a): The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. *Dow-Jones-Irwin, Homewood*.
- Prochaska J. O., DiClemente, C. C. (1982b): Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19, pp. 276–288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992): Stages of change in the modification of problem behaviours. In: Hersen, M. et al. (eds.): *Progress in Behavior Modification*, 28. Sycamore Publishing Company, Sycamore, pp. 183–218.
- Rütten, A. et al. (2005): Körperliche Aktivität, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut (Hrsg.): Heft 26, 2005.
- Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen.
- Spahn, J. M. et al. (2010): State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *J Am Diet Assoc.*, 6 (110), pp. 879–891.
- Stehle, P. (2000): Kapitel 5: Ernährung älterer Menschen. In: DGE e. V. (Hrsg.): *Ernährungsbericht 2000*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, DGE e. V., Frankfurt am Main, S. 147–178.
- Tappin, D. M. et al. (2005): Randomised controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers quit or cut down. *BMJ*, 331 (7513, 13), pp. 373–377.
- UyBico, S. J. et al. (2007): Recruiting vulnerable populations into research: A systematic review of recruitment interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (6), pp. 852–863.
- Verein zur Förderung von Ernährungsinformation (2010): *Bewegungspyramide für Kinder und Erwachsene*. Internet: <http://www.forum-ernaehrung.at/cms/feh/dokument.html?ctx=CH0100&doc=CMS1167208843388>. Zugriff am 17.1.2013.
- Voelcker-Rehage, C. et al. (2005): Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt – Bundesgesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, S. 558–566.
- Weuve, J. et al. (2004): Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *JAMA*, 22 (292, 12), pp. 1454–1461.
- WHO (2010): *Global strategy on Diet, Physical Activity and Health. Physical Activity and Older Adults*. Internet: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/index.html. Zugriff am 24.6.2010.

>> Evidenzbasierte Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung bei der Darmkrebsfrüherkennung

Anke Steckelberg

>> Hintergrund

Bürgerinnen und Bürger haben ein Recht auf evidenzbasierte Informationen als Grundlage für informierte Entscheidungen. In den Medienkampagnen werden ihnen jedoch zum Thema Gesundheit, insbesondere zur Krebsfrüherkennung, irreführende Informationen angeboten. Der Nutzen des Mammografie-

und prostataspezifischen Antigen-Screenings wird in der Bevölkerung nach wie vor massiv überschätzt (Gigerenzer et al. 2009). Aktuelle Studien zeigen zudem, dass die Gesundheitsbildung der Bevölkerung in Europa gering ist (Banks 2011). Somit scheint die Basis für informierte Entscheidungen in Europa nicht vorhanden zu sein.

Im Projekt wurde, dem Leitfaden des Medical Research Councils (UK Medical Research Council 2008) folgend, zunächst eine evidenzbasierte Information zur Darmkrebsfrüherkennung entwickelt, pilotiert und anschließend in einer randomisiert-kontrollierten Studie evaluiert.

Inhalt der Gesundheitsinformation

1. Informationen und Meta-Informationen
2. Qualität der wissenschaftlichen Beweislage
3. Patientenrelevante Endpunkte

Darstellung des Inhalts

4. Darstellung von Zahlen und Ergebnissen
5. Sprachliche Darstellung von Risiken
6. Grafische Darstellung von Daten
7. Verlust und Gewinn
8. Bilder und Zeichnungen
9. Narrative
10. Kulturelle Besonderheiten
11. Layoutaspekte
12. Sprache

Prozess der Informationserstellung

13. Prozess der Informationserstellung

>> Entwicklung und Pilotierung einer evidenzbasierten Information zur Darmkrebsfrüherkennung

Unter Berücksichtigung der international diskutierten Kriterien für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (Bunge et al. 2010, Koch und Mühlhauser 2008, Steckelberg et al. 2005, Trevena und Barratt 2003) (vgl. Tabelle 1) wurde eine evidenzbasierte Broschüre zur Darmkrebsfrüherkennung entwickelt. Die ethischen Leitlinien des britischen General Medi-

Entscheidungskategorie	Wissen	Einstellung	Teilnahme
informiert	viel	positiv	erfolgt
informiert	viel	negativ	nicht erfolgt
nicht informiert	viel	negativ	erfolgt
nicht informiert	viel	positiv	nicht erfolgt
nicht informiert	wenig	positiv	erfolgt
nicht informiert	wenig	negativ	erfolgt
nicht informiert	wenig	positiv	nicht erfolgt
nicht informiert	wenig	negativ	nicht erfolgt

» Tab. 2: Dimensionen der informierten Entscheidung (Marteau et al. 2001)

cal Councils definieren, welche Inhalte kommuniziert werden sollen (General Medical Council 1998, General Medical Council 2008).

Die Broschüre umfasst 38 Seiten und beinhaltet die Themen »Persönliches Darmkrebsrisiko«, alle verfügbaren »Screeningoptionen mit möglichem Nutzen und Schaden« einschließlich der Option, nicht am Screening teilzunehmen, und »Prävention von Darmkrebs« (Universität Hamburg 2011). In Pilotstudien mit Bürgerinnen und Bürgern der Zielgruppe der Darmkrebsfrüherkennung wurde die Broschüre auf Verständlichkeit, Vollständigkeit und Akzeptanz in Fokusgruppen getestet und anschließend überarbeitet (Steckelberg et al. 2004).

Entscheidungen?«. Die Evaluation der Broschüre erfolgte im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 1586 Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die zur Zielgruppe des kolorektalen Screenings gehörten (Steckelberg et al. 2011).

Die Intervention umfasste die evidenzbasierte Information sowie zwei interaktive Lernelemente zu den Themen »Risiko« und »Diagnostischer Test«. Die Kontrollintervention war die Information des Gemeinsamen Bundesausschusses (Gemeinsamer Bundesausschuss 2002).

Der primäre Ergebnisparameter war die informierte Entscheidung (Marteau et al. 2001). Das Modell umfasst die Dimensionen Wissen, Einstellung und Teilnahme. Entscheidungen werden als informiert klassifiziert, wenn adäquates Wissen vorhanden ist und die Einstellung kongruent mit der Inanspruchnahme ist (siehe Tabelle 2).

Das Wissen wurde als adäquat bewertet, wenn ≥ 4 Punkte auf der Skala von 0–8 erreicht wurden. Die Einstellung wurde als positiv klassifiziert, wenn der Wert $< 2,5$ betrug.

Im Januar 2009 erhielten die Studienteilnehmer die Intervention und Kontrollintervention per Post. Nach sechs Wochen wurde der Fragebogen zur Erhebung der Dimensionen Wissen und Einstellung und nach sechs Monaten der Fragebogen zur Erhebung

» Evaluation der evidenzbasierten Information in einer randomisiert-kontrollierten Studie

In der Evaluationsstudie wurde die Fragestellung untersucht: »Führt die Bereitstellung evidenzbasierter Verbraucherinformationen zur Darmkrebsfrüherkennung zu einem höheren Anteil an informierten

	Interventionsgruppe (n = 785)	Kontrollgruppe (n = 792)
Anteil informierter Entscheidungen (%)	345 (43,95)	101 (12,75)
Absolute Differenz	31,20% [99% CI 25,71–36,69] p < 0,0001	

>> Tab. 3: Primärer Ergebnisparameter »informierte Entscheidung«

der Inanspruchnahme verschickt. 1457 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer haben beide Fragebogen zurückgeschickt. Die Basisdaten der Gruppen waren vergleichbar.

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse zum primären Ergebnisparameter »informierte Entscheidung«. In der Interventionsgruppe haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant häufiger eine informierte Entscheidung getroffen. Die Analyse der einzelnen Dimensionen des primären Endpunkts zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant häufiger »adäquates Wissen« und signifikant niedrigere »positive Einstellungen« in der Interventionsgruppe. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme (vgl. Tabelle 4). Die Analyse der sekundären Ergebnisparameter zeigte für den Endpunkt Wissen (Skala

0–8: 0 = keine korrekte Antwort; 8 = 8 korrekte Antworten) einen Mittelwert (SD) von 4,3 (2,3) in der Interventionsgruppe und 2,5 (1,2) in der Kontrollgruppe; p < 0,0001. Für den Endpunkt Einstellung (Skala 1–4: 1 = positiv; 4 = negativ) zeigte sich ein Mittelwert (SD) von 1,4 (0,6) in der Interventionsgruppe und 1,3 (0,5) in der Kontrollgruppe; p = 0,0001 (vgl. Tabelle 4). Alle Analysen wurden als »intention-to-treat« durchgeführt.

Die evidenzbasierte Broschüre zur Darmkrebsfrüherkennung führte zu signifikant mehr informierten Entscheidungen. Es gab keinen Effekt auf die Inanspruchnahme der Früherkennung. Die Broschüre und die interaktiven Module wurden nach Abschluss der Studie auf der Webseite der Universität Hamburg zur Verfügung gestellt (Universität Hamburg 2011).

	Interventionsgruppe n = 785 (%)	Kontrollgruppe n = 792 (%)
Anteil »viel Wissen«	468 (59,62)	128 (16,16)
Differenz »viel Wissen«	43,46% [99% CI 37,83–49,09]*	
Anteil »positive Einstellung«	733 (93,38)	764 (96,46)
Differenz »positive Einstellung«	-3,09% [99% CI [-5,93] – [-0,25]]**	
Anteil »Teilnahme ja«	568 (72,36)	577 (72,85)
Differenz »Teilnahme ja«	-0,50% [99% CI [-6,28] – [+5,29]]	

* = p < 0,0001

** = p = 0,0057

>> Tab. 4: Dimensionen des primären Ergebnisparameters

» Fazit

Um die Forderungen der ethischen Leitlinien nach evidenzbasierten Informationen als Voraussetzung für informierte Entscheidungen erfüllen zu können, sollten

- die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, die über die Einführung von Screeningprogrammen entscheiden, das ethisch verbriefte Recht der Bürgerinnen und Bürger auf evidenzbasierte Informationen respektieren.
- Kampagnen, die irreführende Informationen verwenden und zu Trugschlüssen führen, eingestellt werden.
- Strukturen entwickelt werden, die eine nachhaltige Entwicklung, Evaluation und Implementierung hochwertiger evidenzbasierter Informationen ermöglichen.

Anmerkung: Das Votum der Ethikkommission wurde vor Beginn der Studie eingeholt. Teile des Artikels wurden in ähnlicher bzw. ausführlicher Form bereits publiziert [BMJ 2011; 342:d3193; DOI:10.1136/bmj.d3193].

» Literatur

- Banks, M. (2011): Almost half of Europeans have »inadequate« healthcare knowledge. Internet: <http://www.theparliament.com/latest-news/article/newsarticle/almost-half-of-europeans-have-inadequate-healthcare-knowledge/%20acc%2027.7.2012#.UBPSfKCbUk8>. Zugriff am 25.11.2012.
- Bunge, M., Mühlhauser, I., Steckelberg, A. (2010): What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. In: Patient Education and Counselling, 78, pp. 316–328.
- Felix Burda Stiftung (2011): Kampagne 2011. Internet: <http://www.felix-burda-stiftung.de/kampagne-2011/index.php>. Zugriff am 25.11.2012.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2002): Patienteninformation: Darmkrebs-Früherkennung. Download unter http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2233/2005-Merkblatt_Darmkrebs.pdf. Zugriff am 30.7.2012.
- General Medical Council (1998): Protecting patients, guiding doctors. Seeking patients' consent: the ethical considerations. Download unter http://www.gmc-uk.org/Seeking_patients_consent_The_ethical_considerations.pdf_25417085.pdf. Zugriff am 25.11.2012.
- General Medical Council (2008): Consent. Patients and doctors making decisions together. Ethical guidance, 2008. Internet: http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_index.asp. Zugriff am 30.7.2012.
- Gigerenzer, G., Mata, J., Frank, R. (2009): Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. In: Journal of the national Cancer Institute, 101, pp. 1216–1220.
- Koch, K., Mühlhauser, I. (für den Fachbereich Patienteninformation des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin) (2008): Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Download unter http://www.ebm-netzwerk.de/netzwerkarbeit/images/stellungnahme_dnebm_080630.pdf. Zugriff am 30.7.2012.
- Marteau, T., Dormandy, E., Michi, S. (2001): A measure of informed choice. In: Health Expectation, 4, 2001, pp. 99–108.
- Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S., Heesen, C., Mühlhauser, I. (2005): Kriterien für evidenzbasierte

- Patienteninformationen. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 99, S. 343–351.
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Haastert, B., Mühlhauser, I. (2011): Effect of evidence-based risk information on »informed choice« in colorectal cancer screening: a randomised controlled trial. In: British Medical Journal, 342, d3193. DOI:10.1136/bmj.d3193.
- Steckelberg, A., Kasper, J., Redegeld, M., Mühlhauser, I. (2004): Risk information – barrier to informed choice? A focus group study. In: Sozial und Präventivmedizin, 49, pp. 375–380.
- Trevena, L., Barratt, A. (2003): Integrated decision making: definitions for a new discipline. In: Patient Education and Counselling, 50, pp. 265–268.
- UK Medical Research Council (2008): Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Internet: <http://www.mrc.ac.uk/Utilities/Documentrecord/index.htm?d=MRC004871>. Zugriff am 7.11.2011.
- Universität Hamburg – Gesundheitswissenschaften (2011): Interaktive Module. Internet: http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/cgi-bin/newsite/index.php?page=page_331. Zugriff am 7.11.2011.
- Universität Hamburg – Gesundheitswissenschaften (2011): Wissensplattform (Broschüre). Internet: http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/cgi-bin/newsite/index.php?page=page_46. Zugriff am 7.11.2011.

» Diabetesprävention – Evidenzbasierte Patienteninformation – randomisiert-kontrollierte Studie

Jutta Genz, Burkhard Haastert, Hardy Müller, Frank Verheyen, Dennis Cole, Wolfgang Rathmann, Bettina Nowotny, Michael Roden, Guido Giani, Andreas Mielck, Christian Ohmann, Andrea Icks

» Hintergrund

Optionen für die primäre Prävention erfordern eine besonders sorgfältige Abwägung und wertneutrale Informationen für Patientinnen und Patienten, die zuvor als gesund galten und dann als präventions- oder behandlungsbedürftig über einen längeren Zeitraum definiert wurden. Evidenzbasierte Patienteninformation (EBPI), zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, sollte als eine wichtige Basis für »informierte Entscheidungen« in stärkerem Maße verfügbar sein (Coulter 1998, General Medical Council 2008, Steckelberg et al. 2005).

Screening bezüglich grenzwertig erhöhter Blutzuckerspiegel und primäre Prävention von Diabetes werden häufig diskutiert. Grenzwertig erhöhte Blutzuckerspiegel sind als gestörte Glukosetoleranz (IGT) oder gestörte Nüchtern glukose (IFG) spezifiziert und treten häufig auf (Rathmann et al. 2003). Personen mit IFG oder IGT haben ein hohes Risiko, manifesten Typ-2-Diabetes zu entwickeln (Rathmann et al. 2009). In randomisierten kontrollierten Studien konnte die Diabetesmanifestation insbesondere durch Lebensstil-Interventionen reduziert werden (The Diabetes Prevention Program Research Group 2003, Tuomilehto et al. 2001). Bisher hat jedoch keine randomisiert-kontrollierte Studie die Wirksamkeit von Screening und Prävention evaluiert, und

relevante Langzeitergebnisse wie kardiovaskuläre Ereignisse oder Mortalität sind noch unklar (The Diabetes Prevention Program Research Group 2009, Li et al. 2008, Uusitupa et al. 2009).

Trotz der Public-Health-Relevanz des Themas war EBPI über grenzwertig erhöhte Blutzuckerspiegel bisher nicht verfügbar. Ziel unserer Studie war daher die Entwicklung einer EBPI zum Thema und die Evaluation im Hinblick auf Wissen, Einstellung, Entscheidungskonflikt und Intention der Teilnahme an einer Screeninguntersuchung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Da Informationen im Internet eine zunehmende Rolle spielen, erfolgte eine webbasierte randomisiert-kontrollierte Studie (Genz et al. 2010, 2011).

» Entwicklung und Pilotierung der EBPI

Die Entwicklung unserer Online-EBPI berücksichtigte die allgemein akzeptierten Schritte zur Entwicklung einer EBPI (Steckelberg 2005). Unsere Herangehensweise sah folgendermaßen aus:

1. systematische Literaturrecherche durch zwei unabhängige Forscherinnen (Gabriele Meyer, Universität Witten/Herdecke; Anke Steckelberg, Universität Hamburg),

2. Auswahl relevanter Publikationen anhand vordefinierter Einschluss- und Ausschlusskriterien,
3. kritische Bewertung der ausgewählten Literatur,
4. Übersetzung der Hauptaussagen in für Verbraucher relevante Informationen, unter Verwendung von Risikokommunikationstechniken,
5. Pilotierung der EBPI mit 41 Teilnehmenden in drei Fokusgruppen.

Alle Studieninstrumente wurden sorgfältig in Fokusgruppen getestet. Schließlich wurde eine Pilotphase durchgeführt, in der die Abläufe während zwei interner und zwei Pretestphasen getestet wurden.

>> EBPI und Kontrollinformation

EBPI in der Interventionsgruppe beinhaltete das aktuelle, veröffentlichte Wissen aus der wissenschaftlichen Literatur. Im Einzelnen stellte sie detaillierte Informationen zu Sensitivitäten und Spezifitäten von Screeningabläufen dar sowie die Effektivität – oder das Fehlen von Effektivität – von Interventionen zur Primärprävention des Diabetes. Im Gegensatz zur Standardinformation gibt die EBPI den Leserinnen und Lesern keine Empfehlungen. Folgende Themen beinhaltet die EBPI:

- Was bedeuten erhöhte Blutzuckerwerte?
- Wie kann ein erhöhter Blutzuckerwert festgestellt werden?
- Wie funktioniert der Zuckerstoffwechsel?
- Wie wirkt Insulin?
- Was sind die Ziele der Früherkennung?
- Fehlschlüsse in Bewertungen von Vorsorgeuntersuchungen.
- Welche Blutzuckertests stehen für die Früherkennung von erhöhten Werten zur Verfügung?

- Der Diabetes-Risiko-Test FINDRISK.
- Wer kann von der Früherkennung der erhöhten Blutzuckerwerte profitieren?
- Welchen Vorteil hat die Früherkennung des Diabetes mellitus Typ 2?
- Welche nichtmedikamentösen und welche medikamentösen Maßnahmen zur Prävention des Diabetes mellitus Typ 2 gibt es, und was ist hinsichtlich ihres Nutzens zur Zeit bekannt?

Die Standardinformation zu grenzwertig erhöhten Blutzuckerwerten bzw. Diabetes für die Kontrollgruppe bestand aus einer weit verbreiteten Onlinebroschüre und zwei Artikeln von populären Webseiten [Scherbaum 2009, gesünder-unter-7 2010, Liebeck 2004]. Die Standardinformation beinhaltete außerdem Informationen zu Prävention, Früherkennung, Spätkomplikationen und Behandlungsmöglichkeiten des Diabetes mellitus Typ 2.

>> Stichprobe und Datenerhebung

Als Studienpopulation waren Personen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren ohne bekannten Diabetes adressiert, die über die Internetseiten der Techniker Krankenkasse (TK) und des Deutschen Diabetes Zentrums eingeladen wurden. Die Interventionsgruppe erhielt die EBPI, die Kontrollgruppe eine im Internet verfügbare Standardinformation.

Die Datenerhebung erfolgte via selbst auszufüllenden Onlinefragebogen. Befragt wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor und nach dem Lesen der Information [innerhalb einer Internetsitzung] sowie zwei Wochen später. Es wurden fünf Outcomes erhoben: Wissen zum Thema erhöhte Blutzuckerwerte (der primäre Endpunkt der Studie), Teilnahmeab-

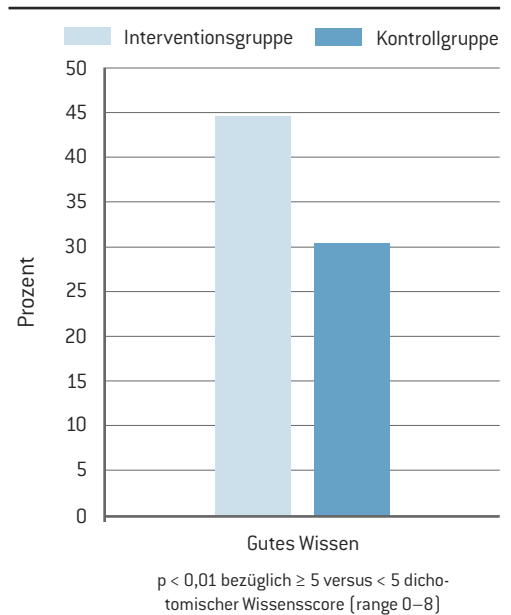
sicht an einem Stoffwechselltest, Einstellung gegenüber einem Stoffwechselltest, Entscheidungskonflikt, Zufriedenheit mit der Information. Zudem erfassten wir demografische Daten, bereits erfolgte Blutzuckertests sowie themenspezifisches »Vorwissen«.

» Ergebnisse

Die gesamte Studienpopulation nach Randomisation umfasste 1120 Personen. 786 Personen füllten den »Wissensfragebogen« vollständig aus, 466 Personen unterzogen sich einer Zweitbefragung nach zwei Wochen. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung waren die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer eher deutsch und hatten eine höhere Schulbildung. Der Anteil der Personen, die bereits an einem Blutzuckertest teilgenommen hatten, war mit rund 80 % relativ hoch.

Die Analyse des Wissens wurde primär an der Gesamtpopulation durchgeführt (n = 1120). Der mittlere Wissensscore war in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe, und der dichotomische Wissensscore zeigte einen signifikant höheren Anteil von Personen mit »gutem« Wissen in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 1). Auch in der Sensitivitätsanalyse an den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit vollständig ausgefülltem Wissensfragebogen (n = 786) war Wissen in der Interventionsgruppe signifikant höher.

Die sekundären Outcomes wurden bei den 466 Personen mit abgeschlossenem Follow-up analysiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe berichteten im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe eine signifikant geringere Absicht, in den nächsten zwölf Monaten an einem Blutzucker-



» Abb. 1: Anteil der Personen mit »gutem Wissen«

test teilzunehmen. Die Ergebnisse der Fragebogen zur Einstellung zeigten eine signifikant skeptischere Einstellung gegenüber einem Stoffwechselltest unter den Teilnehmenden der Interventionsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe. Die Auswertung der Entscheidungskonfliktskala legte einen stärkeren Entscheidungskonflikt in der Interventionsgruppe offen, insbesondere beim Item »Unsicherheit«. Die Zufriedenheit mit der Information war in der EBPI- und in der Kontrollgruppe vergleichbar (kein signifikanter Unterschied).

>> Diskussion

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind einige Punkte zu berücksichtigen. So war das »Vorwissen« in beiden Gruppen hoch. Der Unterschied im Wissenszuwachs zwischen Interventions- und Kontrollgruppe war zwar signifikant, aber relativ klein (0,33 bzw. 0,88 [in der Sensitivitätsanalyse mit $n = 786$] auf einer Skala von 0–8 Punkten). Hier stellt sich die Frage nach der Relevanz dieser Differenz. Andere Studien fanden teils höhere, teils vergleichbare Differenzen im Wissenszuwachs (Gattellari und Ward 2003, Kellar et al. 2008, Steckelberg et al. 2011). Die Studienpopulation war erwartungsgemäß insgesamt eher sozial privilegiert. Obwohl mit 70% ein hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern den Wissensfragebogen als primären Endpunkt beendete, mag der Drop-out eine mögliche Quelle für eine Unterschätzung des Unterschieds zwischen beiden Gruppen verursacht haben. Wir konnten aus Gründen des Datenschutzes die tatsächliche Teilnahme an einem Screeningtest nicht untersuchen. Die Einstellung gegenüber einem Screening und die Intention, an einem Screening teilzunehmen, konnten jedoch als moderat aussagekräftige Prädiktoren für die tatsächliche Teilnahme identifiziert werden (Cooke und French 2008).

Die Information von Patientinnen und Patienten macht diese oftmals umsichtiger gegenüber Tests oder angebotenen Behandlungen (Edwards et al. 2003). Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass die Teilnahmeabsicht nach dem Lesen der EBPI abnahm. Andererseits verstärkte sich der Entscheidungskonflikt in unserer Studie. Ergebnisse früherer Studien hierzu sind uneinheitlich. Die Frage, ob ein besserer Entscheidungsprozess mit niedrigerem oder höherem Entscheidungskonflikt in Zusammen-

hang steht, wird momentan diskutiert. Einige Studienergebnisse sprechen dafür, dass Personen mit höheren Scores vermutlich ihre Entscheidung intensiver überdenken (Nelson et al. 2007).

>> Zusammenfassung

Zusammenfassend erhöhte unsere EBPI signifikant das Wissen, jedoch auch den Entscheidungskonflikt und eine kritische Einstellung. Außerdem nahm die Teilnahmeabsicht an einer Screeninguntersuchung ab. Zukünftige Studien sollten die tatsächliche Teilnahme an Stoffwechselfests und die Zufriedenheit mit dieser Entscheidung erheben. Die Studie mag als ein Prototyp für andere internetbasierte Informationen zum Thema Prävention und ihre Evaluation dienen.

Die EBPI kann unter folgenden Links aufgerufen werden (Zugriff am 23.11.2012):

- <http://www.diabetes-heute.uni-duesseldorf.de/diabetesundvorsorge>
- http://www.uni-duesseldorf.de/PublicHealthUnit/de/ebpi_dia_01.shtml

>> Literatur

- Cooke, R., French, D. P. (2008): How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. In: *Psychology and Health*, 23 (7), pp. 745–765.
- Coulter, A. (1998): Evidence based patient information is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. In: *BMJ*, 317, pp. 225–226.

- Edwards, A. et al. (2003): Effects of communicating individual risks in screening programmes: Cochrane systematic review. In: *BMJ*, 327, pp. 703–709.
- Gattellari, M., Ward, E. (2003): Does evidence-based information about screening for prostate cancer enhance consumer decision-making? A randomised controlled trial. In: *J Med Screen*, 10, pp. 27–39.
- General Medical Council (2008): Consent guidance: patients and doctors making decisions together. GMC, London.
- Genz, J. et al. (2010): Blood glucose testing and primary prevention of diabetes mellitus type 2 – evaluation of the effect of evidence based patient information (study protocol). In: *BMC Public Health*, 10, 15. DOI:10.1186/1471-2458-10-15.
- Genz, J. et al. (2012): Blood glucose testing and primary prevention of type 2 diabetes – evaluation of the effect of evidence-based patient information: a randomized controlled trial. In: *Diabetic Medicine*, 29, pp. 1011–1020.
- gesünder-unter-7 (Sanofi Aventis, Frankfurt am Main, c2005-2010). Internet: <http://www.gesuender-unter-7.de>. Zugriff am 22.11.2010.
- Kellar, I. et al. (2008): Evaluation of an informed choice invitation for type 2 diabetes screening. In: *Patient Educ Couns*, 72, pp. 232–238.
- Li, G. et al. (2008): The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. In: *Lancet*, 371 (9626), pp. 1783–1789.
- Liebeck, C. (2004): Prädiabetes – Das unentdeckte Risiko auf dem Weg zu Diabetes Typ 2. De-Media. de GmbH, Neuss. Internet: <http://www.diabetes-gate.de/diabetes/2004/praediabetes.php>. Zugriff am 22.11.2010.
- Nelson, W. L. et al. (2007): Rethinking the objectives of decision aids: a call for conceptual clarity. In: *Med Decis Making*, 27, pp. 609–618.
- Rathmann, W. et al. (2003): High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. The KORA Survey 2000. In: *Diabetologia*, 46, pp. 182–189.
- Rathmann, W. et al. (2009): Incidence of Type 2 Diabetes in the Elderly German Population and the Effect of Clinical and Lifestyle Risk Factors: KORA S4/F4 Cohort Study. In: *Diabetic Medicine*, 26, pp. 1212–1219.
- Scherbaum, W. A. (2009): Früherkennung. Universität Düsseldorf, Düsseldorf. Internet: <http://www.diabetes-deutschland.de/frueherkennung.html>. Zugriff am 22.11.2010.
- Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S., Mühlhauser, I. (2005): Kriterien für evidenzbasierte Patientinformation. In: *Z Ärztl Fortb Qual Gesundheitswes*, 99, S. 343–351.
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Haastert, B., Mühlhauser, I. (2011): Effect of evidence based risk information on »informed choice« in colorectal cancer screening: randomized controlled trial. In: *BMJ*, 342, d3193.
- The Diabetes Prevention Program Research Group (2003): Within-trial cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for the primary prevention of type 2 diabetes. In: *Diabetes Care*, 26, pp. 2518–2523.
- The Diabetes Prevention Program Research Group (2009): 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. In: *Lancet*, 374 (9702), pp. 1677–1686.
- Tuomilehto, J. et al. (2001): Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. In: *N Engl J Med*, 344, pp. 1343–1350.
- Uusitupa, M. et al. (for the Finnish Diabetes Prevention Study Group) (2009): Ten-Year Mortality and Cardiovascular Morbidity in the Finnish Diabetes Prevention Study – Secondary Analysis of the Randomized Trial. In: *PLoS One*, 21, 4 (5), 2e5656.

04

Partizipation und Selbstbestimmung

» Beteiligung älterer Menschen in der Quartiersentwicklung

Birgit Wolter

Beteiligung in seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen stellt ein wesentliches Element eines aktiven und gesunden Alterns dar. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt »Partizipation« als einen ihrer Leitbegriffe der Gesundheitsförderung an (BZgA 2011). Die World Health Organization (WHO) widmet in ihrem Guide »Agefriendly Cities« zwei Kategorien dem Bereich »Beteiligung«: »Social Participation« wird im Sinne von »sozialer Teilhabe« in einen direkten Bezug zu Gesundheit und Wohlbefinden gesetzt: »Social participation and social support are strongly connected to good health and well-being throughout lifetime« (WHO 2007, S. 38). »Civic participation« bildet eine weitere Kategorie und bezieht sich als »öffentliche Teilhabe« sowohl auf die allgemeine politische Beteiligung als auch auf die Einbeziehung von älteren Menschen

und ihrem Erfahrungswissen in gesellschaftliche Entwicklungsprozesse.

» Einflussfaktoren auf die Beteiligung älterer Menschen

Vor diesem Hintergrund befasst sich der Beitrag mit den Potenzialen und Blockaden bei der Beteiligung älterer Menschen in der Quartiersentwicklung. Am Beispiel der Ergebnisse aus zwei Forschungsprojekten, die am Institut für Gerontologische Forschung e. V. durchgeführt worden sind, werden unterschiedliche Ansätze der Beteiligung älterer Menschen an

der Quartiersentwicklung vorgestellt und diskutiert. Dabei werden einige charakteristische Merkmale von »top down«- bzw. »bottom up«-Prozessen beschrieben. Insbesondere wird der Einfluss folgender Faktoren auf die Beteiligung älterer Menschen erörtert:

1. Das Vorhandensein von Möglichkeits- und Begegnungsräumen sowie Angeboten zur Beteiligung.
2. Eine aktive, weitgehend konfliktfreie Nachbarschaft und intakte Kommunikationsstrukturen.
3. Eine professionelle Unterstützung durch externe Akteurinnen und Akteure.

»» Formen der Beteiligung

Eine Beteiligung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Die allgemeinste und zugleich schwächste Form der Beteiligung ist die *soziale Teilhabe*. Soziale Teilhabe durch die Nutzung öffentlicher Räume und Angebote und den Austausch mit anderen Menschen ist eine grundlegende Voraussetzung für jede andere Form der Beteiligung. Die aktive Inanspruchnahme städtischer Räume durch ältere Menschen, ihre Präsenz und Sichtbarkeit im öffentlichen Leben sowie ihre Hörbarkeit in gesellschaftlichen Debatten stellt bereits eine Einflussnahme auf die Entwicklung eines Quartiers dar.

Eine andere, stärkere Art der Beteiligung ist das *Engagement*, das gegenwärtig im Allgemeinen unter Begriffen wie »zivilgesellschaftliches«, »freiwilliges« oder »ehrenamtliches Engagement« die gesellschaftliche und politische Diskussion prägt. Engagement entsteht häufig aus dem individuellen Antrieb, eine Situation zu verbessern oder zu verändern. Das Engagement für (oder gegen) ein Ziel geschieht meist freiwillig, im Idealfall unentgeltlich und altruistisch, beispielsweise in Form einer Übernah-

me von Patenschaften für öffentliche Orte oder als Kampf für eine Verkehrsberuhigung. Engagement zielt auf Veränderung, ohne dass Entscheidungsstrukturen und Hierarchien verändert werden.

Im Gegensatz dazu zielt *Partizipation* in seiner idealen Form darauf ab, dass die Bewohnerinnen und Bewohner an Entscheidungen beteiligt werden und dabei auch Entscheidungsmacht übernehmen. Die unterschiedlichen Ausprägungen der Partizipation stellt Michael Wright in seinen »Stufen der Partizipation« dar (Wright 2007), von der unteren Stufe der »Information« als Vorstufe und Voraussetzung von Partizipation bis hin zur Übernahme von Entscheidungsmacht.

Neben diesen unterschiedlichen Formen der Beteiligung im Quartier sind weiterhin zwei prinzipielle Ansätze zu unterscheiden: Ältere Menschen werden an der Quartiersentwicklung beteiligt, oder sie beteiligen sich aus eigenem Antrieb. Im ersten Fall (»top down«) erfolgt die Beteiligung, weil Akteure oder Entscheidungsträgerinnen und -träger die Kompetenzen und Ressourcen älterer Menschen etwa beim freiwilligen Engagement nutzen oder Angebote und Entwicklungen zielgruppengerecht planen möchten. Im zweiten Fall (»bottom up«) beteiligen sich die älteren Menschen aus eigenem Antrieb, indem sie sich einmischen, sich zusammenschließen oder unabhängige neue Angebote schaffen.

»» Das Quartier als Setting für Beteiligung

Das Quartier ist der räumliche Kontext, auf den sich die folgenden Beispiele für Beteiligung beziehen. Mit zunehmendem Alter und abnehmender Mobilität wächst für die meisten älteren Menschen die Bedeu-

tung des Quartiers. Hier werden die sozialen Kontakte gepflegt und die täglichen Besorgungen erledigt. Die Ausstattung des Quartiers beeinflusst wesentlich die Möglichkeit für ein selbstständiges Leben im Alter und eine Beteiligung am öffentlichen Leben. Umso kritischer müssen die Bewertungen des Wohnumfelds im Deutschen Alterssurvey (DEAS) von 2008 gelesen werden (Motel-Klingebiel et al. 2010). Danach gibt etwa ein Drittel der über 55-Jährigen aus Ostdeutschland an, nicht genügend Einkaufsmöglichkeiten oder Ärztinnen und Ärzte in ihrem Wohnumfeld vorzufinden. Ein weiterer, maßgeblicher Einflussfaktor für ein selbstständiges und aktives Leben im Alter ist die Mobilität. Ost- und westdeutsche Ältere sagen in derselben Erhebung gleichermaßen zu einem Drittel, dass es keinen guten Anschluss an den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) in ihrem Wohnumfeld gibt. Barrieren im Wohnumfeld – wie das Fehlen von abgesenkten Bordsteinen oder Rampen, unbeleuchtete und schadhafte Gehwege oder ungesicherte Übergänge an Verkehrsschneisen – können darüber hinaus dazu führen, dass die Mobilität älterer Menschen und damit ihre Beteiligung am öffentlichen Leben durch äußere Faktoren eingeschränkt werden.

>> Fallbeispiele

Die im Folgenden vorgestellten Beispiele zur Beteiligung älterer Menschen beschreiben zwei unterschiedliche Ansätze, das selbstständige Leben im Alter zu erleichtern und bei den erforderlichen Entwicklungsprozessen im Quartier die älteren Menschen einzubeziehen. Die Quartiere sind Großwohnsiedlungen in Westberlin (Reinickendorf: Märkisches Viertel) bzw. Ostberlin (Lichtenberg: Friedrichsfelde Süd). Beide Siedlungen weisen einen hohen Anteil

älterer Menschen und eine wachsende Zahl sozial benachteiligter Bewohnerinnen und Bewohner auf. Während das Beispiel einer Akteursvernetzung im Märkischen Viertel eine »top down«-Beteiligungsstruktur darstellt, entstand der Verein Miteinander Wohnen e. V. in der Ostberliner Siedlung durch Eigeninitiative der älteren Bewohnerinnen und Bewohner und ist damit ein Beispiel für eine »bottom up«-Beteiligung.

Die Ergebnisse, die hier vorgestellt werden, beruhen auf einer Repräsentativbefragung, Einzelinterviews und Fokusgruppen mit sozial benachteiligten älteren Menschen im Märkischen Viertel bzw. auf Experteninterviews in Friedrichsfelde Süd. Sie wurden im Rahmen der Forschungsprojekte »Primärpräventive Wirkungen der Arbeit des Netzwerks Märkisches Viertel« und »Empowerment für mehr Lebensqualität im Alter (ELA)« (in Kooperation mit der Hochschule Mittweida) durchgeführt. Beide Projekte wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

>> Fallbeispiel Märkisches Viertel

Das Märkische Viertel wurde zwischen 1960 und 1974 für etwa 40.000 Menschen am nördlichen Rand von Berlin errichtet. Das Versorgungsangebot ist zum größten Teil im multifunktionalen und weitgehend barrierefreien Zentrum des Stadtquartiers konzentriert. Hier befinden sich eine große Einkaufspassage, Ärzthäuser, Kirchen, soziale Einrichtungen sowie verschiedene Sport- und Freizeitanlagen. Die Einwohnerschaft des Märkischen Viertels ist heterogen. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner über 65 Jahre liegt mit etwa 21 % über dem Berliner Durchschnitt. Das durchschnittliche Haushaltseinkommen ist relativ niedrig, die Anzahl kleiner Haushalte ist

groß. Etwa 30 % der hier lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund.

Das Netzwerk Märkisches Viertel wurde 2003 auf Initiative von Mitarbeiterinnen der Reinickendorfer »Koordinierungsstelle Rund ums Alter« und der örtlichen Wohnungsbaugesellschaft gegründet. Gegenwärtig sind etwa 25 Einrichtungen und Unternehmen aus dem Quartier an dem Netzwerk beteiligt. Ihr Ziel besteht darin, die älteren Menschen im Stadtteil in ihrem Wohn- und Lebensalltag zu unterstützen. Eine engmaschige Vernetzung dient dazu, Schnittstellen zu überwinden und soziale Problemlagen frühzeitig zu erkennen. Beratungs-, Bildungs- und Präventionsangebote, soziale Dienste und kulturelle Aktivitäten sollen die Alltagsbewältigung erleichtern. Zu den Angeboten zählen u. a. Informationsveranstaltungen zu Themen der Gesundheitsförderung oder zu rechtlichen Fragen im Alter, kostenlose Computerkurse, Nachbarschaftsfeste und eine Servicestelle, die als Kontakt- und Anlaufstelle bei Fragen zu Unterstützung und Alltagsbewältigung dient. Damit soll die (Gesundheits-)Kompetenz der älteren Menschen verbessert und ihre soziale Teilhabe gestärkt werden. Die Angebote werden durch Plakate, Flyer und die Mieterzeitung der Wohnungsbaugesellschaft beworben. Eine aktive Beteiligung von älteren Menschen an der Gestaltung des Netzwerks bestand zum Zeitpunkt der Erhebungen nicht.

Vorhandensein von Möglichkeits- und Begegnungsräumen sowie Angeboten zur Beteiligung

Der Aktionsraum der überwiegenden Mehrheit der älteren Menschen beschränkt sich auf einen Radius von ein bis zwei Kilometern. Die Abhängigkeit vom ÖPNV ist groß. Das Einkaufszentrum Märkisches Viertel spielt eine herausragende Rolle in der Alltagsversorgung, aber auch bei der Begegnung mit anderen Menschen und der Freizeitgestaltung. Es gibt im Quartier zahlreiche Beteiligungs- und Unterstützungsangebote, die nicht im Zentrum liegen und daher

weitgehend nicht wahrgenommen werden. Auch die Servicestelle des Netzwerks, etwas versteckt am Rande des Zentrums liegend, wird wenig in Anspruch genommen – es gibt hier keine Laufkundschaft. Soziale Teilhabe ist durch die räumliche Verortung im Einkaufszentrum stark mit Konsum verbunden und damit für zahlreiche sozial schwache Ältere nur eingeschränkt umsetzbar.

Aktive, konfliktfreie Nachbarschaft und funktionierende Kommunikationsstrukturen

Abhängig vom Wohnhaus und der Fluktuation der Mieterschaft, gibt es einerseits sehr starke, lebendige und andererseits sehr belastete Hausgemeinschaften. Die meisten älteren Menschen, vor allem sozial benachteiligte Ältere, beziehen ihre Informationen zur Alltagsbewältigung aus der Nachbarschaft, von Freunden oder Verwandten. Öffentliche Beratungsstellen oder Angebote sind oft nicht bekannt oder werden nicht aufgesucht. Informelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren spielen eine entscheidende Rolle bei Zugang und Aktivierung der älteren Menschen. Entsprechend wird in Häusern mit schwächerer Nachbarschaft eher von Einsamkeit und geringer sozialer Teilhabe berichtet. Das Netzwerk kann über konventionelle Medien wie Flyer, Zeitung oder Plakate diese älteren Menschen nur schwer erreichen.

Professionelle Unterstützung durch externe Akteurinnen und Akteure

Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss professioneller Akteurinnen und Akteure. Ihr Ziel besteht in der Verbesserung und Stärkung der lokalen Angebotslandschaft für ältere Menschen. Versorgungslücken werden geschlossen, allerdings nur, wenn sie den Netzwerkpartnerinnen und -partner bekannt sind. Eine systematische Einbeziehung der älteren Menschen bei der Identifizierung von Versorgungslücken und Bedarfen bestand zum Zeitpunkt der Erhebung

nicht. Das Netzwerk war einem großen Teil der Bewohnerschaft nicht bekannt. Es war der Zielgruppe daher auch nicht möglich, dem Netzwerk offene Bedarfe mitzuteilen. Lücken in der Versorgung wurden seitens der Akteurinnen und Akteure teilweise nicht erkannt oder falsch interpretiert, Angebote am Bedarf der Zielgruppe vorbei entwickelt.

Partizipative Weiterentwicklung des Netzwerks

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden Empfehlungen zur Beteiligung entwickelt, die seit dem Ende des Projekts 2010 umgesetzt werden. So wurde 2010 ein Projektbeirat gegründet, der aus (gegenwärtig drei) älteren Bewohnerinnen bzw. Bewohnern besteht und der das Netzwerk bei der Planung von Projekten berät. Ein Arbeitsschwerpunkt liegt heute auf einer niedrigschwelligen zugehenden Öffentlichkeitsarbeit. Darüber hinaus werden durch das Netzwerk regelmäßige, öffentlichkeitswirksame Beteiligungsverfahren durchgeführt, wie die Wahl des seniorenfreundlichsten Unternehmens im Märkischen Viertel. Die Evaluation der Weiterentwicklung des Netzwerks und der Implementierung von Beteiligungselementen steht zurzeit noch aus, es deuten sich aber bereits positive Effekte auf die Förderung der sozialen Teilhabe an.

lich 70 Jahren. Das Vereinsziel besteht darin, älteren Menschen ein langes selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung und die soziale Teilhabe im Quartier zu ermöglichen. Zu diesem Zweck wurde das »begleitete Wohnen im Kiez« entwickelt und in diesem Kontext eine Mischung aus Freizeitaktivitäten, sozialer Beratung und ehrenamtlichen Dienstleistungen organisiert.

Die Grundsorge-Angebote (Beratungs- und Betreuungsdienste, Besuchsdienste, Telefonbereitschaftsdienste) stehen den Mitgliedern des Vereins gegen einen monatlichen Beitrag (zurzeit 30 Euro) zur Verfügung. An den Freizeitangeboten und Ausflügen können alle Bewohnerinnen und Bewohner gegen einen Unkostenbeitrag teilnehmen. Darüber hinaus vermittelt der Verein Wahlservice-Angebote wie hauswirtschaftliche Hilfen, Mahlzeiten-Bringdienste oder Fahrdienste durch externe Anbieterinnen und Anbieter. 1994 gründete der Verein eine Koordinierungsstelle für die ambulante Rehabilitation älterer Menschen, die heute als Pflegestützpunkt in der Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbands für den gesamten Bezirk zuständig ist. Außerdem übernahm der Verein 1994 ein Seniorenwohnheim im Quartier, um damit älteren Menschen den Verbleib in der vertrauten Umgebung auch dann noch zu ermöglichen, wenn kein eigener Haushalt mehr geführt werden kann.

>>> Fallbeispiel Verein Miteinander Wohnen e. V., Friedrichsfelde Süd

Der Verein Miteinander Wohnen e. V. wurde 1991 in Friedrichsfelde (Berlin Lichtenberg) als gemeinnütziger Verein von sieben engagierten Bewohnerinnen aus dem Quartier gegründet. Im Jahr 2010 zählte der Verein 354 Mitglieder im Alter von durchschnitt-

Vorhandensein von Möglichkeits- und Begegnungsräumen sowie Angeboten zur Beteiligung

Der Verein hat Begegnungsräume für ältere Menschen im Quartier neu geschaffen, zum Beispiel eine Freizeitstätte und einen Nachbarschaftsladen, und an diesen Orten Angebote zur sozialen Teilhabe angesiedelt. Da die Aktivitäten und ehrenamtlichen Dienstleistungen von den älteren Menschen selbst entwickelt worden sind und der Bedarf zuvor in kleinen Befragungen ermittelt wurde, werden die Angebote rege angenommen. Allerdings ist die Nutzung

der Räume gefährdet, da die ansässigen Wohnungsbau- und Gesellschaften als Eigentümerinnen ihre Unterstützung durch eine mietfreie Überlassung der Räumlichkeiten zusehends einschränken.

Aktive, konfliktfreie Nachbarschaft und funktionierende Kommunikationsstrukturen

Die Vereinsgründung knüpfte an die – 1991 noch intakten – nachbarschaftlichen Strukturen der ehemaligen DDR an. Durch den Zusammenschluss aktiver Nachbarinnen und Nachbarn entstand zu dieser Zeit ein relativ stabiles Netzwerk mit kurzen (Kommunikations-)Wegen. Allerdings leidet der Verein heute unter der Alterung der Gründungsgeneration. Es wurde versäumt, frühzeitig jüngere Generationen in die aktive Nachbarschaftsarbeit verantwortlich einzubinden. Durch die sehr erfolgreiche Anwerbung von öffentlich geförderten Arbeitskräften (ABM) konnte ein umfangreiches Programm entwickelt werden. Die in der Regel kurzen Beschäftigungszeiten schwächen aber die Kontinuität der Arbeit und des Wissenstransfers.

Professionelle Unterstützung durch externe Akteurinnen und Akteure

Der Verein wird seit seiner Gründung unterstützt durch den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Die Wohnungsbau- und Gesellschaften stellen Ressourcen in Form von mietfreien Räumen zur Verfügung. Finanzielle und politische Unterstützung erfolgte bislang durch den Bezirk und einzelne Mitglieder des Berliner Senats. Eine veränderte politische Landschaft nach der letzten Wahl führte aber zu einer Verschiebung der Interessen im Bezirk und beendete eine über Jahre gewachsene Zusammenarbeit. Mit der Einschränkung der ABM-Fördermaßnahmen verliert der Verein eine weitere zentrale Ressource. Damit ist die Weiterarbeit des Vereins, der selbst über kein ökonomisches oder personales Kapital verfügt, akut gefährdet.

»» Fazit

Die Beispiele illustrieren schlaglichtartig verschiedene Merkmale, Potenziale und Probleme von »top down«- bzw. »bottom up«-Beteiligungsstrukturen. Ein »bottom up«-Projekt, wie der Verein Miteinander Wohnen e. V., verfügt kaum über eigene Ressourcen und ist damit abhängig von externer Unterstützung. Diese kann nicht eingefordert, sondern nur erbeten werden und wird gesteuert von politischen und wirtschaftlichen Interessen. Allerdings ist das Projekt gut in der Nachbarschaft verankert und antwortet unmittelbar auf bestehende Bedarfe. Im Vergleich gestaltet sich der Zugang zur Zielgruppe beim »top down«-Projekt »Netzwerk Märkisches Viertel« schwierig. Aus diesem Grund wurde dem Netzwerk die Einrichtung des Projektbeirats als beratendes Gremium empfohlen. Durch die unterschiedlichen professionellen Kompetenzen und Ressourcen der Netzwerkpartnerinnen und -partner verfügt das Netzwerk aber andererseits über einen relativ unabhängigen und großen Handlungsspielraum in der Gestaltung seiner Aktivitäten.

Die Beispiele zeigen, dass die Aufrechterhaltung von langfristig wirksamer Beteiligung älterer Menschen in der Quartiersentwicklung neben Engagement auch finanzielle Unterstützung und politischen Rückhalt erfordert. Einer allein auf Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe basierenden Beteiligung fehlen die Ressourcen; eine kontinuierliche und nachhaltige Beteiligungsstruktur lässt sich dann nur schwer aufbauen und pflegen. Die Passgenauigkeit professionell initiierten Angebote für ältere Menschen kann dagegen ohne die Beteiligung der Zielgruppe nur schwer erreicht werden. Die Beteiligung von älteren Menschen in der Quartiersentwicklung sollte daher gefördert und auch gefordert werden. Maßgeblich für

eine ernst gemeinte Beteiligung ist die Bereitschaft der Akteurinnen und Akteure, Entscheidungs- und Gestaltungsmacht abzugeben und mit der Zielgruppe in einen Dialog auf Augenhöhe zu treten.

>> Literatur

- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: »Partizipation«. Internet: www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=15a109ef1ccda60cea83724d8fe48a55&id=angebote&idx=178. Zugriff am 15.6.2012.
- Motel-Klingebiel, A. et al. (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey. Stuttgart.
- World Health Organization (WHO) (2007): Global Age-friendly Cities: A Guide. Genf.
- Wright, M. et al. (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Arbeitspapier auf dem 13. Bundeskongress Armut und Gesundheit. Berlin. Download unter http://www.gesundheitberlin.de/download/Wright_M..pdf. Zugriff am 12.6.2012.

»» Bewegungskarrieren in Hessen – Zugangswege zur Bewegung der älteren Menschen

Catharina Maulbecker-Armstrong

In Darmstadt und Hanau hat das Hessische Sozialministerium im Sommer 2011 zusammen mit drei Hochschulen modellhaft Bewegungskarrieren für ältere Mitmenschen initiiert und wissenschaftlich begleiten lassen. Die Auswertung der Erfahrungen wurde auf der Tagung der BZgA und der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP) vorgestellt.

In der älteren Bevölkerung in Deutschland ist das Niveau physischer Aktivität, das heißt von Sport und Bewegung, relativ gering und gehört nicht zu den Tagesschwerpunkten. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt beispielsweise eine kontinuierliche Abnahme der Sportaktivitäten mit zunehmendem Lebensalter. Regelmäßige körperliche Aktivität und Sport haben auch im fortgeschrittenen Alter einen großen Einfluss, nicht nur auf das physische, sondern auch und vor allem auf das psychische Befinden, die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit.

Deutschen Olympischen Sportbund hat das Hessische Sozialministerium die gesundheitlichen Aspekte und die psychischen Effekte der Bewegungskarrieren 2011 in einer abgeschlossenen wissenschaftlichen Begleitung der Modellorte Darmstadt und Hanau überprüft. Die Zielgruppe waren Menschen über 60 Jahre, die nach eigenen Angaben weniger als eine Stunde pro Woche sportlich aktiv waren. Die erhobenen Ergebnisse sowohl der physischen als auch der psychischen Evaluation der 94 vorher nicht sportlichen aktiven Seniorinnen und Senioren im Alter von über 60 Jahren können als positiv bewertet werden. Der große Zuspruch hat die beiden Modellstädte Hanau und Darmstadt dazu veranlasst, den Bewegungskarrieren fortzuführen.

Die Bewegungskarrieren in Hanau bzw. Darmstadt bieten mit »niederschwelligen« Geräten ein leicht zu handhabendes Angebot. Spaziergängerinnen und Spaziergänger aller Altersgruppen werden zum Ausprobieren animiert. Die Geräte können auch ohne große Kraftanstrengung bedient werden. Teilweise können die Geräte auch zur Massage von Akupunkturpunkten und zur Dehnung verkürzter Muskulatur genutzt werden. Die Geräte sind in Teilen auch für zwei Personen nutzbar. Der Bewegungskarrieren ist nicht nur förderlich für Körper und Geist, auch die soziale Komponente spielt eine wichtige Rolle. Ohne Anmeldezwang oder Gebühren kann jede Bürgerin und jeder Bürger spontan Freundinnen, Freunde, Nachbarn oder Bekannte mitbringen. Es entstehen nicht nur neue Freundschaften, sondern man kann sich auch gemeinsam zum Training treffen.

»» Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts

Gemeinsam mit der Goethe-Universität Frankfurt am Main, der Hochschule Darmstadt, der Hochschule Rhein-Main, dem Landessportbund Hessen und dem

Zitate regelmäßiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Bewegungsparcours:

»Nachdem ich im zurückliegenden Sommer zweimal in der Woche den Bewegungsparcours im Bürgerpark Darmstadt besucht habe, fühle ich mich um zehn Jahre jünger und kann wieder mit meinen Enkelkindern herumtollen.«

(Teilnehmer, 69 Jahre)

Eine »jung gebliebene« Rentnerin in den Siebziger Jahren gab voller Stolz an, dass sie »in den Theateraufführungen nun wieder nach einem guten Stück bis zum Schluss heftig mitkatschen kann«.

Der Bewegungsparcours wurde von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Hanau als ein »Dorfbrunnen« bezeichnet, »an dem sich immer nette und sympathische Menschen ohne großes Trara treffen und finden«. Nach dem Bewegungsprogramm »geht man zusammen in ein Café und genießt dann entspannt das Zusammensein und das Miteinander«.

Angebote in Partnerschaft mit lokalen Vereinen

An jedem Gerät gibt es eine Tafel mit einer Beschreibung der Funktion und des Trainings. Betreute und angeleitete Übungsangebote, zum Beispiel durch Sportvereine, sind sinnvoll und bieten einen Einstieg in die Bewegungsparcours. Durch Betreuungsangebote lassen sich Hemmschwellen mindern, die im öffentlichen Raum entstehen können. Ältere Menschen oder auch Personen mit körperlichen Einschränkungen sind oft unsicher. Auch hier ist eine fachliche Beratung vor Ort dienlich.

Auch nach Abschluss des Modellprojekts gibt es an beiden Standorten weiterhin »Bewegungshelferinnen und -helfer«, die Seniorinnen und Senioren, die keinen oder nur wenig Sport betreiben, eine gezielte und betreute Unterstützung geben.

Mindestens zweimal pro Woche

Physisch profitierte am deutlichsten von einem Bewegungsparcours, wer bislang weniger als fünf Stunden wöchentlich körperlich aktiv war und Defizite im Bereich Kraft, Gleichgewichtssinn oder körperliche Mobilität aufwies. Für einen spürbaren Effekt sollte mindestens zweimal wöchentlich ein Bewegungsparcours genutzt werden.

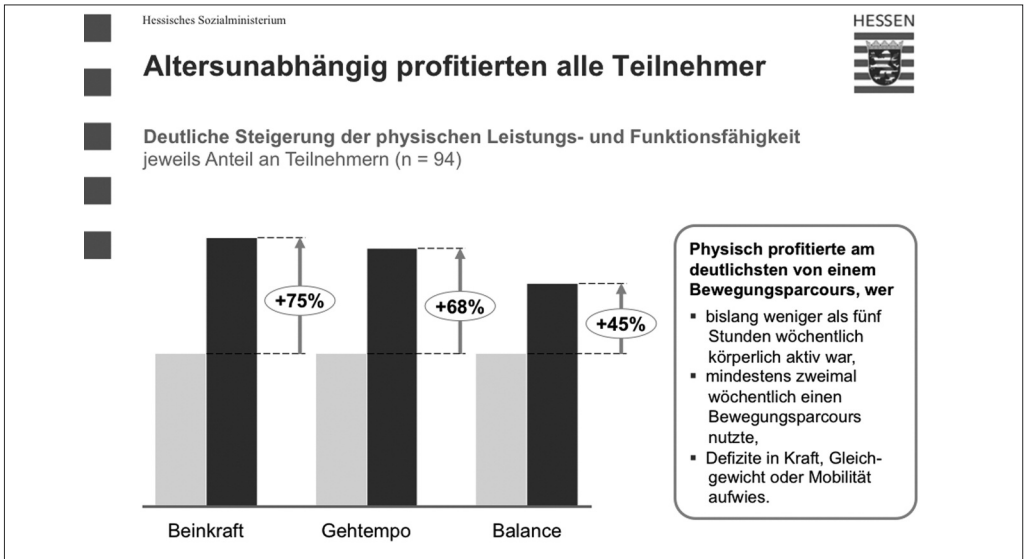
Mehr Kraft bei 90 % der Probandinnen und Probanden

In einer Vorher-Nachher-Untersuchung des Modellprojekts in Darmstadt und Hanau haben die Sportmedizinerinnen und -mediziner der Goethe-Universität Frankfurt am Main die Effekte einer angeleiteten dreimonatigen Nutzung der Bewegungsparcours auf die Beinkraft, das Gleichgewicht und die Gehgeschwindigkeit untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass mehr als 90 % der Probandinnen und Probanden im Alter zwischen 60 und 94 Jahren ihre funktionellen Leistungen verbessern konnten. Drei Viertel aller Teilnehmenden haben ihre Beinkraft steigern können, zwei Drittel haben eine Steigerung des Gehtempo erzielt (Niederer et al. 2012).

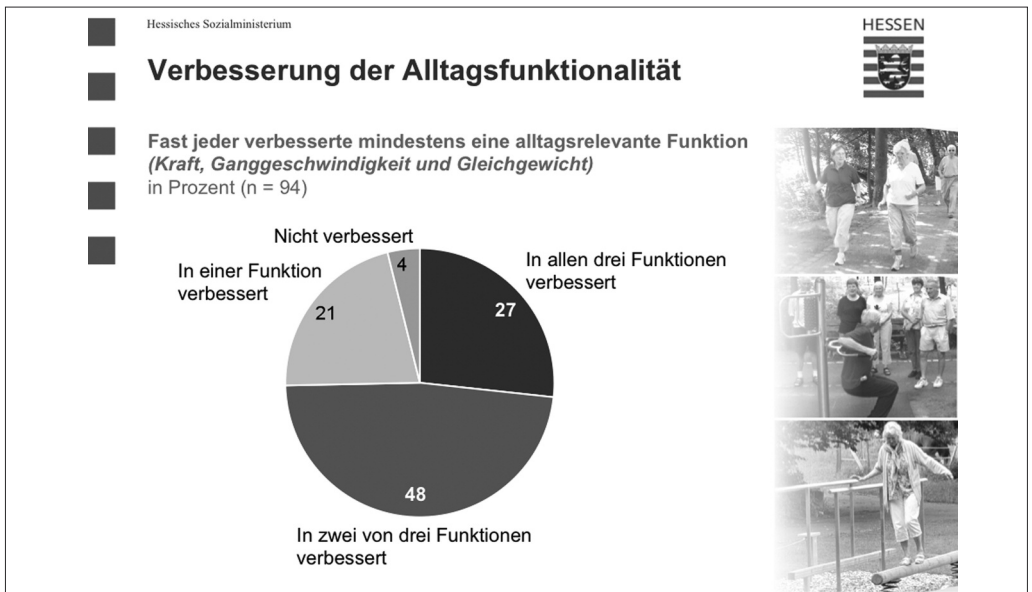
Geeignete Standorte für Bewegungsparcours

»Ein wichtiger Faktor für einen Bewegungsparcours ist die Wahl des Standorts«, unterstreicht Thomas Ritter, Leiter der Fachstelle Sport beim Magistrat der Stadt Hanau. Es gibt inzwischen zahlreiche Bewegungsparcours in Deutschland. Die meisten Standorte befinden sich – wenn sie sich im öffentlichen Raum befinden – in Grünflächen und Parks. Daneben gibt es auch Parcours in Einrichtungen wie zum Beispiel Seniorenheimen oder Krankeneinrichtungen. Diese sind teilweise öffentlich zugänglich.

Bewegungsparcours sollten möglichst zentral in der Gemeinde oder im Stadtteil liegen, damit sie gut zu erreichen sind. Für Parks gilt ein Einzugsgebiet für Erwachsene bis etwa 1000 m, dies entspricht einem




» Abb. 1: Effekte einer angeleiteten dreimonatigen Nutzung der Bewegungsparcours auf die Beinkraft, das Gleichgewicht und die Gehgeschwindigkeit




» Abb. 2: Verbesserung der alltagsrelevanten Funktionen (Kraft, Ganggeschwindigkeit und Gleichgewicht) in Prozent (n = 94)

Hessisches Sozialministerium



HESSEN




Checkliste für die Erstellung eines Bewegungsparcours


<input type="checkbox"/>	Zielgruppe: für welche Zielgruppe soll ein Parcours erstellt werden?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beteiligung/Partizipation: welche Gruppen, Akteure, Förderer sollten am Planungsprozess beteiligt werden?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lage:	
<input type="checkbox"/>	zentraler Standort	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ruhige, immissionsfreie Lage	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	gute und barrierefreie Erreichbarkeit und Anbindung (Fußwege-, Radwegenetz, ÖPNV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lage innerhalb der Grünanlage oder Freifläche: sozial kontrolliert, kein »Präsentierteller«	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Auswahl der Geräte entsprechend der Zielgruppe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bei der Zielgruppe ältere Erwachsene ist es sinnvoll, dass im Umfeld – aber nicht in unmittelbarer Nähe – ausreichend Spielplätze für Kinder vorhanden sind	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attraktivität: Ausreichende Anzahl der Geräte, sinnvolle Trainingseinheiten, gute Beschilderung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ausstattung: Ablagemöglichkeit, Sitzmöglichkeit zum Verschnaufen (keine Zuschauerbänke)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Ausstattung: Beleuchtung, ggf. Trinkwasserspender; öffentlich zugängliche Toiletten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sind regelmäßig angeleitete Übungs- oder Einführungsstunden durch Fachpersonal möglich? (Sportvereine, Volkshochschulen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten usw.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Finanzierung sichern	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Information: Wie erfahren die Bürger und Bürgerinnen vom Bewegungsparcours und ggf. den angeleiteten Übungsstunden?	<input type="checkbox"/>

>> Abb. 3: Checkliste für die Erstellung eines Bewegungsparcours

Hessisches Sozialministerium



HESSEN



Gesundheitsökonomischer Kontext?

- Die Hälfte aller über 70-Jährigen sind bereits einmal oder mehrmals gestürzt
- Von allen Stürzen haben 15% ernsthaftere Verletzungen zur Folge
- Die häufigsten Verletzungen sind Oberschenkelhalsfrakturen mit ca. 100.000 Fälle pro Jahr in Deutschland
- Die Kosten für die Behandlung 10.000 € und führen oft zusätzlich zu einem Pflegebedarf

➔

Fazit

Durch einen Bewegungsparcours mit 50 regelmäßigen Nutzern der Altersgruppe 60+ sollten die durchschnittlichen Einsparungen durch die Vermeidung von Stürzen die Investitionskosten über einen kurzen Zeitraum ausgleichen.

>> Abb. 4: Am Beispiel der verhinderten Stürze ist es möglich, eine Modellrechnung über den Nutzen der Bewegungsparcours zu erstellen, nach Orfeld und Johannes 2011

Fußweg von circa 15 bis 20 Minuten. Entscheidend für die Nutzung ist jedoch nicht nur die Entfernung, sondern auch die Erreichbarkeit: Die Parcours sollten fußläufig und ohne Barrieren erreichbar sein. Auch Radwege- und ÖPNV-Anbindungen sollten bei der Standortwahl entscheidend sein.

Längerfristig macht sich die Einrichtung eines Bewegungsparcours bezahlt

Am Beispiel der verhinderten Stürze ist es möglich, eine Modellrechnung über den Nutzen der Bewegungsparcours zu erstellen. Gleiches gilt für Diabetes oder für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

» Zusammenfassung und Ausblick

Ein Bewegungsparcours kann ein wichtiges Element einer Stadtplanung und Stadtentwicklung sein, die auch gesundheitliche Aspekte in den Mittelpunkt stellt. Ein Bewegungsparcours kann zu einem zentralen Stützpfiler der Architektur kommunaler Gesundheitsförderung werden. Lokale Träger und Sponsoren können sich zusammenschließen, um einen Parcours mit je fünf bis zehn Geräten einzurichten.

Ein Bewegungsparcours entwickelt sich schnell zu einem Ort sozialer Begegnungen und Gemeinschaftlichkeit. Dies können kommunale Institutionen, Vereine, Selbsthilfegruppen oder Organisationen der Gesundheitsversorgung für vielfältige Angebote und Veranstaltungen der Gesundheitsförderung nutzen. Ein Bewegungsparcours bietet sich ebenso als Rahmen für einen gesundheitlichen Wissenstransfer an. Die Übungen vermitteln wichtiges Wissen zur Prävention. Die praktische Umsetzung der Idee des Be-

wegungsparcours ist erst in einem Anfangsstadium. Das Modellprojekt in Hessen soll dazu beitragen, dass mehr und mehr Kommunen Bewegungsparcours aufstellen und auf vielfältige Weise nutzen.

Mit einem Bewegungsparcours lässt sich neben dem direkten gesundheitlichen und sozialen Nutzen für die Teilnehmenden auch ein indirekter Nutzen für die Kommunen und Träger der Gesundheitsversorgung erkennen. Gesundere und aktivere Menschen senken die Gesundheitskosten spürbar.

Zu guter Letzt ein Zitat von Frau Prof. Ursula Lehr, »Es kommt nicht darauf an, wie alt man ist, sondern wie man alt wird.« Dazu können Bewegungsparcours einen wichtigen Beitrag leisten, der ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger dabei unterstützt, ihre Zukunft möglichst gesund und lebensfroh zu gestalten. In einem Leitfaden mit dem Titel »Bewegung für Gesundheit im Alter« bietet die Hessische Landesregierung Hinweise für die Einrichtung und Nutzung von Bewegungsparcours für ältere Menschen.

» Literatur

- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2012): Bewegung für Gesundheit im Alter. Leitfaden für die Einrichtung von Bewegungsparcours. Eigenverlag, Wiesbaden. Internet: <http://www.sozialnetz.de/ca/b/ckw>. Zugriff am 7.12.2012.
- Niederer, D., Beck, V., Vogt, L., Thiel, C., Maulbecker-Armstrong, C., Banzer, W. (2012): Bewegungsparcours, Sturzrisiko und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. DOI:10.1007/s00391-012-0408-1.
- Orfeld, B., Johannes, D. (2011): Sturzprävention im Alter: machbar, bezahlbar und erfolgreich. Die BKK, 6, S. 366–369.

>> Erhaltung und Förderung der Mobilität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen

Martina Schäufele, Andreas Hoell, Ingrid Hendlmeier, Siegfried Weyerer

>> Einleitung

Eine Hochrisikogruppe für Einbußen in der Mobilität und Lebensqualität sind Menschen mit Demenz im Pflegeheim. Nach den Ergebnissen einer epidemiologischen Studie in 59 Pflegeheimen in Baden-Württemberg waren Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Demenz im Vergleich zur übrigen Bewohnerschaft – bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen (Schäufele et al. 2008a) –

- seltener gehfähig (rund 50 % gegenüber 71 %),
- häufiger bettlägerig (rund 25 % gegenüber 6 %),
- seltener körperlich aktiviert worden (20 % gegenüber 25 %),
- häufiger durch »Weglaufen« gefährdet (11 % gegenüber 0 %),
- häufiger von einem Bettgitter oder Stecktisch in der Bewegung eingeschränkt (54,7 % gegenüber 19 %),
- häufiger mit dem Gurt fixiert worden (11,4 % gegenüber 1,4 %).

In Deutschland sind durchschnittlich 68,6 % (95 % CI: 67,2–70,0) der Bewohnerschaft von Altenpflegeheimen von einer Demenz betroffen, davon über die Hälfte von einer schweren Demenz, das heißt dem Krankheitsstadium, das am häufigsten mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen verbunden ist (Schäufele et al. 2009). Nach diesen Befunden, die

im Einklang mit Ergebnissen auch aus anderen Studien stehen, sind Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit Demenz als bedeutsame Zielgruppe für Prävention und Förderung der Versorgungsqualität im Bereich Mobilität zu fokussieren.

Forschungsbefunde – insbesondere aus jüngerer Zeit – weisen darauf hin, dass bei hochaltrigen Menschen mit Demenz die Mobilität in einigen Bereichen mithilfe multifaktorieller standardisierter Interventionen, die zum Beispiel Training von Kraft und Balance einschlossen, nachhaltig gefördert werden kann (zum Beispiel Schwenk et al. 2010). Solche Interventionserfolge ließen sich auch bei hilfsbedürftigen Menschen in Langzeitpflege nachweisen (Forster et al. 2010). Insgesamt ist die Befundlage aufgrund des Mangels an qualifizierten Evaluationen jedoch schwach und inkonsistent. Die unbefriedigende Situation in Forschung und Versorgungspraxis hat vielfältige Gründe, ist aber nicht zuletzt den Spezifika der Population geschuldet: Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit Demenz sind für Interventionen von außen schwer zugänglich. Wegen der Einschränkungen in der Kognition (zum Beispiel Sprachverständnis, Merkfähigkeit) sind Standardinterventionen und herkömmliche Evaluationsmessmethoden (zum Beispiel motorische Tests) bei dieser Gruppe oft nicht durchführbar. In diesem Kontext resümierten Tilly und Reed (2006), dass Interventionen bei Menschen mit Demenz auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen und/oder auf die Umgebungsbedingungen zu richten sind.

Das Qualitätsniveau

Eine Möglichkeit eines solchen Interventionszugangs zur Förderung von Mobilität und anderen Aspekten der Lebensqualität in Pflegeheimen bietet die Implementierung von Standards oder Leitlinien. Für das vorliegende Projekt wurde das sogenannte Qualitätsniveau »Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in stationären Pflegeeinrichtungen« (QN I) herangezogen (Schäufele et al. 2008b). Beim QN I handelt es sich um eine interdisziplinäre Versorgungsleitlinie, die im Rahmen des von der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS) durchgeführten und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Modellversuchs »Qualität in der Pflege und Betreuung« entwickelt wurde. Das QN I ist ein systematisch entwickeltes, evidenzbasiertes Set von überprüfbar festgelegten. Auf der Basis des empirisch wissenschaftlichen Forschungsstands wurde im QN I mittels Expertenkonsensus die funktions- und professionsgebundene Verantwortung der beteiligten Akteurinnen und Akteure (zum Beispiel Bewohnerinnen bzw. Bewohner/gesetzliche Vertretung, Pflege, Ärzteschaft, Angehörige) benannt. Im QN I werden explizit Ziele in den Bereichen Mobilität, die für die Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz unter Beteiligung aller Akteurinnen und Akteure zu erreichen sind, formuliert. In zusammengefasster Form lauten diese Ziele:

- Schaffung der infrastrukturellen Voraussetzungen, dass sich die Bewohnerschaft entsprechend ihren Bedürfnissen uneingeschränkt fortbewegen kann,
- Vorhalten adäquater Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität,
- Erkennen und Minimieren von Risiken für Mobilitätseinschränkungen (zum Beispiel Sturzrisiken),
- Identifikation von Einschränkungen der Mobilität und deren Ursachen,

- Behandlung bzw. Kompensation von Mobilitätseinschränkungen.

Zur Umsetzung der Ziele werden für alle Professionen und Personen Handlungsempfehlungen ausgesprochen bzw. falls vorhanden, die Anwendung professionsgebundener Leitlinien empfohlen. Im QN I sind sowohl Maßnahmen der Verhältnisprävention (speziell einrichtungsbezogene Veränderungen) als auch der Verhaltensprävention (aufseiten des Individuums bzw. der gesetzlichen Vertretung) eingeschlossen, wobei der Mensch mit Demenz mit seinen Bedürfnissen und Bedarfen im Vordergrund steht.

Hauptziele des Projekts

Die Hauptziele des Projekts waren:

- Implementierung des QN I in Pflegeheimen und begleitende Evaluation der Implementierung,
- Untersuchung zur Wirksamkeit des QN I im Hinblick auf die Primärprävention von Einschränkungen der Mobilität und Sicherheit bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz (zentrale Ergebnisse: Erhalt der Gehfähigkeit, Förderung von Wohlbefinden),
- Dissemination des QN I (bei Belegen für die Wirksamkeit).

Zur ausführlichen Darstellung des Projekts einschließlich Ergebnissen siehe Schäufele et al. (2011).

» Methoden und Durchführung

Präventionsträger und Praxispartner des Projekts

Implementierungskonzept und Dissemination: Beides lag im Verantwortungsbereich der BUKO-QS e. V., deren Netzwerkstruktur die Einrichtungs- und Bil-

dungsträger, Kassen, Berufs- und Interessenverbände sowie die Versorgungspraxis einschließt.

Implementierung: Die Entwicklung des Implementierungskonzepts sowie die Steuerung des Prozesses wurden von der BUKO-QS an die Hans-Weinberger-Akademie (HWA), das Bildungsinstitut der Bayerischen Arbeiterwohlfahrt (AWO) e. V., delegiert. In dieses Aufgabenfeld eingebunden war zudem die Hochschule Bremen, Internationaler Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement B.A. (Prof. Dr. M. Roes).

Implementierung und Dissemination Ärzteschaft: Zur Bahnung des Zugangs zu der in den Pflegeeinrichtungen tätigen Ärzteschaft lag zu Projektbeginn die Kooperationszusage der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) vor. Die Zusage schloss die Verbreitung des medizinischen Teils des QN I ein. Danach zog die ÄZQ ihre Kooperationszusage jedoch bald zurück (Grund: Inkrafttreten des §119 b SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung in Pflegeheimen).

Präventionsträger: Folgende Träger von stationären Pflegeeinrichtungen erklärten sich zur Implementierung des QN I in wenigstens einer ihrer Einrichtungen bereit: Arbeiterwohlfahrt – AWO Oberbayern, Bremen, Mittelrhein, BeneViT Holding, Bremer Heimstiftung, Bruderhaus Diakonie, Heimstiftung Karlsruhe, Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft – CBT Köln, CURA Unternehmensgruppe, Kuratorium Wohnen im Alter, »leben und wohnen« Stuttgart, Materius Kliniken AG, Paritätische Sozialdienste Heidelberg, Paul Wilhelm von Keppler Stiftung, Wohlfahrtswerk in Baden-Württemberg.

Rekrutierung der Pflegeheime und Design der Wirksamkeitsstudie

Durch Netzwerkarbeit und Ankündigungen verschiedener Art wurden 15 Träger stationärer Altenhilfeeinrichtungen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands für die Projektteilnahme gewonnen. Jeder Träger war bereit, sich mit mindestens einem

Pflegeheim an der Implementierung des QN I und einem weiteren Heim an der Kontrollgruppe zu beteiligen. Als Teilnahmevoraussetzungen wurden festgelegt:

1. funktionierendes Qualitätsmanagement auf Einrichtungs- oder Trägerebene,
2. DNQP-Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und Sturzprävention sind implementiert,
3. ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen für die Projektteilnahme (zum Beispiel Benennung eines Projektbeauftragten) sind vorhanden.

Zur Evaluation der Wirksamkeit des QN I wurde eine Cluster-Randomisierung der Einrichtungen in Implementierungs- (IG) und Kontrollgruppe (KG) angestrebt, was aber von den Altenhilfeträgern abgelehnt wurde. Als Begründung wurde u. a. angegeben: ungleiche Verteilung von personellen und zeitlichen Ressourcen und ungleiche Teilnahmebereitschaft seitens der Akteurinnen und Akteure in den Einrichtungen. Daher musste zwangsläufig auf ein quasi-experimentelles Design mit einer von den Trägern vorgegebenen Zuordnung zur Interventions- und Kontrollgruppe ausgewichen werden. Insgesamt beteiligten sich 32 Einrichtungen von 15 Trägern an der Wirksamkeitsstudie, wobei 20 auf die Implementierungsgruppe und zwölf auf die Kontrollgruppe entfielen.

Erhebungsinstrumente

Als Hauptinstrument der Wirksamkeitsstudie wurde das auf die einzelne Bewohnerin bzw. den einzelnen Bewohner bezogene Pflege- und Verhaltensassessment (PVA) eingesetzt. Das PVA wird von examinierten Bezugspflegerkräften bearbeitet. Es integriert unterschiedliche Fremdskalen sowie selbstentwickelte Skalen zur Erhebung verschiedener personen- und versorgungsbezogener Merkmale, u. a. das Vorliegen eines Demenzsyndroms, den Grad der Selbstständigkeit im Alltag, unterschiedliche Mobilitätsindikatoren sowie Wohlbefin-

den. Das PVA hat sich als praktikabel erwiesen und weist eine zufriedenstellende methodische Güte auf (Köhler et al. 2007, 2010).

Struktur- und Prozessmerkmale der Einrichtungen wurden u. a. durch ein strukturiertes Assessment organisatorischer und räumlich-materieller Merkmale im Rahmen einer Begehung der Einrichtungen sowie durch ein Interview mit der Einrichtungs-/Pflegedienstleitung erhoben. Diese Instrumente sollten jeweils vor und nach der Implementierung in der Implementierungsgruppe sowie in der Kontrollgruppe eingesetzt werden. Zusätzlich wurde eine monatliche Erhebung zu verschiedenen Mobilitätsmaßen (Mobilitätscheck) durchgeführt.

Implementierung

Konzept

In das Implementierungskonzept flossen verschiedene methodische Ansätze ein, eine ausführliche Darstellung findet sich bei Roes et al. (2010). Das Konzept wies folgende zentrale Charakteristika auf:

- Verzicht auf Wissenstransfer in passiver Form (zum Beispiel keine Vorträge).
- Gemeinsames Qualitätshandeln im Netzwerk im Sinne der »Breakthrough-Methode« (Kilo 1998), das heißt, in den einzelnen Einrichtungen wurden Interventionen erprobt und in den fünf begleitenden trägerübergreifenden regionalen Workshops (= Learning-Sessions) im Sinne des kollegialen Lernens ausgetauscht (u. a. mittels »Best Practice«-Beispielen, die die Einrichtungen einander vorstellten) und bewertet.
- Kontinuierliche methodische Unterstützung der einrichtung-internen Implementierungsgruppen (Qualitätszirkel) durch das externe Implementierungsteam.
- SMARTe-Zielformulierung¹.

- Die Implementierung orientierte sich am Handlungsbedarf aus Sicht der Einrichtung (zum Beispiel Festlegung der Reihenfolge der zu implementierenden Ziele nach Stärken-Schwäche-Analyse durch Qualitätszirkel).

Der Implementierungszeitraum betrug durchschnittlich 16 Monate.

Evaluation

Zur Ermittlung des Erfolgs sowie zur Benennung von Umsetzungsbarrieren bzw. förderlichen Bedingungen der Implementierung dienten: Protokolle im Rahmen der Begleitung der regionalen Workshops sowie teilnehmende Beobachtungen und Begehungen bei Einrichtungsbesuchen, Leitungsinterviews.

»» Ergebnisse

Implementierung

Während der Implementierung zeigte sich, dass die Zugangsvoraussetzungen zur Intervention von einigen Einrichtungen nur zum Teil erfüllt wurden (große Unterschiede im Ausgangsniveau, bezogen auf Qualitätsmerkmale).

Nach Abschluss der Implementierung wurde anhand eines globalen Ratings und auf der Basis aller verfügbaren Daten der Implementierungserfolg jeder Einrichtung bestimmt. Demnach konnten die Ziele des QN I in folgenden Graden von den Einrichtungen umgesetzt werden: Von zehn Einrichtungen weitgehend/vollständig, von sieben teilweise und von drei Einrichtungen (15%) nur in Ansätzen.

1 SMART = Spezifisch, Messbar, Akzeptiert oder Attraktiv, Realisierbar und Terminierbar.

Förderliche Bedingungen für die Implementierung

Allgemein

- Praxisnahe Ausrichtung des QN (Handlungsempfehlungen)
- Workshops (vor allem kollegialer Austausch, konkrete Fallarbeit), einrichtungsbezogene Begleitung
- Vorgehen in selbstgewählten, leicht erreichbaren Unterzielen (SMARTe)
- Unterstützende Leitungskräfte (Innovations- und Investitionsbereitschaft)

Spezifisch

- Hohes Ausgangsniveau (Struktur- und Prozessqualität der Pflege)
- Ausreichende qualifikatorische, personelle und finanzielle Ressourcen
- Verständnis und Akzeptanz für die Inhalte beim Personal, Integration in Regelabläufe
- Neue Inhalte werden einrichtungsintern breit gestreut
- Hoher Partizipationsgrad externer Akteurinnen und Akteure (vor allem Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Angehörige)

>> Abb. 1: Förderliche Bedingungen für die Implementierung

Zur Ermittlung der förderlichen Faktoren und der Barrieren wurde u. a. das PARISH – Konzept von Kitson et al. (2008) herangezogen. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen hierzu – stark zusammengefasst – die wichtigsten Erkenntnisse.

Wirksamkeitsstudie

Einbezogen wurden alle Personen, die a) zum Stichtag in den 17 Einrichtungen mit mindestens teilweiser Implementierung lebten und für die vollständige PVA vorlagen und b) die Kriterien der Zielgruppe erfüllten: Menschen mit Demenz, die in der Lage

Barrieren für die Implementierung

Allgemein

- Kosten für mobilitätsfördernde und sicherheitsrelevante Hilfsmittel und Ausstattung (Niedrigbetten, Hüftprotektoren, Sensormatten u. Ä.); für Einrichtungen und Träger meist zu hoch; keine Finanzierung über Sozialversicherungssysteme (SGB XI und SGB V)
- Fehlende Kostendeckung für interdisziplinäre Kooperation (zum Beispiel Fallbesprechungen)
- Geringer Partizipationsgrad externer Akteurinnen und Akteure (vor allem Ärztinnen und Ärzte)
- Fehlende einrichtungsinterne Qualitätsstruktur

Spezifisch

- Diskontinuierliche Teilnahme an den Workshops
- Fehlende Weitergabe von workshop- bzw. anderen projektrelevanten Ergebnissen

>> Abb. 2: Barrieren für die Implementierung

Funktionalität	Kontrollgruppe (n = 310)	Interventionsgruppe (n = 397)	p ¹
Alter in Jahren; M (SD)	83,6 (8,2)	85,0 (7,5)	* ²
Frauenanteil	77,7%	78,8%	ns ³
Aufenthaltsdauer in Jahren; M (SD)	3,1 (3,6)	2,5 (2,6)	** ²
Demenzschwere (DSS-Score); M (SD)	7,8 (3,7)	8,2 (3,5)	ns ²
Schwere Demenz (Demenzscreening-Skala)	49,8%	56,7%	ns ³
ADL-Einschränkungen; (Barthel-Index); M (SD)	54,4 (24,0)	51,2 (23,0)	ns ²

1 ns = nicht signifikant, * p < 0,05; ** p < 0,01

2 t-Test

3 Chi-Test

» Tab. 1: Basismerkmale der demenzkranken und gehfähigen Bewohnerinnen und Bewohner (T₀) vor der Implementierung

waren, mindestens zehn Meter zu gehen (n = 397), sowie vergleichbare Personen aus der Kontrollgruppe (n = 310). Tabelle 1 beinhaltet die Basismerkmale der Untersuchungsgruppen vor der Implementierung.

Nach Abschluss der rund 16-monatigen Implementierungsphase waren die Teilnehmerzahlen in Implementierungs- und Kontrollgruppe jeweils um rund 36% geschrumpft. Der Hauptgrund dafür lag im Versterben der gebrechlichen Probandinnen und Probanden (= PB; siehe Tabelle 1).

In den zentralen Analysen zur Wirksamkeit des QN I, die u. a. mittels Generalized Estimating Equations (GEE) durchgeführt wurden, konnten die unterschiedlichen Beteiligten dennoch berücksichtigt werden. Die Grundlage dafür boten die monatlichen Mobilitätschecks, aus denen als abhängige Variablen jeweils die prozentualen Anteile der Zeiten an der insgesamt beobachteten Zeit bestimmt wurden, in denen die Personen die Zielmerkmale (zum Beispiel Gehfähigkeit, Transferfähigkeit) erfüllten.

Abbildung 3 auf Seite 128 zufolge wurde auf diese Weise und unter Kontrolle der potenziell konfundierenden Variablen festgestellt, dass die Probandinnen und Probanden der Implementierungsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe im Sinne der Pri-

märprävention signifikant länger gehfähig blieben. Die Probandinnen und Probanden der Heime mit teilweiser Implementierung wiesen beim Prä-Post-Vergleich darüber hinaus eine signifikant geringere Sturzhäufigkeit sowie einen tendenziell verzögerten Abbau des Mobilitätsgrads insgesamt auf. Im Hinblick auf weitere Zielmerkmale (zum Beispiel Wohlbefinden, Rate freiheitseinschränkender Maßnahmen) fanden sich keine Hinweise auf positive Effekte des QN I.

» Diskussion

Das Projekt hat gezeigt, dass motivierte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeheimen effektive »change agents« sein können, vor allem, wenn:

- das Ausgangsniveau von Struktur- und Prozessqualität der Pflege und Betreuung in der Einrichtung hoch ist,

Abhängige Variable: Gehfähigkeit im Verlauf der monatlichen Mobilitätschecks:
 Quotient aus Beobachtungszeit insgesamt und individuelle, kumulierte Zeiten von Gehfähigkeit
 (Implementierungs- und Kontrollgruppe)

Implementierung (vs. Kontrolle)	**	↑
Implementierungsgrad: vollständig implementiert (vs. Kontrolle)	*	
Implementierungsgrad: teilweise implementiert (vs. Kontrolle)	*	
<i>Merkmale, die die Zeit von Gehfähigkeit im Verlauf erhöhen:</i>		
– Höhere Mobilität T ₀	***	
– Geringerer Hilfebedarf (Barthel-Index) T ₀	***	
<i>Merkmale, die die Zeit von Gehfähigkeit im Verlauf verringern:</i>		
– NPI-Apathie T ₀	*	
<i>Nicht signifikant:</i>		
– Geschlecht	– Neuropsychiatrische Symptome (NPI) T ₀	– Alter
– Sturz mit Folgen T ₀	– Gerontopsychiatrische Fachkraft T ₀	
– Demenzzschwere T ₀	– Bewegungsfördernde Umgebung T ₀	

ns = nicht signifikant, * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

>> Abb. 3: 16-Monats-Verlauf: Einfluss der Implementierung auf die Gehfähigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz (Ergebnisse der GEE)

- Träger und Einrichtungsleitung ausreichend Ressourcen dafür zur Verfügung stellen und fördernd mitwirken,
- Veränderungsprozesse selbst gesteuert werden und die Interventionen am Wissensstand und an der Praxis in den Einrichtungen anknüpfen.

Der relativ geringe Standardisierungsgrad und die starke partizipative Orientierung der Implementierung wirkten sich demnach günstig auf die Motivation der Mitwirkenden aus, führten aber andererseits zu erheblichen forschungsmethodischen Problemen. Als bedeutsame Barrieren bei der Umsetzung des QN I erwiesen sich bestimmte Rahmenbedingungen, u. a. unzureichende Finanzierung von Hilfsmitteln, Umbaumaßnahmen und interdisziplinärer Koopera-

tion sowie die ärztliche Budgetierung und schließlich der chronische Mangel an qualifiziertem Personal. Insgesamt gesehen stehen die Befunde zur Evaluation der Implementierung in Einklang mit den Erkenntnissen der modernen Implementierungs- und Transferforschung auf diesem Gebiet (Euler 2001, Rogers 2003, Sachs 2010).

Nach den Befunden der Wirksamkeitsstudie sind bei der Zielgruppe, die im Mittel 85 Jahre alt war und an Demenz sowie Multimorbidität litt, durch die Einführung des QN I Potenziale zum Erhalt und zur Wiedererlangung motorischer Funktionen deutlich geworden. Innerhalb der derzeitigen Praxis der stationären Pflege und der Rahmenbedingungen werden diese offenbar häufig nicht erkannt und genutzt. Die belegbaren Effekte waren jedoch auf wenige Merk-

male und vom Ausmaß her begrenzt und können im Vergleich zu den positiven Befunden einiger aktueller RCTs [zum Beispiel Schwenk et al. 2010] kaum als durchschlagend bezeichnet werden.

Eine Erklärung für den geringeren Erfolg könnte neben dem notgedrungen schwächeren Forschungsdesign u. a. darin liegen, dass im vorliegenden Projekt

- die Probandinnen und Probanden im Schnitt kognitiv deutlich eingeschränkter, insgesamt stärker pflegebedürftig und von höherer Mortalität betroffen waren [Wahrscheinlichkeit, Verbesserungen zu erzielen, war deutlich geringer],
- die Interventionen zur Erreichung der Ziele des QN I weder fachlich hoch entwickelt noch standardisiert waren, die Durchführung oft einzelfallbezogen sowie durch nicht speziell geschultes Personal erfolgte und viele PB der Zielgruppe davon nicht genügend erreicht wurden,
- die Einrichtungen in Ausgangsniveau, Veränderungspotenzial und Ressourcen sehr heterogen waren.

» Fazit und Ausblick

Im Hinblick auf die steigende Zahl von Menschen mit Demenz stellt die Versorgung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe eine drängende sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe dar. Interdisziplinäre Versorgungsleitlinien wie das QN I können dazu beitragen, die Aufgabe zu bewältigen, indem sie einen praktikablen und – soweit beurteilbar – ökonomisch gangbaren Weg zur evidenzbasierten Qualitätsentwicklung und -prüfung in der stationären Pflege anbieten. Ihre Dissemination in Verbindung mit Weiterentwicklung ist nach den Befunden dieser Evaluation zu empfehlen, insbesondere für Einrichtungen, die

die dargestellten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung erfüllen.

Die Evaluation wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Förderkennzeichen: 01EL0708).

» Literatur

- Euler, D. (2001): Transferförderung in Modellversionen (Version 2.0). Kooperation der Lernorte in der beruflichen Bildung (KOLIBRI). Sankt Gallen.
- Forster, A., Lambley, R., Young, J. B. (2010): Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age Ageing*, 39, pp. 169–175.
- Kaufer, D. I., Cummings, J. L., Ketcherl, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., Lopez, O. L., DeKosky, S. T. (2000): Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuro-psychiat Clin Neurosci*, 12, pp. 233–238.
- Kilo, C. M. (1998): A framework for Collaborative Improvement: Lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Qual Manag Health Care*, 6 (4), pp. 1–13.
- Kitson, A., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A. (2008): Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: theoretical and practical challenges. *Implem Sci*, 7 (3), p. 1.
- Köhler, L., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Weyerer, S. (2010): Praktikabilität und Reliabilität eines Pflege- und Verhaltensassessment (PVA) für stationäre Pflegeeinrichtungen. *Klin Diagnos Eval*, 3. Jg., S. 294–321.
- Köhler, L., Weyerer, S., Schäufele, M. (2007): Proxy screening tools improve the recognition of demen-

- tia in old-age homes: results of a validation study. *Age Ageing*, 36, pp. 549–554
- Roes, M., Heislbetz, C., Bäuerle, D., Frommelt, M. (2009): Implementierung einer multiprofessionellen Versorgungsleitlinie mittels Breakthrough-Methode am Beispiel des BUKO-Qualitätsniveau I. In: Frommelt, M., Roes, M., Schmidt, R. (Hrsg.): Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 107–140.
- Rogers, M. (2003): Diffusion of innovations. 5th Edition. Free Press, New York.
- Sachs, M. (2010): Best Practice Guidelines – Implementierungskonzepte und Einflussfaktoren auf den Implementierungserfolg. In: Frommelt, M., Roes, M., Schmidt, R. (Hrsg.): Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 47–89.
- Schäufele, M., Bauer, A., Hendlmeier, I., Hoell, A., Weyerer, S. (2011): Erhaltung und Förderung von Mobilität, Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Eine Evaluationsstudie zur Primärprävention in Pflegeheimen: Schlussbericht zum Projekt. Förderkennzeichen BMBF 01EL0708 – Verbund-Nr. 01060433. Technische Informationsbibliothek, Hannover [Deutsche Forschungsberichte]. Internet: <http://opac.tib.uni-hannover.de/DB=1/LNG=DU/SID=5021ccd6-4/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=YOP&TRM=01e10708>. Zugriff am 25.11.2012.
- Schäufele, M., Hendlmeier, I., Lode, S., Köhler, L., Weyerer, S. (2008a): Demenzkranke in der stationären Altenhilfe: Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schäufele, M., Hendlmeier, I., Teufel, S., Weyerer, S. (2008b): Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. In: Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen [BUKO-QS] (Hrsg.): Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege. Hüthig, Heidelberg.
- Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S., Weyerer, S. (2009): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U., Wahl, H. W. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für »Good Practice«. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schwenk, M., Lauenroth, A., Oster, P., Hauer, K. (2010): Effektivität von körperlichem Training zur Verbesserung motorischer Leistungen bei Patienten mit demenzieller Erkrankung. In: Braumann, K. M., Stiller, N. (Hrsg.): Bewegungstherapie bei internistischen Erkrankungen. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, S. 167–187.
- Tilly, J., Reed, P. (2006): Falls, wandering, and physical restraints: Interventions for residents with dementia in assisted living and nursing homes. Alzheimer's Association.

» Kognitive und psychomotorische Aktivierung von Menschen mit Demenz im Rahmen der psychosozialen Betreuung im Pflegeheim

Andreas Ackermann

» Einleitung

Eine Vielzahl von Studien bestätigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit einer demenziellen Erkrankung und dem Ausmaß insbesondere intellektueller Aktivitäten in früheren Lebensabschnitten. Als ein möglicher Grund für diese Zusammenhänge wird eine größere kognitive Reservekapazität bei jenen Menschen vermutet, die in ihren früheren Lebensabschnitten kognitiv stärker gefördert wurden. Hierbei stellt sich die Frage, ob durch entsprechende Trainingsprogramme im Vorfeld einer demenziellen Erkrankung sowie bei bereits eingetretenen Demenzen Prozesse unterstützt werden können, in deren Folge sich die synaptische Plastizität steigern und die Auswirkungen der Erkrankung hinauszögern lassen.

Ergebnisse aus der Studie von Oswald und Kollegen (1998) »Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter« (SimA) zeigen, dass sich vor allem ein spezifisches kombiniertes Gedächtnis- und Psychomotoriktraining in einer Stichprobe ursprünglich gesunder und selbstständiger Menschen im Alter ab 75 Jahren langfristig positiv auf den Erhalt der geistigen Leistungsfähigkeit auswirkte. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Kombinationstrainings wiesen

gegenüber den Teilnehmenden in der Kontrollgruppe bis zu vier Jahre nach Trainingsende einen höheren kognitiven Status und eine deutlich geringer ausgeprägte demenzielle Symptomatik auf. Ferner wurden bei ihnen ein höherer Gesundheitsstatus und auch eine längere Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit beobachtet. Auch zeigt sich in der Beobachtung der damaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer bis zum heutigen Tage, dass in der Kombinationsgruppe signifikant die wenigsten Demenzen auftraten. Parallel hierzu wurden in der untersuchten Stichprobe Defizite in den kognitiven Leistungen sowie geistige und körperliche Inaktivität als bedeutende Risikofaktoren einer späteren demenziellen Erkrankung dokumentiert.

Diese Resultate bestätigen, dass auch im hohen Alter kognitive und körperliche Aktivitäten noch eine große Bedeutung für die Verzögerung einer demenziellen Erkrankung haben und dass spezifische Interventionsprogramme, die zu entsprechenden Tätigkeiten anregen, einem vorzeitigen Verlust der Selbstständigkeit als Folge einer demenziellen Erkrankung entgegenwirken können.

Dies wird auch durch eine Reihe neuerer Prospektivstudien an großen Stichproben in Bezug auf kognitive und körperliche Aktivität sowie auch durch das hier vorgestellte Projekt SimA-P (Selbstständigkeit im Alter bei Pflegeheimbewohnern) bestätigt.

» Ergebnisse aktueller Studien

Kognitive Aktivität

Ansätze wie SimA-50+ oder SimA-P werden von einer Vielzahl aktueller Studien zur protektiven Wirkung körperlicher und geistiger Aktivität gestützt. So konnten zum Beispiel Verghese und Kollegen (2006) nachweisen, dass eine hohe kognitive Aktivität im Rahmen von Freizeittätigkeiten das Risiko kognitiver Einbußen im Sinne einer MCI mit einer Odds-Ratio von 0,54 nahezu halbiert.

Ähnliche Ergebnisse fand die Gruppe um Wilson (2002) im Rahmen der bekannten Minnesota-Nun-Study, die bei Nonnen, Priestern und Brüdern ein signifikant reduziertes Demenzrisiko aufwies, wenn diese in ihrem Leben durchgehend bis ins hohe Alter kognitiv aktiv blieben.

Eine weitere aktuelle Studie wurde von Dechamps und Kollegen (2010) durchgeführt. Sie bezogen im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie insgesamt 160 Pflegeheimpatientinnen und -patienten ein. 40% der Teilnehmenden waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug circa 80 Jahre. Überprüft wurden zwei Ansätze, die mit einer Kontrollgruppe verglichen wurden. So wurde zum einen viermal pro Woche für 30 Minuten ein speziell für die Bewohnerinnen und Bewohner angepasstes Tai-Chi-Angebot durchgeführt. Zum anderen wurde zweimal pro Woche eine körperlich/kognitive Aktivierung von je 30 bis 45 Minuten Dauer angeboten. Während beide Untersuchungsstichproben nach zwölf Monaten im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens leichte Verbesserungen ergaben, konnte sich nur die Gruppe mit motorisch/kognitiver Aktivierung gegenüber der Kontrollgruppe deutlich verbessern. Bei der Untersuchung der Subgruppen mit fortgeschrittener Demenz oder Psychose ergab sich jedoch kein Effekt.

Körperliche Aktivität

Ähnliche Ergebnisse brachten Studien in Bezug auf körperliche Aktivität und Demenz: So konnte in einer Vielzahl kontrollierter Studien nachgewiesen werden, dass regelmäßige körperliche Betätigungen wie Laufen, Wandern und andere eher ausdauerorientierte Tätigkeiten ebenfalls das Demenzrisiko um über die Hälfte reduzieren. Exemplarisch seien hier genannt: Laurin et al. (2001), Abbott et al. (2004), Podewils et al. (2005) oder auch Kareholt et al. (2011).

Die aktuelle INVADE-Studie untersuchte u. a. die Wirkung von körperlicher Aktivität auf die kognitive Leistungsfähigkeit älterer Personen (Etgen et al. 2010). In der Studie wurden 3903 Personen im mittleren Alter von circa 70 Jahren (60% weiblich) zu ihrer körperlichen Aktivität befragt und über zwei Jahre weiter beobachtet. 207 Teilnehmerinnen und Teilnehmer entwickelten innerhalb des Beobachtungszeitraums kognitive Defizite. Die Ergebnisse zeigen ein deutliches Bild: So war keine körperliche Aktivität mit einem mittleren Erkrankungsrisiko von 1,0 verbunden. Körperliche Aktivität von bis zu zweimal pro Woche reduzierte das Risiko, an kognitiven Defiziten im Sinne einer sogenannten Mild Cognitive Impairment (Leichte Kognitive Beeinträchtigung) zu erkranken um fast die Hälfte (Odds-Ratio: 0,57). Wer sich dreimal oder häufiger körperlich-sportlich betätigte, konnte sein Risiko auf 0,54 weiter reduzieren.

Ernährung

Im Vergleich zu geistiger und körperlicher Aktivität sind die Ergebnisse ernährungsbezogener Studien in Bezug auf förderliche Effekte zur Reduzierung des Demenzrisikos eher widersprüchlich. Unwidersprochen sind lediglich die negativen Auswirkungen der Adipositas über den Umweg von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie usw. (Ott et al. 1996, Hoyer 1998). So steigt das Demenz-

risiko mit zunehmendem Übergewicht. Ein BMI (Body-Mass-Index) über 30 verdreifacht das Risiko, an einer Demenz zu erkranken (Gustafson et al. 2003, Rosengren et al. 2005).

In einer aktuellen Studie von Scarmeas und Kollegen (2006) wird der sogenannten »Mittelmeer-Diät« (einer ballaststoff-, vitamin- und mineralstoffreichen Kost mit leicht verdaulichen Eiweißen und mehrfach ungesättigten Fettsäuren) eine Risikominderung von 40% zugeschrieben. Unklar bleibt hier jedoch der Einfluss der gesamten Lebensweise der in den Mittelmeergebieten untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner. Noch weniger aussagekräftig erweisen sich Studien zur Vitaminsubstitution (Vitamine B6, B12, C, E und Folsäure), in denen sich keine bis maximal unklare Effekte auf das Demenzrisiko nachweisen ließen (Josten 2001, Zandi et al. 2004).

Während Kaffee eine leichte Risikominderung (Lindsay et al. 2002) zugeschrieben wird, zeigt sich allein die protektive Wirkung von Alkohol als weitgehend gesichert (Ruitenberget al. 2002, Deng et al. 2006). Hierbei muss jedoch einschränkend eingeräumt werden, dass es sich hier um moderate Mengen handelt. Bickel (2006) postuliert in diesem Zusammenhang den U-förmigen Zusammenhang zwischen Trinkmenge und Demenzrisiko: Abstinente sowie Vieltrinkerinnen und -trinker haben ein im Vergleich zur moderaten Trinkerin bzw. zum moderaten Trinker erhöhtes Risiko, an einer Demenz zu erkranken.

Soziale Aktivität

Ein wesentlicher Schutzfaktor der kognitiven Beeinträchtigung und des Verlusts von ADL-Leistungen stellt das soziale Netzwerk älterer Menschen bzw. ihre soziale Aktivität dar. Diese Prozesse wurden jedoch bisher wenig beachtet. In einer groß angelegten Studie von Crooks und Kollegen (2008) wurde der Einfluss des sozialen Netzes auf die kognitive Leistungsfähigkeit und Entwicklung von Demenzen bei

älteren Frauen untersucht. So wurden 2249 Frauen im Alter von durchschnittlich 80 Jahren in die Studie mit einbezogen. Während zu Beginn alle frei von kognitiven Beeinträchtigungen waren, entwickelten 268 im Verlauf der vierjährigen Beobachtungszeit eine demenzielle Erkrankung. Im Rahmen von Risikoanalysen – angepasst an Alter, Schulbildung, Hormonsubstitution, kognitiver Ausgangsstatus und Gesundheitsstatus – konnten Größe und Aktivität des sozialen Netzwerks der Frauen deutlich als Schutzfaktor herausgestellt werden. So reduzierte sich das Erkrankungsrisiko bei Frauen mit einem größeren Netzwerk auf 0,74. Ähnliche Überlegungen wurden bereits von Stoßberg und Kollegen (1998) im Rahmen der SimA-Studie angestellt.

»» Das SimA-P-Projekt (SimA im Pflegeheim)

Grundlagen

SimA-P stellt ein multimodales Aktivierungskonzept für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz dar. Die Bewohnerschaft von Einrichtungen der stationären Altenhilfe zeichnet sich in der Regel durch einen hohen Grad an Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität mit Einschränkungen der funktionellen und kognitiven Leistungsfähigkeit aus. Es ist bekannt, dass der Abbau in diesen Bereichen nach Heimeinzug akzeleriert verläuft. Dies kann neben den bereits bestehenden Erkrankungen auf eine weitere Verminderung der kognitiven und körperlichen Aktivität zurückgeführt werden. Mangelnde Möglichkeiten zum sozialen Austausch leisten auf psychischer Ebene ihr Übriges in dieser Kaskade.

An diesen Punkten greift nun »SimA-Pflegeheim« an, das die Förderung der Selbstständigkeit sowie die Vermeidung eines weiteren kognitiven und funktionellen Abbaus bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe zum Ziel hat. Das rehabilitative Aktivierungsprogramm auf der Basis des SGB XI wurde im Rahmen einer Interventionsstudie evaluiert, die von 2001 bis 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales gefördert wurde.

Aktivierungskonzepte

Entsprechend den Ergebnissen vorhandener Studien zu rehabilitativen Maßnahmen mit Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie Patientinnen und Patienten geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen wurden Therapieverfahren ausgewählt, die eine größtmögliche therapeutische Evidenz aufweisen konnten und in der Praxis bereits eingesetzt wurden. Dies waren einerseits Therapiemaßnahmen auf der Grundlage eines kognitiven, alltagsbezogenen Trainings und andererseits auf der funktionellen Ebene ansetzende ergo- und physiotherapeutische Verfahren. Im kognitiven Bereich sind es vor allem fluide – also geschwindigkeitsabhängige – Funktionen wie Aufmerksamkeit und Konzentration, die für die erfolgreiche Bewältigung des Alltags maßgeblich sind (Fleischmann 1982 und 1989, Oswald und Gunzelmann 1991). Aus diesem Grund wurde der Schwerpunkt der kognitiven Aktivierung auf diesen Bereich gelegt.

Im funktionellen Bereich erwies sich die Schulung von Kraft, Beweglichkeit und Koordination, die u. a. auch die Gleichgewichtsfähigkeit impliziert, als bedeutsam für den Erhalt der Mobilität (MacRae et al. 1996). Durch eine Verbesserung dieser Leistungen konnte in Studien das Risiko eines Sturzes in beträchtlichem Maße gesenkt werden (Schnelle et al. 1996, Becker et al. 2003, Warnke 2002). Gleichzeitig lassen sich durch geeignete motorische Übungen

auch Konzentration, Aufmerksamkeit und Reaktions-schnelligkeit schulen und haben somit einen Einfluss auf die kognitiven Leistungen (Baum et al. 2003). Nicht zu unterschätzen ist die Bedeutung von Bewegung auf die Psyche. Entsprechend dieser Wirkungen wurde für das Konzept der umfassendere Begriff der Psychomotorik gewählt.

Nicht zuletzt musste der Pflegeheimrealität Rechnung getragen und auch Bewohnerinnen und Bewohnern mit fortgeschrittener Demenz die Möglichkeit der Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen ermöglicht werden. Studien zur Prävalenz demenzieller Erkrankungen bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern gehen davon aus, dass bei 70–80 % der Bewohnerschaft von Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine klinisch bedeutsame demenzielle Entwicklung vorliegt (vgl. Bickel 1996, Förstl 2005, 2011). Für Menschen mit weiter fortgeschrittener Demenz ist eine kognitive Aktivierung im Sinne eines Gedächtnistrainings jedoch nicht mehr indiziert, da die Informationsaufnahme stark gestört ist und somit nicht mehr von einem Übungsgewinn ausgegangen werden kann. Dieses Stadium wurde im Rahmen dieses Forschungsprojekts im Bereich der mittelschweren bis schweren Demenz angesetzt. Für diese Teilnehmergruppe wurde eine spezifische Langzeitgedächtnisaktivierung mit biografischen Inhalten unter Zugrundelegung von Ansätzen der Biografiearbeit oder Reminiszenztherapie (Speer und O'Sullivan 1994, Cook 1998) und der Selbsterhaltungstherapie (Romero 1997, Romero und Eder 1992) konzipiert.

Da sich – wie bei SimA-50+ bereits dargestellt – die Kombination aus kognitivem und psychomotorischem Training allen anderen getesteten Therapien als überlegen erwiesen hat, wurde in diesem Konzept auf diese Erkenntnis zurückgegriffen. So entstanden zwei kombinierte Aktivierungsansätze:

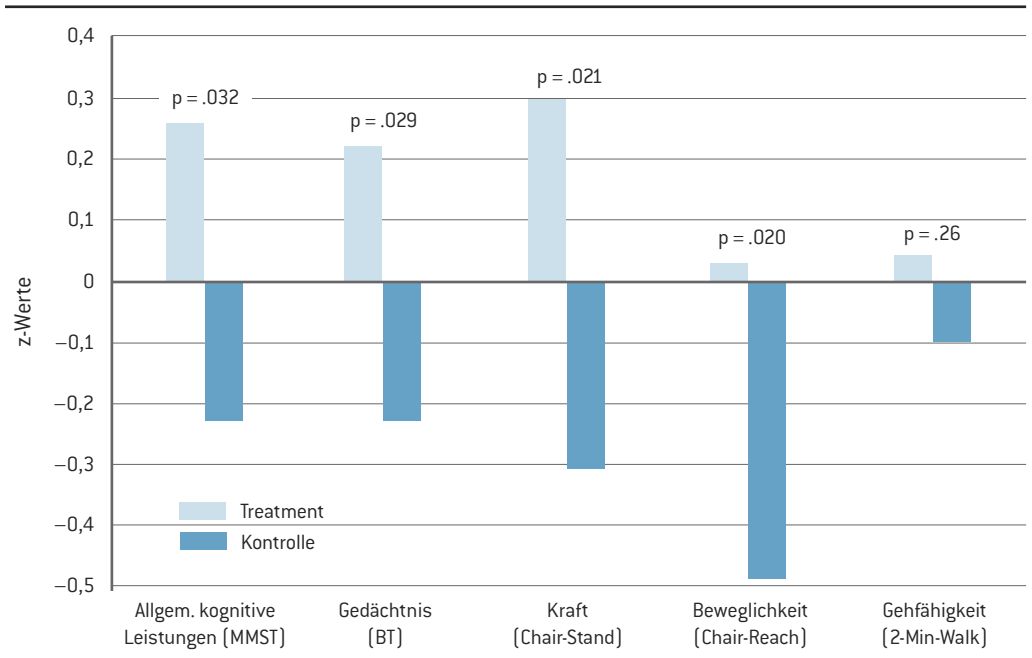
1. Kognitive Aktivierung mit Psychomotorik für kognitiv nicht bis mittelschwer eingeschränkte Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner.

2. Biografieorientierte Aktivierung mit Psychomotorik für Bewohnerinnen und Bewohner mit fortgeschrittener demenzieller Beeinträchtigung.

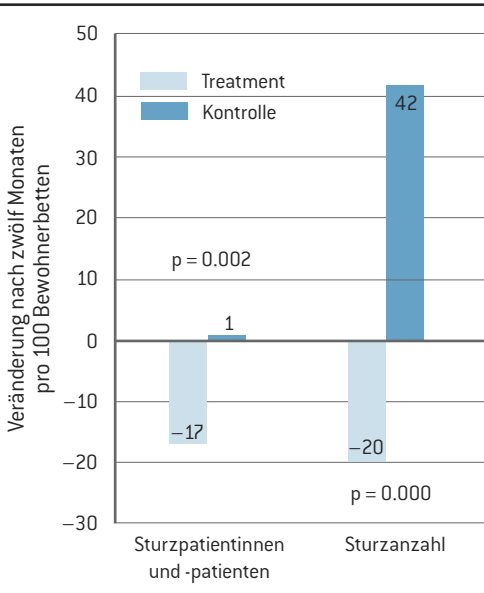
Ergebnisse

Im kognitiven Bereich konnte eine signifikante Stabilisierung und Verbesserung des Ausgangswerts allgemeiner kognitiver Leistungsfähigkeit, gemessen anhand des MMST, über zwölf Monate in der Therapiegruppe erreicht werden, bei der Testung der Gedächtnisleistung anhand eines visuellen Gedächtnistests (Bildertest, NAI, Oswald und Fleischmann 1999) konnten ebenfalls signifikante Verbesserungen in der Treatmentgruppe bei gleichzeitigem Absinken der Werte der Kontrollgruppe erzielt werden (vgl. Abbildung 1, dargestellt als z-Transformation).

Im funktionellen Bereich waren die Effekte der Aktivierung in den Bereichen Kraft und Beweglichkeit besonders bemerkenswert. Hier konnten signifikante Verbesserungen in der Treatmentgruppe erreicht werden. Obwohl nicht signifikant, sollte aufgrund der lebensweltlichen Bedeutsamkeit ebenfalls Erwähnung finden, dass die habituelle Gehgeschwindigkeit der Treatment-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer ebenfalls positiv beeinflusst werden konnte. Die motorischen Verbesserungen wirkten sich sowohl auf die ADL-Leistungen der Bewohnerschaft als auch auf die Anzahl der Sturzpatientinnen und -patienten und deren Sturzhäufigkeit aus (vgl. Abbildung 2 auf Seite 136). Es zeigte sich jedoch im Interventionsverlauf, dass eine rehabilitative Aktivierung zeitlich nicht befristet, sondern regelmäßig über einen langfristigen Zeitraum hin angeboten werden muss, da der



» Abb. 1: Veränderungen der Testwerte nach zwölf Monaten (z-Transformation)



>> Abb. 2: Veränderung der Anzahl der Sturzpatientinnen und -patienten und vorgefallenen Stürze nach zwölf Monaten (n = 137)

Erhalt der Leistungsfähigkeit der Aktivierungsteilnehmerinnen und -teilnehmer und der Transfer von motorischen Verbesserungen in den Alltag im Vergleich zur Kontrollgruppe erst im Laufe der Zeit deutlich wird. In der vorliegenden Studie konnten signifikante Transfereffekte auf die Alltagsfertigkeiten erst nach zwölf Monaten Intervention gemessen werden. Unterstützt wird diese Aussage auch durch die Feststellung aus unterschiedlichen Studien, dass nach Absetzen einer funktionellen Therapiemaßnahme der Trainingserfolg bereits nach vier Wochen auf den Ausgangswert zurückgegangen war [vgl. Hauer et al. 2003, King und Tinetti 1996].

>> Fazit

Die gezeigten Studien weisen vor allem in den Bereichen kognitive und körperliche Aktivität auf eindeutige Effekte im Hinblick auf die Förderung der Selbstständigkeit und einer Reduktion des Demenzrisikos hin.

Kognitive Trainings erweisen sich vor dem Literaturhintergrund als hochwirksam in Bezug auf die trainierten Funktionen (zum Beispiel spezifische Gedächtnisfunktionen). Zudem lässt sich auch ein Transfer auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Selbstständigkeit sowie die Verzögerung demenzieller Prozesse nachweisen. Signifikante Effekte können jedoch nur anhand von Langzeitstudien bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger und überdauernder kognitiver Aktivität beobachtet werden. Als präventiv haben sich vor allem eine lebenslang erhöhte kognitive Anforderung (Bildung, Berufstätigkeit etc.) sowie die Stimulation durch Freizeitaktivitäten mit eher »fluidem« Charakter wie Reisen, Vereinsarbeit, Musizieren, Gartenarbeit, Stricken, Schachspielen, Bridge usw. [vgl. Verghese et al. 2003, 2006] herauskristallisiert. Davon abzugrenzen sind eher passive Routine-Aktivitäten (zum Beispiel Kreuzworträtsel, passive Mitgliedschaft in einem Seniorenclub u. Ä.). Da diese keine Anstrengung im Sinne von Konzentration und Aufmerksamkeit abverlangen, ist hierbei keine positive Wirkung zu erwarten.

Wie die SimA-P-Studie zeigen konnte, werden durch eine geeignete kognitive Intervention auch noch bei leichter bis mittelschwerer Demenz signifikante und alltagsrelevante Verbesserungen erreicht.

Körperliche Aktivität erweist sich als hochwirksam in Bezug auf Herz-Kreislauf-Funktionen, Kraft, Ausdauer und Gleichgewicht, wenn sie regelmäßig und

auf aerober Basis durchgeführt wird. Studien zeigen eindrucksvoll den Transfer auf spezifische kognitive Funktionen (»Executive control processes«) sowie Leistungen des frontalen Cortex und hippocampaler Bereiche. Einzelne Studien postulieren auch einen Transfer auf Selbstständigkeit sowie die Verzögerung demenzieller Veränderungen (Oswald 2004).

Vor allem im Hinblick auf die erhöhte Sturzgefahr bei älteren Menschen konnten Studien zur *Förderung der Kraft und Balance* signifikante Effekte auf das Sturzrisiko nachweisen (vgl. Becker et al. 2003, Hauer 2003, Ackermann und Oswald 2006). Selbst bei mittelschwer dementen Patientinnen und Patienten lassen sich noch eindeutige Gewinne für den Alltag erzielen, insbesondere durch eine Verminderung der Sturzhäufigkeit (Kressig und Beauchet 2004, Ackermann und Oswald 2006, Ackermann et al. 2009).

Ein aktuelles Gutachten der Hirnliga (Fröhlich et al. 2007) untersuchte 23 Studien zum Thema *Ernährung und Vitaminsubstitution* und kam zu dem Ergebnis, dass keine Studie tatsächlich die präventive Wirksamkeit belegen konnte. Lediglich für kognitive und körperliche Aktivität können die Belege als gültig angesehen werden.

Im Rahmen eines Reviews von 33 Studien randomisiert kontrollierter Studien zur *nichtmedikamentösen Behandlung der Demenz* durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2009) konnte festgestellt werden, dass eindeutige Hinweise für einen Nutzen von kognitiven Übungsverfahren (oft in Verbindung mit körperlichen Aktivitäten, Anmerkung des Autors) vorliegen. Weiter legen die Effekte der Ansätze nahe, dass auch die Patientin bzw. der Patient selbst eine »spürbare Verbesserung« (IQWiG 2009, S. 258) wahrnimmt. Eine spezifischere Aussage zur Effektivität wird lediglich durch die Unterschiedlichkeit und oft schlechte Vergleichbarkeit der einzelnen Therapieansätze verhindert.

»» Praxisempfehlung

- Oswald, W. D. (2005): SimA-basic – Gedächtnisstraining und Psychomotorik. Geistig und körperlich fit zwischen 50 und 100. Hogrefe, Göttingen.
- Oswald, W. D. (2005): SimA®-basic-PC – Gedächtnisstraining und Psychomotorik. Das individuelle PC-Programm für alle ab 50. Hogrefe, Göttingen.
- Oswald, W. D., Ackermann, A. (Hrsg.) (2009): Biographieorientierte Aktivierung mit SimA-P (mit CD-ROM) – Selbständig im Alter. Springer, Wien.
- Oswald, W. D., Ackermann, A. (Hrsg.) (2009): Kognitive Aktivierung mit SimA-P (mit CD-ROM) – Selbständig im Alter. Springer, Wien.
- Oswald, W. D., Ackermann, A. (Hrsg.) (2009): Psychomotorische Aktivierung mit SimA-P (mit CD-ROM) – Selbständig im Alter. Springer, Wien.

»» Literatur

- Abbott, R. D., White, L. R., Webster Ross, G., Masaki, K. H., Curb, J. D., Petrovitch, H. (2004): Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *JAMA*, 292, pp. 1447–1453.
- Ackermann, A., Oswald, W. D. (2006): Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit bei Pflegeheimbewohnern. Ein Überblick über bestehende Ansätze. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, S. 59–71.
- Ackermann, A., Wachter, M., Süß, B. (2009): Evaluation des Modellprojekts Kompetenzzentrum für Menschen mit Demenz – Abschlussbericht. Nürnberg: Forschungsgruppe »Prävention und Demenz«

- am Institut für Psychogerontologie. Universität Erlangen-Nürnberg.
- Baum, E. E., Jarjoura, D., Polen, A. E., Faur, D., Rutecki, G. (2003): Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility: a randomized pilot trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4, pp. 74–80.
- Becker, C., Kron, M., Lindemann, U., Eichner, B., Walter-Jung, B., Nikolaus, T. (2003): Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *J Am Geriat Soc*, 51, pp. 306–313.
- Bickel, H. (1996): Pflegebedürftigkeit im Alter: Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. *Gesundheitswesen*, 58, S. 56–62.
- Bickel, H. (2006): Rauchen und Alkoholkonsum als Risikofaktoren einer Demenz im Alter. *Sucht*, 52, S. 48–59.
- Cook, E. A. (1998): Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Women International*, 19, pp. 109–118.
- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D., Chiu, V. (2008): Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women. *Am J Public Health*, 98, pp. 1221–1227.
- Dechamps, A., Dirolez, P., Thiaudiere, E., Tulon, A., Onifade, C., Young, T., Helmer, C., Bourdel-Marchasson, I. (2010): Effect of Exercise Programs to Prevent Decline in Health-Related Quality of Life in Highly Deconditioned Institutionalized Elderly Persons – A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*, 170, pp. 162–169.
- Deng, J., Zhou, D. H., Li, J., Wang, Y. J., Gao, C., Chen, M. (2006): A 2-year follow-up study of alcohol consumption and risk of dementia. *Clin Neurol Neurosurg*, 108, pp. 378–383.
- Etgen, T., Sander, D., Huntgeburth, U., Poppert, H., Förstl, H., Bickel, H. (2010): Physical Activity and Incident Cognitive Impairment in Elderly Persons – The INVADE Study. *Arch Intern Med*, 170, pp. 186–193.
- Fleischmann, U. M. (1982): Zur Gültigkeit des »Zahnachsprechens« im hohen Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 15, S. 15–21.
- Fleischmann, U. M. (1989): Gedächtnis und Alter: Multivariate Analysen zum Gedächtnis alter Menschen. Hans Huber, Bern.
- Förstl, H. (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. Springer, Wien.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2005): Demenzen – Perspektiven in Praxis und Forschung. Urban und Fischer, München.
- Fröhlich, L., Jacob, C., Lipka, U., Nübling, M., Petereit-Haack, G., Seidler, A., Waltereit, R. (2007): Gutachten zur Bewertung der epidemiologischen Evidenz von physischen Aktivitäten, psychosoziales Netzwerk, Vitamin E und Omega-3-Fettsäuren für die Prävention von Demenzen/Alzheimerkrankheit. Hirnliga e. V. Download unter http://www.hirnliga.de/docs/praev_gutachten.pdf. Zugriff am 17.1.2013.
- Gustafson D., Rothenberg, E., Blennow, K., Steen, B., Skoog, I. (2003): An 18-Year Follow-up of Overweight and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Intern Med*, 163, pp. 1524–1528.
- Hauer, K., Pfisterer, M., Schuler, M., Bartsch, P., Oster, P. (2003): Two years later: a prospective long-term follow-up of a training intervention in geriatric patients with a history of severe falls. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 84, pp. 1426–1432.
- Hoyer, S. (1998): Is sporadic Alzheimer disease the brain type of non-insulin dependent diabetes mellitus? A challenging hypothesis. *Journal of Neural Transmission*, 105, pp. 415–422.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009): Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. IQWiG-Berichte Nr. 41.

- Josten, E. (2001): Homocysteine, vascular dementia and Alzheimer's disease. *Clin Chem Lab Med*, 39, pp. 717–720.
- Kareholt, I., Lennartsson, C., Gatz, M., Parker, M. G. (2011): Baseline leisure time activity and cognition more than two decades later. *IntJGerPsych*, 26, pp. 65–74.
- King, M. B., Tinetti, M. E. (1996): A Multifactorial Approach to Reducing Injurious Falls. *Geriatric Medicine*, 12, pp. 745–759.
- Kressig, R. W., Beauchet, O. (2004): Die Rolle der Ganganalyse in therapeutischen Trainingsprogrammen von Betagten. *ZfGG*, 37, S. 15–19.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., Rockwood, K. (2001): Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*, 58, pp. 498–504.
- Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., Hebert, R., Helliwell, B., Hill, G. B., McDowell, I. (2002): Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *Am J Epidemiol*, 156, pp. 445–453.
- MacRae, P. G., Asplund, L. A., Schnelle, J. F., Ouslander, J. G., Abrahamse, A., Morris, C. (1996): A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, pp. 175–180.
- Oswald, W. D. (2004): Cognitive and Physical Activity – A Way for Maintaining Independent Living and Delaying the Onset of Dementia? *European Review of Aging and Physical Activity*, 1, pp. 49–59.
- Oswald, W. D., Ackermann, A., Gunzelmann, T. (2006): Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, S. 89–101.
- Oswald, W. D., Fleischmann, U. M. (1999): *Nürnberg-Agters-Inventar – NAI. Testmanual und Textband*. Hogrefe, Göttingen.
- Oswald, W. D., Gunzelmann, T. (1991): Altern, Gedächtnis und Leistung – Veränderungen und Interventionsmöglichkeiten. In: Lang, E., Arnold, K. (Hrsg.): *Altern und Leistung – Medizinische, psychologische und soziale Aspekte*. Ferdinand-Verlag, Stuttgart, S. 272–281.
- Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SimA) Teil X: Verlaufsanalyse des kognitiven Status. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 11, S. 202–221.
- Ott, A., Stolk, R. P., Hofman, A., van Harskamp, F., Grobbee, D. E., Breteler, M. M. (1996): Association of diabetes mellitus and dementia: The Rotterdam Study. *Diabetologia*, 39, pp. 1392–1397.
- Podewils, L. J., Guallar, E., Kuller, L. H., Fried, L. P., Lopez, O. L., Carlson, M., Lyketsos, C. G. (2005): Physical Activity, APOE Genotype, and Dementia Risk: Findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *Am J Epidemiol*, 161, pp. 639–651.
- Romero, B., Eder, G. (1992): Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, S. 267–282.
- Romero, B. (1997): Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET). *Betreuungsprinzipien, psychotherapeutische Interventionen und Bewahren des Selbstwissens bei Alzheimer-Kranken*. In: Weis, S., Weber, G. (Hrsg.): *Handbuch Morbus Alzheimer*. Beltz, Weinheim, S. 1209–1253.
- Rosengren, A., Skoog, I., Gustafson, D., Wilhelmsen, L. (2005): Body Mass Index, Other Cardiocascular Risk Factors, and Hospitalization for Dementia. *Arch Intern Med*, 165, pp. 321–326.
- Ruitenbergh, A., van Swieten, J. C., Witteman, J. C., Mehta, K. M., van Duijn, C. M., Hofman, A., Breteler, M. M. (2002): Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet*, 359, pp. 281–286.

- Scarmeas, N., Stern, Y., Tang, M. X., Mayeux, R., Luchsinger, J. A. (2006): Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann Neurol*, 59, pp. 912–921.
- Schnelle, J. F., MacRae, P. G., Giacobassi, K., MacRae, H., Simmons, S. F., Ouslander, J. G. (1996): Exercise with physically restrained nursing home residents: Maximizing benefits of restraining reduction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, pp. 507–512.
- Speer, D. C., O'Sullivan, M. J. (1994): Group therapy in nursing homes and hearing deficit. *Clinical Gerontologist*, 14, pp. 68–70.
- Stoßberg, M., Töpfer, A. K., Oswald, W. D. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SimA) – Teil 8: Soziale Integration, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, *ZfGPP*, 11, S. 139–158.
- Verghese, J., LeValley, A., Derby, C., Kuslansky, G., Katz, M., Hall, C., Buschke, H., Lipton, R. B. (2006): Leisure Activities And the Risk of Amnesic Mild Cognitive Impairment in The Elderly. *Neurology*, 66, pp. 821–827.
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M., Buschke, H. (2003): Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348, pp. 2508–2516.
- Warnke, A. (2002): Prävention von Hüftgelenksfrakturen durch externen Hüftschutz – Entwicklung, Evaluation und Implementierung eines strukturierter Informationsprogramms. Verlag Hans Jacobs, Lage.
- Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. S., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., Evans, D. A., Bennett, D. A. (2002): Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease. *JAMA*, 287, pp. 742–748.
- Zandi, P. P., Anthony, J. C., Khachaturian, A. S., Stone, S. V., Gustafson, D., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Welsh-Bohmer, K. A., Breitner, J. C. (2004): Reduced risk of Alzheimer disease in users of antioxidant vitamin supplements: the Cache County Study. *Arch Neurol*, 61, pp. 82–88.

05

Transfer und Verstetigung

» Interventionen zur Gesundheitsförderung älterer erwerbsloser Personen

Susann Mühlpfordt, Katrin Rothländer

» Projektziel

Das hier vorgestellte Projekt (gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, FKZ 01EL0709) wandte sich an ältere Langzeitarbeitslose. Diese gelten als besonders benachteiligte und in ihrer Gesundheit gefährdete Gruppe. Zentrales Anliegen des Projekts war es, verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze zur Gesundheitsförderung älterer Erwerbsloser wissenschaftlich zu begleiten. Mit dem Gesundheitsförderungsprogramm AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (Rothländer 2009) stand ein verhaltensorientierter psychologischer Ansatz zur Verfügung, der im Rahmen der Studie auf seine Wirksamkeit für die Zielgruppe älterer

erwerbsloser Personen untersucht wurde. Als verhältnisorientierter Ansatz wurden in Anlehnung an das »Berliner Modell« (Westermayer und Bähr 1994) Gesundheitszirkel mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Beschäftigungsmaßnahmen nach SGB II durchgeführt. Untersuchungsfokus war hier die Anwendbarkeit von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting dieser Maßnahmen.

Für beide Ansätze standen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Perspektive als Evaluationskriterien die Stabilisierung und Stärkung psychosozialer Ressourcen – wie Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer und Jerusalem 1999), wahrgenommene körperliche, psychische und soziale Gesundheit (Manz 1998) sowie erlebte soziale Unterstützung (Fydrich, Sommer und Brähler 2002) – im Vordergrund.

» Hintergrund

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt Langzeitarbeitslose als eine gesundheitlich besonders gefährdete Gruppe heraus [Deutscher Bundestag 2007]. Etwa ein Drittel der langzeitarbeitslosen Personen gelten Untersuchungen zufolge als gesundheitlich beeinträchtigt [Hollederer 2003]. Studien belegen, dass nicht nur Erkrankte aufgrund ihrer schlechteren Vermittelbarkeit arbeitslos sind, sondern dass Arbeitslosigkeit selbst Ursache psychischer Beeinträchtigungen ist [McKee-Ryan et al. und Kinicki 2005, Paul, Hassel und Moser 2006]. In der Gruppe der Langzeitarbeitslosen sind Ältere ab 50 Jahren überproportional häufig vertreten, sodass der Bedarf an wirksamen Interventionen zur Gesundheitsförderung hier besonders hoch ist.

Deprivationstheorien diskutieren als Ursache für Beeinträchtigungen von Erwerbslosen den Verlust der psychosozialen Funktionen, die durch Erwerbsarbeit gewährt werden [Jahoda 1983]. Neben der Sicherung des Lebensunterhalts bietet Erwerbsarbeit Raum für soziale Kontakte und Anerkennung. Der berufliche Status ist grundlegend für Selbstkonzept und Identität. Nicht zuletzt hilft Erwerbsarbeit, die Zeit in ihren Tages- und Jahresabläufen, zum Beispiel hinsichtlich Anspannungs- und Erholungsphasen, zu strukturieren [Semmer und Udris 1995].

Bei Erwerbslosen entfällt der Betrieb zudem als Setting für Gesundheitsförderung, sodass alternative Zugangsmöglichkeiten gefragt sind. Für unser Projekt identifizierten wir zum Beispiel Beschäftigungsmaßnahmen als eine niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit, um die psychosozialen Ressourcen von Erwerbslosen durch die Teilnahme am Gesundheitsförderungsprogramm AktivA zu unterstützen.

» Beschreibung der Interventionen

Beschreibung der verhaltensorientierten Intervention – AktivA

AktivA – »Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit« ist ein psychologisches Training, das auf bewährten kognitiv-behavioralen Methoden aufbaut [Rothländer 2009]. Die Besonderheit des Programms ist, dass es auf die Lebenssituation erwerbsloser Personen zugeschnitten ist und deren Alltag in die zu bearbeitenden Themen einbezieht. Das Training besteht aus vier Modulen, deren Inhalte Tabelle 1 zu entnehmen sind. In der Regel wird das 24 Stunden umfassende Programm auf vier Kurstage in einem Zeitraum von zwei bis vier Wochen verteilt.

Über die vier behandelten Module werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Kompetenzen vermittelt, eigene Ziele zu setzen, Lösungen zu suchen und diese Ziele zu verfolgen. Methoden zum Erlernen konstruktiven Denkens, Problemlösens oder der Suche nach weiterer sozialer Unterstützung sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu befähigen, ihre Lebenssituation selbst zu gestalten. Ziel des Programms ist es, dadurch sowohl die Handlungsfähigkeit als auch die psychische Gesundheit zu stärken. Aus diesem Grund formuliert das Training selbst keine Erwartungen an den Vermittlungserfolg in den Erwerbsarbeitsmarkt. Zentral ist hier zunächst die Stärkung psychosozialer Ressourcen auch für den Fall länger anhaltender Erwerbslosigkeit. Das AktivA-Training ist bewusst niedrigschwellig angelegt, um den Zugang der Zielgruppe, die nachweislich seltener gesundheitsförderliche Angebote wahrnimmt [Kirschner 2011, S. 26], zu erleichtern. Daher wurde darauf Wert gelegt, theoretische Inhalte zu vereinfachen,

Trainingsmodul	Inhalt	Quellen
Aktivitätenplanung	Planung ganzheitlicher und ausgewogener Aktivitäten (Balance zwischen notwendigen und angenehmen, körperlichen und geistigen sowie individuellen und gemeinsamen Aktivitäten); Wahrnehmung von Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe	Hazard und Lehmann 1997, Herrle et al. 2001, Kaluza 2004
Konstruktives Denken	Anwendung des ABC-Modells zur Überprüfung von Gedanken auf ihren Wahrheitsgehalt und ihre Nützlichkeit für das Erreichen persönlicher Ziele; Reflexion von Bewertungsmustern; Sammlung von Gedanken, die Zuversicht vermitteln	Hautzinger 2003, Kaluza 2004, Staveman 2003
Soziale Kompetenzen und soziale Unterstützung	Durchsetzen von Recht; Pflegen von Beziehungen; Herstellen neuer Kontakte; Wahrnehmen, Annehmen und Geben von sozialer Unterstützung	Hinsch und Pfingsten 2002, Kaluza 2004, Reschke und Schröder 2000
Systematisches Problemlösen	Initiierung von Zielfindungsprozessen; Ausräumen möglicher Zielkonflikte; Entspannung; Sammeln und Auswählen von Lösungsansätzen; Überwinden von Hindernissen und Umgang mit Misserfolg	D’Zurilla und Nezu 2007, Frese et al. 2002, Kaluza 2004

>> Tab 1: Module, Inhalte und Quellen des AktivA-Trainings (aus: Rothländer, Mühlpfordt und Richter 2012)

die Zielgruppe nicht einzuschränken (zum Beispiel nur Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen oder nur Ältere) und das Training auch für weitere Settings als nur für Beschäftigungsträger zu öffnen (zum Beispiel freie Angebote in Beratungsstellen). Den Teilnehmenden wird ein standardisiertes Trainingsmanual zur Verfügung gestellt, das eine Wiederholung des Gelernten auch nach der AktivA-Teilnahme erleichtert. Ebenso erhalten die Trainerinnen und Trainer ein Handbuch mit zusätzlichen Durchführungshinweisen (zum Beispiel Anleitungen

für Übungen, methodische Hintergrundinformationen etc.)

Beschreibung der verhältnisorientierten Intervention – Gesundheitswerkstätten

In dieser Studie wurde das AktivA-Training im Kontext von Beschäftigungsmaßnahmen nach SGB II durchgeführt. AktivA-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer sind in dieser Untersuchung somit Personen, die in sogenannten Ein-Euro-Jobs beschäftigt sind. Gesundheitszirkel, die aus der betrieblichen Gesund-

heitsförderung bekannt sind, sollen in diesem Kontext erprobt werden, und die Beschäftigungsträger sollen hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Gestaltung solcher Tätigkeitsbereiche unterstützt werden. Diese Beschäftigungsmaßnahmen sind zeitlich meist auf sechs bis zwölf Monate begrenzt. Die Zir-

kelarbeit ist demzufolge vom Umfang eingeschränkt, sodass hier ein Werkstattkonzept entwickelt wurde, das dieser Begrenzung gerecht wird. Tabelle 2 ist der Ablauf der in Anlehnung an die Gesundheitszirkelsitzungen durchgeführten Gesundheitswerkstätten zu entnehmen: Fokuswerkstatt, Führungswerk-

Monat	Bausteine	Stundenumfang
1	– Konstituierende Sitzung <i>Arbeitskreis Gesundheit</i> , bestehend aus Führungskräften, Gesundheits-/Sicherheitsfachleuten, Betriebsrat sowie Sozialpädagoginnen und -pädagogen	2 Std.
2	– Subjektive und objektive <i>Tätigkeitsanalyse</i> – <i>Ergebnisrückmeldung</i> der Tätigkeitsanalyse an den Arbeitskreis Gesundheit – <i>Fokuswerkstatt</i> , in der die Maßnahmeteilnehmerinnen und -teilnehmer die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse rückgemeldet bekommen, Optimierungsbedarf konkretisieren und priorisieren	1 Std. je Teilnehmer/-in 1 Std. 3 Std.
3	– <i>Umsetzungswerkstatt 1</i> , in der die Maßnahmeteilnehmerinnen und -teilnehmer für ausgewählte Themen Optimierungsmöglichkeiten erarbeiten, für die Umsetzung erforderliche Vorbereitungen besprechen und konkrete Aufgaben verteilen – <i>Führungswerkstatt</i> mit folgenden Schwerpunkten: 1. Geben und Empfangen von Rückmeldungen in der Maßnahme 2. Konkrete Unterstützung der Maßnahmeteilnehmerinnen und -teilnehmer bei der Umsetzung der erarbeiteten Optimierungsmöglichkeiten 3. Auf-/Ausbau einer Anerkennungskultur gegenüber den Teilnehmenden an der Maßnahme 4. Planungen für die Gestaltung des Übergangs der Teilnehmenden aus der Maßnahme heraus	3 Std. 4–6 Std.
4	– <i>Umsetzungswerkstatt 2</i> , in der die bisherige Umsetzung der geplanten Optimierungsmöglichkeiten reflektiert wird und das Vorgehen aus der Umsetzungswerkstatt 1 auf weitere von den Teilnehmenden vorgeschlagene Themen angewendet wird	3 Std.
5–6	– <i>Bilanzierungswerkstatt</i> , in der Maßnahmeteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie der Arbeitskreis Gesundheit gemeinsam das bisher Erreichte reflektieren und die Anpassung, Fortführung bzw. Ausweitung der angestoßenen Veränderungen planen	3 Std.

statt, Umsetzungswerkstätten und Bilanzierungswerkstatt.

Begleitend wird zunächst im Unternehmen, das die Beschäftigungsmaßnahmen anbietet, ein *Arbeitskreis Gesundheit* eingeführt. Hier werden alle Entscheidungsträgerinnen und -träger zum Themenbereich Gesundheit zusammengebracht. Mit externen Moderatoren und Moderatorinnen, die das gesundheitsförderliche Anliegen darlegen, wird das weitere Vorgehen für die Gesundheitswerkstätten abgestimmt. Von großer Bedeutung ist hierbei, dass der Arbeitskreis Gesundheit die Maßnahmeteilnehmer und -teilnehmerinnen dazu legitimiert, Veränderungsvorschläge zu erarbeiten. Mithilfe des Arbeitskreises sollen diese Vorschläge in ihrer Umsetzbarkeit unterstützt werden.

Als Grundlage für die Gesundheitswerkstätten werden arbeitspsychologische Tätigkeitsanalysen in den Einsatzbereichen der Beschäftigungsmaßnahmen durchgeführt. Diese umfassen sowohl die Einschätzung der Maßnahmeteilnehmer und -teilnehmerinnen als auch die Bewertung durch geschulte externe Beobachtende. Diese Analyse des Ist-Zustands wird an den Arbeitskreis Gesundheit durch die Moderatoren bzw. Moderatorinnen rückgemeldet. Parallel erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Maßnahme in der Fokuswerkstatt ebenfalls die Ergebnisse. Sie bearbeiten diese, indem sie – durch einen Moderatoren oder eine Moderatorin strukturiert – den Optimierungsbedarf konkretisieren und die Schwerpunkte auswählen, die aus Sicht der Teilnehmenden die größte Priorität besitzen.

Im Weiteren rücken die Führungskräfte/Anleitenden in den Fokus der Werkstattarbeit. Sie werden zu einer Führungswerkstatt eingeladen, in der sie insbesondere zu den Themen Motivation und Anerkennung der Maßnahmeteilnehmer und -teilnehmerinnen geschult werden. Wie bereits vorliegende Untersuchungen zeigen, sind zeitnahe und konkrete Rückmeldungen auch in Settings außerhalb der Erwerbsarbeit

bedeutsam für das Wohlbefinden der Maßnahmeteilnehmer und -teilnehmerinnen (Mühlpfordt 2006).

In den Umsetzungswerkstätten werden die für die Teilnehmergruppe zentralen Veränderungsmaßnahmen geplant und Verantwortliche für die einzelnen Schritte und Aufgaben bestimmt. Veränderungen, die über den Einflussbereich der Gruppe der Maßnahmeteilnehmer und -teilnehmerinnen hinausgehen, erfordern die Einbindung des Arbeitskreises Gesundheit. Um die Zielerreichung kontrollieren zu können, erstellen die Moderatoren bzw. Moderatorinnen Protokolle, die sie den Beteiligten zur Verfügung stellen. Der Prozess wird mit einer Bilanzierungswerkstatt abgeschlossen, die Gelegenheit bietet, die bis dahin erreichten Veränderungen und deren Auswirkungen zu reflektieren. Auf dieser Grundlage werden weitere Anpassungs- und Veränderungsschritte geplant.

>> Ergebnisse – Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze

Unmittelbare positive Effekte auf die psychische Gesundheit konnten für das AktivA-Training sowohl im Setting der Beschäftigungsmaßnahmen (Interventionsgruppe n = 258/Kontrollgruppe n = 211) als auch ohne Maßnahmeanbindung als frei zugängliches Kursangebot (Interventionsgruppe n = 184/Kontrollgruppe n = 111) festgestellt werden. Diese Effekte bestehen im freien Zugang auch noch drei Monate nach dem Training, wohingegen sie bei den Beschäftigungsmaßnahmen nicht aufrechterhalten bleiben (Rothländer, Mühlpfordt und Richter 2012).

Im Folgenden interessieren die Ergebnisse, die über die alleinige Anwendung des AktivA-Trainings

	Beschäftigungsmaßnahme mit Gesundheitsförderung		Beschäftigungsmaßnahme ohne Gesundheitsförderung		Wechselwirkung t_2-t_1
	T ₁	T ₂	T ₁	T ₂	
	MW [SW]	MW [SW]	MW [SW]	MW [SW]	U-Test (Mann-Whitney) p [einseitig]
Körperliche Beschwerden*	3,4 [4,1]	2,8 [3,7]	4,7 [5,0]	4,5 [4,8]	.077
Psychische Beschwerden*	6,2 [6,7]	4,9 [5,5]	8,6 [8,2]	8,2 [8,9]	.311
Soziale Beschwerden*	1,5 [2,2]	1,0 [1,7]	2,4 [3,2]	2,2 [3,2]	.090
Selbstwirksamkeitserwartung	29,1 [6,2]	29,6 [6,5]	30,2 [6,5]	30,1 [6,2]	.081
Wahrgenommene soziale Unterstützung	4,0 [1,1]	4,0 [0,9]	3,5 [1,2]	3,6 [1,2]	.450

* hohe Werte, stärkere Beschwerden

» Tab. 3: Entwicklung des gesundheitlichen Befindens von Beginn der Interventionen bis zum Abschluss [circa fünf Monate später]; n [IG] = 111, n [KG] = 211

hinausgehen. Untersucht werden die Effekte, die sich aus der Kombination des verhaltensorientierten AktivA-Trainings und den verhältnisorientierten Gesundheitswerkstätten für den Bereich der Beschäftigungsträger ergeben. In sieben kooperierenden Einrichtungen nahmen 111 langzeiterwerbslose Personen sowohl an AktivA als auch an den Gesundheitswerkstätten teil. Zur Kontrolle wurden in den Einrichtungen 211 weitere Langzeiterwerbslose befragt, die an keiner Intervention teilnahmen. Der Altersdurchschnitt in der Interventionsgruppe lag bei 48,2 [+/-9,0] und in der Interventionsgruppe bei 46,4 [+/-9,6] Jahren. Die erste Erhebung erfolgte vor den Interventionen (AktivA und Gesundheitswerkstätten), die abschließende Messung fünf Monate später, nachdem beide Interventionsteile beendet waren.

Arbeitspsychologische Bewertungen mittels Beobachtungsinterview [REBA; Pohlandt et al. 2008] ergaben für 75 differenzierbare Tätigkeiten folgende Gestaltungsschwerpunkte: Als Potenziale wurden im

Mittel die Vollständigkeit, Vorhersehbarkeit, die zeitlichen und inhaltlichen Spielräume sowie die Kooperationsmöglichkeiten herausgestellt. Defizite wurden im Wesentlichen hinsichtlich der geringen Lernerfordernisse, der geringen Vorbildungsnutzung, der geringen Information über Ergebnisse und Arbeitsorganisation, wenig handlungswirksame Rückmeldungen sowie geringe körperliche Abwechslung festgestellt. Der Fokus der Gesundheitswerkstätten bezog sich daher vor allem auf diese Defizite.

Außerdem wurden, bedingt aus der Situation der Erwerbslosigkeit und der Teilnahme an einer Beschäftigungsmaßnahme, die Bereiche »Unterstützung im Bewerbungsprozess«, »Perspektive nach der Maßnahme« sowie »Kooperation mit dem Fallmanagement« in den Fokus gerückt.

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, zeigt die Gruppe, die an der kombinierten Gesundheitsförderungsmaßnahme teilnahm, tendenziell fünf Monate später verringerte körperliche und verringerte sozialkommunikative Beschwerden. Auch für die Selbstwirk-

samkeit können tendenziell Wechselwirkungseffekte zugunsten der Interventionsgruppe nachgewiesen werden. Die Effekte sind insgesamt sehr klein.

>> Fazit aus den Evaluations- ergebnissen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Kombination der beiden Interventionen durchführbar ist. Die Interventionen konnten aufgrund der zeitlichen Beschränkung der Beschäftigungsmaßnahmen selbst nur parallel veranstaltet werden, sodass nur die Gesamteffekte aus beiden Interventionen überprüfbar waren. Tendenziell ergeben sich positive Gesundheitseffekte. Der Vorteil einer Kombination von AktivA mit der verhältnisorientierten Maßnahme ist ein qualitativer: Es können neben den individuellen Strategien zur Bewältigung der Erwerbslosigkeit gleichzeitig die Beschäftigungssituation der Teilnehmer und Teilnehmerinnen bearbeitet werden. Die Einschränkung besteht hier wiederum, dass nur wenige der bearbeiteten Themen innerhalb des Maßnahmezeitraums umgesetzt werden konnten. Ebenso sind die Träger von Beschäftigungsmaßnahmen sehr stark von den gesellschaftlichen Vorgaben (Richtlinien, Jobcenter) abhängig, sodass auch deren Veränderungsspielräume begrenzt sind. In einer begleitenden Befragung stellten die leitenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Beschäftigungsträger als einen Vorteil der Gesundheitswerkstätten für sich heraus, dass sie dadurch ebenfalls über ihre arbeitsbezogene gesundheitliche Situation reflektierten.

Für das Projekt ergibt sich damit auch, die Themen der Teilnehmenden für Führungskräftebildungen im Bereich der Beschäftigungsförderung zu nutzen.

Dabei ist die Phase der Maßnahmekonzeption auch bereits entscheidend für die gesundheitsförderlichen Auswirkungen einer Maßnahme. Empfohlen wird hier, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beschäftigungsförderung (in den Jobcentern und bei den Beschäftigungsträgern) mit den Kriterien humaner Arbeitsgestaltung, wie sie in der DIN EN ISO 9241-2 und 10075-2 festgeschrieben sind, vertraut gemacht werden.

Aufgrund der separaten Evaluation des AktivA-Trainings in weiteren Studien (Rothländer, Mühlpfordt und Richter 2012) kann festgestellt werden, dass sich das AktivA-Training als Impulsprogramm eignet, um Erwerbslose vor allem im Hinblick auf die psychische Gesundheit zu stabilisieren und zu aktivieren. Die Trainingsdauer von vier Tagen ist dabei als Mindestdauer anzusehen, um unmittelbare Effekte im Sinne einer Befindensverbesserung zu erzielen. Diese Effekte in vollem Umfang aufrechtzuerhalten, erweist sich auch in anderen Studien als große Herausforderung: Die bereits erwähnte Meta-Analyse (Paul, Hassel und Moser 2009) ergab, dass die erreichten Befindensverbesserungen mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Intervention deutlich schwächer ausfallen. Für den Erhalt der positiven Effekte von Trainings wie AktivA bedarf es vermutlich einer Kopplung mit weiteren Ansätzen auf der Verhältnisebene, wie zum Beispiel einer sinnvollen Verzahnung mit Angeboten, die gerade langzeiterwerbslosen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch mittelfristig gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten bieten (zum Beispiel durch kostenlose Freizeitangebote, unbefristete gemeinnützige Tätigkeiten, Stadtteilzentren, Maßnahmen zur längerfristigen Integration in den Erwerbsarbeitsmarkt etc.).

» Transfer und Nachhaltigkeit

Eine unterstützende Bedingung für die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Verbreitung anwendungsbezogener Forschungsergebnisse ist die Einbindung in (regional-)politische Prozesse. Das Interesse an den im Projektrahmen evaluierten Interventionen, deren Durchführung – bundesweit einmalig – im Gesundheitszieleprozess des Landes verankert war, ermöglichte die Entwicklung einer Multiplikatorenschulung zum AktivA-Training (Kramer und Mühlpfordt 2009). Regelmäßige regionale und überregionale Schulungen gewährleisteten eine auch über den Projektzeitraum hinausgehende Wissensweitergabe durch zertifizierte AktivA-Dozentinnen und -Dozenten (www.aktiva-training.de). In Sachsen können kleine und mittlere Unternehmen, die Erwerbslose qualifizieren und/oder beraten, für die Fortbildung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Fördermittel aus dem Europäischen Sozialfonds (»Einzelbetriebliche Förderverfahren« – Richtlinien zum Europäischen Sozialfonds in Sachsen) beantragen.

Schließlich trägt zur Einschätzung der Angemessenheit auch die Zufriedenheit seitens der Teilnehmenden sowie der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bei. Diese wurden im Rahmen der formativen Evaluation regelmäßig erfragt sowie in gesonderten Workshops rückgemeldet und diskutiert. Somit waren noch im Prozess der Umsetzung Anpassungen möglich, wie zum Beispiel die Ergänzung eines Nachbereitungsmoduls oder die Definition von organisatorischen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung. In diesem Sinne sind auch die Beschäftigungsverhältnisse und -bedingungen des Personals zu berücksichtigen, das Erwerbslose qualifiziert und betreut.

» Literatur

- Deutscher Bundestag (2007): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen »Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung«. Gutachten 2007, Drucksache 16/6339, S. 333–347.
- DIN EN ISO 10075-2 (2000): Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 2: Gestaltungsgrundsätze. Beuth, Berlin.
- DIN EN ISO 9241 (1992): Ergonomische Anforderungen für Bürotätigkeiten mit Bildschirmgeräten. Teil 2: Anforderungen an die Arbeitsaufgabe – Leitsätze. Beuth, Berlin.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (2007): Problem-Solving Therapy. A positive approach to clinical intervention. 3rd edition. Springer Publishing Company, New York.
- Frese, M., Garman, G., Garmeister, K., Halemba, K., Hortig, A., Pulwitt, T., Schildbach, S. (2002): Training zur Erhöhung der Eigeninitiative bei Arbeitslosen: Bericht über einen Pilotversuch. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 46 (2), S. 89–97.
- Fydrich, T., Sommer, G., Brähler, E. (2002): SozU-K-14 – Fragebogen zur sozialen Unterstützung. In: Brähler, E., Schumacher, J., Strauß, B. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen, S. 150–153.
- Hautzinger, M. (2003): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. 6. Aufl. Beltz, Weinheim.
- Hazard, B. P., Lehmann, F. (1997): A.C.T. – Aktivierendes Kompetenz Training. Neue Wege in der Gesundheitsförderung. Beltz, Weinheim.
- Herrle, J., Soeder, U., Manz, R., Balck, F. (2001): »Rückenschmerzen bewältigen« – Ein kognitiv-

- verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm als Element der Chronifizierungsprophylaxe bei Rückenschmerzen. In: Manz, R. (Hrsg.): *Psychologische Programme für die Praxis*. dgvt, Tübingen, S. 127–152.
- Hinsch, R., Pfungsten, U. (2002): *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. 4. Aufl. Beltz, Weinheim.
- Hollederer, A. (2003): *The Health Status of the Unemployed in German Unemployment Statistics*. IAB Topics, 54. IAB, Nürnberg.
- Jahoda, M. (1983): *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Beltz, Weinheim.
- Kaluza, G. (2004): *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Springer, Heidelberg.
- Kirschner, W. (2011): *Prinzipielle Strategien und praktische Ansätze zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen*. In: Bellwinkel, M., Kirschner, W. (Hrsg.): *Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen*. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, 25, S. 23–29. Wirtschafts-verlag NW, Bremerhaven.
- Kramer, J., Mühlpfordt, S. (2009): *»Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen« im Kontext der Gesundheitsziele in Sachsen*. In: Holleder, A. (Hrsg.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main*, S. 437–448.
- Manz, R. (1998): *Fragebogen für körperliche, psychische und soziale Symptome (KÖPS)*. Swets, Frankfurt.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., Kinicki, A. J. (2005): *Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study*. *Journal of Applied Psychology*, 90 (1), pp. 53–76.
- Mühlpfordt, S. (2006): *Ehrenamt im Altersübergang*. In: Mühlpfordt, S., Richter, P. (Hrsg.): *Ehrenamt und Erwerbsarbeit*. Rainer Hampp Verlag, München, S. 40–60.
- Paul, K. I., Hassel, A., Moser, K. (2006): *Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration*. In: Holleder, A., Brand, H. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Huber, Bern, S. 35–51.
- Paul, K. I., Moser, K. (2009): *Wie wirken sich Interventionsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit Arbeitsloser aus, wenn die Stellensuche erfolglos bleibt? – Erste Befunde einer Meta-Analyse*. In: Holleder, A. (Hrsg.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main*, S. 124–134.
- Pohlandt, A., Schulze, F., Debitz, U., Hänsgen, C., Lüdecke, S. (2008): *ErgoInstrument 8.0. PC-Programm mit Handbuch zur Analyse, Bewertung und Gestaltung von Tätigkeiten unter Berücksichtigung von Sicherheit und Gesundheit*. InfoMedia Verlag, Bochum.
- Reschke, K., Schröder, H. (2000): *Optimistisch den Stress meistern. Kursleiterhandbuch – Handbuch und Material für die Kursdurchführung*. dgvt, Tübingen.
- Rothländer, K. (2009): *Training psycho-sozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA*. In: Holleder, A. (Hrsg.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main*, S. 155–167.
- Rothländer, K., Mühlpfordt, S. (2011): *Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Beschäftigungsträger*. In: Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A.-M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt*. Hogrefe, Göttingen, S. 97–114.
- Rothländer, K., Mühlpfordt, S., Richter, P. (2012): *Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms »Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)«*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20, S. 115–127.

- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs »Selbstwirksame Schulen«. Freie Universität Berlin, Berlin.
- Semmer, N., Udris, I. (1995): Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. (Hrsg.): Lehrbuch Organisationspsychologie. 2., korrig. Aufl. Huber, Bern, S. 133–166.
- Staveman, H. H. (2003): Therapie emotionaler Turbulenzen. Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie. 3. Aufl. Beltz, Weinheim.
- Westermayer, G., Bähr, B. (1994) (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.

Im Workshop »Transfer und Verstetigung« wurden drei weitere Vorträge gehalten, die bereits an anderer Stelle publiziert sind. Daher sei auf das von KNP initiierte Schwerpunktheft des *Public Health Forums* zur Prävention in der zweiten Lebenshälfte hingewiesen. Die Kurztexte sind online kostenfrei einzusehen unter <http://www.sciencedirect.com/science/journal/09445587/20/1> (Zugriff am 8.8.2012).



- Mnich, E., Hofreuter-Gätgens, K., von dem Kneisebeck, O. (2012): Aktive Gesundheitsförderung bei älteren Menschen – Erfahrungen aus dem Kinzigtal. *Public Health Forum* 74 (20), 13e1–13e3.
- Schäufele, M. et al. (2012): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. *Public Health Forum* 74 (20), 31e1–31e3.
- Rapp, K., König, H. H., Becker, C. (2012): Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern. *Public Health Forum* 74 (20), 34e1–34e3.

06

Abschlusskommentar

» Abschlusskommentar zum Nach- und Weiterdenken des Gehörten

Annelie Keil

*Um Lebendes zu erforschen,
muss man sich am Leben beteiligen,
denn die Fragen fangen mitten im Leben an.*
(Viktor von Weizsäcker)

Leben und Gesundheit lassen sich in ihrer »subjektiven« Struktur und Bedeutung weder »verschreiben«, trotz bester professioneller Absicht »vorschreiben« noch wie eine Art »Zahnersatz« implementieren, sodass Lebensrisiken vermeidbar und der »Zugriff« auf das körperliche, geistige, seelische und soziale Wohlbefinden der Menschen entsprechend unserem erreichten Wissensstand bis ins hohe Alter wie ein Behandlungssetting plan- und durchsetzbar wäre. Zugang und Erreichbarkeit, Information und Edukation, Partizipation und Selbstbestimmung, Transfer und Verstetigung sind – wie im Tagungspro-

gramm aufgelistet – wichtige Wegweiser und Etapenziele im Feld verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention, aber sie garantieren nicht, dass uns das Konzept evidenzbasierter Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung dem Geheimnis menschlicher Gesundheit und Krankheit, der unglaublichen Dynamik im Prozess von Erkrankung und Genesung sowie dem vielschichtigen Dialog zwischen menschlichem Verhalten und sozialen Verhältnissen auf sicheren Erkenntnisbahnen stetig näher bringt. Der Mensch ist kein logisches, sondern ein lebendiges Beispiel des Lebens, heißt es bei Viktor von Weizsäcker. Diese Lebendigkeit macht ihn immer wieder unvorhersagbar, unplanbar – und mit Blick auf seine Präventionspotenziale und Überlebenschance bleibt er bis zur letzten Stunde voller Überraschungen. Die Komplexität, Verwobenheit und offene Systematik

des Lebens, in der Ordnung und Chaos, Einbindung und Entbindung, Gesundheit und Krankheit sich im ständigen Wechsel befinden, sind für die Wissenschaften von der Gesundheit, den professionellen Versuchen zur Gesundheitssicherung und angesichts des Dilemmas der ständigen Gefährdung menschlicher Gesundheit ein provokativer Auftrag, sich selbst- und systemkritisch mit immer neuen Fragen und Interventionsstrategien dem Gesamtprozess zu stellen.

»Am Anfang jeder Lebenswissenschaft steht nicht der Anfang des Lebens selbst; sondern die Wissenschaft hat mit dem Erwachen des Fragens mitten im Leben angefangen« (von Weizsäcker 1973). Demut und Bescheidenheit sind also angesagt, wenn wir über die Präventionspotenziale nicht nur im fortgeschrittenen Lebensalter nachdenken und nach Angeboten und Strategien suchen, die ein aktives und gesundes Altern fördern, selbstbestimmte Teilhabe ermöglichen oder gar zur Vermeidung chronischer Erkrankungen beitragen sollen, deren Chronifizierungsdynamik selbst eine vernachlässigte Forschungsfrage der Medizin ist. Pläne und Strategien kann man entwerfen, Absichten unterstützen, aber statisch-statistische Vorhersagen, Versprechungen oder indirekte »Bedrohungen« haben bisher eher zu abwartender Distanz und Misstrauen bei den Menschen geführt statt »Lust auf Gesundheit« und aktivierende Selbstreflexion erzeugt. Der »objektive Faktor Subjektivität« mit seinen individuellen Lebensstrategien, persönlichen Bedürfnissen und »beachtenswert erfolgreichen Notlösungen« könnte die programmatische wie prognostische »Wildheit« der Gesundheitsförderung und manche Förderungs- und Forschungsleitlinien zur Ein- und Nachsicht mit denen bringen, die weder »fit und gesund« noch bei bester Laune glücklich alt werden wollen, sondern sich krank, passiv oder gebrechlich dem Altern stellen oder »melancholisch« überlassen. »Dick und depressiv« sind die Deutschen, und ängstlich dazu,

fassen die Schlagzeilen die neuesten Forschungen zusammen. Zu viele sind zögerlich, abwartend – und schweigen darüber, was sie davon abhält, sich für die »Qualität oder Dauer« ihres Lebens auf die gewünschte Weise zu interessieren. Was könnten diese so »Stigmatisierten« zur Forschung über Verhaltens- und Verhältnisprävention beitragen, wenn unsere Fragen wirklich mitten im Leben der Menschen anfangen würden? »Die Stärke der Melancholiker ist ihre Sensibilität, ihr Gespür für Sinn und dessen Fehlen. Darin besteht ihr Geschenk an die Gesellschaft. Die Schattenseiten des Glücks sind schon aus diesem Grund nicht sinnlos: Erheblich früher als die Glücklichen bemerken die Unglücklichen eine Gefahr, eine Fehlentwicklung, ein Unrecht und eine Ungerechtigkeit. Eher als bei den Optimisten findet sich Mitgefühl ...« (Schmid 2012).

Was fiel bei den Präsentationen ins Auge, blieb hängen oder offen? Welche Fragen und Probleme machten neugierig auf die nächsten Runden in Forschung, Projektplanung und subjektorientierter Praxis?

Das immer wieder kritische Verhältnis von Theorie und Praxis durchzieht die Tagung wie ein roter Faden, führt durch Labyrinth, Ecken und Kanten von Hypothesen, zu mehr oder weniger erfolgreichen Umsetzungen, persönlichen Erfahrungen und wissenschaftlichen Einschätzungen. Dabei wird offenbar, dass Theorie und Praxis wie miteinander ringende »Geschwister« einer lebensweltorientierten, interdisziplinären Forschung auf der einen Seite und praxis- wie bedürfnisorientierter Projekte auf der anderen Seite sind. Sie können zu klärenden und weiterführenden Ideen nur dann führen, wenn das Ziel der Gesunderhaltung und gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen in der Umsetzung konsequent von der Unterschiedlichkeit älterer Menschen, der Geschichtlichkeit ihrer Erfahrungen, der Modifikation ihrer Verhaltensstrukturen im Lebensverlauf und ihren sich wandelnden Lebenswelten ausgeht. Wer als Mann oder Frau durch den Verlust der Lebens-

partnerin bzw. des Lebenspartners in Armut, Isolation und andere Formen der Deprivation gerät, erlebt Lebenseinbrüche, die ein »neues« Verhalten verlangen. Wenn sich die Erwartungen an Familienzusammenhänge zerschlagen, treten auch Verhalten und Verhältnisse in eine neue Ordnung.

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, darauf haben sich fast alle Seiten im Diskurs inzwischen geeinigt. Aber was ist dieses »Mehr« oder »Andere«? Wenn es in der Gesundheit um mehr als nur körperliche Intaktheit, sondern um ein körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden (WHO) geht, das als umfassende Befindlichkeit vor allem den Lebenssinn nicht nur älterer Menschen erhält, unterstützt und auch neue Pforten öffnet, dann offenbart die Praxis in den Projekten, wie sehr es bei Gesundheit und ihrer Erhaltung um eine subjektive Integrationsleistung geht, die jeder einzelne Mensch mithilfe und in Auseinandersetzung mit den Angeboten der Gesundheitsförderung zu vollbringen hat. Als »Selbstintegration im tätigen Vollzug« hat der Biologe und Philosoph Hans Jonas die Entstehung dieser Art von sinnstiftender Ganzheit genannt, die im Stoffwechsel zwischen Körper, Geist und Seele mit den sozialen Welten im Lebensalltag immer wieder neu entstehen muss – eine Ganzheit, die immer im Werden begriffen ist. Gesundheit ist darin ein offenes Ziel im Sinne einer höchstmöglichen Annäherung an ein jenes umfassende Wohlbefinden (WHO), das sich nicht auf körperliche Fitness und physische Funktionstüchtigkeit reduzieren lässt, sondern alle Dimensionen menschlicher Existenz – einschließlich der Konstitution von Lebenssinn – umfasst. In diesem Sinn verdient auch und gerade der erkrankte wie der sterbende Mensch spezifische Formen der Gesundheitsförderung.

Hier wird ein grundsätzliches Problem in der Auseinandersetzung um eine »Gesundheit für alle« und die Projektierung von Gesundheitsförderung deutlich. Die im Prozess der Verwissenschaftlichung und

Professionalisierung des Gesundheitsbereichs getroffene paradigmatische Entscheidung, den theoretischen und damit auch den praktischen Diskurs über Gesundheit und Krankheit voneinander zu trennen und damit das komplementäre Verhältnis zu vernachlässigen und letztlich aus den Augen zu verlieren, hat vor allem den Begriff Gesundheit für lange Zeit zu einer Leertaste, sozusagen zu einer Taste ohne Befund, werden lassen. Leben aber lebt strukturell nicht in Gegensätzen, sondern über komplementäre, einander zugeordnete Pole, wie wir sie zum Beispiel im menschlichen Organismus als Systole und Diastole, Spannung und Entspannung, Lust und Angst finden. Wie Geburt und Tod, Werden und Vergehen gehört auch das Paar Gesundheit und Krankheit zu den Polen jener Spannungsbeziehung, zwischen denen sich Leben entfaltet. Beide lassen sich zureichend – also nicht als quantitativ messbare und voneinander klar abgrenzbare Zustände oder durch »Normalwerte« erklären, sondern drücken jeweils die besondere Qualität eines Zustands aus, wenn wir sagen, ein Mensch sei gesund oder krank. Die »Salutogenese« ist deshalb nicht der Gegensatz zur »Pathogenese«, sondern die jeweils auf einen der Pole bezogene komplementäre Betrachtungsweise, die ohne die andere nicht auskommt, wenn sie der Komplexität des Lebens gerecht werden will. Warum sollten wir Menschen in die Förderungsprogramme locken, die bisher auch ohne eine solche Förderung ausgekommen sind, spezifische biografische Wege gefunden oder einfach Glück gehabt haben, und von denen wir gar nicht wissen, warum und ob sie gesund geblieben sind oder wirklich älter werden wollen? Niemand ist je ganz gesund oder ganz krank, sondern lebt ständig in Übergängen, muss Spielräume erkennen, akzeptieren und gestalten. Subjektive Lebensqualität ist immer biografisch, entsteht nicht durch irgendeine Form der Behandlung, sondern durch Handlungen des Subjekts im Dialog zwischen Gesundheit und Krankheit inmitten der Lebensum-

stände. In diesem Sinne ist Gesundheit eine Lebenskompetenz, die einen lebenslangen Lernprozess verlangt.

Ohne innere und äußere Beteiligung derer, für die eine Maßnahme gedacht und geplant wird, ist die beste Gesundheitsförderung nichts wert! Diese Erkenntnis durchzieht alle Berichte und ist auch nicht neu! Die Menschen allerdings zum Mitmachen zu gewinnen, stößt je nach Inhalt, Methode und Bezugsgruppe in allen Projekten auf unterschiedliche Widerstände, kulturelle Unterschiede oder spezifische Lebenserfahrungen. Motivationskampagnen mit Luftballons und Kugelschreiber oder didaktische Tricks mit Film, Musik und Animation reichen auf Dauer nicht aus, selbst, wenn sie einen Anfang erleichtern. Der langfristigen Beteiligung muss offensichtlich ein Akt der »Selbstüberzeugung« und »Selbstinitiierung« vorausgehen. Wir stoßen erneut auf eine Grundvoraussetzung des Lebens. Ohne Teilnahme, Beteiligung, Anteilnahme, ohne Mittun, Mitdenken und Mitfühlen ist Leben als »autopoietisches Kunstwerk« (Maturana und Varela 1987) und als Modell der Selbstorganisation und Selbsttransformation nicht denkbar, wie die moderne Biologie uns erklärt. Auf die Welt kommen, atmen, essen und trinken, liegen, gehen, stehen, denken, fühlen und am Ende sterben geht nicht von selbst, sondern der Mensch muss sich an dem beteiligen, was er braucht und will. Was dazu erforderlich ist, muss herausgefunden und gelernt werden. Der Mensch muss bereit sein und werden, sich in allen Lebensphasen und unter allen Umständen an seinem Leben zu beteiligen, wengleich er bestimmen lernen muss, was und wie er das will. Das ist die Herausforderung und Provokation, die das Leben mit sich bringt. Dass es dennoch nicht leicht ist, Menschen in Kontakt mit sich selbst, ihren Notwendigkeiten, Bedürfnissen, dem Recht auf Selbstbestimmung und in ein konkretes Verhältnis mit ihrer Lebenslust zu bringen – vor allem dann, wenn die Umstände widrig sind –, hat viele Gründe.

Was ein Mensch muss, soll, will, kann und darf, was richtig oder falsch, nützlich oder schädlich, gut oder böse und sonst noch mehr ist, verlangt Entscheidungen, Selbstbewusstheit, Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, die Bereitschaft, Fehler zu machen, auch prognostizierte Risiken einzugehen oder sich bei der Bewältigung von Problemen helfen zu lassen.

Warum nun die notwendige Entscheidung zur Beteiligung am eigenen und dem Leben anderer Menschen offenbar schwierig ist, erinnert mich an die Thesen über die »Enteignung der Gesundheit«. Diese hat Ivan Illich vor vielen Jahren mit seinen Büchern über die »Nemesis der Medizin – Von den Grenzen des Gesundheitswesens« (1977) und die »Entmündigung durch Experten – zur Kritik der Dienstleistungsberufe« (Illich et al. 1979) in die Gesundheitsbewegung und öffentliche Kritik am spezifischen Versorgungscharakter westlicher Gesundheitswesen eingebracht. Die Warnung vor einer Fürsorge, die im Namen der Liebe Bedürfnisse schafft, zuweist und befriedigt, und vor der Gefahr einer Versorgungsbürokratie, die weniger an die Mündigkeit ihrer Bürgerinnen und Bürger und ihrer Fähigkeit zur kompetenten Mitwirkung glaubt, sondern eher an ihrer Bevormundung und Einbettung in alle möglichen Formen sozialer Dienstleistungen interessiert ist, mag zu pointiert erscheinen. Doch im Hinblick auf die Frage des Mangels an Beteiligung an den »vorsorglichen« Gesundheitsmaßnahmen unterschiedlicher Art bleibt die Frage nachdenkenswert. Gesundheit »ja bitte« oder »nein danke«, und um welchen Preis? Viele Antworten sind gefragt. Die Folgen aus »entmündigender Expertenherrschaft« (Illich et al. 1979) und einer »Systemdehnung in Verbindung mit einem Niedergang der Selbständigkeit« (Huber 1979) wären in Forschung und Praxis zu reflektieren und in die aktuellen Überlegungen einzubeziehen.

In diesem Zusammenhang steht auch eine Frage, die die meisten Praxisprojekte kritisch durchzieht und die vor allem für den Begriff der Evidenzbasie-

rung forschungsrelevant bleibt. In welchem Verhältnis stehen Bedarf und Bedürfnis, die beiden Komponenten, die das subjektive Lebensinteresse an Gesundheit und das gesellschaftliche Interesse an der Gesundheit der Menschen zueinander vermitteln? Wie sieht das biografische Interesse und Bedürfnis am Älterwerden aus, und welcher gesellschaftliche Bedarf an Präventionsmaßnahmen und Präventionspotenzialen der älter werdenden Menschen ergibt sich auf dem Hintergrund der politischen Einschätzung des demografischen Wandels? In welche Richtung gehen wir, wenn wir die Bedarfe und Bedürfnisse anderer Generationen einbeziehen wollen?

Welche politisch ermittelte »Bedarfe« schafft »Bedürfnis«, und welche individuell-subjektiven Bedürfnisse bleiben auf der Strecke, weil sie in der Werteskala den Status »Bedarf« nicht erreichen?

Modelle zur Sturzprophylaxe rangieren in der Förderungspraxis auf einem fast sicheren »Listenplatz«. Die Sehnsucht nach festen Daten und sicher angelegtem Geld mit sichtbaren Ergebnissen hat uns am Wickel. Solange man das Problem des gesunden Älterwerdens vor allem auf der Ebene des »sicheren Gehens« und der Befreiung von sichtbaren Barrieren sieht, mag das sinnvoll erscheinen. Die Senioren messen übertreffen sich in Angeboten gegen körperliche Bewegungseinschränkungen, und niemand wird bezweifeln, dass die Unterstützung und Verbesserung körperlicher Mobilität zu den Errungenschaften der letzten Jahrzehnte gehört. Seniorinnen und Senioren, die im Sitzen tanzen, mit Stöcken hügelige Landschaften erobern, auf Fahrrädern mit und ohne elektrische Unterstützung zu umworbene Touristinnen und Touristen werden und mit Treppenliften länger in ihren Häusern verbleiben, haben dem Programm »Fit und gesund älter werden« Farbe gegeben.

Aber die »unsichtbaren« Barrieren, die Schranken in den Köpfen, die Hindernisse in den Gefühlslandschaften, machen mindestens so viele Sorgen. Leben heißt immer, auf brüchigem Boden Land gewinnen –

und die Erfahrung von Verunsicherung, Zweifel und Veränderung auf allen Ebenen der menschlichen Existenz ist das tägliche Brot des Lebens. Wo also bleiben die biografischen, sozialpsychologischen, interdisziplinären und interprofessionellen Forschungen und Praxisprojekte zu den konkreten seelischen, sozialen und geistigen Abstürzen, zu den vielen sehr unterschiedlichen Barrieren, die sich über die Lebensphasen hinweg in den Biografien aufgebaut haben? Die verhindern, dass ältere Menschen auch im Denken und Fühlen die nötigen Veränderungen vornehmen, um »neu« zu werden und im Dialog mit den unterschiedlichen Generationen, ihren Kindern, Enkeln und Urenkeln bleiben? Bleibt die Kriegskindgeneration, die Nachkriegsgeneration, die Erben- oder Golfgeneration anders fit und gesund im Alter? Soziale Biografien müssen geschrieben, gefilmt und medial gehört werden; Dokumente, in denen Zeugnis darüber abgelegt wird, wie sich ein Mensch in der von ihm erlebten Zeitgeschichte verortet, welche Resignations- und welche Resilienzmuster entstehen, welche Ressourcen verbraucht werden oder entstehen und wie die Gesundheit auf höchst unterschiedliche Weise gefährdet oder gefördert wird.

Älterwerden ist ein durchaus beschwerlicher Weg, das wissen auch Kinder und Jugendliche. Es ist ein Prozess inmitten aller kulturellen und gesellschaftlichen Veränderungen, ist Beheimatung und Verlust von Heimat, immer wieder Wechsel von Bindung und Entbindung. Der Wert der Jahre steckt im gelebten Leben, im Sichtbaren, in dem, was zum Erfolg oder auch Misserfolg wurde. Auch das, was nur versucht wurde, gehört zu den Ressourcen, gibt Auskunft über Potenziale, die für das Neuwerden wie das Durchhalten in späten Jahren in anderer als der gewohnten Weise nützlich sein könnten. Projekte sollten sich deshalb nicht nur auf das »Machbare« des Alltagsgeschäfts, nicht nur auf das Medizinische, auf die Pflicht zur Sorge um Leben und Gesundheit beziehen, sondern auch auf den Luxus und die Freude am

Unnötigen, auf den humorvollen Umgang mit der Tatsache, dass das Leben nichts versprochen hat und auch nicht gerecht ist, sondern nur das hält, was wir ihm selbst abgewinnen. Forschung und Praxis für die Aufgabe des Älterwerdens brauchen ein Menschenbild und Leitlinien, die die Unterschiede im Prozess des Alterns nicht leugnen, aber auch nicht im Allgemeinen von Präambeln untergehen lassen, nicht zu blindem Aktionismus aufrufen, weder nur vom Leidensweg des Älterwerdens und der Pflicht zur Gesundheit sprechen noch aber der fröhlichen Flucht oder der Gleichgültigkeit gegenüber dem Älterwerden, dem Sterben und dem Tod das Wort reden.

Alter[n] ist ein biografischer Auftrag zwischen Versuch und Irrtum: weder immer gesund noch letztlich normal, nicht für alle Menschen gleich, sondern »original und originell«! Eine grandiose und herausfordernde Mischung von alten Menschen lebt mitten unter uns. An ihnen können wir Forscher und Forscherinnen, wir Praktiker/-innen und Förderer/-innen studieren, was es für uns selbst heißen wird, so alt zu werden wie diejenigen, die wir gerade analysieren und fördern wollen. Der Reichtum ihrer Biografien, ihrer Lebenserfahrungen, Erfolge und Niederlagen, ihrer Verhaltensweisen und verborgenen Hoffnungen, ihrer alten und neuen Belastungen, ihrer bewussten und unbewussten Bewältigungsstrategien, ihrer Anpassungsleistungen und Widerstände ist der Anknüpfungspunkt für eine nachdenkliche und aktive Auseinandersetzung mit dem Thema des Europäischen Jahres für aktives Altern und der Solidarität zwischen den Generationen. Nicht die Wissenschaften und professionellen Mannschaften für Gesundheitsförderung erfinden ein »aktives Altern« oder die »Solidarität zwischen den Generationen«. Niemand wird ohne Aktivität oder irgendeine Art von subjektiver Gesundheit älter, auch wenn uns »Passivität«, »Resignation«, »Vereinsamung«, »Handlungsarmut« oder die »Müdigkeit« vieler älterer Menschen ins Auge stechen. Wo aber knüpfen wir

an? Wo holen wir die Menschen ab? Die Idee von einem »gesünderen, besseren, glücklicheren, sinnvolleren Leben« fällt auch im Alter nicht vom Himmel, sondern fängt mit den eigenen Fragen mitten im bisherigen Leben als biografische Sehnsucht an.

Aber Forschung, kritische Theorie und sinnstiftende, lebenswelt- und subjektorientierte Praxis können helfen, gute Antworten zu finden – für den einzelnen Menschen wie für eine Gesellschaft im demografischen Wandel. Möge uns diese Übung gelingen.

»» Literatur

- Huber, J. (1979): Zwischen Supermarkt und Sozialstaat: Die neue Abhängigkeit des Bürgers. In: Illich, I. et al. (1979): Entmündigung durch Experten – Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Rowohlt Verlag, Reinbek, S. 129 ff.
- Illich, I. (1977): Nemesi der Medizin – Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Rowohlt Verlag, Reinbek.
- Illich, I. et al. (1979): Entmündigung durch Experten – Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Rowohlt Verlag, Reinbek.
- Maturana, H., Varela, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Scherz-Verlag, Bern/München.
- Schmid, W. (2012): Unglücklichsein – Eine Ermütigung. Verlag Insel, Berlin.
- von Weizsäcker, V. (1973): Gestaltkreis. Suhrkamp Wissenschaft, Berlin, S. 18.

07

Anhang

» Tagungsprogramm




**LEBENSPHASE ALTER
GESTALTEN – GESUND
UND AKTIV ÄLTER WERDEN**

Nutzen und Praxis verhaltens- und
verhältnisbezogener Prävention
22. und 23. Mai 2012, Bonn



TAGUNGSTHEMA

Die Präventionspotentiale im mittleren und höheren Lebensalter sind längst nicht ausgeschöpft. Auch wenn sich wesentliche gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bereits früh herausbilden, sind auch im fortgeschrittenen Lebensalter verhaltens- und verhältnispräventive Strategien und Angebote möglich, die ein aktives und gesundes Altern fördern, selbstbestimmte Teilhabe ermöglichen und zur Vermeidung chronischer Erkrankungen beitragen. Die Europäische Kommission hat das Jahr 2012 zum Europäischen Jahr des „aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen“ erklärt. In diesem Kontext findet die 2. KNP-Jahrestagung als gemeinsame Veranstaltung mit dem BZgA-Arbeitsschwerpunkt „gesund und aktiv älter werden“ statt.

Die Veranstalter laden nationale und internationale Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis zu einer umsetzungsbezogenen Fachdiskussion ein. Wesentliche Anregungen soll dieser Diskurs aus den Ergebnissen der Forschungsprojekte aus dem Förderschwerpunkt Präventionsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) erhalten. Dieser widmet sich in seiner dritten Förderphase praxisorientierten Projekten, die auf Gesunderhaltung und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zielen. Darüber hinaus werden Ergebnisse der Regionalkonferenzen, die die BZgA in allen Bundesländern durchgeführt hat, erörtert. Im Fokus stehen dabei besonders Fragestellungen der Zielgruppenheterogenität, der Bedarfslagen, der Rahmenbedingungen sowie der Ressourcen.









1. TAG: 22. MAI 2012

- 12:00 – 13:00** **Ankunft und Stehcafé**
- 13:00 – 13:45** **Eröffnung**
Elisabeth Pott, Direktorin, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ulla Walter, Projektleitung KNP, Medizinische Hochschule Hannover
- 13:45 – 14:45** **Active and healthy ageing**
Alan Walker, University of Sheffield
- 14:45 – 15:15** **Kaffeepause**
- 15:15 – 16:00** **Die Bedeutung aktiven und gesunden Alterns in der Lebensspanne – Welche Strategien brauchen wir?**
Manfred Huber, WHO
- 16:00 – 16:30** **Gesund und aktiv älter werden in Deutschland**
Monika Köster, BZgA
- 16:30 – 17:30** **Akteure im Gespräch:**
Ute Blessing-Kapelke
Andreas Fleck
Ursula Lehr
Catharina Maulbecker-Armstrong
Elisabeth Pott
Günter Schmolz
Moderation: Thomas Altgeld
- 17:30 – 18:15** **Pause**
- 18:15 – 19:15** **Alter von der Klassik zur Moderne**
Carmen Fuggiss, Sopran
Jonathan Seers, Klavier
Aperitif
- ab 19:15** **Gemeinsames Abendessen**

2. TAG: 23. MAI 2012

09:00 – 10:30 **WORKSHOP BLOCK I**

10:30 – 11:00 **Kaffeepause**

11:00 – 12:30 **WORKSHOP BLOCK II**

Im Fokus der Diskussion in den Workshops stehen Leitfragen zu:

- >>> **Barrieren:** Welche Schwierigkeiten und Grenzen bestehen im jeweiligen präventiven Handlungsfeld?
- >>> **Ressourcen:** Welche Mittel und Methoden stehen zur Verfügung, um den Anforderungen gerecht zu werden?
- >>> **Übertragung:** Inwieweit ist eine Übertragung der gewonnenen Erkenntnisse auf andere präventive Handlungsfelder und/oder Zielgruppen möglich, und inwieweit dürfen bzw. müssen Spielräume vorhanden sein?

12:30 – 13:30 **Mittagessen**

13:30 – 14:30 **Ergebnisberichte der Workshops**
Silke Pawils, UKE

14:30 – 15:00 **„... um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen ...“**
(V.v. Weizsäcker)
Abschlusskommentar
Annelie Keil

15:00 **Ende der Veranstaltung**

WORKSHOPS BLOCK I

23.05.2012 9:00–10:30 UHR

ZUGANG & ERREICHBARKEIT	ZIELGRUPPENGERECHTE ANSPRACHE Zugangswege zu bewegungs- und sportinaktiven Älteren Henning Allmer Zielgruppengerechte Ansprache und Zugangswege im Alter – das Projekt „Ältere gezielt erreichen“ Ulla Walter und Christiane Patzelt Moderation Stefan Blüher + Barbara Leykamm
INFORMATION & EDUKATION	BERATUNG, ERNÄHRUNG, BEWEGUNG Fit 50+: Modulares Konzept zur Gesundheitsförderung bei älteren Erwerbslosen Regina Stoll und Steffi Kreuzfeld OptimaHI 60 plus – Optimierung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens im Alter durch Partizipation und Beratung Katharina M. Gallois und Hajo Zeeb Moderation Reinhard Mann + NN
PARTIZIPATION & SELBST-BESTIMMUNG	KOMMUNE Beteiligung älterer Menschen in der Quartiersentwicklung Birgit Wolter Bewegungsparcours für Seniorinnen und Senioren Catharina Maulbecker-Armstrong Moderation Stephan Koesling + Franz Gigout
TRANSFER & VERSTETIGUNG	TRANSFER IN ANDERE KONTEXTE Aktive Gesundheitsförderung bei älteren Menschen im Kinzigtal Eva Mnich Kontexte der Gesundheitsförderung älterer pflegender Angehöriger Dagmar Dräger Moderation Veronika Reisig + Svenja Budde

WORKSHOPS BLOCK II

23.05.2012 11:00–12:30 UHR

ZUGANG & ERREICHBARKEIT	ÄLTERE MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund Elke Olbermann Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migranten Isaac Bermejo Moderation Stefan Blüher + Barbara Leykamm
INFORMATION & EDUKATION	INFORMIERTE ENTSCHEIDUNG Evidenzbasierte Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung beim kolorektalen Screening Anke Steckelberg Blutzuckertest und Primärprävention des Diabetes – Evaluation einer evidenzbasierten Patienteninformation Andrea Icks Moderation Reinhard Mann + NN
PARTIZIPATION & SELBST-BESTIMMUNG	PFLEGEHEIME Erhaltung und Förderung der Mobilität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen Martina Schäufele Möglichkeiten und Grenzen der kognitiven und psychomotorischen Aktivierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern Andreas Ackermann Moderation Stephan Koesling + Franz Gigout
TRANSFER & VERSTETIGUNG	TRANSFER IN REGELANGEBOTE Sturzprävention und das SOK-Prinzip Clemens Becker Interventionen zur Gesundheitsförderung älterer erwerbsloser Personen Katrin Rothländer und Susann Mühlpfordt Moderation Veronika Reisig + Svenja Budde

>> Referenten- und Autorenverzeichnis

Dr. Andreas Ackermann

Fachbereich Sozialpädagogik und Pflege
Justus-von-Liebig-Schule
Von-Kilian-Straße 5
D-79761 Waldshut-Tiengen

Prof. Dr. Henning Allmer

Gesund e.V. – Kölner Institut für Gesundheitswissenschaften
Hansaring 88
D-50670 Köln

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
D-30165 Hannover

PD Dr. Clemens Becker

Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik für geriatrische Rehabilitation
Auerbachstraße 110
D-70376 Stuttgart

Dr. Kristin Behrens

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Präventivmedizin
St. Georg Straße 108
D-18055 Rostock

PD Dr. Isaac Bermejo

Celenus-Kliniken GmbH
Moltkestraße 27
D-77654 Offenburg

Ute Blessing-Kapelke

Deutscher Olympischer Sportbund
Fachbereich »Sport der Generationen«
Otto-Fleck-Schneise 12
D-60528 Frankfurt/Main

Dr. Stefan Blüher

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie
Luisenstraße 13
D-10117 Berlin

Svenja Budde

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Westerfeldstraße 35/37
D-33611 Bielefeld

Dennis Cole

WINEG, Wissenschaftliches Institut der Techniker
Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
Bramfelder Straße 140
D-22305 Hamburg

Bernhilde Deitermann

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen
Postfach 4460
D-30044 Hannover
(ehemals MHH, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung)

Dr. Dagmar Dräger

Leitung des Forschungsbereichs »Alter(n)s-forschung«

Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Medizinische Soziologie
 Luisenstraße 13
 D-10117 Berlin

Dr. Jessica A. Dreas

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
 Deutsches Institut für Sucht- und Präventions-
 forschung
 Wörthstraße 10
 D-50668 Köln

Fabian Frank

Universitätsklinikum Freiburg
 Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
 Hauptstraße 6
 D-79104 Freiburg

Katharina M. Gallois

BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventions-
 forschung GmbH
 Abteilung Prävention und Evaluation
 FG Angewandte Interventionsforschung
 Achterstraße 30
 D-28359 Bremen

Jutta Genz

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Deutsches Diabetes-Zentrum
 Auf'm Hennekamp 65
 D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. Guido Giani

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Deutsches Diabetes-Zentrum
 Auf'm Hennekamp 65
 D-40225 Düsseldorf

Franz Gigout

Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheits-
 förderung Saarland e.V.
 Martin-Luther-Straße 12
 D-66111 Saarbrücken

Dr. Burkhard Haastert

medi Statistica
 Lambertusweg 1b
 D-58809 Neuenrade

Prof. Dr. Holger Hassel

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Coburg
 Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
 Institut für Angewandte Gesundheitswissenschaften
 Friedrich-Streib-Straße 2
 D-96450 Coburg

Susanne Heim

Georg-August-Universität
 Universitätsmedizin Göttingen
 Abteilung Allgemeinmedizin
 Humboldtallee 38
 D-37073 Göttingen
 [ehemals MHH, Institut für Allgemeinmedizin]

Ingrid Hendlmeier

Hochschule Mannheim
 Fakultät für Sozialwesen
 Paul-Wittsack-Straße 10
 D-68163 Mannheim

Andreas Höll

Arbeitsgruppe Epidemiologische Psychiatrie und
 Demographischer Wandel
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
 J 5
 D-68159 Mannheim

Dr. Manfred Huber

Coordinator Healthy Ageing, Disability and
Long-term Care
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen

Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier

Georg-August-Universität
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen
(ehemals MHH, Institut für Allgemeinmedizin)

Prof. Dr. Dr. Andrea Icks

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Deutsches Diabetes-Zentrum
Auf'm Hennekamp 65
D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. Annelie Keil

Gesundheitswissenschaften/Biografie-
und Lebensforschung
Schenkendorfstraße 41
D-28211 Bremen

Stephan Koesling

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheits-
förderung e. V.
Könneritzstraße 6
D-01067 Dresden

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

PD Dr. Christian Krauth

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover

Dr. Steffi Kreuzfeld

Universität Rostock – Institut für Präventivmedizin,
Arbeitsmedizin, Sportmedizin, Sozialmedizin
St. Georg Straße 108
D-18055 Rostock

Prof. Dr. Dres. hc. Ursula Lehr

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-
organisationen e. V. (BAGSO)
Bonngasse 10
D-53111 Bonn

Susanne Linden

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Jörn Lübke

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Präventivmedizin
St. Georg Straße 108
D-18055 Rostock

Reinhard Mann

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Hessisches Sozialministerium
Referatsleitung Prävention
Dostojewskistraße 4
D-65187 Wiesbaden

Dr. Andreas Mielck

GSF – Forschungszentrum für Umwelt
und Gesundheit
Institut für Gesundheitsökonomie und
Management im Gesundheitswesen
Ingolstädter Landstraße 1
D-85764 Neuherberg

Eva Mnich

UKE – Institut für Medizinische Soziologie
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Susann Mühlpfordt

TU Dresden
Professur für Arbeits- und Organisations-
psychologie
Chemnitzer Straße 46b
D-01062 Dresden

Hardy Müller

WINEG, Wissenschaftliches Institut der Techniker
Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesund-
heitswesen
Bramfelder Straße 140
D-22305 Hamburg

Prof. Dr. Gerhard Naegele

Technische Universität Dortmund
Institut für Gerontologie
Evinger Platz 13
D-44339 Dortmund

Dr. Guido Nöcker

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln

Dr. Bettina Nowotny

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Deutsches Diabetes-Zentrum
Auf'm Hennekamp 65
D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. Christian Ohmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Koordinierungsstelle für Klinische Studien
Moorenstraße 5
D-40225 Düsseldorf

Dr. Elke Olbermann

Technische Universität Dortmund
Institut für Gerontologie
Evinger Platz 13
D-44339 Dortmund

Christiane Patzelt

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover

Dr. Silke Pawils

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Dr. Martina Plaumann

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover

Madlen Pomp

Medizinische Hochschule Hannover
 Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
 Gesundheitssystemforschung
 Carl-Neuberg-Straße 1
 D-30625 Hannover

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 Ostmerheimer Straße 220
 D-51109 Köln

Markus Preuss

Universitätsmedizin Rostock
 Institut für Präventivmedizin
 St. Georg Straße 108
 D-18055 Rostock

Dr. Wolfgang Rathmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Deutsches Diabetes-Zentrum
 Auf'm Hennekamp 65
 D-40225 Düsseldorf

Dr. Veronika Reisig

Bayerisches Landesamt für Gesundheit
 und Lebensmittelsicherheit
 Veterinärstraße 2
 D-85764 Oberschleißheim

Prof. Dr. Michael Roden

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Deutsches Diabetes-Zentrum
 Auf'm Hennekamp 65
 D-40225 Düsseldorf

Katrin Rothländer

TU Dresden
 Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie
 D-01062 Dresden

Prof. Dr. Martina Schäufele

Hochschule Mannheim
 Fakultät für Sozialwesen
 Paul-Wittsack-Straße 10
 D-68163 Mannheim

Prof. Dr. Günter Schmolz

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
 Nordbahnhofstraße 135
 D-70191 Stuttgart

Dr. Anke Steckelberg

Universität Hamburg
 Fachbereich Chemie, Institut für Gewerblich-
 Technische Wissenschaften
 Fachrichtung Gesundheit
 Martin-Luther-King-Platz 6
 D-20146 Hamburg

Prof. Dr. Regina Stoll

Universitätsmedizin Rostock
 Institut für Präventivmedizin
 St. Georg Straße 108
 D-18055 Rostock

Helga Strube

BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventions-
 forschung
 Abteilung Prävention und Evaluation
 Achterstraße 30
 D-28359 Bremen

Dr. Gudrun Theile

UniversitätsSpital Zürich
 Departement Medizinische Radiologie,
 Klinik für Radio-Onkologie
 Rämistraße 100
 CH-8091 Zürich
 (ehemals MHH, Institut für Allgemeinmedizin)

Dr. Frank Verheyen

WINEG, Wissenschaftliches Institut der Techniker
Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
Bramfelder Straße 140
D-22305 Hamburg

Prof. Dr. Ulla Walter

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover

Dr. Matthias Weippert

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Präventivmedizin
St. Georg Straße 108
D-18055 Rostock

Prof. Dr. Siegfried Weyerer

Arbeitsgruppe Epidemiologische Psychiatrie und
Demographischer Wandel
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
D-68159 Mannheim

Dr. Birgit Wolter

Institut für gerontologische Forschung e. V.
Torstraße 178
D-10115 Berlin

Prof. Dr. Hajo Zeeb

BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventions-
forschung GmbH
Abteilung Prävention und Evaluation
Achterstraße 30
D-28359 Bremen