

angewandte **Forschung**

Magazin für
Psychogerontologie
und Entwicklung
über die Lebensspanne

Martine Hoffmann (Hrsg.)



Themenschwerpunkt:

Gesundheit neu denken!

- Gesundheitsförderung und Prävention im Alter
- Promotion de la santé et prévention dans le contexte du vieillissement
- Health promotion and prevention in the context of ageing

angewandte **Forschung**

**Magazin für Psychogerontologie
und Entwicklung
über die Lebensspanne**

Herausgeber

RBS – Center fir Altersfroen asbl
c/o Dr. Martine HOFFMANN
20, rue de Contern
L-5955 Itzig

Lektorat

Danièle BECKIUS
Nicole DUHR
Dr. Martine HOFFMANN
Dr. Jacqueline ORLEWSKI
Vibeke WALTER
Simone ZEIMES

Bestelladresse

RBS – Center fir Altersfroen asbl
20, rue de Contern
L-5955 Itzig
Tel.: 36 04 78
Fax: 36 02 64
www.rbs.lu

Erscheinungsweise

Das Magazin „angewandte Forschung“ erscheint jährlich und ist zum Einzelpreis von 4,50 Euro zu erwerben.

Grafische Umsetzung

Danyel Michels
proFABRIK SARL – www.pro-fabrik.com
6, Rue Kummert – L-6743 Grevenmacher

Druck

Druckerei Hoffmann
Kölner Straße 1
D-54673 Neuerburg

© April 2016

Vorwort Ministerin für Familie und Integration Corinne CAHEN	04
Editorial „Nun sag, wie hast du’s mit der Prävention?“ Von der Gretchenfrage zum Gesundheitsimperativ Dr. Martine HOFFMANN	05
DISZIPLINÄRE PERSPEKTIVEN UND BEFUNDE	
Lachyoga im Kontext Gesundheitsförderung und Prävention Dr. Anja BILSING	09
„In dem Job kannst du alt werden“ Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere ArbeitnehmerInnen Schwerpunkt: Stressprävention Dr. Mareike BÖNIGK	12
Psychotherapie im Alter Prof. Dr. Dr. Rolf D. HIRSCH	15
Fit sein ist keine Frage des Alters Philippe PETERS	20
Physical and cognitive activities have the potential to prevent age-associated deficits Dr. Jean-Paul STEINMETZ	25
PRAXISBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNGS- UND PRÄVENTIONS-PROGRAMME IM BLICKPUNKT	
Verhindern und Verzögern: Implementationsparameter der sekundären Prävention bei der Alzheimer Krankheit Prof. Dr. Tobia HARTMANN	28
Les immigrés portugais au Luxembourg: Projets futurs et bien-être Dr. Isabelle ALBERT, Stephanie BARROS COIMBRA & Kelly ADAO DO CARMO	32
Potential des Interventionsansatzes „Lebenstraining: Die 7 Kernbereiche meiner Gesundheit“ zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter Dr. Marta GONÇALVES and Dr. Benjamin COOK	36
Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ – Langzeitwirkungen erfolgreicher Zusammenarbeit von Gesundheitsberater-Expertenteam und Hausarztpraxen im regionalen Gesundheits-Netzwerk Dr. Ulrike DAPP	39
Ageing well – Yes we can! Neuer praktischer Ansatz zur nationalen Gesundheitsförderung Simon GROSS	47

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ – Langzeitwirkungen erfolgreicher Zusammenarbeit von Gesundheitsberater-Expertenteam und Hausarztpraxen im regionalen Gesundheits-Netzwerk

Dr. Ulrike DAPP
Forschungskoordinatorin der medizinisch-geriatrischen Forschungsabteilung des Albertinen-Haus

Hintergrund

Über 80 Millionen Einwohner leben in der Bundesrepublik Deutschland, von denen jeder vierte Einwohner mindestens 60 Jahre, jeder Fünfte mindestens 65 Jahre alt ist und fast jeder Zehnte bereits das 75. Lebensjahr erreicht oder überschritten hat [Statistisches Bundesamt, 2015]. Angesichts des demographischen Wandels warnen Experten und Expertinnen seit längerem vor sozialen und ökonomischen Problemen, die der alternden Bevölkerung drohen. Prognostiziert wird die rasche Zunahme des Anteils hochaltriger Menschen, die den Großteil der pflegebedürftigen Personen stellen und Leistungen des Gesundheitswesens beanspruchen. All dies verlangt Anpassungen der Gesundheits- und Versorgungssysteme sowie die Entwicklung spezieller Früherkennung für vulnerable und gebrechliche ältere Menschen (*frailty*), um dem Eintritt der Folgen von *Frailty* und damit verbundenen unerwünschten Funktionsverlusten (*disability*) und Pflegebedürftigkeit wirkungsvoll entgegenzutreten [Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 2015]. Insbesondere in gezielten, gesundheitsfördernden Maßnahmen wird eine Möglichkeit gesehen, diese Entwicklung zu verlangsamen oder gar aufzuhalten (Modell der *Compression of morbidity*; Fries, 1996).

Derzeit fehlen jedoch national und international repräsentative Daten zu älteren Menschen. Gründe dafür könnten u.a. befürchtete Nichtteilnahme und/oder hohe Abbruch-Raten im Verlauf sein (Guralnik et al., 2010). In der seit 2000 in Hamburg kontinuierlich durchgeführten Langzeitkohorten-Studie LUCAS (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study), deren Teilnehmer ab 60 Jahren ohne obere Altersgrenze rekrutiert wurden, liegt die mittlere Studienabbruch-Rate ohne Verstorbene bisher unverändert unter 3% pro Jahr (Dapp et al., 2012).

Der häufigste präventive Ansatz für ältere Menschen beruhte während der vergangenen Jahre auf dem Konzept

des sog. *präventiven Hausbesuchs*. Meta-Analysen zu publizierten Studien zeigten jedoch sehr inkonsistente Resultate. Äquivalente Untersuchungen in Deutschland – mit kurzer Beobachtungsphase – blieben bislang ohne Nachweis positiver Effekte bzgl. alltags-relevanter Outcome-Parameter (Elkan et al., 2001; Huss et al., 2008; Mayo-Wilson et al., 2014; Meinck et al., 2004; Meinck 2012; Stuck et al., 2002; van Haastregt et al., 2000). Die Identifikation von Zielgruppen für Interventionen ist essenziell für deren Wirksamkeit (Metzelthin et al. 2015). So erwartet das Health Evidence Network (HEN) der WHO darüber hinaus die Erstellung von Kosten-Nutzen-Analysen präventiver Hausbesuche und deren Vergleiche mit alternativen Strategien (Elkan & Kendrick, 2004).

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ – Entwicklung und Ziele

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde im Jahr 2001 in die erste LUCAS-Welle eingebettet und vertritt ein in Deutschland neuartiges Konzept der Gesundheitsvorsorge (*health promotion*) im höheren Lebensalter. Mehrere Überlegungen haben uns zu diesem Schritt bewogen: Multidimensionales geriatrisches Assessment sowie die Integration geeigneter und zielgerichteter Versorgungsangebote sind Schlüsselkomponenten koordinierter Gesundheitsförderung, Prävention und Therapieplanung (von Renteln-Kruse, 2009). Hausarztpraxen kommt dabei eine zentrale Rolle für ältere Menschen zu (Börsch-Supan et al., 2005). Der Ausschluss älterer Menschen von gesundheitspolitisch relevanten Programmen und Studien ist weder ethisch noch medizinisch und finanziell zu rechtfertigen (Clegg et al., 2013; Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 2015).

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 Netzwerk zwischen ambulantem und

stationärem Versorgungsbereich auszubauen und die Zusammenarbeit mit Hausärzten und Hausärztinnen in Hamburg zu fördern. Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ orientiert sich also an verschiedenen Ansprüchen:

- ▶ Nutzung etablierter Berufsgruppen und kommunaler Strukturen
- ▶ Stärkung der Hausarztpraxis als „Lotse im Gesundheitssystem“
- ▶ Förderung geriatrischer Kompetenz im ambulanten Bereich
- ▶ Ausbau geriatrischer und präventiver Netzwerkarbeit (ambulant und stationär)
- ▶ Förderung der Eigenverantwortung des älteren Menschen (*Empowerment*)
- ▶ Integration eines präventiven Konzeptes für ältere Menschen
- ▶ Multidimensionaler Ansatz für Beratung in den primär der Eigenverantwortung unterliegenden Bereichen Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe, um mögliche Wechselwirkungen zu nutzen
- ▶ Interdisziplinärer Ansatz: 4-köpfiges Gesundheitsberater-Expertenteam mit den Schwerpunkten Geriatrie, Physiotherapie, Ökotrophologie, Sozialpädagogik
- ▶ Einsatz standardisierter Instrumente (Protokolle, Screening, Assessment)
- ▶ Verhaltensorientierter Ansatz (didaktisches Konzept mit dynamisierender Kleingruppenarbeit)
- ▶ Verhältnisorientierter Ansatz (Netzwerk)

Ziel des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ ist es die Neuentstehung von Krankheit und Behinderung im höheren Lebensalter zu verhindern, um langfristig schwerwiegende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Somit folgt das Programm einem Public-Health basierten Ansatz (Komm-Struktur), in dem die selbstständig in der Gemeinde/Kommune lebende Zielgruppe durch folgende Kriterien bestimmt ist:

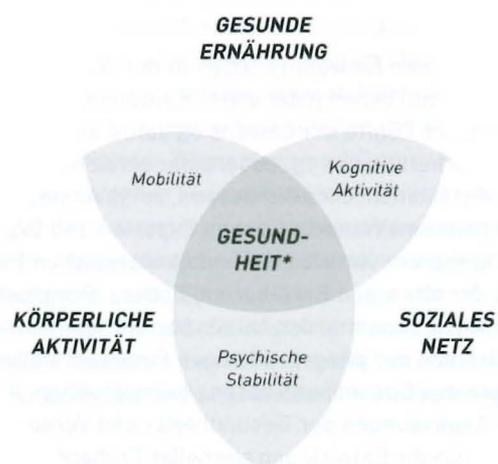
- ▶ Mindestalter 60 Jahre (ohne obere Altersbegrenzung)
- ▶ Keine bekannte dementielle Erkrankung
- ▶ Keine bestehende Pflegebedürftigkeit im Alltag

Inhalte und Ablauf

Der Ansatz des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ basiert auf psychologischen und gerontologischen Forschungserkenntnissen (Becker & Zarif, 1978). Das Programm wird in einer halbtägigen Beratungsveranstaltung in Kleingruppen von einem interdisziplinären Gesundheitsberater-Expertenteam unter der Leitung eines/r Arztes/Ärztin an

einem Gesundheits-Zentrum durchgeführt (vgl. Abb. 1a). Es umfasst die folgenden Komponenten: (1) Kurzvorträge der Gesundheitsexperten im Plenum, (2) interaktive Arbeit in dynamisierenden Kleingruppen zur Stärkung von Empowerment, (3) gemeinsame (partizipative) Entwicklung von Empfehlungen zur individuellen Umsetzung von Zielen, (4) Verschriftlichung der individuellen Empfehlungen in einem persönlichen Schreiben zwei Wochen nach Teilnahme sowie einer (5) kostenfreien Telefon-Hotline (vgl. Abb. 1b). Außerdem werden durch den Kontakt zu Seniorenorganisationen gezielt weiterführende Angebote im Gesundheits-Netzwerk zur Unterstützung der persönlichen Empfehlungen und Vorhaben (Beratungsangebote, ehrenamtliches Engagement, Sportkurse etc.) vermittelt (vgl. Abb. 2). Ausführliche Informationen zum Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ finden sich in der gleichnamigen Buchpublikation von Meier-Baumgartner und Kolleginnen (2006).

Abbildung 1a: Aufgaben Gesundheitsberater-Expertenteam („Kleeblatt“-Team)



* *Gesundheit steht im Zentrum, definiert als „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946)*

Geriat(er)/in:

- Medizinische Vorsorge
- Schmerzkontrolle, Compliance
- Risikomanagement/Wechselwirkungen

Sozialpädagoge/in:

- Soziale Vorsorge
- Soziale Hilfen
- Selbsthilfe

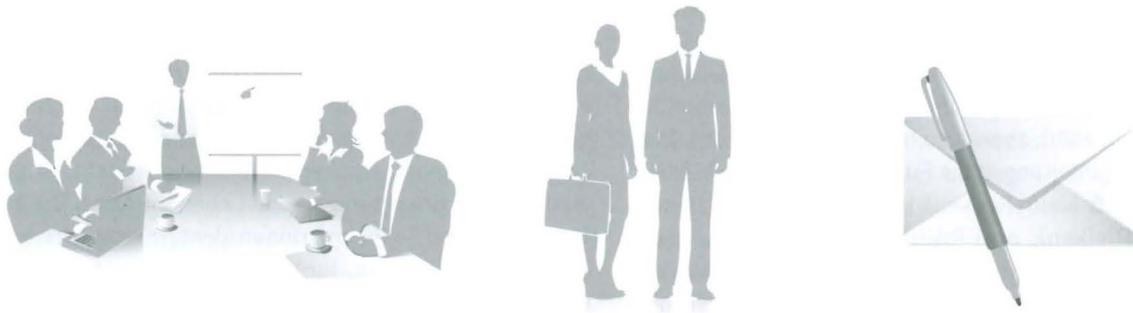
Physiotherapeut/in:

- Bewegungsmangel und Altersabbau
- Ausdauer, Gleichgewicht und Kraft
- Trainingsangebote für Senioren

Ökotrophologe/in:

- Vielseitig (Ernährungspyramide)
- Kampagne „Five a day“
- Trinkverhalten

Abbildung 1b: Ablauf einer Veranstaltung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“



**(1) Informationen im Vortragsteil
(max. 12 Personen)**

- Medizinische Grundlagen des Alterns
- Soziale Vorsorge / geistige Aktivität
- Körperliche Aktivität
- Gesunde Ernährung

**(2) Kleingruppenarbeit mit
(3) Individueller Beratung**

**(4) Individuelle Empfehlungsbriefe
Booster: 2 Wochen nach Veranstaltung**

- Körperliche Aktivität
- Ernährung

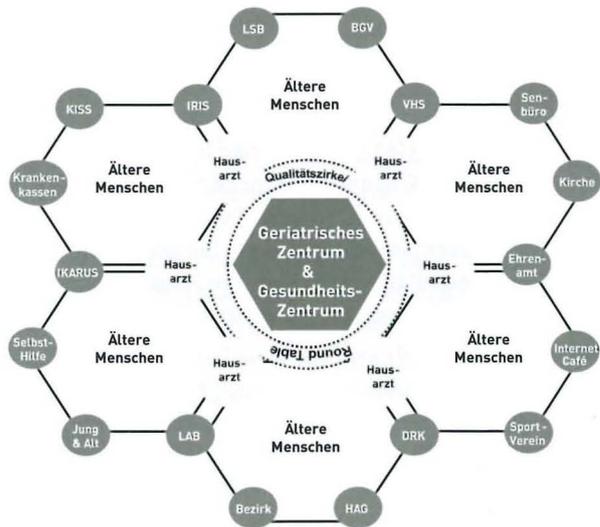
(5) Telefon Hotline (kostenfrei)

Methodik

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ ist Bestandteil der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS), für die im Jahr 2000 (Studienbeginn) 3.326 selbstständig lebende ältere Menschen ab 60 Jahren, ohne Pflegestufe und ohne Hinweise auf demenzielle Erkrankungen in Hamburg über Hausarztpraxen rekrutiert wurden. In LUCAS Welle 1 (2001-2002) wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) zur Gesundheit im Alter eingebettet. Da die Gruppe selbstständig lebender älterer Menschen ausgesprochen heterogen mit unterschiedlichen vorsorgerelevanten Erfordernissen ist, hatte die randomisierte Interventionsgruppe die Wahl zwischen zwei Interventionen: (a) Kleingruppenberatung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (vgl. 3) oder (b) Einzelberatung im präventiven Hausbesuch durch eine fortgebildete Pflegekraft, die von dem interdisziplinären Gesundheitsberater-Expertenteam supervidiert wurde. Alle teilnehmenden Hausärzte und Hausärztinnen nahmen regelmäßig (6 x pro Jahr) an einem präventiv-geriatrischen Qualitätszirkel teil, der von der Ärztekammer Hamburg als Weiterbildungsmaßnahme akkreditiert war.

Dieses Vorgehen erlaubt die Untersuchung unterschiedlicher Gesundheits- und Verhaltensprofile der Studienteilnehmer bzgl. Motivation, Befähigung, Präferenz sowie Akzeptanz und schließt auch Analysen zu sog. Non-Response/Response ein. Ergebnisse hinsichtlich des Erhalts der funktionalen Kompetenz und der Verzögerung des Eintritts von Behinderung (disability) wurden nicht nur nach Abschluss der RCT im 1-Jahres-Follow-Up (Dapp et al., 2011), sondern auch im weiteren Verlauf über regelmäßige LUCAS-Befragungswellen ermittelt. Individuum bezogene Veränderungen werden mittels Selbstausfüller-Fragebogen beobachtet und dokumentiert, sodass die LUCAS-Datenbasis nunmehr Informationen von über 30.000 Personenjahren umfasst (Dapp et al., 2012).

Abbildung 2: Auf- und Ausbau eines Netzwerkes für Gesundheit im Alter



Die Abkürzungen bedeuten:

- BGV: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
- DKR: Deutsches Rotes Kreuz
- HAG: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung
- IKARUS: Informations- und Kontaktstelle Aktiver Ruhe-Stand
- IRIS: Institut für Rehabilitation und Integration Sehgeschädigter
- KISS: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
- LAB: Lange Aktiv Bleiben e.V.
- LSB: Landesseniorenbeirat
- VHS: Volkshochschule

Der allmähliche Verlust von Reserven bei gleichzeitig beschleunigtem funktionalen Abbau im Sinne von Frailty (Bergman et al., 2004, Whitson et al., 2007) – das Primär-Outcome der LUCAS-Langzeitbeobachtung – erfolgt oft schleichend, der Eintritt in Pflegebedürftigkeit findet umso dramatischer statt. Gebräuchliche Verfahren zur Erkennung von Frailty erfassen Risiken/Defizite und nutzen klinische Testungen. In LUCAS wurde untersucht, ob der beginnende

Frailty-Prozess frühzeitig (prä-klinisch) und kostengünstig über ein Selbstausfüller-Screening in der Primärversorgung erkannt werden kann. Der entwickelte Funktions-Index (LUCAS-FI) nutzt die Selbstauskünfte älterer Menschen und erfasst zu gleichen Anteilen funktionale Risiken, die alltagsrelevanten Funktionsverlusten (ADL) vorausgehen (Fried et al., 2001), aber auch funktionale Reserven. Dies ermöglicht die Einteilung in die Funktions-Klassen ROBUST (viele Reserven & kaum Risiken), postROBUST (viele Reserven & viele Risiken), preFRAIL (kaum Risiken & kaum Reserven), FRAIL (viele Risiken & kaum Reserven), was per se über das kalendarische Lebensalter nicht möglich wäre (Dapp et al., 2014).

Akzeptanz und Erfolge des Gesundheitsförderungs-Programms im Langzeitverlauf

Teilnahmebereitschaft und Akzeptanz

Sämtliche 60-jährige und ältere Patienten und Patientinnen ohne Ausschlusskriterien (vgl. 2) der 14 teilnehmenden Hausarztpraxen wurden im Jahr 2000 angefragt, an der RCT-Studie zur Gesundheitsförderung teilzunehmen. Von den 804 Personen der randomisierten Interventionsgruppe, die vorab einen umfangreichen Gesundheits-Fragebogen ausfüllten, entschieden sich 503 (62,5%) Personen für die Kleingruppenberatung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ am Gesundheitszentrum und 77 (9,6%) Personen für die Einzelberatung im präventiven Hausbesuch. Die verbleibenden 224 (27,9%) Personen fühlten sich über ihre Hausarztpraxis ausreichend präventiv versorgt und nahmen keines der beiden Angebote in Anspruch.

Aufgrund psychosozialer, körperlicher und seelischer Belastungen war die Mehrheit der Personen, die den Hausbesuch wählten, nicht in der Lage, eigenständig Empfehlungen zur Gesundheitsförderung umzusetzen. Vielmehr waren Maßnahmen der sozialen Unterstützung, geriatrischen Behandlung und professionellen Pflege indiziert. Bei den Hausbesuchen wurde somit ein anderes Interventionsziel auch deshalb verfolgt, da die Verantwortung für die eigene Gesundheit mehrheitlich bei Ärzten gesehen wurde (externe Kontrollüberzeugung). In diesen Fällen sollte nicht der Entstehung von körperlichen Einschränkungen und Krankheit vorgebeugt werden, sondern bestehende funktionelle Beeinträchtigungen mussten kompensiert und soziale Benachteiligung im Sinne langfristiger Institutionalisierung vermieden werden. Geeignet hierzu waren teilweise auch Maßnahmen der tertiären Prävention / Rehabilitation (von 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 (Laaser et al., 1993). Zwei Drittel der Teilnehmer sahen die Verantwortung für die eigene Gesundheit sowohl bei sich

selbst, der Familie als auch beim Hausarzt, bzw. der Hausärztin. Obwohl das gewählte Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ 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“. Wichtige Voraussetzung zur aktiven Mitarbeit war die Erläuterung des Zusammenhangs zwischen eigenem Lebensstil, Lebenserwartung und Erwartung an das Leben im Alter. Die älteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen identifizierten sich mit dem Ziel des Programms, funktionellen Beeinträchtigungen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und den Alltag (alltägliche Besorgungen, Betreuung der Enkelkinder) auch zukünftig selbständig gestalten zu können. Sie nutzen die Möglichkeiten der Kleingruppenarbeit, in der auch bereits bestehende chronische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Osteoporose, Herz-Kreislaufleiden etc.) sowie körperliche Beschwerden (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen) berücksichtigt wurden. Auf dieser individuell zugeschnittenen Basis wurden detaillierte Vorschläge gemeinsam entwickelt, und in der Interaktion übernahm der ältere Teilnehmer mehr und mehr Eigenverantwortung (Empowerment). Die Abgabe stereotyper Empfehlungen wie „Bewegen Sie sich mehr!“ wurde vermieden.

Fast jeder der Teilnehmer und Teilnehmerinnen würde die Kleingruppenveranstaltung auch anderen älteren Menschen empfehlen, und zwei Drittel sprachen sich für die regelmäßige Fortsetzung aus. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren bereit, einen zeitlichen Aufwand von vier Stunden für eine interventionelle 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 Geriatrischen Zentrum aus. Die partizipative Arbeit und der persönliche Austausch in kleinen Gruppen am Gesundheitszentrum begründeten diese Einstellung.

Während der RCT waren alle Interventionsangebote für Hausarztpraxen und Teilnehmer kostenfrei. Die entstandenen Kosten für die Durchführung einer halbtägigen Kleingruppenveranstaltung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ durch das 4-köpfige Gesundheitsberater-Expertenteam betragen 130,00 € pro Teilnehmer sowie 435,00 € pro Teilnehmer am präventiven Hausbesuch (Richtwerte, abhängig von individuellen Qualifikationen der Berater). Auch flossen in die Kalkulation keine Raummieten ein, da im Geriatrischen Zentrum nur Räumlichkeiten genutzt wurden, die zu den Interventionsterminen nicht anderweitig durch den Klinikalltag besetzt waren; analog wurden keine anteiligen Raumkosten der Teilnehmerwohnung bei den Hausbesuchen kalkuliert.

74% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben an, eine finanzielle Eigenbeteiligung sei sinnvoll und zumutbar. Sie wären nach eigenen Angaben bereit, einen Selbstkosten-Beitrag für vierstündige Gruppenveranstaltungen am Geriatrischen Zentrum zu bezahlen. Diese Antworten zeigten Chancen zur Implementierung des Programms außerhalb der

Modell-Förderung. Nach Abschluss der RCT konnte das Programm auch Nicht-Interventionsteilnehmern angeboten werden, da der sog. „Präventionsparagraf“ (§20 Sozialgesetzbuch V) die Co-Finanzierung durch gesetzliche Krankenkassen ermöglichte.

Das Programm wurde 2003 nach Abschluss der RCT-Studie für alle älteren Menschen dieser Zielgruppe als Präventionsprogramm (§20 Sozialgesetzbuch V) in der Metropolregion Hamburg geöffnet. Darüber hinaus wurde zur bundesweiten Verbreitung und Integration des Programms in das Gesundheitssystem ein Curriculum zur Fortbildung interdisziplinärer Gesundheitsberater-Teams zur Durchführung von Gruppenveranstaltungen nach dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ entwickelt (Meier-Baumgartner et al., 2006). Mit der Zertifizierung erwerben diese 4-köpfigen Gesundheitsberater-Expertenteams (Medizin, Bewegung, Ernährung, Soziales) die Fähigkeit, die halbtägigen Beratungsveranstaltungen „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ eigenständig an ihrem Ort durchzuführen.

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. Im Jahr 2005 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“.

Auch die anonyme Befragung der Hausärzte und Hausärztinnen erbrachte eine außerordentlich positive Resonanz, da die Beratung der älteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Hausärzte und Hausärztinnen zeitlich entlastete und die Bereitschaft zu Maßnahmen der sozialen Vorsorge erleichterte. Die Hausärzte und Hausärztinnen selber nahmen regelmäßig und nach eigenen Angaben mit Gewinn am präventiv-geriatrischen Qualitätszirkel teil, vertieften ihre Kenntnisse und intensivierten die Kooperation mit dem Geriatrischen Zentrum. Auf ihren Wunsch hin wurde dieser bei der Ärztekammer akkreditierte Qualitätszirkel in den folgenden 10 Jahren durchgehend fortgeführt.

Es gelang, ältere Menschen in das Netzwerk vorhandener Altenhilfestrukturen zu integrieren, und die Hausärzte und Hausärztinnen schätzten die Förderung der Eigenverantwortung ihrer Patienten und Patientinnen.

„Der Ältere kann durch nichts so gefördert werden, wie dadurch, dass man ihn fordert, ihm etwas zutraut und zumutet ...“ (Schulte, 1971)

Ausgewählte Ergebnisse in der Langzeitperspektive

Die Gruppenveranstaltungen zeigten nachhaltige Effekte der Gesundheitsförderung in mehreren Dimensionen (Meier-Baumgartner et al., 2006). Im 1-Jahres-Follow-up zeigte die RCT-Interventionsgruppe hochsignifikante Verbesserungen im Gesundheitsverhalten wie beispielsweise beim Konsum von Obst und Gemüse oder bei regelmäßiger körperlicher Aktivität dreimal oder häufiger pro Woche. Diese Effekte sind insbesondere auf die Teilnahme an der Kleingruppenberatung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zurückzuführen, ebenso die hochsignifikant verbesserte Nutzung von Gesundheitsvorsorge-Maßnahmen wie Hörtest, Pneumokokken- und Gripeschutz-Impfung (Dapp et al., 2011).

Bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung (Selbstselektion) für bzw. gegen die Teilnahme an den offerierten Interventionsangeboten am Gesundheits-Zentrum oder im Hausbesuch zeigten sich unterschiedliche Präferenzen und Teilnehmerprofile (vgl. 5.1). Die Analyse mittels LUCAS-Funktionsindex (Dapp et al., 2014) vor Beginn der Intervention zeigte, dass die RCT-Interventionsgruppe (n=804) zu zwei Drittel (64%) rüstig war (Status ROBUST). Im Zwischenstadium vorgebrechlich (post-ROBUST und preFRAIL) befanden sich 22% und gebrechlich (FRAIL) waren 14% der Personen (sämtlich ohne Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit gemäß Einschlusskriterien). Rüstige Personen nahmen mehrheitlich (69%) an dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (n=503) teil. Den präventiven Hausbesuch (n=77) wählten mehrheitlich vorgebrechliche und gebrechliche Personen (75%) (vgl. Abb. 3).

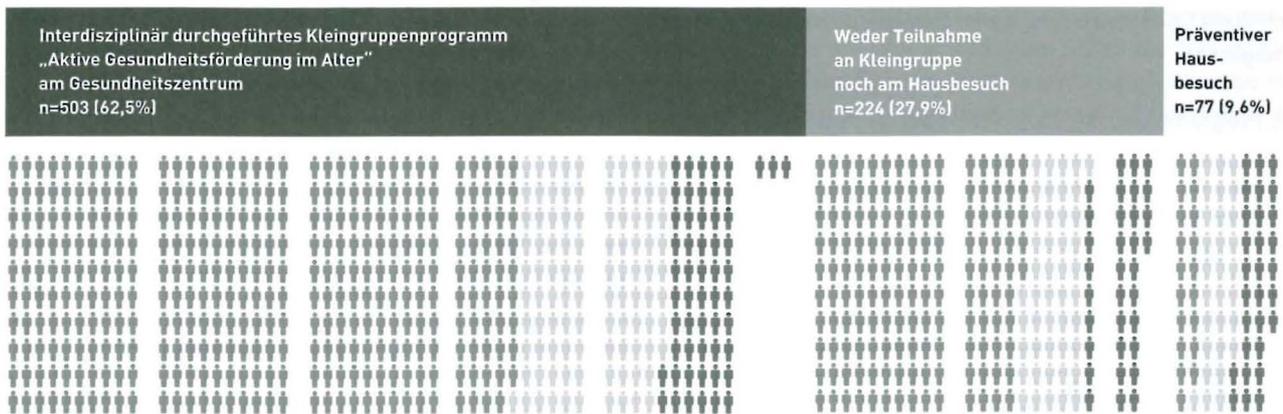
Der 12-Jahres-Langzeitverlauf belegt, dass insbesondere die Teilnehmer des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (49%) immer noch an der LUCAS Langzeit-Kohortenstudie teilnehmen. Jeder Zweite von ihnen ist laut LUCAS-Funktionsindex im Jahr 2013/2014 (LUCAS Welle 5) immer noch rüstig. Anteilig finden sich die meisten zwischenzeitlich Verstorbenen sowie Studienabbrecher aufgrund körperlicher und/oder kognitiver Probleme in der Gruppe der Hausbesuchsteilnehmer, gefolgt von denen (n=224), die sich 12 Jahre zuvor gegen beide Interventionsangebote entschieden (vgl. Abb. 3).

Langzeit-Analysen der randomisierten Kontrollgruppe (keine Interventionsangebote 2001/2002 zu LUCAS Welle 1) im 8-Jahres-Verlauf zeigen hochsignifikante Unterschiede zwischen den Funktionsklassen auch nach Adjustierung für Alter und Geschlecht. Die eingangs Robusten weisen die längste Zeitspanne vor Eintritt in Pflegebedürftigkeit auf, Personen der Klasse Frail die kürzeste (Dapp et al., 2014). Pflegebedürftigkeit in der randomisierten Interventionsgruppe entwickelte sich in der Langzeitbeobachtung überproportional bei den Personen, die initial den präventiven Hausbesuch gewählt hatten.

Weiter wurde gezeigt, dass die in der LUCAS Langzeitkohorten-Studie während 12 Jahren generierten Daten zur Gesundheit älterer Menschen in allen wesentlichen Aspekten vergleichbar sind mit repräsentativen Querschnitt-Erhebungen, die im selben Zeitraum erhoben wurden. Dies betrifft

Abbildung 3: Präferenzen der Interventionsgruppe und Funktions-Status 2001/02 bzw. 2013/14

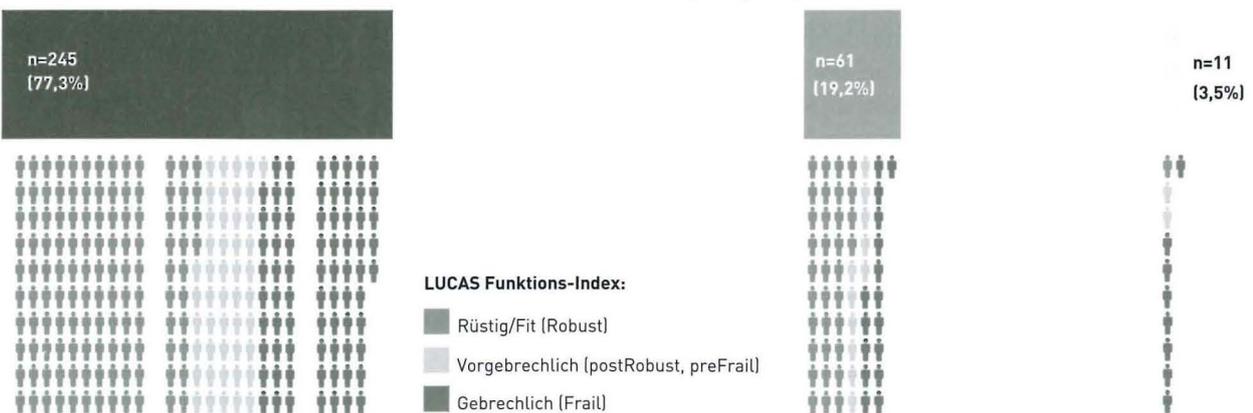
RANDOMISIERTE INTERVENTIONSGRUPPE (n=804) eingebettet in LUCAS Welle 1 (2001/2002)



im 12-Jahres-LUCAS-Langzeitverlauf

verließen n=287 [35,7%] die Kohorten-Studie und n=200 [24,9%] verstarben

KONTINUIERLICHE TEILNAHME (n=317) bis einschließlich LUCAS Welle 5 (2013/2014)



sowohl soziodemografische Angaben als auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie z.B. Krankenhausaufenthalte oder Hilfsmittelnutzung (Dapp et al., 2015). Damit können diese Informationen zur frühzeitigen Identifikation von Frailty, Vorsorge- und Behandlungsbedarf sowie auch zur Planung und Durchführung zielgruppenspezifischer Maßnahmen im kommunalen Kontext (z.B. www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention, (BGV, 2012)) herangezogen werden. Sofern die Alters- und Geschlechts-Struktur bekannt ist, können sie auch mittels Hochrechnung auf andere großstädtische Bevölkerungen angewendet werden.

Zusammenfassung

Die Zielgruppe des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ der selbstständig lebenden älteren Menschen ab 60 Jahren umfasst die Mehrheit der 20 Mio. älteren Menschen in Deutschland. Bis zum 80. Lebensjahr ist das Risiko noch relativ gering, in naher Zukunft pflegebedürftig zu werden, steigt ab dem 80. Lebensjahr jedoch rapide an (BMG, 2002). Diese Menschen müssen rechtzeitig erreicht werden, um ihre Reserven an Kompetenz so auszubauen, dass ihre

Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten bleibt. Das erfordert pro-aktives Handeln im Sinne der „expected duration of functional well being“ (vgl. „model of active life expectancy“) (Robine & Ritchie, 1991; Sullivan, 1971).

Für das von der Forschungsabteilung am Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, entwickelte neuartige Konzept der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“ (Meier-Baumgartner et al., 2006) wurden im randomisiert-kontrollierten (RCT) 1-Jahres Follow-Up signifikante Effekte beim Gesundheitsverhalten (insbesondere bezüglich gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität) sowie bei der Nutzung von Gesundheitsvorsorgeleistungen (z.B. Impfungen) nachgewiesen (Dapp et al., 2011). Empfehlungen, die aufgrund verfügbarer Evidenz einen multi-disziplinären sowie auch multi-modalen Ansatz gegenüber Einzelmaßnahmen eindeutig favorisieren (Elkan & Kendrick, 2004; Gustafsson et al., 2012), führten zur Konzeption der gesundheitsfördernden und präventiven Angebote. Für einen Teilnehmer an der interventionellen Kleingruppenveranstaltung wurde weniger als ein Drittel der Kosten aufgewendet als für die Durchführung der präventiven Hausbesuche. Hinzu kommt, dass sich die Organisation und Durchführung der Gruppenveranstal-

tungen als effizient und unproblematisch erwiesen. Die Teilnehmer bewerteten diese Art der Intervention als interessant, lehrreich und effektiv, ihre Hausärzte bezeichneten sie als entlastend.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit und Implementierung in das Gesundheitssystem wurde ein Curriculum zur Fortbildung und Zertifizierung interdisziplinärer Gesundheitsberater-Teams (Medizin, Bewegung, Ernährung, Soziales) zur Durchführung des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ entwickelt (Meier-Baumgartner et al., 2006). Mit diesem Angebot kann ein geriatrisches Zentrum im Sinne eines Gesundheitszentrums für Senioren eine weitere Aufgabe übernehmen (Prävention als vierte Säule des Deutschen Gesundheitssystems). Zudem werden der Kompetenztransfer und die Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Vorsorge- und Versorgungsbereich intensiviert. Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde mehrfach mit Preisen (Gerontologie, Krankenversicherer, Politik) ausgezeichnet wie beispielsweise mit dem 1. Preis des Deutschen Präventionspreises 2005 „Gesund in der zweiten Lebenshälfte“, der vom Bundesministerium für

Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ausgelobt wurde (DPP, 2005).

Die seit nunmehr fast 15 Jahren laufende Kohortenstudie LUCAS, in die das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ im Rahmen einer RCT eingebettet wurde, ermöglicht die Erforschung nachhaltiger Langzeit-Effekte. Die aktuelle Förderphase PROLONG HEALTH, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF Fkz 01EL1407) finanziert wird, beschäftigt sich mit multidimensionalen Einflussfaktoren auf Altern in Gesundheit im Unterschied zum krankhaften Altern.

Medizinische Prävention ist Teil der Gesundheitsvorsorge, aber Gesundheitsvorsorge ist weit mehr als medizinische Prävention. Dementsprechend sollte Gesundheitsvorsorge (health promotion) verstanden werden als zukunftsorientierte Investition in die Gesundheit der Bürger und Bürgerinnen. Dieses politische Bekenntnis wird deutlich im 2015 in Deutschland beschlossenen Gesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG).

Abbildungen

Abbildung 1a+b: Aufgaben Gesundheitsberater- Expertenteam und Ablauf einer Veranstaltung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“

Abbildung 2: Auf- und Ausbau eines Netzwerkes für Gesundheit im Alter

Abbildung 3: Präferenzen der Interventionsgruppe und Funktions-Status 2001/02 bzw. 2013/14

Literaturverzeichnis

- Becker, F., & Zarif, S. H. (1978). Training older adults as peer counselors. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 3, 241-250
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (2012). Eckpunkte für das Rahmenprogramm „Gesund alt werden in Hamburg!“. Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!. Retrieved January 25, 2016 from <http://www.hamburg.de/gesund-alt-werden/3585672/eckpunktepapier-gaw2012/>
- Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004). Developing a working framework for understanding frailty. *Gerontologie et société*, 109, 15-29.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (Hrsg) (2005). Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA): Mannheim.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Retrieved January 25, 2016 from www.bmggesund.de/downloads-themen/pflegeversicherung/zahlen/zahlenfakten.pdf
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Olde Rikkert, M., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381, 752-762.
- Dapp, U., Anders, J. A., von Renteln-Kruse, W., Minder, C. E., Meier-Baumgartner, H. P., Swift, C. G., ... Stuck, A. E. for the PRO-AGE Study Group (2011). A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, 66(5), 591-598.
- Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W., Golgert, S., Meier-Baumgartner, H. P., & Minder, C. E. (2012). The longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS): Study protocol and participation in the first decade. *BMC Geriatrics*, 12, 35.
- Dapp, U., Minder, C., Anders, J., Golgert, S., & von Renteln-Kruse, W. (2014). Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens – results from the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). *BMC Geriatrics*, 14, 141.
- Dapp, U., Rieger-Ndakorerva, G., Dirksen-Fischer, M., Fertmann, R., Golgert, S., Stender, K. P., ... Minder, C. (2015). Methoden der Altersforschung: Wie vergleichbar sind Daten der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS) mit denen dreier repräsentativer Querschnitt-Erhebungen zur Gesundheit älterer Menschen in Hamburg? *Gesundheitswesen*, 77, 708-709
- DPP – Deutscher Präventionspreis (2005) (Hrsg). *Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten*. Retrieved January 25, 2016 from <http://www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis/2005/preistraeger.php?sid=5ffb2ee764f93c6a3b316a2896ac58fe>
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., ... Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323, 719-725.
- Elkan, R., & Kendrick, D. (2004). What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? Copenhagen, WHO Regional office for Europe (Health Evidence Network Report). Retrieved January 25, 2016 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/74696/E83105.pdf
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. for Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, 56(3), 146-156.
- Fries, J. F. (1996). Physical activity, the compression of morbidity and the health of the elderly. *J. R. Soc. Med.*, 89, 64-68.

- Guralnik, J. M., & Kritchevsky, S. B. (2010). Translating research to promote healthy aging: The complementary role of longitudinal studies and clinical trials. *J. Am. Geriatr. Soc.* 58(2), 337-342.
- Gustafsson, S., Wilhelmson, K., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Zidén, L., Kronlöf, G. H., ... Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term – results from the randomized and three-armed elderly persons in the risk zone study. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 60, 447-454.
- Haastregt van, J. C., Diederiks, J. P., van Rossum, E., de Witte, L.P., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: Systematic review. *BMJ*, 320, 754-758.
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, 63, 298-307.
- Laaser, U., Hurrelmann, K., & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K. Laaser, U. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 176-203). Weinheim: Beltz Verlag Weinheim.
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*;9:e89257.
- Meier-Baumgartner, H. P., Dapp, U., & Anders, J. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Meinck, M. (2012). Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In Günster, Klose, Schmacke (Hrsg.), *Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter* (S. 249-257). Stuttgart: Schattauer.
- Meinck, M., Lübke, N., Lauterberg, J., & Robra, B. P. (2004). Präventive Hausbesuche im Alter: Eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen*, 66, 732-738.
- Metzelthin, S. F., van Rossum, E., Hendriks, M. R. C., de Witte, L., Homba, S. O., Sipers, W., & Kempen, G. I. J. M. (2015). Reducing disability in community-dwelling frail older people: Cost-effectiveness study alongside a cluster randomised controlled trial. *Age Ageing*, 44, 390-396.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (Hrsg) (2015). *Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir?* Halle: Saale.
- Renteln-Kruse von, W., Anders, J., Dapp, U., & Meier-Baumgartner, H. P. (2003). Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegekraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. *Z. Gerontol. Geriatr.*, 36(5), 378-391.
- Renteln-Kruse von, W. (Hrsg) (2009). *Medizin des Alterns und des alten Menschen* (2. Auflage). Steinkopff Verlag.
- Robine, J. M., & Ritchie, K. (1991). Healthy life expectancy: Evaluation of global indicator of change in population health. *Br. Med. J.*, 302, 457-460.
- Schulte, W. (1971). Präventive Gerontopsychiatrie. In V. Böhlau (Hrsg.), *Alter und Psychotherapie* (S. 79-89). Schattauer Verlag; Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2015). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit 2014*. Erschienen am 24. September 2015. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/VorlBevoelkerungsfortschreibung5124103149004.html>.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287, 1022-1028.
- Sullivan, D. F. (1971). A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep* 86, 347-354.
- Whitson, H. E., Purser, J. L., & Cohen, H. J. (2007). Frailty thy name is... phrailty? *J. Gerontol. a-Biol.*, 62, 728-730