



## Vertiefungsmodul 1

# Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

### Prävention

Prävention (lat. "abwenden") meint die gezielte Abwendung oder Vermeidung von Gefahren oder schlechten Ereignissen. Prävention kann sich sowohl auf medizinische, als auch andere Sachverhalte beziehen, wie zum Beispiel die Abwendung von negativen Folgen sozialer Ungleichheit, des Klimawandels oder der Globalisierung. Dazu ist es notwendig, die Entwicklungsgeschichte der abzuwendenden Gefahren genau zu kennen: „Was macht krank?“. In der Medizin ist diese Entwicklungsgeschichte als **Pathogenese** Grundlage des Verständnisses der kurativen (heilenden) Medizin. Ausgehend von einer Krankheit, wie beispielsweise dem Herzinfarkt, erfolgt rückwirkend das Verständnis zur Entstehung (z.B. Gefäßverschluss) und der Prävention dieser Erkrankung (z.B. Vermeidung von Ablagerungen in den Gefäßen). Bei der Prävention werden manchmal aktive Maßnahmen wie z.B. das Training des Immunsystems durch Impfungen, aber meist passive präventive Ansätze wie z.B. das Tragen eines Fahrradhelmes zum Schutz des Kopfes verfolgt. Prävention wird definiert laut Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001, S. 71):

#### Primärprävention

umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen. Gesundheitspolitisches Ziel ist, die Inzidenzrate (Neuaufreten) einer Erkrankung in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.

#### Sekundärprävention

umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien (Früherkennungsmaßnahmen, Gesundheits-Check up, Vorsorge-Untersuchungen), asymptomatischer Krankheitsstadien und ihrer erfolgreichen Frühtherapie. Zentral ist die Forderung nach gesichertem Zusatznutzen der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung, da andernfalls Früherkennung unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursacht. Als Sekundärprävention wird in jüngster Zeit auch die Verhinderung einer Wiederholungserkrankung bzw. einer identischen Zweiterkrankung nach behandelter Ersterkrankung bezeichnet (z.B. Re-Infarkt nach Herzinfarkt). Gesundheitspolitisches Ziel ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.

#### Tertiärprävention

kann im weiteren Sinne verstanden werden als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich bestimmte Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen, zu erhalten und bleibende Einbußen bzw. Behinderungen zu verhüten.



## VERTIEFUNGSMODUL 1

In Abhängigkeit von den Stadien der Pathogenese einer Erkrankung verwirren unterschiedliche Stadien der Vorbeugung zusätzlich: Ist die Person noch gesund, aber es drohen Erkrankungen, so helfen primär-präventive Maßnahmen wie die Vermeidung von zuviel Zucker in der Ernährung, um einem Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) vorzubeugen. Ist die Person später dennoch an Diabetes erkrankt, so beugt eine frühzeitige, sekundär-präventive Erkennung und Behandlung beispielsweise mit Insulin eventuellen Spätschäden vor. Sind bereits Folgeschäden des Diabetes wie Durchblutungsstörungen in Form eines Schlaganfalles eingetreten, so helfen tertiär-präventive Maßnahmen, verlorene Fähigkeiten wiederherzustellen (zu rehabilitieren) oder entstandene Behinderungen zu kompensieren.

### Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung dagegen beschäftigt sich nicht mit der Frage, wie Krankheiten entstehen, sondern geht der Wahrung und Stärkung der Gesundheit selbst nach: „Was stärkt die Gesundheit?“ Dem zugrunde liegt eine **salutogenetische Anschauung**. Gesundheitsförderung wird laut WHO Ottawa-Charta (1986) wie folgt definiert (Franzkowiak & Sabo 1998):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl das Individuum als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und nicht als vorrangiges Lebensziel zu verstehen. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“

Ziel der Gesundheitsförderung ist daher nicht nur die Wahrung von Gesundheit, sondern der weitere Ausbau gesundheitlicher Reserven: Gesunde werden gesünder. Dazu werden meist aktive Ansätze gewählt. Beide - Gesundheitsförderung und Prävention - wollen also letztlich Gesundheit erhalten oder wiederherstellen.

### Gesundheit

Was aber genau ist Gesundheit? Die Medizin hat in den letzten Jahren eine strikte Trennung von Gesundheit und Krankheit verlassen. In Zeiten, in denen akute und chronische Erkrankungen aufgrund verbesserter Hygiene, medizinischer und sozialer Versorgung meist überlebt werden, viele Menschen aber von Folgeerscheinungen wie leichten Beeinträchtigungen oder Behinderungen betroffen sind, wird vielmehr von einem fortlaufenden, nicht genau abgrenzbaren Übergang zwischen gesund und krank ausgegangen. Außerdem rücken nach dem stark biologisch-naturalistisch orientierten Weltbild des 18. und 19. Jahrhunderts nun auch soziale und psychische Einflüsse auf unseren gesundheitlichen Zustand wieder stärker in den Blickpunkt. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 lautet: „Gesundheit [ist] ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.“ (Buddeberg 2004).

Zusammengefasst ist primäre Prävention auf die Vorbeugung des ersten Auftretens einer Störung bzw. die Entstehung einer Erkrankung ausgerichtet. Dies geschieht durch die Information und Beratung bestimmter Risikogruppen. Sekundäre und tertiäre Prävention zielen darauf ab, eine vorhandene Krankheit in ihren Folgen durch Früherkennung und angemessene Behandlung zum Stillstand zu bringen oder zu verzögern, oder das Auftreten von Rückfällen und die Ausbildung chronischer Zustände z.B. durch wirksame Rehabilitation zu reduzieren. Eine Übersicht über Begrifflichkeiten, Synonyma und Zielgruppen zeigt Tabelle VM1-1: Begriffsbildung um die Termini Gesundheitsförderung und Prävention.



VERTIEFUNGSMODUL 1

Der klassischen präventiven Trias gegenübergestellt wurde der Begriff „Gesundheitsförderung“. In der Praxis sind viele gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Sporttreiben) gleichzeitig primärpräventiv wirksam (z.B. Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Gesundheitsfördernde Maßnahmen wirken häufig über eine Erhöhung der körperlichen Aktivitäten. Bekannter sind klassische primärpräventive Ansätze wie der Schutz gesunder Personen vor ansteckenden Krankheiten durch Maßnahmen der Hygiene. Impfungen erlauben eine gezielte Stärkung der Krankheitsabwehr, indem der Organismus mit abgeschwächten Krankheitserregern in Kontakt kommt. Regelmäßige Impfungen werden von älteren Menschen aus Unkenntnis über notwendige Auffrischung oder wegen besonderer Vorbehalte manchmal vernachlässigt. Auch hier bietet sich ein praktischer Ansatzpunkt für die kommunale Gesundheitsförderung. Informationsmaterial und Folienvorträge speziell für die ältere Zielgruppe wurden von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) 2009 bereitgestellt unter: [http://www.bagso.de/gesundheit\\_impfung.html](http://www.bagso.de/gesundheit_impfung.html).

Darüber hinaus vermeiden gesundheitsfördernde Maßnahmen aber nicht nur negative Ereignisse, sondern bauen die Gesundheit in vielen Belangen weiter aus, z.B. durch eine Zunahme der Widerstandskraft. Demzugrunde liegt das Modell der Entstehung und Förderung von Gesundheit (Salutogenese) gegenüber dem reaktiv-orientierten Modell der Entstehung (Pathogenese) und Vermeidung von Krankheiten (Prävention). Aus diesem Grund berücksichtigt Tabelle VM1-1 beide Ansätze.

Kategorie	primordial	primär	sekundär	tertiär
<b>Synonyma</b>	Gesundheitsförderung	Prävention	Kuration	Rehabilitation
<b>Ansatz</b>	Stärkung der eigenen Reserven	Risikoreduktion vor Einsetzen der Erkrankung	Erkennung und Behandlung im Krankheitsfrühstadium	Wiederherstellung nach Einsetzen der Erkrankung
<b>Zielgruppe</b>	Gesunde	Risikoträger	Akutpatienten	Chronisch Kranke
<b>Mögliches Setting zur Durchführung von Maßnahmen</b>	Organisationen der offenen Seniorenarbeit, Freizeit- und Sportvereine, aber auch geriatrische Einrichtungen mit Umfeldorientierung	vgl. Spalte „primordial“ sowie Hausarztpraxen oder Öffentlicher Gesundheitsdienst	Hausarztpraxen (z.B. Krebsvorsorge-Untersuchungen) Krankenhäuser, Akutgeriatrie	Geriatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime, ambulante Pflege, Pflegestützpunkte
<b>Ausgewählte Maßnahmen</b>	Bewegungsförderung (z.B. Kampagne „3.000 Schritte gehen“) Betriebsgesundheits (z.B. „Gesunde Kantine“)	Impfungen (z.B. gegen Grippe oder Kinderlähmung), Jodierung von Speisesalz	Vorsorge-Untersuchungen (z.B. Krebsfrüherkennung) sowie Behandlung von Erkrankungen im Frühstadium (z.B. Diabetes)	Rehabilitation (z.B. nach Schlaganfall, Sturz mit Frakturfolge) Komplexe Programme gegen Mangelernährung in Pflegeheimen

Quelle: Eigene Zusammenstellung, modifiziert nach Laaser et al. 1993



## VERTIEFUNGSMODUL 1

Während Tabelle VM1-1 oft synonym gebrauchte Begriffe einordnet und einander gegenüberstellt, ist in der Praxis ein weitergehendes Verständnis von aufeinander aufbauenden Entwicklungsschritten hilfreich. Der betroffene Mensch ist in den Mittelpunkt der Betrachtung vielfältiger Einflüsse gegebener Person-Umwelt-Merkmale zu stellen. Dazu zeigt Abbildung VM1-1 Modelle der schrittweisen Entstehung von Gesundheit (Salutogenese) und Krankheit (Pathogenese) sowie geeigneter Ansatzpunkte vor und nach Entstehung einer Krankheit. Im Mittelpunkt stehen Bezüge zur Selbsthilfefähigkeit, Selbstbestimmung (Autonomie) und Teilhabe (Partizipation). Auf diesen Modellen aufbauende englischsprachigen Klassifikationen -zunächst **ICIDH**, aktueller Nachfolger **ICF** - erleichtern die Einordnung von unterschiedlichen Ausprägungen von Gesundheit und Behinderung. Gesundheitsförderung und Prävention wirken bei ähnlichen Ausprägungen vorbeugend in die gleiche Richtung. Es beginnt bei einem gesunden Individuum und reicht über Schädigung, nachfolgender Erkrankung mit gestörter Organfunktion (Impairments), Fähigkeitsstörungen (Disabilities) bis hin zu sozialen Beeinträchtigungen (Handicaps).

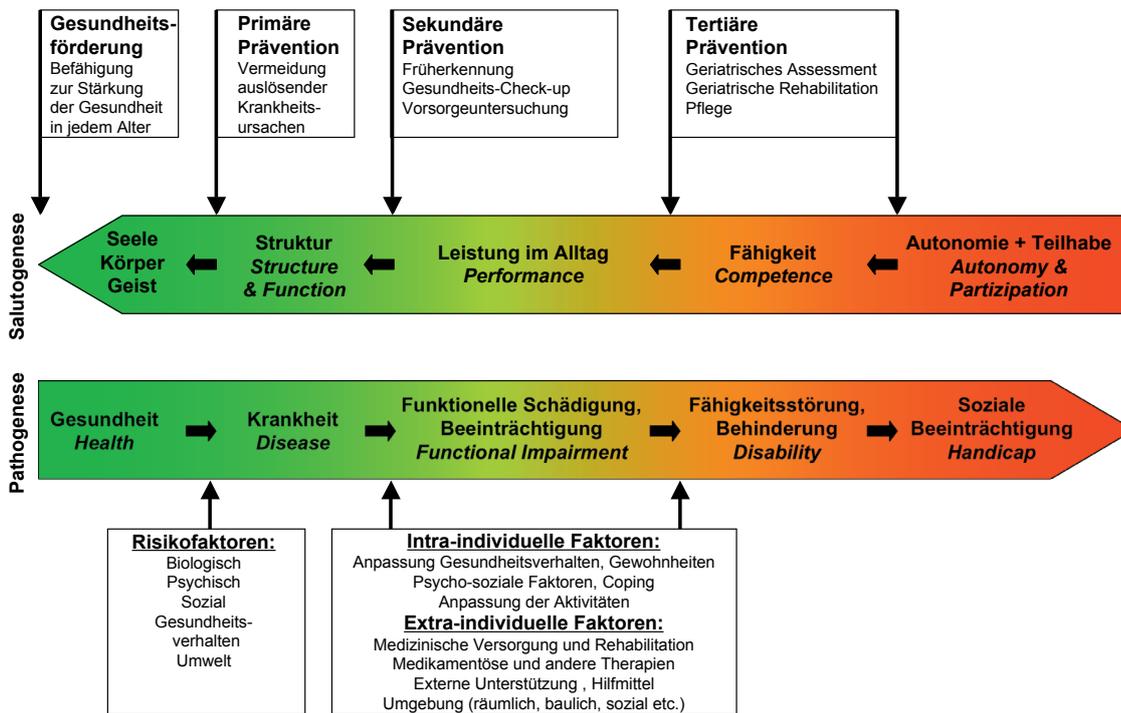
Für die meisten Projekte zur Gesundheitsförderung in Kommunen ist die aus den ICIDH- und ICF-Modellen abgeleitete, umfangreiche Klassifikation (Einordnung und Katalogisierung von Fähigkeitsstörungen) wenig zielführend. Wichtig erscheint eine grundsätzliche Vertrautheit mit den oben genannten Begriffen und dem zugrunde liegenden Modell: „Die WHO hat mit dem Konzept des „Active Aging“ gegenüber traditionellen (und häufig einseitig defizit-orientierten Auffassungen von Altern) deutlich neue Akzente in Hinblick auf Krankheit und Gesundheit im Alter gesetzt.“ Quelle: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/mug/Abschnitt-1-einfuehrung/1-Hintergrund-und-positionierung-des-projekts-mug-iii/1-3-Konzeptionelle-berlegungen-zum-verst-ndnis-von-hilfe-und-pflegebed-rftigkeit-im-alter/1-3-3-modell-des-active-aging-und-die-international-classification-of-functioning-disability-and-health-der-weltgesundheitsorganisation.html>.

Frei übersetzt zeigt dieses Zitat mögliche Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung im Alter, in dem aktives Altern als Produkt verstanden wird aus bestmöglichen Bedingungen für Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit als Grundvoraussetzung für eine verbesserte Lebensqualität im Alterungsverlauf. Die folgende Abbildung VM1-1 fasst den derzeitigen Erkenntnisstand von Einflüssen auf Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit im Alter zusammen. Das ICF-Modell in Form dieser Abbildung VM1-1 kann genutzt werden, um Stellgrößen der Intervention in interdisziplinären Projekten festzulegen. So spielen Ansätze der Versorgung mit Hilfsmitteln erst in vergleichsweise fortgeschrittenen Krankheitsprozessen eine Rolle, vgl. extraindividuelle Faktoren in Abbildung VM1-1.



## Abbildung VM1-1: Modelle der schrittweisen Entstehung von Gesundheit (Salutogenese) und Krankheit (Pathogenese) sowie geeigneter Ansatzpunkte vor und nach Krankheits-Entstehung

nach der Internationalen Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) und der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)



Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach WHO (1980), Verbrugge & Jette (1994), Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), Michele JP (2007)

Wer sich weiter mit den Klassifikationen und Modellen beschäftigen möchte, findet regelmäßig aktualisierte, deutschsprachige Fassungen und Anwendungsbeispiele bei dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

Anwendungsbeispiele für den Bereich der Tertiärprävention wurden veröffentlicht bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter: [www.bar-frankfurt.de/ICF\\_Praxisleitfaden\\_2.bar](http://www.bar-frankfurt.de/ICF_Praxisleitfaden_2.bar). Internationale Programme zur Gesundheitsförderung können so leichter auf die Übertragbarkeit in den deutschsprachigen Raum geprüft werden, wobei natürlich Besonderheiten der jeweiligen Gesundheitssysteme beachtet werden müssen. Praktische Anwendung findet die ICF in Deutschland beispielsweise bei den Kostenträgern der Rehabilitation, vgl. hierzu [http://www.mds-ev.org/Rehabilitation\\_ICF.htm](http://www.mds-ev.org/Rehabilitation_ICF.htm).

Das ICF-Modell kann auch genutzt werden, um rückwirkend komplexe Zusammenhänge gesellschaftlicher Probleme mit mehreren, sich gegenseitig verstärkenden Ursachen zu entschlüsseln. Als ein Beispiel sei die Anwendung des Modells auf die Entwicklung von Suchterkrankungen genannt (Stachowske 2008).



## Ausgewählte Literatur zu Vertiefungsmodul 1:

Buddeberg C (2004): Psychosoziale Medizin. 3. Auflage. Springer, Berlin 2004.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2005): Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Als Download verfügbar unter: <http://www.deutscher-praeventionspreis.de/index.php?id=46> (Stand: 31.07.2008).

Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens J-P, Jankowska E, Maggi A, Ponikowski P, Ryś A, Szczecińska K, Milewicz A (2008): European Silver Paper of the Future of Health Promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease. Wrocław, September 2008. Als Download verfügbar unter: <http://www.eugms.org/index.php?pid=195> (Stand 01.1.2008).

Dapp U (2008): Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Kohlhammer, Stuttgart 2008.

Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren: Angebote und Zielgruppen. Z Gerontol Geriat 2007; 40:226-240.

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. MMI, Neu-Isenburg. Als download verfügbar unter vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm> (Stand 27.07.2009)

Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Verlag Peter Sabo, Mainz 1998.

HEN – Health Evidence Network der WHO (2004): What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Als Download verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf> (Stand 31.07.2008).

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Handbuch Gesundheitswissenschaften, Huber, Bern 2004.

Laaser U, Hurrelmann K, Wolters P (1993): Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim 1993, S. 176-203.

Michele JP (2007): The Disablement Process. EAMA VII-1, Januar 2007. Vortrag unveröffentlicht.

Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. Kohlhammer, Stuttgart 2004.  
Achtung: Erste Auflage vergriffen: 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2006.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001.



## Ausgewählte Literatur zu Vertiefungsmodul 1:

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag Drucksache 14/5660. Als Download verfügbar unter <http://dip.bundestag.de/cgi-bin> (Stand: 30.08.2002).

Stachowske, R (2008): Sucht und Drogen im ICF-Modell. Genogramm-Analysen in der Therapie der Abhängigkeit. Neuland Verlag 2008.

Verbrugge LM, Jette AM (1994): The disablement process. Soc Science and Medicine 1994, 38:1-14.

WHO – World Health Organization (1980): International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. WHO, Geneva 1980.

WHO – World Health Organization (1999): International Classification of Functioning, Disability and Health. 2. Auflage. WHO, Geneva 1999.

WHO – World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva 2001.

WHO – World Health Organization (2009): The WHO Family of International Classifications. Als Download verfügbar unter: <http://www.who.int/classifications/en/> (Stand: 27.07.2009).

Zeng Y, Crimmins EM, Carrière Y, Robine JM (2007): Longer Life and Healthy Aging. International Studies in Population. Springer, Heidelberg 2007.