

Aktive Gesundheitsförderung im Alter

**Gesundheitsfördernde Maßnahmen am Albertinen-Haus Hamburg
in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten und
Hausärztinnen und deren älteren Patienten und Patientinnen**

ausgezeichnet mit dem 1. Preis Deutscher Präventionspreis 2005

**Durchführung:
Albertinen-Haus Hamburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg**

**Das Programm wurde gefördert durch:
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und
Max und Ingeburg Herz Stiftung**

Kontakt:

Forschungsabteilung
Albertinen-Haus Hamburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wiss. Einrichtung an der Universität Hamburg
Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg
Telefon: 040 / 5581-1871, FAX: 040 / 5581-1874
forschung@albertinen.de

Aktive Gesundheitsförderung im Alter

Gesundheitsfördernde Maßnahmen am Albertinen-Haus Hamburg

in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten und Hausärztinnen und deren älteren Patienten und Patientinnen (Hausarztstudien Teil 2 und 3)

1.1 Zusammenfassung

Das Gesundheitsvorsorgeprogramm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde im Jahr 2001 mit der finanziellen Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), der Max und Ingeburg Herz Stiftung und der Robert Bosch Stiftung am Albertinen-Haus Hamburg erfolgreich aufgebaut. Die Angebote am Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie, wurden um ein gezieltes Programm für Prävention und Gesundheitsförderung erweitert. Wie schon die erfolgreiche Intervention durch die „Hausarztstudie Teil 1“¹ und das Kieser-Training „Alt & Stark“ an Krafttrainingsgeräten, richtet sich auch dieses Programm direkt an ältere Menschen.

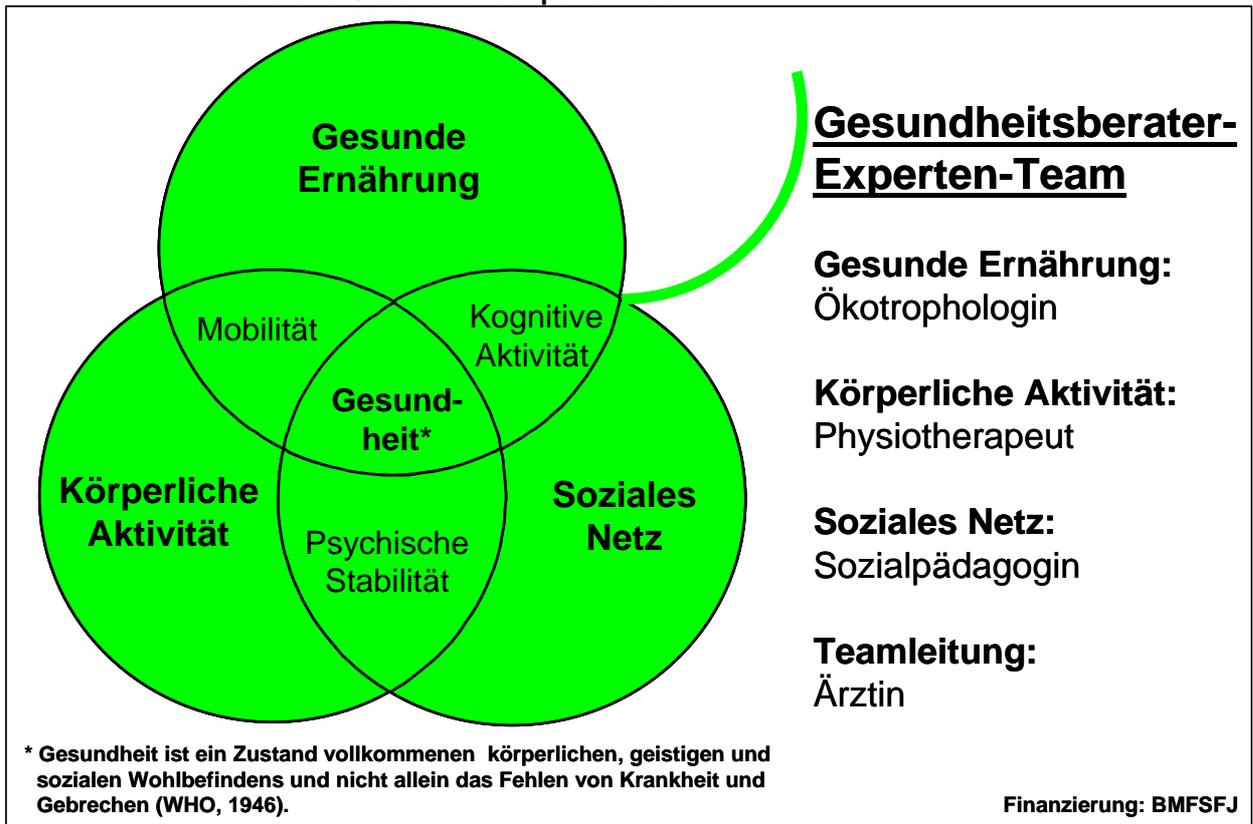
Ein interdisziplinäres Team von Gesundheitsberatern und Gesundheitsberatern unter der Leitung einer geriatrisch ausgebildeten Ärztin vermittelte am Geriatrischen Zentrum Albertinen-Haus Patienten-Beratung für die primär der Eigenverantwortung unterliegenden Gesundheitsbereiche körperliche Aktivität im Alter durch einen Physiotherapeuten, Ernährung im Alter durch eine Ökotrophologin und psycho-soziales Wohlbefinden im Alter durch eine Sozialpädagogin (vgl. Abb. 1.1). Hierfür nutzt das Team bestehende personelle und strukturelle Ressourcen des Geriatrischen Zentrums. Durch einen eigenen didaktischen Ansatz in Kleingruppen wird die Eigenverantwortung des älteren Menschen (Empowerment) gestärkt und ihm durch Experten und Expertinnen (interdisziplinäres Gesundheitsberater-Team) die Kompetenz für die selbständige Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen vermittelt. Als Hilfsmittel für individuelle Beratungen in Kleingruppen dienten besonders strukturierte Instrumente und Informationsmaterialien. Darüber hinaus wurden durch den Kontakt zu Seniorenorganisationen gezielt weiterführende Angebote empfohlen (vgl. Abb. 1.2).

1.2 Das Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ – Entwicklung und Ziele

Das Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Hausarztstudie Teil 2) vertritt ein in Deutschland neuartiges Konzept der Gesundheitsvorsorge im höheren Lebensalter. Mehrere Überlegungen haben uns zu diesem Schritt bewogen. Angesichts des demographischen Wandels warnen Experten und Expertinnen seit längerem vor sozialen und ökonomischen Problemen, die einer alternden Bevölkerung drohen. Prognostiziert wird insbesondere die rasche Zunahme des Anteils hochaltriger Menschen. Diese Bevölkerungsgruppe stellt einen Großteil der pflegebedürftigen Personen und beansprucht vielfältige Leistungen des Gesundheitswesens (bmgesundheit.de, 2002). In gezielten, vorbeugenden Maßnahmen wird eine Möglichkeit gesehen, diese Entwicklung zumindest zu verlangsamen oder gar aufzuhalten (Modell der „Compression of morbidity“, Fries, 1996).

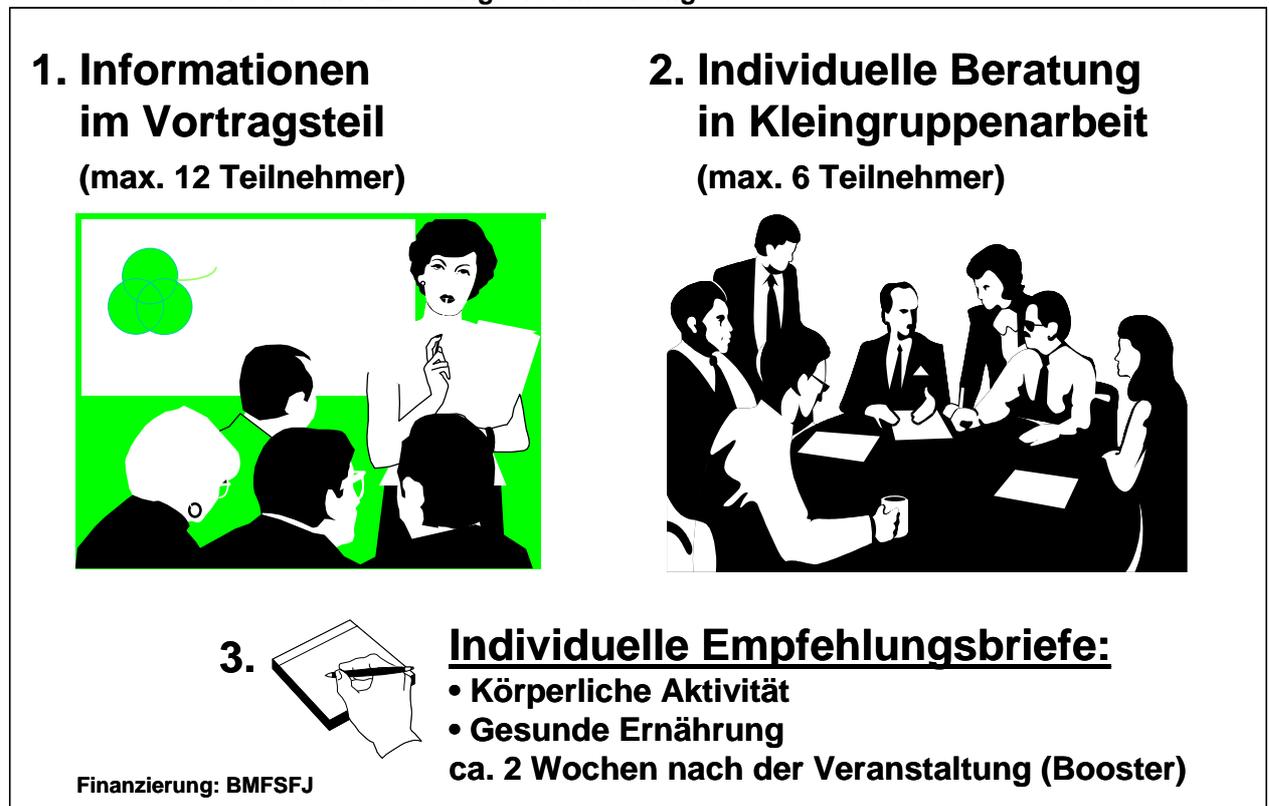
¹ Hausarztstudie Teil 2 ist die inhaltliche Fortführung der Hausarztstudie Teil 1: Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle, Schriftenreihe BMFSFJ, Band 204, Kohlhammer 2001

Abbildung 1.1: „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ am Albertinen-Haus:
Inhalte und Gesundheitsexperten-Team



Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp & Anders (2006)

Abbildung 1.2: „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ am Albertinen-Haus:
Ablauf einer Beratungs-Veranstaltung



Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp & Anders (2006)

Mit Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) war es dem Albertinen-Haus möglich, altersmedizinische Kompetenz mit Erfahrungen aus anderen wissenschaftlichen Studien und Modellprojekten in einem neuartigen Ansatz zu verbinden. Das Anliegen war, das während der Hausarztstudie Teil 1 aufgebaute Netzwerk zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich auszubauen und die Zusammenarbeit mit Hausärzten und Hausärztinnen in Hamburg fortzusetzen. Das von uns entwickelte Konzept „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ orientiert sich an verschiedenen Ansprüchen:

- Integration der Hausarztpraxis als Lotse durch das Gesundheitssystem,
- Förderung geriatrischer Kompetenz im ambulanten Bereich,
- Geriatrische Netzwerkarbeit (ambulant und stationär),
- Förderung der Eigenverantwortung des älteren Menschen (Empowerment),
- Integration eines präventiven Konzeptes für ältere Menschen,
- Verhaltensorientierter Ansatz (didaktisches Konzept mit Kleingruppenarbeit),
- Integration von Experten und Expertinnen (Physiotherapie, Ökotrophologie, Sozialpädagogik),
- Einsatz standardisierter Instrumente.

Ziel des Projektes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ ist es, die Neuentstehung von Krankheit und Behinderung im höheren Lebensalter zu verhindern, um langfristig schwerwiegende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinaus zu zögern. Unsere Zielgruppe war durch folgende Kriterien bestimmt:

- Mindestalter 60 Jahre,
- Keine bekannte dementielle Erkrankung,
- Keine bestehende Pflegebedürftigkeit im Alltag.

Alle über 60jährigen Patienten und Patientinnen (ohne bekannte Demenz oder Pflegebedürftigkeit im Alltag) von 14 teilnehmenden Hausarztpraxen im Hamburger Stadtgebiet wurden gefragt, eine Selektion der Patienten, bzw. Patientinnen durch die Hausarztpraxen wurde somit vermieden. Wir nutzten hierfür den niedrigschwelligen Zugang zu Themen der Gesundheitsvorsorge über einen Selbstausfüller-Fragebogen zur Gesundheit, der uns im Rahmen unserer Mitarbeit an einer EU-Studie zugänglich war. Dieser Zugang für unser Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ hatte den Vorteil, ein kontrolliert-randomisiertes Studiendesign nutzen zu können. Von den 804 Personen, die im Jahr 2001 den Fragebogen ausgefüllt hatten, erteilten 580 Personen ihre Einwilligung (informed consent) zur Teilnahme am Projekt „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“. 503 der 580 Personen nahmen an den interventionellen Gruppenveranstaltungen am Albertinen-Haus teil, das von dem interdisziplinären Gesundheitsberater-Team durchgeführt wurde.

Es zeigte sich während des Projektes, dass sich trotz definierter Einschlusskriterien unter den Teilnehmern und Teilnehmerinnen Personen befanden, die aufgrund kognitiver Auffälligkeiten oder körperlicher Einschränkungen hätten ausgeschlossen werden müssen. Für diese Personengruppe boten wir aus ethischen Gründen individuelle Hausbesuche an. Bei diesen Personen wäre aufgrund einer im Vordergrund stehenden individuellen Problematik die Teilnahme an einer Gruppenveranstaltung nicht möglich gewesen und der Weg ins Albertinen-Haus hätte häufig nicht mehr bewältigt werden können. Darüber hinaus vereinbarten wir auch mit jenen Personen Hausbesuche, die aufgrund der Pflege eines Angehörigen zu belastet waren, um in das Geriatrische Zentrum zu kommen. Insgesamt wurden 77 der 580 Personen im Hausbesuch gesehen.

Aufgrund der psychosozialen, körperlichen und geistigen Einschränkungen war die Mehrheit der im Hausbesuch gesehenen Personen nicht in der Lage, Empfehlungen zur Gesundheitsförderung eigenständig umzusetzen. Vielmehr waren Maßnahmen der sozialen Unterstützung, der professionellen Pflege und der geriatrischen Rehabilitation indiziert. Bei den individuellen Hausbesuchen verfolgten wir somit ein anderes Interventionsziel. Nicht der Entstehung von körperlichen Einschränkungen und Krankheit sollte vorgebeugt werden, sondern bereits bestehende Behinderungen mussten kompensiert und soziale Benachteiligung im Sinne langfristiger Institutionalisierung vermieden werden. Geeignet hierzu waren teilweise noch Maßnahmen der tertiären Prävention (Rehabilitation). In einigen Fällen dagegen blieb nur die Sicherstellung der Versorgung durch ambulante oder institutionelle Pflege, da das Maß der funktionellen Beeinträchtigung (functional decline) bereits zu weit fortgeschritten war ohne genügend vorhandene ausgleichende Ressourcen (vgl. v. Renteln-Kruse et al., 2003).

Dagegen stand das Bestreben bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Gruppenveranstaltungen, bestehende Reserven auszubauen und aktiv die Gesundheit zu fördern im Sinne der primordialen Prävention (Laaser et al., 1993).

So lässt sich die eigentliche Zielgruppe des Projektes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wie folgt beschreiben:

Die 503 Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die zu zwei Terminen in die Gruppenveranstaltungen in das Geriatrische Zentrum kamen, waren im Durchschnitt 70 Jahre alt und zu 60% weiblich. Zwei Drittel sahen die Verantwortung für die eigene Gesundheit sowohl bei sich selbst, als auch beim Hausarzt, bzw. der Hausärztin und der Familie. Obwohl das gewählte interventionelle Konzept der Gesundheitsvorsorge neuartig war, knüpften die Teilnehmer und Teilnehmerinnen mehrheitlich konkrete Erwartungen an die Teilnahme wie „Vorschläge zum Erhalt der Gesundheit“ oder „Ratschläge für eine bessere Ernährung“. Auf dieser Grundlage und mit der speziell auf die älteren, selbständig lebenden Personen zugeschnittene Didaktik war es möglich, die Aufmerksamkeit zu gewinnen und Informationen zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise zu vermitteln.

Als Voraussetzung zu einer aktiven Mitarbeit sahen wir die Erläuterung des Zusammenhangs zwischen eigenem Lebensstil, Lebenserwartung und Erwartung an das Leben im Alter. Von der Möglichkeit, das eigene Schicksal mitzubestimmen und eigenverantwortlich Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit im höheren Alter vorzubeugen, machten die älteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen Gebrauch. Sie identifizierten sich mit unserem Ziel des Projektes, Behinderung und Krankheit vorzubeugen, da es ihrer eigenen Vorstellung von Lebensqualität im Alter entsprach.

Vier Komponenten an dem von uns entwickelten Konzept berufen sich auf eine kurze, aber erfolgreiche Tradition der Gesundheitsbildung und sind als wesentlich für den Erfolg in dieser Zielgruppe zu sehen.

- Multidimensionaler Ansatz,
- Interdisziplinärer Ansatz (Gesundheitsberater-Expertenteam),
- Verhaltensorientierter Ansatz (didaktisches Konzept),
- Verhältnisorientierter Ansatz (Netzwerk).

Multidimensionaler Ansatz: Wir übernahmen aus der klinischen Geriatrie die multidimensionale Ausrichtung des Konzeptes in den ausgewählten Schwerpunktbereichen der Intervention: Ernährung, Bewegung und Soziales, um mögliche Wechselwirkungen zwischen den Bereichen günstig zu nutzen.

Interdisziplinärer Ansatz (Gesundheitsberater-Expertenteam): Gemäß diesem Ansatz wurde auch ein interdisziplinär arbeitendes Team eingesetzt. Dieses geriatrische Kernteam vermittelte unter der Leitung einer geriatrisch ausgebildeten Ärztin gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Gesundheitsbereiche körperliche Aktivität im Alter (Physiotherapeut), Ernährung im Alter (Ökotrophologin) und psycho-soziales Wohlbefinden (Sozialpädagogin). Da alle Team-Mitglieder über Fachwissen in ihrem Fachgebiet verfügten und Kenntnisse in der Beratung älterer Personen aufwiesen, war nur eine kurze Vorbereitung auf besondere Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Projekt nötig. Hierzu zählten u.a. die laiengerechte Visualisierung und Präsentation der Informationen sowie Grundlagen der wissenschaftlichen Dokumentation.

Durch dieses Vorgehen konnten die multidimensionalen Maßnahmen effektiv koordiniert werden. Die individuelle Beratung der älteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen gelang während der Kleingruppenarbeit in kurzer Zeit, berücksichtigte bereits bestehende chronische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Osteoporose, Herz-Kreislaufleiden etc.) und körperliche Beschwerden (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen), die den Teilnehmern und Teilnehmerinnen bisher Veränderungen des Lebensstils erschwert hatten. Auf dieser individuell zugeschnittenen Basis wurden detaillierte Vorschläge mit dem Teilnehmer, bzw. der Teilnehmerin entwickelt. Die Abgabe stereotyper Empfehlungen wie z.B. „Bewegen Sie sich mehr!“ wurde vermieden.

Verhaltensorientierter Ansatz (didaktisches Konzept): Dritter Baustein unseres Konzeptes war die abgestufte Didaktik, die sich auf gestaffelte Module stützt. In zunehmender Interaktion mit dem älteren Teilnehmer und der älteren Teilnehmerin übernahm dieser mehr und mehr Eigenverantwortung (Empowerment). Die Gesundheitsberater und Gesundheitsberaterinnen des interdisziplinären Teams hatten dabei vor allem die Funktion, diese Eigenverantwortung zielgerichtet zu unterstützen.

Verhältnisorientierter Ansatz (Netzwerk): Um nicht nur die Einstellung der älteren Personen günstig zu beeinflussen, sondern auch die Umsetzung eines aktiven Lebensstils langfristig zu fördern, nutzte das Projekt bestehende personelle und strukturelle Ressourcen in Hamburg. Das Netzwerk zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich wurde erweitert um Kontakte zu offiziellen Seniorenvertretungen (z.B. Landesseniorenbeirat) und gemeinnützigen Seniorenorganisationen in den Bereichen Ehrenamt, soziale Hilfen, Freizeit und Bildung. So war es möglich, den Teilnehmern und Teilnehmerinnen im weiten Gebiet der Großstadt Hamburg gezielt und wohnortnah Angebote zur Unterstützung ihrer persönlichen Vorhaben zu empfehlen (Beratungsangebote, Sportkurse etc.).

1.3 Ergebnisse des Projektes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“

Aufbauend auf diesem Konzept wurde mit 503 älteren Teilnehmern und Teilnehmerinnen am Geriatrischen Zentrum gearbeitet. Dabei bestätigte sich das Bild einer aktiven, selbstbewussten und vielschichtigen Bevölkerungsgruppe, wie es in der Bundesberichterstattung des BMFSFJ zur älteren Generation beschrieben wird: *„In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umbruch begriffen ist wie die der Älteren. Ältere Menschen verfügen über erstaunliche Kompetenzen zur Problembewältigung und vermögen mit Unterstützung*

durch geeignete Maßnahmen ein hohes Maß an Autonomie, an Lebensqualität und an Lebenszufriedenheit zu bewahren oder zurückzugewinnen. Geeignete Ressourcen im sachlichen und personellen Umfeld gilt es optimal zu erschließen. In diesem Sinne sollte Alter auch als Chance begriffen werden.“ (BMFSFJ, 2002).

Die älteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen erwarben vielfältige neue Fertigkeiten zu einer gesünderen und aktiven Gestaltung ihres Alltags. Sie bewiesen dabei erstaunliche körperliche, geistige und soziale Kompetenz. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen demonstrierten durch ihre aktive Mitarbeit in den Kleingruppen zur Ernährung und Bewegung hohe Motivation und Flexibilität. Damit bestätigten sie die positiven Erfahrungen von Verhaltensforschern mit dieser Arbeitsform (Lewin, 1936; Walter et al., 2001). Wir weisen im diesem Zusammenhang auf die dynamischen, interaktiv positiv wirksamen Prozesse hin. Ähnlich günstige Wirkungen sind auch aus der Evaluation der Arbeit von Selbsthilfegruppen bekannt (Trojan et al., 1997).

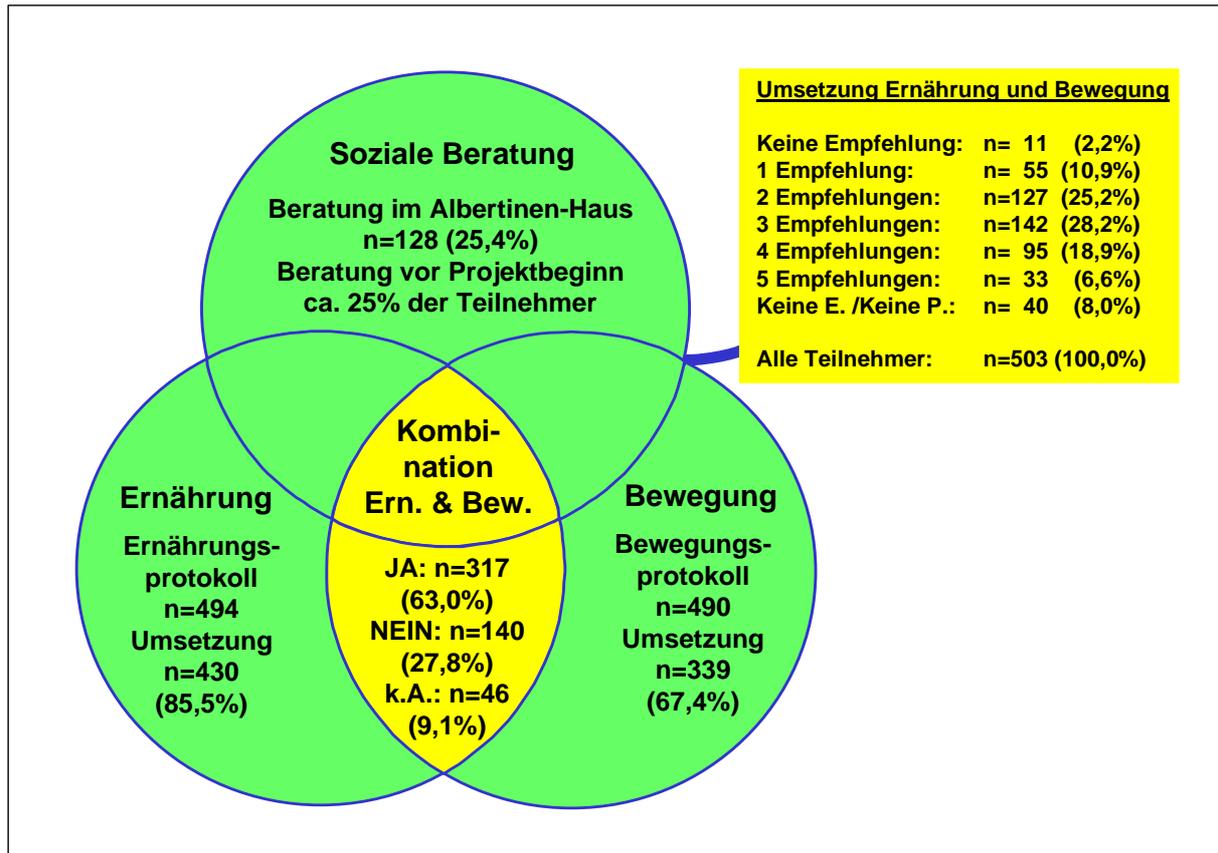
Nicht nur der Verlauf der Gruppenveranstaltungen war erfolgreich, sie zeigten auch nachhaltige Effekte. Aus den Angaben der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ergab sich, dass fast jeder von ihnen mindestens einen Vorschlag der Gesundheitsberater, bzw. Gesundheitsberaterinnen in seinen Alltag übernommen hatte. Die Mehrheit (63%) berichtete, sie hätten sogar in den beiden Bereichen Ernährung und Bewegung je eine Empfehlung umgesetzt. Unter erfolgreicher Umsetzung verstehen wir die regelmäßige Ausübung der gesundheitsfördernden Maßnahmen. Dies konnte angenommen werden, wenn die Teilnehmer und Teilnehmerinnen detailliert über Art und Weise der Umsetzung sprechen konnten (vgl. Abb. 1.3).

Diese positiven Effekte zeigten sich bereits sechs Monate nach dem ersten Interventionstermin (Gruppenveranstaltung Termin 1). Um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen, diente der nachfolgende zweite Interventionstermin der Repetition und Verstärkung durch praktische Erprobung in sogenannten Schnupperstunden.

1.4 Akzeptanz des Projektes und Bewertung durch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Wichtig war uns die Akzeptanz der älteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen gegenüber dem Projekt. Sowohl standardisierte Bewertungen als auch Freitextkommentare der Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer anonymen Befragung belegen ein positives Echo. Fast jeder von ihnen würde das Projekt auch anderen älteren Menschen empfehlen und zwei Drittel sprachen sich für die regelmäßige Fortsetzung aus. Die Teilnehmer, bzw. die Teilnehmerinnen waren bereit, einen zeitlichen Aufwand von zweimal vier Stunden pro interventioneller Veranstaltung zu investieren. Selbst Fahrtzeiten von bis zu zwei Stunden in öffentlichen Verkehrsmitteln hielten sie nicht davon ab. Deutlich sprachen sich 90% für den gewählten Ort der Intervention am Geriatriischen Zentrum aus. Die Arbeit und der persönliche Austausch in kleinen Gruppen, die gute personelle und räumliche Ausstattung des Zentrums begründeten diese Einstellung.

Abb. 1.3: Umsetzung der Empfehlungen des Gesundheitsberater-Teams



Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp & Anders (2006)

74% der Projekt-Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben an, eine finanzielle Eigenbeteiligung sei sinnvoll und zumutbar. Sie wären nach eigenen Angaben bereit, Selbstkosten-Beiträge für vierstündige Gruppenveranstaltungen am Geriatrischen Zentrum zu bezahlen. Diese Antworten waren uns sehr wichtig, zeigten sie doch Chancen zur Implementierung des Projektes außerhalb der Förderung geschützter Modelle. Das Angebot der Intervention in Form von Gruppenveranstaltungen erscheint bei guter Wirksamkeit und relativ niedrigen Kosten auch effizient.

Auch die anonyme Befragung der Hausärzte und Hausärztinnen erbrachte eine außerordentlich positive Resonanz auf das Projekt, die auf folgenden Gründen beruhte. Die Beratung der älteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen entlastete die Hausärzte und Hausärztinnen zeitlich, erleichterte die Bereitschaft zu Maßnahmen der sozialen Vorsorge und wurde positiv bewertet. Die Hausärzte und Hausärztinnen selber nahmen regelmäßig und nach eigenen Angaben mit Gewinn am Qualitätszirkel teil. Sie vertieften ihre präventiv-medizinischen und geriatrischen Kenntnisse. Auf ihren Wunsch hin wird dieser Qualitätszirkel regelmäßig fortgeführt.

Die Kooperation zwischen den Hausarztpraxen und dem Geriatrischen Zentrum wurde intensiviert. Darüber hinaus gelang es, den älteren Menschen direkt über das Vorsorgeangebot in das Netzwerk vorhandener Altenhilfestrukturen zu integrieren. Besonders positiv empfanden es die Hausärzte und Hausärztinnen, dass die Förderung der Eigenverantwortung bei ihren Patienten und Patientinnen durch die Teilnahme an dem Projekt angesprochen wurde. „Der Ältere kann durch nichts so gefördert werden, wie dadurch, dass man ihn fordert, ihm etwas zutraut und zumutet...“ (Schulte, 1971).

1.5 Ausblick

Das Projekt der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“ ließe sich flexibel an die jeweilige Situation in unterschiedlichen Regionen Deutschlands anpassen. Somit könnten auch andere klinisch geriatrische Einrichtungen dieses Vorsorgekonzept in ihr lokales Angebot integrieren. Wir wünschen uns, dass unser Vorsorgeprogramm in Deutschland weite Verbreitung findet. Die Zielgruppe der selbständig lebenden über 60jährigen („community-dwelling elderly people“) umfasst die Mehrheit der 19,1 Mio. älteren Menschen in Deutschland. Bis zum 80. Lebensjahr ist das Risiko noch gering, in naher Zukunft Pflegebedürftigkeit zu erleiden. Nach dem 80. Jahr steigt es jedoch exponentiell an (BMG, 2002). Diese Menschen müssen rechtzeitig erreicht werden, um ihre Reserven an Kompetenz so auszubauen, damit Selbständigkeit so lange wie möglich erhalten bleibt. Wir handeln damit proaktiv im Sinne der „expected duration of functional well being“ (vgl. „model of active life expectancy“: Sullivan, 1971; Robine / Ritchie, 1991). Um auch anderen Geriatrischen Zentren und damit möglichst vielen Älteren das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zugänglich zu machen, wurde u.a. ein Curriculum zur Fortbildung interdisziplinärer geriatrischer Teams entwickelt. In einer fünftägigen Fortbildung werden diese vierköpfigen Teams (Bereich Medizin, Bewegung, Ernährung, Soziale Teilhabe) zur Durchführung von Gruppenveranstaltungen nach dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ befähigt. Diese Fortbildungswochen geriatrisch arbeitender Teams zu Gesundheitsberater-Expertenteams werden seit 2005 an der Albertinen Akademie in Hamburg durchgeführt.

Medizinische Prävention ist Teil der Gesundheitsvorsorge, aber Gesundheitsvorsorge ist weit mehr als medizinische Prävention. Gesundheitsvorsorge sollte verstanden werden als zukunftsorientierte Investition in die Gesundheit unserer Bürger und Bürgerinnen. Eine Verteilung der finanziellen Lasten auf alle Akteure der Gesundheitsförderung scheint realisierbar. Dem politischen Bekenntnis zu Prävention und Gesundheitsförderung sollten Taten folgen.

Aus diesem Grund integrieren wir, das 2001 eingeführte – und bis Ende 2002 streng evaluierte - Gesundheitsförderungsprogramm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ am Albertinen-Haus in bestehende Altenhilfestrukturen. Seit 2003 sind unter der Schirmherrschaft des BMFSFJ und der Max und Ingeburg Herz Stiftung die Beratungsveranstaltungen für die aktive Gesundheitsförderung für alle interessierten älteren Personen in Hamburg und ihre Hausarztpraxen geöffnet. Eine gleichnamige Buchpublikation wurde 2004 erstellt und war schnell vergriffen. Die 2. erweiterte Auflage kann seit 2006 über den Buchhandel bezogen werden (Meier-Baumgartner, Dapp, Anders 2006: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. 2. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart 2006. ISBN: 3-17-019327-9).

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde im Jahr 2003 mit einem Innovationspreis für Früherkennung und Prävention der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) und im Jahr 2005 mit einem Wissenschaftspreis - dem Bad Kissinger Parkwohnstift Preis für Gerontologie - ausgezeichnet. Darüber hinaus vergab die Jury des Deutschen Präventionspreises 2005, der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und der Bertelsmann-Stiftung ausgeschrieben wurde, einstimmig den 1. Preis an das neuartige Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“.

Literatur

Becker F, Zarif SH (1978): Training older adults as Peer Counselors. Educational Gerontology: An International Quarterly 3, 1978, 241-250.

Buddeberg C, Willi J (1998): Psychosoziale Medizin; 2. Aufl., Springer-Verlag Berlin 1998, S. 369-383.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2002): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, www.bmggesundheits.de/downloads-themen/pflegeversicherung/zahlen/zahlenfakten.pdf.

Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (1996): Altenhilfe in Europa, rechtliche institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen. Schriftenreihe, Bd. 132.1, Kohlhammer, Stuttgart, 1996, S.- 61-63.

Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2000): Bewegung, Spiel und Sport im Alter – ein Handbuch zur Planung und Organisation attraktiver Angebote; Schriftenreihe, Band 185; Kohlhammer Berlin 2000.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft Berlin 2001.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft Berlin 2002.

Caplan G, (1964): Principles of preventive psychiatry. Basic Books New York 1964.

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

Fries JF (1996): Physical activity, the compression of morbidity and the health of the elderly. J R Soc Med 89: 64-68.

Haastregt van JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP (2000): Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: Systematic review. British Medical Journal 2000; 320, 754-758.

Heikinnen E, Waters WE, Brzezinski Z (Hrg.) (1987): Die Betagten in elf Ländern. Eine sozialmedizinische Erhebung. Weltgesundheitsorganisation Kopenhagen 1987.

Heseker H, Schmid A (2002): Ernährung im hohen Alter und in der Geriatrie. Ernährungs-Umschau 5/2002, B17-B20.

Hirschmeier L (2001) : Die Ernährung des alten Menschen. Med. Welt 10/2001, S. 285-289.

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

Labonte R, Penfold S (1981): Canadian Perspectives in Health Promotion: A Critique. Health Education, April, 1981, 4-9.

Lames M, Kolb M (1997): Gesund & Bewegt - Gesundheitsförderung in Sportvereinen. 1. Aufl., Academia Verlag Sankt Augustin 1997.

Lederman S, Farrar M (1986): The Wisdom Project of the American Red Cross in Greater New York: A Blueprint for a Community-Based Health Care and Health Education Program. in „Wellness and Health Promotion for The Elderly by Dychtwald K, Aspern Publication, 1986.

- Lehr U (1991):** Psychologie des Alterns. 7. Aufl., Quelle & Meyer, Heidelberg 1991.
- Lewin K (1936):** Principles of topological psychology. McGrawHill, New York 1936.
- Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J (2006):** Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. 2. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart 2006.
- Meier-Baumgartner HP, Dapp U (2001):** Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 204. Kohlhammer, Stuttgart 2001.
- Meier-Baumgartner HP, Hain G, Oster P, Steinhagen-Thiessen E, Vogel W (1998):** Empfehlungen für die Klinisch-Geriatrische Behandlung, 2. Aufl., Gustav Fischer Verlag, Jena 1998.
- Renteln-Kruse v W, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP (2003):** Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegekraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. Z Gerontol Geriat 2003, 36: Heft 5: 378-391.
- Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM (2003):** Determining health expectancies. Wiley, Chichester 2003.
- Robine JM, Ritchie K (1991):** Healthy life expectancy: Evaluation of global indicator of change in population health. Br Med J 302: 457-460, 1991.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland D (1987):** Geriatric assessment in a subacute hospital ward. Clin Geriatr Med 3: 131-143, 1987.
- Schulte W (1971):** Präventive Gerontopsychiatrie. In V. Böhlau (Hrg.), Alter und Psychotherapie, 79-89, Schattauer Verlag Stuttgart 1971.
- Schwartz FW (1999):** Strukturelle Einbettung und Qualität von Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung: GKV-konforme Ansätze und Strategien. In: Landereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg): Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven. Hannover, 7-14, 1999.
- Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (2001):** Hamburger Statistische Jahrbuch 2001/2002, Hamburg 2001.
- Stiksrud HA (1976):** Diagnose und Bedeutung individueller Werthierarchien. Lang Frankfurt 1976.
- Stöckel S, Walter U (Hrsg) (2002):** Prävention im 20. Jahrhundert – Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Juventa, Weinheim 2002.
- Sullivan DF (1971):** A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep 86: 347-354, 1971.
- Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT (1995):** Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. Journal of the American Medical Association; 1995, 273: 1348-1353.
- Trojan A, Stumm B, Süß W (1997):** BürgerInnenbeteiligung in der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung. In: Altgelt T, Laser I, Walter U (Hrg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? – Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. 171 – 182, Juventa Verlag Weinheim 1997.
- Walter U, Buser K, Direks ML, Dörning H, Fröhlich B, Grobe T, Heide J, Hoopmann M, Krauth C, Liecker B, Lorenz C, Reichle C, Reinhardt R, Schmidt T, Weber J, Weidemann F, Schwartz FW (2001):** Evaluation präventiver Maßnahmen. Abschlussbericht für die AOK-Niedersachsen. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Zusammenarbeit mit der medizinischen Hochschule Hannover. Hannover 2001.