



ERGEBNISSE DER PRÄVENTIONSFORSCHUNG NUTZEN

14 Beispiele aus dem BMBF Förderschwerpunkt.
Präventionsprojekte für ältere Menschen

IMPRESSUM

HERAUSGEBERIN

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: 0221 89 92-0
www.bzga.de

REDAKTIONSGRUPPE

Matthias Franz, Susanne Linden, Susann Mühlpfordt, Hildegard Müller-Kohlenberg, Guido Nöcker,
Regina Stolzenberg, Waldemar Süß, Daniel Reuter

LEKTORAT UND REDAKTIONELLE BERATUNG

aHa-Texte: Rainer Neutzling, Ludwig Janssen, Petra Otto, Köln

GESTALTUNG

molter & sartor, Düsseldorf

DRUCK

Silber Druck, Niestetal

AUFLAGE

1.2.05.12

BESTELLADRESSEN

Per Post: BZgA, 51101 Köln
Per Fax: 0221 89 92-257
Per E-Mail: order@bzga.de

BESTELLNUMMER

61510000

BILDNACHWEIS

©iStockphoto.com/Nicolas McComber, Titel; ©iStockphoto.com/dSelectStock, S.9;
shutterstock.com/Dmitriy Shironosov, S. 16; © Peter Maszlen - Fotolia.com, S. 30;
© eddy02 - Fotolia.com, S. 44; © GordonGrand - Fotolia.com, S. 55; © Gina Sanders - Fotolia.com, S. 56

Alle Rechte vorbehalten.

Namentlich gekennzeichnete oder mit einem Kürzel versehene Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Herausgeberin wieder. Die Angaben in den Projektbeschreibungen werden durch die jeweiligen Projektleitungen verantwortet.

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

ERGEBNISSE DER
PRÄVENTIONSFORSCHUNG
NUTZEN

HERAUSGEBERIN: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFRKLÄRUNG

INHALT

6 VORWORT

Prof. Dr. Annette Schavan

7 VORWORT

Prof. Dr. Elisabeth Pott

8 EDITORIAL

Die Herausforderung annehmen.

11 THEMENARTIKEL

Demografischer Wandel als Chance?

14 INTERVIEW

Prof. Dr. Dres. h.c. Ursula Lehr: Das Thema Altern wird immer noch stark ausgeblendet

PROJEKTE 01 – 05

DES FÖRDERSCHWERPUNKTS PRÄVENTIONSFORSCHUNG

18 Evaluation einer evidenzbasierten Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung bei der Darmkrebsfrüherkennung

20 OptimaHI 60plus – Innovative Entwicklung und Erprobung einer Beratungshilfe

22 Stoffwechselltest zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes – Evaluation des Effekts evidenzbasierter Patienteninformationen

24 Fit50+: Gesundheitsförderung bei älteren Langzeiterwerbslosen

26 Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund

28 INTERVIEW

Klaus-Peter Stender: Ein Pakt für die Gesundheitsförderung

PROJEKTE 06 – 10 DES FÖRDERSCHWERPUNKTS PRÄVENTIONSFORSCHUNG

- 32** Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten
- 34** Ältere gezielt erreichen – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs
- 36** Evaluation eines psychosozialen Trainings für ältere Erwerbslose in Kombination mit Gesundheitszirkeln
- 38** Evaluation der bevölkerungsorientierten Bewegungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“
- 40** Erhaltung und Förderung von Mobilität, Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen

42 INTERVIEW

Dr. Michael Weiler: Handlungsempfehlungen für die kommunale Praxis gibt es kaum

PROJEKTE 11 – 14 DES FÖRDERSCHWERPUNKTS PRÄVENTIONSFORSCHUNG

- 46** Primärpräventive Wirkungen der Arbeit des Netzwerks Märkisches Viertel
- 48** Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern
- 50** Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal
- 52** Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen

54 AUSBLICK

Active und Healthy Ageing – Ziele und Voraussetzungen

59 ÜBERSICHT

Im Überblick: Projektsteckbriefe der Broschüre



Im Jahr 2050 werden in Deutschland nahezu 28 Millionen Menschen, das sind rund 40 % der Bevölkerung, 60 Jahre und älter sein. Auch und gerade mit dem Blick auf diese prognostizierte Entwicklung wird es immer wichtiger, die Lebensqualität älterer Menschen und deren Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe zu verbessern. Dazu gehört nicht nur eine effektive Krankheitsvorbeugung. Das beinhaltet auch die gezielte Stärkung von individuellen Möglichkeiten älterer Menschen.

Wirkungsvolle zielgruppenorientierte Konzepte sind der Schlüssel für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. Aufgabe der Wissenschaft ist, auf der Grundlage ihrer Forschungsarbeit und unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten, der jeweiligen Bedürfnisse und der besonderen Lebenswelten älterer Menschen sinnvolle Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erarbeiten. Um den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis zu beschleunigen und den gegenseitigen Informationsaustausch zu verbessern, hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Plattform „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ auf den Weg gebracht. Diese Plattform bringt Wissenschaft und Praxis an einen Tisch, bündelt die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem Förderschwerpunkt und regt zu einer breiten Anwendung im Alltag an.

Die vorliegende Broschüre macht die Ergebnisse aus dem BMBF-Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ für eine breite Öffentlichkeit zugänglich und gibt einen Überblick über die aktuellen Ergebnisse und Erkenntnisse aus Projekten, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen befassen. Mit diesen und weiteren Forschungsprojekten trägt das BMBF dazu bei, Voraussetzungen zu schaffen, die uns und den kommenden Generationen ein langes Leben in Gesundheit, Selbstständigkeit und aktiver Teilhabe ermöglichen. Ich danke den beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern für ihr Engagement. Allen Leserinnen und Lesern wünsche ich interessante und anregende Einblicke in die Handlungsmöglichkeiten und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung.

Prof. Dr. Annette Schavan, MdB

Bundesministerin für Bildung und Forschung



Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht nur im frühen sondern auch im fortgeschrittenen Lebensalter von großer Bedeutung. Dabei wird unter Gesundheit neben dem körperlichen und geistigen Funktionserhalt vor allem die Sicherung persönlicher Selbstbestimmung und die Teilhabe am sozialen Leben als Ausdruck eines aktiven und gesunden Älterwerdens verstanden. Damit dies gelingen kann ist es wichtig, auf wissenschaftlich begründete Konzepte und in der Praxis erprobte Maßnahmen der Prävention zu setzen um ältere Menschen in allen sozialen Schichten und Kulturen zu erreichen. Die Plattform „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP) trägt hierzu die Beiträge des 3. BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung (Ältere Menschen) zusammen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) setzt sich seit längerem verstärkt dafür ein, die Handlungsgrundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung mit relevanter Forschung abzusichern. In einem Gutachten des Wissenschaftsrats über die BZgA aus dem Jahr 2008 wurde die ausdrückliche Empfehlung ausgesprochen, dass die BZgA ihren Ansatz zur Stärkung einer wissenschaftsbasierten Prävention und Gesundheitsförderung weiter ausbauen soll. Seitdem engagiert sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als eine von drei Trägerinstitutionen, gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP). Ziel von KNP ist es, das Wissen über wirkungsvolle Ansätze möglichst breit in die Praxis und an politische Entscheiderinnen und Entscheider zu vermitteln. Für den Transfer müssen neue Wege gefunden werden. Nur eine geeignete Übermittlung der im BMBF Förderschwerpunkt gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse kann deren breite Anwendung und so die Weiterentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung gewährleisten.

Diese Broschüre ist das zweite Heft in der Reihe „Ergebnisse der Präventionsforschung nutzen“ mit der wir einen Beitrag dazu leisten, dieses Wissen weiterzugeben. In kompakter Form werden hier die Ergebnisse von 14 abgeschlossenen Studien des BMBF-Förderschwerpunkts vorgestellt, die sich mit Themen der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen befassen. Diese Darstellungsform zielt auf die Vermittlung der zentralen Ergebnisse und geht insbesondere auf den Blickwinkel von Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern ein. Sie sind herzlich eingeladen, an dem Wissen zu partizipieren und es in die eigene Arbeit einfließen zu lassen.

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DIE HERAUSFORDERUNG ANNEHMEN

„Jeder möchte lange leben, aber keiner möchte alt werden.“ Dieser eher satirisch gemeinte Ausspruch des irischen Schriftstellers Jonathan Swift spiegelt eine noch heute aktuelle Angst vor der körperlichen und geistigen Vergänglichkeit wider, die mit dem Alter droht. Dabei scheint der Wunsch vom längeren Leben in westlich geprägten Industrieländern, wie auch in Deutschland, in Erfüllung zu gehen. Die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht sich bei vergleichsweise guter Gesundheit. Ein differenzierter, nicht allein auf Defizite orientierter Blick auf das Alter hilft, das vielfältige gesellschaftliche Potenzial älterer Generationen zu erkennen.

Der 6. Altenbericht der Bundesregierung von 2010 führt vor Augen, wie vielfältig der Lebensabschnitt Alter ist. Sein Ziel ist es, differenzierte Bilder vom Alter in der Öffentlichkeit zu kommunizieren. Die meisten Menschen erleben diese Zeit als einen aktiven und in der grundlegenden Lebensführung einschränkungs-freien Lebensabschnitt. Trotz dieser optimistisch stimmenden Altersbilanz in unserer Gesellschaft darf die Tatsache nicht aus dem Blick geraten, dass mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ebenfalls zunimmt. Gesellschaftlich bedeutsam wird dieser Fakt, da dem Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung immer weniger jüngere Menschen gegenüberstehen werden. Neben der Frage, wie die materielle und gesundheitsrelevante Unterstützung gewährleistet werden kann, wird die Suche nach gelingenden Präventionsstrategien für ein aktives und gesundes Altern bedeutsam. Ebenso müssen Handlungskonzepte, die chronische Erkrankungen und Pflegebedarf verringern, entwickelt, erprobt und umgesetzt werden.

Der Förderschwerpunkt Präventionsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung widmet sich in seiner dritten Förderphase (2007 bis 2010) praxisorientierten Projekten, die sich auf die Gesunderhaltung und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen beziehen. Diese Broschüre gibt einen Überblick über die 14 Projekte, die im Rahmen dieses Förderschwerpunkts umgesetzt und evaluiert wurden. Insgesamt verweisen sie exemplarisch auf die große Themenbreite, die in der altersbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention eine Rolle spielen können. Zunächst fällt die große Altersspanne auf. Programme und Konzepte, die sich an Menschen ab 50 Jahre wenden, sind ebenso zu finden wie Projekte, die Prävention in Pflegeheimen betreffen und damit eher Personen weit über der Ruhestandsgrenze als Zielgruppe im Blick haben. Hier wird auch die unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung des Alters deutlich. Auf dem Erwerbsarbeitsmarkt gelten Personen ab 50 bereits als „altes Eisen“ und bei Verlust des Arbeitsplatzes als schwer vermittelbar. Dabei wird insbesondere Langzeiterwerbslosigkeit durch den Sachverständigenrat zur



Begutachtung im Gesundheitswesen (Bundestag, 2007) als ein Risikofaktor für spätere Altersarmut und gesundheitliche Einschränkungen benannt. Integration und Teilhabe in jüngeren Jahren sind demzufolge notwendige Voraussetzungen für die gesundheitliche Entwicklung im Ruhestand. Heutige Altersforscherinnen und -forscher verweisen darauf, dass Altern und die damit verbundenen Veränderungen von Gesundheit und Fähigkeiten sehr stark von biografischen Einflussfaktoren abhängen. Für die körperliche und psychische Gesundheit im Ruhestand spielt vorheriges Gesundheitsverhalten ebenso eine Rolle wie Einflüsse aus früheren Arbeits- und Lebensbedingungen.

Die 14 Projekte, die sich in der vorliegenden Broschüre vorstellen, liefern in diesem Sinne vielfältige evaluierte Ansätze zur Gesundheitsförderung für Personengruppen ab 50 Jahren bis weit in den Ruhestand hinein. Das Spektrum reicht dabei von Kampagnen, über Programme bis hin zur Arbeit regionaler Netzwerke. Allen gemeinsam ist, dass es sich um Projekte handelt, die gemeinsam durch Forschung und Praxis für die Praxis entstanden. Mithilfe der Zuwendungen aus dem Förderschwerpunkt sind erstmalig umfassende Aussagen zur Wirksamkeit dieser gesundheitsförderlichen und präventiven Ansätze möglich. Entscheidungsträgerinnen und -träger aus Politik und Praxis wird damit eine übersichtliche Sammlung in die Hand gegeben, die als Ideengeber und/oder als Argumentationshilfe für Programme in den Regionen dienen kann. Ausführlichere Informationen zu den Projekten können gern bei den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern eingeholt werden, die jeweils angegeben sind. Einen Gesamtüberblick mit weiteren Informationen bietet die Projektdatenbank www.knp-forschung.de, in der die rund 60 Projekte des gesamten BMBF-Förderschwerpunkts Prävention zu finden sind.

Grundlagen zu schaffen, um ein gesundes und aktives Altern zu ermöglichen, ist eine Herausforderung, der sich Praxis, Politik und Forschung gemeinsam stellen müssen und die weit vor der gesetzlichen Ruhestandsgrenze beginnt. Beispiele für das Zusammenwirken verschiedener Akteurinnen und Akteure liefert diese Broschüre, die im Idealfall neue Kooperationen und Aktivitäten auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene anregt.

Die Redaktionsgruppe



K N P
**KOOPERATION FÜR
 NACHHALTIGE PRÄVENTIONSFORSCHUNG**

Das Metaprojekt „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP) wurde im Rahmen des Förderschwerpunkts Präventionsforschung im Jahr 2009 ins Leben gerufen. Es zielt darauf ab,

- die Ergebnisse der Präventionsforschung für Adressaten aus Wissenschaft, Praxis und Politik breiter bekannt zu machen,
- die vermehrte Nutzung wirkungsvoller Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen,
- die Vernetzung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure zu fördern.

Übergreifenden Foren zum Austausch bilden jährliche Strategietreffen sowie Fachtagungen für Wissenschaft, Praxis und Entscheidungsträgerinnen und -träger. Weiterhin wurden sechs Arbeitsgruppen initiiert, die sich mit dem Transfer von Forschungsergebnissen in Praxis und Politik, partizipativer Gesundheitsforschung, gesundheitlicher Ungleichheit, Prävention und Rehabilitation sowie der Weiterentwicklung von Forschungsmethoden beschäftigen. Zur Information der (Fach-)Öffentlichkeit über neue Ergebnisse der Präventionsforschung dienen eine Internetplattform mit Newsletter (www.knp-forschung.de) sowie Schwerpunktheft in Fachzeitschriften und Handbücher, die innerhalb der Projektlaufzeit bis 2012 erstellt werden.

Unterstützt und begleitet wird KNP durch einen Beirat, bestehend aus Entscheidungsträgern politischer und gesellschaftlicher Einrichtungen. KNP wird als Gemeinschaftsprojekt von der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung getragen. Sie kooperieren dabei unter anderem mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, dem Bayerischen Lan-

desamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention.

Durch KNP entsteht ein neues Netzwerk, offen für alle, die an der Erforschung, Einführung oder Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt sind. Interessierte sind herzlich eingeladen, Kontakt aufzunehmen.

Medizinische Hochschule Hannover

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
 Carl-Neuberg-Straße 1
 30625 Hannover

Prof. Dr. Ulla Walter (Projektleitung)
 Tel.: 0511 532 - 44 55
walter.ulla@mh-hannover.de

Universitätsklinikum Eppendorf (UKE)

Zentrum für Psychosoziale Medizin
 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
 Martinistr. 52 (W26)
 20246 Hamburg

Dr. Silke Pawils
 Tel.: 040 741 05 - 39 95
s.pawils@uke.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Referat 2-24: Qualifizierung; Fortbildung
 Ostmerheimer Str. 220
 51109 Köln

Dr. Guido Nöcker
 Tel.: 0221 89 92 - 465
guido.noecker@bzga.de

DEMOGRAFISCHER WANDEL ALS CHANCE?

DIE STADT BIELEFELD HAT 2006 EIN KOMMUNALES HANDLUNGSKONZEPT VERABSCHIEDET, UM DIE STÄDTISCHE ENTWICKLUNG AN DIE DEMOGRAFISCHEN HERAUSFORDERUNGEN DER ZUKUNFT ANZUPASSEN. SUSANNE TATJE, SOZIOLOGIN UND INITIATORIN DES KONZEPTS, STELLT ES VOR.

Seit Anfang der 1970er-Jahre sinkt die Geburtenrate in Deutschland. Die Daten der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes¹ und der Länder von 2009 zeigen, dass sich dieser Trend weiter fortsetzt.

Obwohl der Bevölkerungsrückgang kein neues Phänomen ist, steht die Frage nach dessen Auswirkungen erst seit wenigen Jahren im Blickpunkt wissenschaftlichen und politischen Interesses. Für die Städte und Gemeinden wird es jedoch immer drängender, sich auf die daraus folgende veränderte Gesellschaftsstruktur einzustellen. Die Folgen des demografischen Wandels sind direkt oder indirekt schon in vielen Alltagsbereichen zu spüren. Vertraute Einrichtungen des täglichen Umfelds wie Schulen, Kirchen oder Schwimmbäder schließen plötzlich – nicht nur, aber auch aus demografischen Gründen.

Im Folgenden werden Trends skizziert, die sich besonders auf die Situation der Kommunen auswirken.

Wir werden weniger

Im Jahr 2008 lebten in Deutschland rund 82 Millionen Menschen. Bis 2060 wird ein prozentualer Rückgang von 14,5 % bis 21,2 % erwartet. Jährlich entspricht dies dem Wegfall einer Stadt mit etwa 200.000 Einwohnern. Schon lange übersteigt die Zahl der Gestorbenen die der Geborenen. Auch der Wanderungssaldo kann diese Lücke nicht schließen. (siehe Abb. 01, S. 12)

Solange die Geburtenhäufigkeit unter 2,1 Kindern je Frau liegt, wird die Bevölkerungszahl weiter schrumpfen. Im Jahr 2008 lag diese bei etwa

1,4 Kindern und blieb in den letzten Jahren nahezu konstant. Prognosen zur zukünftigen Geburtenentwicklung gehen jedoch von einem Geburtenrückgang auf 1,2 Kinder je Frau aus.

Wir werden älter

Die steigende Lebenserwartung der Menschen in Deutschland, die u. a. auf verbesserte hygienische Umstände und medizinische Versorgung zurückzuführen ist, wird bis 2060 voraussichtlich um neun bis elf Jahre zunehmen². Das entspricht einer durchschnittlichen Lebenserwartung für die Männer von 87,7 Jahren und für die Frauen von 91,2 Jahren³.

Abnehmende Geburtenzahl und steigende Lebenserwartung verändern die Altersstruktur. Heute besteht die Bevölkerung zu 19 % aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61 % aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20 % aus über 65-Jährigen. Prognosen zufolge sind im Jahr 2060 etwa 20 % der Bevölkerung zwischen 65 und 79 Jahre alt. Jeder Siebte wird sogar 80 Jahre und älter sein, was etwa 14 % der Bevölkerung entspricht. (siehe Abb. 02, S. 13)

Wir werden „bunter“

Für die Bevölkerungszahl und -struktur ist die Differenz der Zu- und Fortzüge⁴ neben der Geburtenhäufigkeit und Sterblichkeit die dritte Säule des demografischen Wandels. Der Wanderungssaldo ist jedoch nicht exakt vorauszusagen, weil Wanderungen von der Migrationspolitik in Deutschland abhängen sowie vom Migrationspotenzial der Herkunftsländer, deren politischer, sozialer, wirtschaftlicher, ökologischer und demografischer Entwicklung.

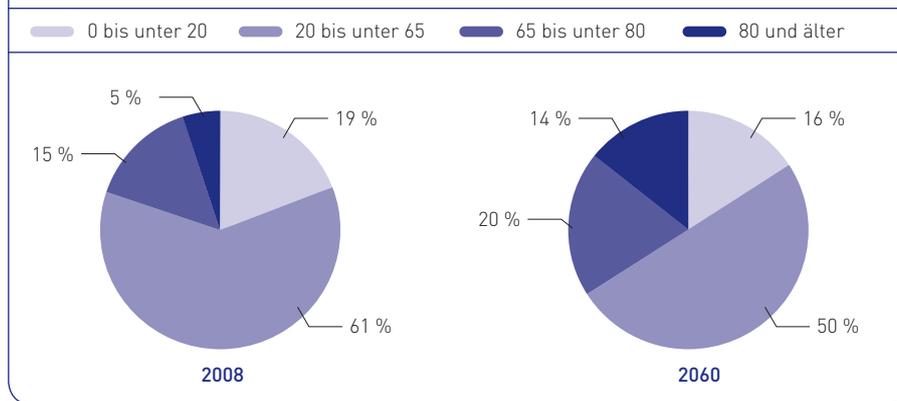
¹ Diese zwischen den Statistischen Ämtern von Bund und Ländern koordinierte Vorausberechnung zeigt die mögliche Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060. Die Vorausberechnung beruht auf Annahmen zu Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Saldo der Zuzüge nach und Fortzüge von Deutschland, woraus sich insgesamt zwölf Varianten zukünftiger Entwicklung ergeben.

² Hohe Annahme. Die Basisannahme geht von einer Erhöhung der Lebenserwartung um 7 bis 8 Jahre aus.

³ Basisannahme: Frauen 89,2 Jahre und Männer 85 Jahre.

⁴ Relevant sind hier nur Außenwanderungen, also Wanderungen über die Landesgrenze.

Abb. 01: Bevölkerung nach Altersgruppen (Deutschland 2008 und 2060)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Im Gegensatz zu früheren Jahren verzeichnet Deutschland gegenwärtig einen negativen Wanderungssaldo. Es wird aber angenommen, dass er in den nächsten Jahren ausgeglichener wird. Bis 2060 wird ein Wanderungssaldo von 100.000 bis 200.000 Menschen prognostiziert.⁵

Die Herausforderung annehmen

Auch wenn demografische Prognosen mit Unsicherheiten verbunden sind, da sich die langfristigen Veränderungen nicht absolut vorhersagen lassen, verdeutlicht die skizzierte Entwicklung, dass Städte und Gemeinden handeln müssen.

Die Stadt Bielefeld hat frühzeitig auf die demografischen Veränderungen reagiert und richtete als erste deutsche Kommune im Jahr 2004 die Stabsstelle „Demografische Entwicklungsplanung“ im Dezernat des Oberbürgermeisters ein.

Aufgabe der Demografiebeauftragten⁶ ist eine strategische, demografieorientierte Planung, die alle kommunalen Handlungsfelder umfasst. Es geht nicht um die Entwicklung einzelner Projekte oder Maßnahmen. Ziel ist es vielmehr, Anregungen zum Nutzen der Chancen von der Bevölkerungsentwicklung zu geben und bei städtischen Entscheidungen auf die demografische Entwicklung aufmerksam zu machen, sodass sie in alle Planungen einbezogen werden kann.

Das kommunale Handlungskonzept mit Vorschlägen, wie die Stadt sich auf zukünftige Herausforderungen durch den demografischen Wandel einstellen kann, gehört inzwischen zur Basis der städtischen Planung. Das Konzept „Demografi-

scher Wandel als Chance?“ wurde nach intensiven Beratungen in Verwaltung und politischen Gremien einstimmig im Rat der Stadt verabschiedet⁷. Wichtig war, dass die Zukunftsstrategie einheitlich gestaltet und politisch abgestimmt werden konnte.

Demografiepolitische Ziele

Als Grundlage demografischer Planung skizziert das Konzept Ergebnisse demografischer Forschungen und leitet daraus Fragen ab, die für die kommunale Praxis vordringlich sind. Im Zentrum stehen sechs demografiepolitische Ziele als zukünftige Handlungsschwerpunkte in den Bereichen Integration, Familie, Stadtentwicklung, Bildung und Wissenschaft, Gesundheit, Wirtschaft und Arbeit.

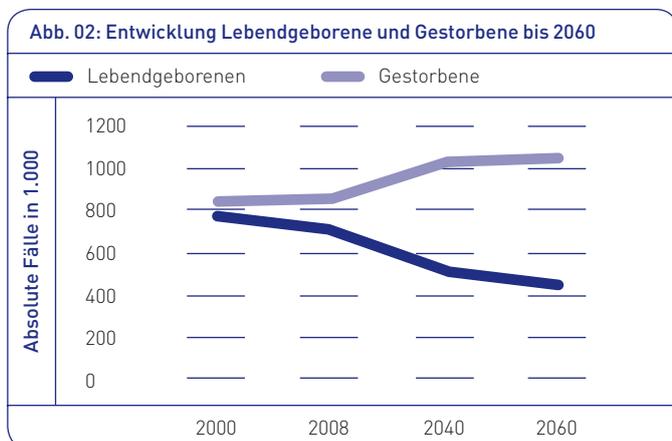
In den Entwicklungsprozess waren unterschiedliche Akteurinnen und Akteure aus Verwaltung und Gesellschaft eingebunden wie Universität, Wohnungsmarkt, Wohlfahrtsverbände sowie Bürgerinnen und Bürger.

Da nicht alle Bereiche gleichzeitig angegangen werden können, werden die demografiepolitischen Ziele nacheinander erarbeitet und umgesetzt. Begonnen wurde mit den Schwerpunkten Stadtentwicklung und Integration. Zurzeit wird am dritten demografiepolitischen Ziel Bildung, Erziehung, Weiterbildung und Wissenschaft gearbeitet. Der Stadt geht es nicht darum, kurzfristig Rezepte zu präsentieren, sondern die komplexen Maßnahmen sorgfältig (und wissenschaftlich abgesichert) für alle kommunalen Handlungsfelder zu entwickeln und politisch abzustimmen.

⁵ Positiver Wanderungssaldo in den Jahren 1954 bis 2007 von 129.000 bis 354.000 Personen.

⁶ Die Funktion der Demografiebeauftragten ist an die Leitungsfunktion des neu eingerichteten Amtes für Demografie und Statistik gekoppelt.

⁷ „Demographischer Wandel als Chance?“, in: Zukunft Stadt – Demographischer Wandel in Bielefeld, Heft 3. Hrsg. von der Stadt Bielefeld, Bielefeld 2006.



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes

Was kann eine Kommune tun, wenn durch den demografischen Wandel die Zahl älterer und hochbetagter Menschen bis 2050 deutlich steigen wird? Wie kann also das demografiepolitische Ziel „Wir gehen fit in die Zukunft!“ umgesetzt werden? Ein Beispiel: Das Städtische Klinikum Bielefeld entwickelte das fachgebietsübergreifende Projekt *Altraumatologie*. Hier bekommen ältere Unfallchirurgiepatientinnen und -patienten vom ersten Tag nach der OP an intensive Physio- und Ergotherapie, aktivierende Krankenpflege, Schmerzbehandlung und die Begleittherapie zusätzlicher Erkrankungen. Das zeigt Wirkung: Die Patientinnen und Patienten werden rascher gesund und können häufiger als zuvor in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren.⁸

Ist es das Ziel der Kommune, dass alte Menschen möglichst lange im vertrauten Quartier bleiben können, sind Kooperationen mit weiteren Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten notwendig. Städtische Akteurinnen und Akteure aus Altenhilfeplanung und Bauverwaltung sind einzubinden, Architektinnen und Architekten, Designerinnen und Designer sowie Wohnungsbaugesellschaften müssen gewonnen werden, um Häuser und Wohnungen, aber auch öffentliche Gebäude entsprechend zu planen.

Studien belegen, dass die optische Gestaltung des öffentlichen Raums für alte und demenzkranke Menschen deutlich anders ausfallen muss, bei Verkehrsschildern ebenso wie bei Orientierungstafeln in Bibliotheken, Altenheimen, Kranken- oder Rathäusern. Vordringlich für die Quartiere sind barrierefreie Wohnraumgestaltung, wohnortnahe

Gesundheitsvorsorge, Versorgung, Betreuung und Pflege, aber auch Teilhabe an Kulturangeboten und Möglichkeiten für soziale Kontakte. Erste Vorschläge für einen „Quartiers-Werkzeugkasten“ machte das Demografieprojekt „Räume der Zukunft“⁹.

Forschungsprojekte zur Wahrnehmung der Alltagswelt aus der Perspektive älterer Menschen sind aus kommunaler Sicht eine notwendige Grundlage aller Entwicklungsplanungen. Sie können außerdem dazu beitragen, diesen Sichtwechsel zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen.

Eine demografieorientierte Planung entwickelt Ideen für die Zukunft: für lebendige, zukunftsfähige und lebenswerte Städte und Gemeinden, in denen sich unterschiedliche Menschen heimisch fühlen. Dafür müssen sich alle von herkömmlichen Denkmustern verabschieden. Nur so werden die Chancen dieser Entwicklung sichtbar und können im Alltag wirksam werden.

Die Soziologin **Susanne Tatje** war seit 2004 Leiterin des Projekts „Demografische Entwicklungsplanung“ der Stadt Bielefeld und die erste Demografiebeauftragte einer deutschen Stadt. Für das von ihr erarbeitete städtische Gesamtkonzept „Demographischer Wandel als Chance?“ erhielt sie 2006 den Innovationspreis des Landes Nordrhein-Westfalen. Seit 2010 ist sie Leiterin des (neu gegründeten) Amtes Demografie und Statistik, das in dieser Form bundesweit einmalig ist.

⁸ Weitere Infos bei den Kliniken Bielefeld; Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Wolfgang Schmidt-Barzynski oder Pressesprecher Axel Dittmar; Internet: <http://www.kliniken.de>.

⁹ Zur demografieorientierten Quartiersentwicklung in Bielefeld vgl. „Räume der Zukunft“; in: „Zukunft Stadt“, Heft 3. Hrsg. von der Stadt Bielefeld, Bielefeld 2005.

Das Thema Altern wird immer noch stark ausgeblendet

PROF. DR. DRES. H.C. URSULA LEHR WAR ENDE DER 1980ER-JAHRE ALS ALTERSWISSENSCHAFTLERIN IM KABINETT VON HELMUT KOHL. HEUTE IST SIE VORSITZENDE DER BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER SENIORENORGANISATIONEN. BÜROKRATISCHE HINDERNISSE UND IDEOLOGISCHE GRABENKÄMPFE VERHINDERN NACH IHREN ERFahrungen HÄUFIG DIE UMSETZUNG WISSENSCHAFTLICHER ERKENNTNISSE IN SINNVOLLE GESELLSCHAFTLICHE ENTWICKLUNGEN.

Frau Prof. Lehr, Sie haben in den 1980er-Jahren als Ministerin sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse aufgegriffen als auch Forschungsimpulse gesetzt. Wie reagierte damals die Politik darauf?

Für meine Forderung, die öffentliche Kinderbetreuung sollte im Sinne der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf Kinder ab zwei Jahren ausgeweitet werden, bin ich damals heftig beschimpft worden. Dem Konzept lag die wissenschaftliche Erkenntnis zugrunde, dass Kinder für ihre geistige und soziale Entwicklung vor allem andere Kinder brauchen. Was den mütterlichen Segen anbetrifft, ist die Qualität wichtiger als die Quantität. Eine Mutter, die sich eine Stunde intensiv mit ihrem Kind befasst, dient seiner Entwicklung mehr, als wenn es zu Hause die ganze Zeit neben der Hausarbeit herläuft.

So denkt heute die Mehrheit der Gesellschaft.

Vor 25 Jahren entfachte es in maßgeblichen Kreisen einen ungeheuren Entrüstungsturm, sodass Helmut Kohl mich explizit aufforderte, mich zurückzuhalten. Seine Haltung stützte er schließlich mit den Statements zweier Professoren, Herrn Pechstein und Herrn Hellbrügge, die postulierten, dass Kinder unter sechs Jahren am besten 24 Stunden am Tag zur Mutter gehörten.

In diese Zeit fällt auch die Beauftragung des ersten Altenberichts der Bundesregierung.

Vorangegangen war der Einstieg in die sogenannte Frühverrentung. Damals bestand in Fachkreisen weitgehende Einmütigkeit darüber, dass Arbeit außerordentlich wichtig für die soziale Einbindung ist und die Altersgrenzen deshalb vor allem nach oben hin flexibel sein sollten – und nur in Ausnahmefällen nach unten. Damit sollte jedem bzw. jeder Einzelnen der Ausstieg aus dem Erwerbsleben erleichtert werden. Was kam, war dann aber die starr geregelte Altersteilzeit, die kaum individuelle Belange berücksichtigte und als Planungsinstrument eher der Wirtschaft diente.

In den 1980er-Jahren drängten die geburtenstarken Jahrgänge auf den Arbeitsmarkt.

Damals hieß es: „Warum soll der Großvater arbeiten, wenn der Enkel eine Familie gründen will, aber keine Arbeit findet?“ Die Frage ist natürlich berechtigt. Aber die Frühverrentung führte eben nicht dazu, die Einstiegschancen der Jüngeren zu verbessern. Nur jeder siebte freigewordene Platz wurde wieder besetzt. Inzwischen fehlen wieder erfahrene Fachkräfte, und so kommt es, dass wir heute das „Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“ ausrufen. Zu dessen Hauptbestreben gehört es, dass die Menschen gesünder altern, damit sie entweder länger arbeiten oder im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements länger aktiv sein können.

»In der breiten Öffentlichkeit wird das Thema Altern leider immer noch stark ausgeblendet. (...) Auch ideologische Grabenkämpfe können sinnvolle Entwicklungen hemmen.«

In Staat und Gesellschaft steht die Altenpolitik noch nicht lange auf der Agenda.

Helmut Kohl rief mich Ende der 1980er-Jahre als Alterswissenschaftlerin ins Kabinett, weil er ahnte, dass wir etwas für die Alten tun mussten. Nach einiger Zeit gab ich dann den ersten Altenbericht in Auftrag, und ich sehe uns noch heute am Kabinetttisch sitzen mit etlichen älteren Kolleginnen und Kollegen. Und da hieß es mit einem Mal: Ja, wozu brauchen wir denn einen Altenbericht? Ich musste ihn dann mit einiger Überzeugungskunst durchsetzen.

Welchen Widerstand mussten Sie überwinden?

Einige bezweifelten schlicht die Notwendigkeit eines Altenberichts. Ich würde sagen, dass letztes



Prof. Dr. Dres. h.c. Ursula Lehr ist Psychologin und gründete 1986 in Heidelberg das Institut für Gerontologie und 1995 das Deutsche Zentrum für Altersforschung (DZFA). Von 1988 bis 1991 war sie Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Heute ist sie u.a. Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO).

Endes die Verdrängung des eigenen Alterns dahinter steckte. Als der Bericht dann erschien, wurde beschlossen, zukünftig in jeder Legislaturperiode einen Altenbericht vorzulegen.

Inzwischen gibt es den 6. Altenbericht, der zumindest in der Fachöffentlichkeit rege diskutiert wird. In der breiten Öffentlichkeit wird das Thema Altern leider immer noch stark ausgeblendet. Die Medien stürzen sich nicht gerade auf Themen wie das „Europäische Jahr für aktives Altern“.

Warum ist es so schwer, wissenschaftliche Erkenntnisse in Politik und Verwaltung umzusetzen?

Betrachten wir das Thema Rehabilitation nach einem Schlaganfall. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass die Heilungs- und Teilhabechancen umso größer sind, je früher die Rehabilitation beginnt. Das ist jedoch erst möglich, wenn die Krankenkasse die Reha-Maßnahme bewilligt. In vielen Fällen vergeht hier nachweislich zu viel wertvolle Zeit.

Warum wird nicht gemacht, was gewissermaßen vernünftig wäre?

Der politische und bürokratische Apparat ist oft sehr schwerfällig. Zunächst einmal muss ein Gesetzentwurf von einem Referat ausgearbeitet werden. Dem folgen Hearings, bei denen natürlich auch wissenschaftliche Gegenpositionen gehört werden. Eine wissenschaftliche Klärung ist aber schwierig, weil sie bei diesem Thema aus ethischen Gründen keine exakte Versuchsanordnung bekommen. Sie können einer Kontrollgruppe schließlich nicht einfach die Reha verweigern.

Am Ende wird vielleicht etwas beschlossen, das in die richtige Richtung geht, den Einzelnen aber nicht unbedingt gerecht wird. Politik bedeutet Verallgemeinerung. Auch ideologische Grabenkämpfe können sinnvolle Entwicklungen hemmen.

Wissen wir schon genug über das Altern?

Nein. Wir brauchen dringend eine bessere geriat-

rische Ausbildung der Fachkräfte. Wir haben in Deutschland nur einen einzigen richtigen Lehrstuhl für Geriatrie. Dabei müssten geriatrische Fragen Inhalt der Ausbildung aller medizinischen Berufe sein.

Jeder, der in Altersfragen tätig ist, sollte beispielsweise wissen, dass Demenz nicht eine Ausprägung des normalen Alterns ist, sondern eine Krankheit, der man durchaus vorbeugen kann. Die Begleitumstände einer Demenz bieten zudem zahlreiche Ansätze für Therapien, die das Leben der Betroffenen enorm erleichtern können. Mehr geriatrische Forschung würde mit Sicherheit den Präventionsgedanken befördern.

Mangelt es noch am Präventionsgedanken in der Politik?

Im Rahmen der Pflegedialoge wurde eine Reihe wichtiger Themen besprochen. Demenz zum Beispiel, pflegende Angehörige und die Frage, wie man mehr Pflegekräfte gewinnen kann. Ein Thema aber fehlte bisher: Wie kann man Pflegebedürftigkeit verhindern? Oder weiter gefasst: Was kann ich bei Pflegebedürftigen tun, damit sie nicht eine Stufe höher gesetzt werden müssen? Wir brauchen eine aktivierende, präventiv wirkende Pflege. Aber diese Erkenntnis ist noch nicht überall angekommen.

Das Interview führten Daniel Reuter und Rainer Neutzling.



PROJEKTE 01 – 05

- 18** Evaluation einer evidenzbasierten Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung bei der Darmkrebsfrüherkennung
- 20** OptimaHI 60plus – Innovative Entwicklung und Erprobung einer Beratungshilfe
- 22** Stoffwechseltest zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes – Evaluation des Effekts evidenzbasierter Patienteninformationen
- 24** Fit50+: Gesundheitsförderung bei älteren Langzeiterwerbslosen
- 26** Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Evaluation einer evidenzbasierten Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung bei der Darmkrebsfrüherkennung

HINTERGRUND Die informierte Entscheidung wird zunehmend als ein Ziel der Krebsfrüherkennung diskutiert. Viele Kampagnen zur Darmkrebsfrüherkennung nutzen überredende und zur Teilnahme an der Früherkennung motivierende Informationen. Befürworterinnen und Befürworter sowie Kritikerinnen und Kritiker argumentieren insbesondere, wie Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen kommuniziert und oft nicht ausgewogen dargestellt werden. Befürchtet wird auch, dass umfassende und objektive Informationen von der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen abhalten könnten.

FRAGESTELLUNG Es wurde untersucht, ob evidenzbasierte Informationen oder Standardinformation zur Darmkrebsfrüherkennung besser und umfassender informieren können und damit eine informierte Entscheidung ermöglichen.

ZIELGRUPPE Frauen und Männer von 50 bis 75 Jahre ohne die Diagnose Darmkrebs.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION 1.586 Versicherte der Gmünder Ersatzkasse wurden zufällig entweder einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten eine Broschüre zur Darmkrebsfrüherkennung, die nach folgenden evidenzbasierten Kriterien erstellt wurde: Die relevanten Inhalte werden durch ethische Leitlinien definiert und durch weitere Metainformationen (Autorinnen/Autoren, Erstellungsdatum etc.) ergänzt. Es soll Evidenz zu patientenrelevanten Endpunkten (wie Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) kommuniziert werden. Auch das Fehlen von Evidenz muss dargelegt werden. Die Daten müssen unverzerrt präsentiert werden, zum Beispiel mit natürlichen Häufigkeiten anstatt der Angabe von Relativprozent. Grafische Darstellungen werden genutzt, um numerische Informationen zu visualisieren. Die Kombination von Text und Abbildungen wird als hilfreich angenommen. Kulturelle Besonderheiten sind zu berücksichtigen. Die Sprache sollte die Partizipation unterstützen. Zudem sollen Patientinnen und Patienten in die Entwicklung des Informationsmaterials einbezogen werden. Der Erstellungsprozess der Broschüre orientierte sich darüber hinaus am Leitfaden des UK Medical Research Councils für die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen. Zudem wurden die ethischen Leitlinien des General Medical Councils berücksichtigt. Das primäre Ziel der evidenzbasierten Broschüre war die informierte Entscheidung der Leserinnen und Leser, die Wissen, Einstellung und Inanspruchnahme einer Früherkennung umfasst. Eine Entscheidung gilt als informiert, wenn adäquates Wissen vorhanden ist und die Einstellung mit der Inanspruchnahme übereinstimmt. Wenn adäquates Wissen vorliegt und die Person entweder positiv gegenüber der Früherkennung eingestellt ist und teilnimmt, oder aber negativ gegenüber der Früherkennung eingestellt ist und nicht teilnimmt, gilt die Entscheidung als infor-

KONTAKT UND INFORMATIONEN

Anke Steckelberg (Projektleitung)
 Universität Hamburg/Gesundheits-
 wissenschaften
 Martin-Luther-King Platz 6
 20146 Hamburg
 Tel.: 040 428 38 72 22
 asteckelberg@uni-hamburg.de

PRAXISPARTNER

Gmünder Ersatzkasse (GEK)

miert. Themen in der Broschüre sind u.a. das Risiko für Darmkrebs, Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen (einschließlich der Option, nicht daran teilzunehmen) sowie Informationen zur Prävention. Zusätzlich hatten die Studienteilnehmer Zugang zu zwei interaktiven Internetmodulen mit mehr Informationen zum Thema. Die Kontrollgruppe erhielt ein themenbezogenes Faltblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sechs Wochen nach Versand der evidenzbasierten Broschüre und des Faltblatts des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden Wissen und Einstellung zur Darmkrebsfrüherkennung mittels eines Fragebogens erhoben, sechs Monate später die Inanspruchnahme einer Früherkennung. Die Angaben zur tatsächlichen Inanspruchnahme wurden zehn Monate später anhand der Krankenkassendaten verifiziert.

ZENTRALE ERGEBNISSE Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass deutlich mehr Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, die die evidenzbasierte Information bekommen hatten, eine informierte Entscheidung getroffen haben: In der Behandlungsgruppe haben 44 von 100 eine informierte Entscheidung getroffen im Vergleich zu 13 von 100 in der Gruppe mit der Standardinformation. Auch das Wissen über die Darmkrebsfrüherkennung war in der Behandlungsgruppe deutlich besser. 60 von 100 der Behandlungsgruppe hatten ein umfassendes Wissen und nur 16 von 100 in der Kontrollgruppe. Es gab geringe Unterschiede bei der Einstellung zur Früherkennung und keine Unterschiede bei der Teilnahme daran.

ANWENDUNGSFELD Eine evidenzbasierte Broschüre kann ohne zusätzliche Beratung die informierte Entscheidung deutlich erhöhen. Sie ist einsetzbar für die Darmkrebsfrüherkennung.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten wünschen ein hohes Maß an Partizipation an medizinischen Entscheidungen. Dies setzt die Verfügbarkeit evidenzbasierter Informationen voraus.
 Die Umsetzung des Rechts der Bürgerinnen und Bürger auf informierte Entscheidungen bei medizinischen Eingriffen erfordert evidenzbasierte Informationen sowie neue Strukturen der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsfachberufen sowie Patientinnen und Patienten.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN BUNGE M, MÜHLHAUSER I, STECKELBERG A (2010). What constitutes evidence-based patient Information? Overview of discussed criteria. Patient Education and Counselling 78, 316–328.

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. BMJ 342:d3193. doi:10.1136/bmj.d3193.

OptimaHl 60plus – Innovative Entwicklung und Erprobung einer Beratungshilfe

HINTERGRUND Ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung sind wichtige Voraussetzungen, um Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität bis in das hohe Alter bewahren zu können. Allerdings bewegen sich viele Seniorinnen und Senioren zu wenig und ernähren sich nur unzureichend. Zwar besteht im höheren Lebensalter ein großes Interesse an Gesundheits- und insbesondere Ernährungsfragen, doch gibt es große Unterschiede im Hinblick auf Geschlecht, sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund. Damit das gesundheitliche Präventionspotenzial im Alter stärker genutzt werden kann, sind zielgruppenspezifische und niedrigschwellige Angebote notwendig.

FRAGESTELLUNG Das Gesundheitsprogramm OptimaHl 60plus zielt darauf ab, mit einer partizipativ entwickelten Beratungshilfe das Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verbessern. Ziel war es, eine einfach zu handhabende Schablone zur selbstständigen Überprüfung und Veränderung der Ernährung und der Bewegung für ältere Menschen zu entwickeln und zu evaluieren.

ZIELGRUPPE Im eigenen Haushalt lebende Menschen ab 60 Jahren, die sich selbst versorgen können.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION In Fokusgruppengesprächen entwickelten Seniorinnen und Senioren eine Beratungshilfe. Hierbei wurden Erwartungen im Hinblick auf die Handhabbarkeit und das Verständnis von verschiedenen Beratungshilfen analysiert. Bei der Beratungshilfe handelte es sich um eine einfache und reich bebilderte Schablone, die für diese Zielgruppe völlig neu ist. Damit lassen sich der tägliche Verzehr von Obst, Gemüse und Milchprodukten nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, der wöchentliche Verzehr von Fisch sowie die tägliche Bewegungszeit bilanzieren. Die Schablone bietet zudem eine Hilfe zur Selbstreflexion, was die Menschen darin unterstützt, mit ihrem Hausarzt bzw. ihrer Hausärztin über diese Themen ins Gespräch kommen. 432 Teilnehmende testeten anschließend die Beratungshilfe im Rahmen des dreimonatigen Gesundheitsprogramms OptimaHl 60plus in einer Interventions- und Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe traf sich im Abstand von zwei Wochen. Zu Beginn stellte geschultes Personal die Beratungshilfe vor. Bei den folgenden Treffen bekamen die Teilnehmenden schriftliche Informationen zu Gesundheitsthemen sowie Kochrezepte. Sie diskutierten außerdem Gesundheitsinformationen und Motivationsstrategien. Die Kontrollgruppe erhielt allgemeine Gesundheitsinformationen und die Kochrezepte nur per Post. Auf der Grundlage standardisierter Fragebogen wurde das Bewegungs- und Ernährungsverhalten in beiden Gruppen vor der Teilnahme an dem Gesundheitsprogramm, am Ende und sechs Monate später erfragt. Zur Akzeptanz der Studie und zum

KONTAKT UND INFORMATIONEN

BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung gGmbH
 Abteilung Prävention und Evaluation | Fachgruppe Angewandte Interventionsforschung
 Achter Str. 30 | 28359 Bremen
www.bips.uni-bremen.de/projekt_optimahl.php

Katharina Gallois (Msc Medical Sociology)
gallois@bips.uni-bremen.de | Dr. phil. Claudia Pischke (Gesundheitspsychologin) | Helga Strube (Ernährungsmedizinische Beraterin DGE) | Svea Eichholz (Stud. Public Health)

PRAXISPARTNER

Arbeiterwohlfahrt Bremen, Bremer Hausärzteverband, Bremer Heimstiftung, Deutsches Rotes Kreuz Bremen, Kirchengemeinden und Moscheen in Bremen, Paritätischer Wohlfahrtsverband Bremen, Zentrum für Migration und Interkulturelle Studien.

Einsatz der Beratungshilfe wurden Pflegedienste sowie Hausärztinnen und -ärzte telefonisch befragt.

ZENTRALE ERGEBNISSE Die Verzehrmenge von Obst und Gemüse stieg in der Interventionsgruppe an, der Verzehr von Milchprodukten änderte sich nicht. Hingegen nahm der Verzehr von Fisch sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zu. 8,3 % mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe aßen mit der Beratungshilfe mehr Obst und Gemüse als vorher, 6,7 % mehr Milchprodukte. Vor dem Programm gaben 76,1 % an, mindestens einmal in der Woche Fisch zu essen, anschließend waren es 82,2 %. Die körperliche Aktivität verringerte sich in beiden Gruppen, was möglicherweise auf die Jahreszeit der Befragung zurückzuführen ist. Die Handhabung der Beratungshilfe und das Programm OptimaHL 60plus wurden sehr gut bewertet. 84,5 % derjenigen, die die Beratungshilfe bekommen hatten, waren sehr zufrieden bzw. zufrieden damit. 91,1 % der Interventionsgruppe und 82,6 % der Kontrollgruppe waren sehr zufrieden bzw. zufrieden mit dem Gesundheitsprogramm OptimHL 60plus insgesamt. 73,4 % der befragten Pflegedienste sowie Hausärztinnen und -ärzte konnten sich vorstellen, die Beratungshilfe in der täglichen Arbeit mit Seniorinnen und Senioren zu nutzen.

ANWENDUNGSFELD Das Gesundheitsprogramm OptimaHL 60 plus wird zurzeit – erweitert um den Themenbereich „Getränke“ – über „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung“ bundesweit in den Kursen „Fit im Alter“ verbreitet. Darüber hinaus gibt es eine Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Die Kochrezepte und Gesundheitsinformationen werden auch auf Russisch und Türkisch angeboten.

HANDLUNGS-EMPFEHLUNG Ältere Menschen sollten ihr Ernährungs- und Bewegungsprofil optimieren und damit ihre Gesundheitskompetenz und Selbstständigkeit stärken. Insbesondere für ältere Männer und Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund sind zielgruppenspezifische Angebote erforderlich.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN DREAS J, BÖCKMANN M, KEIMER K (2009). OptimaHL 60 plus. 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 (3), 119–122.

GALLOIS K, STRUBE H, HASSEL H, PIGEOT I (2012). Entwicklung einer innovativen Beratungshilfe – OptimaHL 60plus. Public Health Forum, 20 (1), 26–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2011.12.013>.

Stoffwechseltest zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes – Evaluation des Effekts evidenzbasierter Patienteninformationen

HINTERGRUND Personen mit einem grenzwertig erhöhten Blutzuckerspiegel haben ein hohes Risiko, einen manifesten Typ-2-Diabetes zu entwickeln. Von der Problematik betroffen sind in Deutschland bis zu 25 % der älteren Bevölkerung (55 bis 74 Jahre). Evidenzbasierte Patienteninformationen sollen die Voraussetzung dafür schaffen, dass am Thema interessierte Personen eine informierte Entscheidung darüber treffen können, ob sie an Früherkennung teilnehmen und präventive Maßnahmen nutzen.

FRAGESTELLUNG Ziel des Forschungsvorhabens war die Entwicklung einer evidenzbasierten Patienteninformation (EBPI) zu grenzwertig erhöhten Blutzuckerwerten und Primärprävention des Diabetes mellitus sowie die Evaluation der EBPI.

ZIELGRUPPE Personen zwischen 40 und 70 Jahren ohne bekannten Diabetes.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Die Entwicklung der evidenzbasierten Patienteninformation fußte auf einer systematischen Literaturrecherche, der Auswertung relevanter Publikationen anhand vordefinierter Auswahlkriterien und ihrer kritischen Bewertung. Anschließend erfolgte die Umsetzung der Informationen in eine für Laien verständliche Sprache. Die Patienteninformation wurde anschließend durch Expertinnen und Experten überprüft und mit 41 Personen im Rahmen dreier Fokusgruppen getestet. Danach wurde die EBPI mittels einer internetbasierten randomisierten kontrollierten Studie mit 1120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern untersucht. Dabei erhielt die Interventionsgruppe über Internetseiten des Deutschen Diabetes-Zentrum und der Techniker Krankenkasse die evidenzbasierte Patienteninformation, die im Rahmen des Projekts entwickelt worden war. Die Kontrollgruppe erhielt im Internet verfügbare Standardinformationen der Onlineportale www.diabetesgate.de und www.diabetes-deutschland.de sowie die Broschüre „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7“. Die Datenerhebung erfolgte mittels Onlinefragebogen. Befragt wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor und nach dem Lesen der Informationen – innerhalb einer Internetsitzung – sowie zwei Wochen später. Erhoben wurde

- das Wissen über Diabetestests und Kenntnisse über Möglichkeiten der Prävention,
- die Einstellungen zum Blutzuckertest,
- die Intention, an einer Früherkennungsuntersuchung teilzunehmen,
- ein möglicher Entscheidungskonflikt gegenüber der Teilnahme sowie
- die Zufriedenheit mit den evidenzbasierten Informationen im Vergleich zu den Standardinformationen.

KONTAKT UND INFORMATIONEN

Projektleitung:
 Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
 Deutsches Diabetes-Zentrum
 Institut für Biometrie und Epidemiologie
 Auf'm Hennekamp 65
 40225 Düsseldorf
 andrea.icks@ddz.uni-duesseldorf.de
 www.ddz.uni-duesseldorf.de

PRAXISPARTNER

(Kooperierender Präventionsträger)
 Techniker Krankenkasse
 Hardy Müller (Projektleitung WINEG)
 hardy.mueller@wineg.de
 Herr Direktor Dr. rer. nat. Frank Verheyen
 dr.frank.verheyen@wineg.de
 WINEG, Wissenschaftliches Institut der
 Techniker Krankenkasse für Nutzen und
 Effizienz im Gesundheitswesen
 Habichtstraße 30, 22305 Hamburg
 www.wineg.de

ZENTRALE ERGEBNISSE Die evidenzbasierte Patienteninformation erhöhte signifikant das Wissen zum Thema Blutzuckerwerte. Zugleich wurde in der Gruppe mit der EBPI eine kritischere Einstellung zu Blutzuckertests beobachtet. Die Absicht, die Möglichkeit der Früherkennung zu nutzen, war in dieser Gruppe zudem geringer. Die EBPI-Leser berichteten außerdem einen größeren Entscheidungskonflikt.

ANWENDUNGSFELD Das Thema Diabetesprävention und das Konzept der evidenzbasierten Patienteninformation (EBPI) wird – auch vor dem Hintergrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung – breit diskutiert. Eine evidenzbasierte Aufarbeitung des Themas ist daher von großer Relevanz und kann vielfältig eingesetzt werden.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG Gesundheitsbezogene Informationen werden zunehmend über das Internet abgerufen. Für eine kritische Auseinandersetzung mit Erkrankungen und für die Prävention sind evidenzbasierte Patienteninformationen, die über das Internet verbreitet werden, von hoher praktischer Bedeutung. Weitere Studien sollten die Inanspruchnahme eines Blutzuckertests sowie die Zufriedenheit mit der Entscheidung für oder gegen einen Test erheben. Dabei ist ein Einsatz von internetbasierten Evaluationen und der neu entwickelten Instrumente grundsätzlich auch für andere Fragestellungen bzw. zukünftige Evaluationen möglich.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN GENZ J, HAASTERT B, MEYER G, STECKELBERG A, MÜLLER H, VERHEYEN F, COLE D, RATHMANN W, NOWOTNY B, RODEN M, GIANI G, MIELCK A, OHMANN C, ICKS A (2010). Blood glucose testing and primary prevention of diabetes mellitus type 2 – evaluation of the effect of evidence based patient information (study protocol). BMC Public Health; 10:15. DOI:10.1186/1471.2458-10-15.

GENZ J, HAASTERT B, MEYER G, STECKELBERG A, MÜLLER H, VERHEYEN F, COLE D, RATHMANN W, NOWOTNY B, RODEN M, GIANI G, MIELCK A, OHMANN C, ICKS A (2011). Blood glucose testing and primary prevention of type 2 diabetes – evaluation of the effect of evidence-based patient information: a randomized controlled trial. Diabetic Medicine (in press).

ICKS, A (2011). Das Projekt DiPS: der Diabetes-Präventions-Check: Überschreitung der Blutzucker-Grenzwerte – Was bedeutet das für Sie? Erstellung, Angebot und Evaluation einer evidenzbasierten Patienteninformation zu Blutzuckertest und Primärprävention des Typ-2-Diabetes; Stoffwechseltest zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes – Evaluation des Effekts evidenzbasierter Patienten-Information. Abschlussbericht zum BMBF-Forschungsvorhaben. Internet: <http://www.tib.uni-hannover.de>.

Fit50+: Gesundheitsförderung bei älteren Langzeiterwerbslosen

HINTERGRUND Trotz positiver Entwicklungen am Arbeitsmarkt ist für einige Personengruppen das Risiko hoch, dauerhaft in der Erwerbslosigkeit zu verbleiben. Dies betrifft insbesondere Personen, die älter als 50 Jahre sind und gesundheitliche Einschränkungen aufweisen. Im internationalen Vergleich hat Deutschland einen relativ hohen Anteil an sogenannter Sockelarbeitslosigkeit. Das bedeutet, dass in diesem Bereich größere Anstrengungen unternommen werden müssen, um Vermittlungshemmnisse bei den Betroffenen abzubauen. Die Statistiken der großen Krankenkassen belegen, dass Erwerbslose in nahezu allen Krankheitsdiagnosen häufiger betroffen sind als Erwerbstätige und doppelt so oft stationär behandelt werden müssen. Ein objektiv bestehender Interventionsbedarf wird allerdings durch die Betroffenen meist nicht erkannt, gesundheitsförderliche Angebote der gesetzlichen Krankenkassen werden aus verschiedenen Gründen kaum angenommen (Teilnahmequoten liegen im Promillebereich).

FRAGESTELLUNG Die Pilotstudie Fit50+ überprüfte Akzeptanz und Wirksamkeit eines Gesundheitsförderungsangebots für ältere Langzeiterwerbslose im Setting der Integrationsarbeit eines privaten Bildungsträgers.

ZIELGRUPPE Über 50-jährige langzeiterwerbslose Menschen.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Im Rahmen einer zehnmonatigen arbeitsmarktintegrativen Maßnahme wurde der Zielgruppe parallel zur fachlichen Qualifizierung die Teilnahme an einem dreimonatigen Programm zur Gesundheitsförderung angeboten. Dieses gliederte sich in einen 40-stündigen wissensvermittelnden Teil zu relevanten Aspekten eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und in ein 60-stündiges angeleitetes Ausdauerkrafttraining. Das Ziel bestand einerseits in der Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenz, andererseits in der Verbesserung objektiver Gesundheitsparameter sowie der erlebten Gesundheit und des Wohlbefindens.

Zwischen 2007 und 2010 nahmen von den insgesamt 880 Kundinnen und Kunden des Bildungsträgers 468 Personen (53 %) an dem Programm teil, 119 von ihnen entschieden sich gleichzeitig für die Teilnahme an der Pilotstudie. Die Untersuchung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer erfolgte vor Beginn der Intervention, direkt nach Beendigung der Intervention und sechs Monate später. Es wurden Daten zur körperlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit, Faktoren des Gesundheitsverhaltens und der psychischen Gesundheit erfasst. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden jeweils über die Untersuchungsergebnisse informiert und ausführlich zu individuellen Risiken und Ressourcen beraten.

KONTAKT INFORMATIONEN

Prof. Dr. med. habil. Regina Stoll
 Dr. med. Steffi Kreuzfeld
 Universitätsmedizin Rostock
 Institut für Präventivmedizin
 St.-Georg-Str. 108
 18055 Rostock
 Tel.: 0381-494-9957
 steffi.kreuzfeld@uni-rostock.de

PRAXISPARTNER

RegioVision GmbH, Schwerin
 Ansprechpartner: Jürgen Brandt
 www.regiovision-schwerin.de

**ZENTRALE
ERGEBNISSE**

Aus den Teilnahmequoten lässt sich eine sehr gute Erreichbarkeit der Zielgruppe ableiten. Durch das vorgestellte Programm konnten sowohl Faktoren der körperlichen als auch der seelischen Gesundheit verbessert werden. Interventionserfolge zeigten sich zum Beispiel in der Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Verbesserung des Ernährungszustands, in der Abnahme unspezifischer Beschwerden sowie der Depressionswerte. Über die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer berichtete im Rahmen der Intervention über einen Rückgang chronischer Rückenschmerzen. Mehr als 80 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer waren mit den Kursinhalten zufrieden und gaben an, dass sie durch die Maßnahme mehr auf ihre Gesundheit achten würden. Die Vermittlungsquoten lagen bei 27 %.

ANWENDUNGSFELD

Gesundheitsförderung sollte insbesondere bei älteren langzeiterwerbslosen Menschen fester Bestandteil aller Integrationsbemühungen sein. Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, kann für Betroffene ein erster Schritt sein, wieder Selbstvertrauen zu gewinnen und Vermittlungshemmnisse aktiv abzubauen.

**HANDLUNGS-
EMPFEHLUNG**

Die hohen Teilnahmequoten belegen, dass Integrationsgespräche ein guter Zugangsweg zur Zielgruppe sein können, sofern sie in einer vertrauensvoll-helfenden Atmosphäre stattfinden. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an gesundheitsförderlichen Angeboten ist dabei Voraussetzung für deren Wirksamkeit.

**WEITERFÜHRENDE
INFORMATIONEN**

KREUZFELD S, PREUSS M, STOLL R (2011). Abschlussbericht Fit 50+-Evaluation eines modularen Konzeptes zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit älterer Langzeitarbeitsloser. Download unter <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fb11/672745291.pdf>.

KREUZFELD S, PREUSS M, WEIPPERT M, STOLL R (2012). Health effects and acceptance of a physical activity program for older long-term unemployed workers. *Int Arch Occup Environ Health* (2012). Online first: DOI:10.1007/s00420-012-0749-5.

KREUZFELD S, STOLL R (2012). Gezielte Gesundheitsförderung bei Langzeiterwerbslosen. *Public Health Forum* 20:28.e1-28.e3.

Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund

HINTERGRUND Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind oft von besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risiken betroffen. Präventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind daher von großer Bedeutung, um ihre Lebensqualität zu fördern, ihnen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und einer vorzeitig auftretenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Obwohl es sich um eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe handelt, werden ältere Migrantinnen und Migranten derzeit kaum von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten erreicht. Auch gibt es im Hinblick auf sie nur unzureichende Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen.

FRAGESTELLUNG Ziel des Forschungsvorhabens war es, die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu evaluieren. Außerdem wurden Möglichkeiten des Zugangs untersucht. Potenziale der Selbsthilfe, Selbstorganisation sowie die Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten fanden dabei besondere Berücksichtigung.

ZIELGRUPPE Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 50+.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Eine qualitative Studie wurde zu drei Zeitpunkten an den beiden Projektstandorten Duisburg und Mönchengladbach durchgeführt. Es kamen leitfadengestützte Interviews mit älteren Migrantinnen und Migranten zum Einsatz, die an verschiedenen Präventions- und anderen Maßnahmen teilgenommen hatten. Dabei handelte es sich unter anderem um Angebote wie Yoga, Schwimmen, Bewegung und Entspannung, einen Gesundheitstreff, ein „Frauenfrühstück“ oder ein „Seniorenfrühstück“. Interviewt wurden zudem ältere Zugewanderte, die nicht zum Teilnehmerkreis der Angebote gehörten. Im Mittelpunkt der insgesamt 103 Interviews in fünf verschiedenen Sprachen standen subjektive Bedeutungen und Sinnzuschreibungen, die ältere Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung verbinden. Außerdem ging es um ihre Einstellung gegenüber entsprechenden Angeboten und ihre diesbezüglichen Erfahrungen. Um auch die Perspektive der Anbieterseite bzw. der Fachkräfte in den Einrichtungen einzubeziehen, wurden parallel zur Zielgruppenbefragung 30 leitfadengestützte Experteninterviews mit 19 hauptamtlichen und ehrenamtlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Fachkräften durchgeführt. Ergänzend fanden jeweils zwei Werkstattgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe, der kommunalen Verwaltung und Politik sowie lokalen Organisationen und Einrichtungen in den beiden Projektstandorten statt. Daran nahmen zwischen 35 und 47 Personen teil. Ziel war es, die aktuellen Untersuchungsergebnisse zu erörtern, Schlussfolgerungen daraus zu ziehen und konkrete Schritte zu entwickeln.

KONTAKT INFORMATIONEN

Dr. Elke Olbermann
 Institut für Gerontologie an der Technischen
 Universität Dortmund
 Evinger Platz 13
 44339 Dortmund
 Tel.: 0231-728-488-29
 Fax: 0231-728-488-55
 elke.olbermann@tu-dortmund.de
 www.ffg.uni-dortmund.de

PRAXISPARTNER

AWO-Integrations gGmbH Duisburg, in
 Kooperation mit Seniorengruppe AWO-
 Ortsverein Marxloh International
 AWO Kreisverband Mönchengladbach e.V.,
 in Kooperation mit DRIV – Deutsch-Russi-
 scher Integrationsverein e.V.

**ZENTRALE
ERGEBNISSE**

Wichtige Faktoren für den Zugang zu Präventions- und gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind die sprachliche Verständigung in den jeweiligen Herkunftssprachen, die Vermittlung durch vertraute Bezugspersonen, kostengünstige bzw. kostenfreie Angebote, regelmäßig stattfindende Treffen sowie Wohnortnähe bzw. eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel. Maßgeblich für die positiven physischen, psychischen und sozialen Effekte sowie die Lerneffekte waren nicht allein die einzelnen Präventionsangebote, sondern die ergänzende Einbindung in dauerhafte Gruppenzusammenhänge. Bei Selbsthilfe und Selbstorganisation geht es den älteren Menschen mit Migrationshintergrund vor allem um das Einbringen bestehender organisatorischer Kompetenzen etwa im Bereich der Sprachvermittlung oder bei sozialen und Alltagsfragen. Genannt wurden auch Zugangsbarrieren wie beispielsweise gesundheitliche Einschränkungen und geringes Selbstwirksamkeitserleben. Akteurinnen und Akteure auf kommunaler Ebene thematisierten das Fehlen klarer Zuständigkeiten und das Fehlen von Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartnern sowie den Mangel an Austausch zum Thema Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Geringe personelle und finanzielle Ressourcen begrenzen darüber hinaus die Gestaltungsmöglichkeiten. Über die Werkstattgespräche entstand erstmals ein gemeinsamer Austausch der Beteiligten zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber ergaben sich auch wertvolle Impulse und Vorschläge für den weiteren Entwicklungs- und Gestaltungsprozess auf kommunaler Ebene.

ANWENDUNGSFELD

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts zeigen, dass Zugänge verbessert und eine hohe Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen – bezogen auf die Zielgruppe – erreicht werden können, wenn sie den unten genannten Handlungsempfehlungen folgen.

**HANDLUNGS-
EMPFEHLUNG**

Die Projektergebnisse legen die Entwicklung integrierter und ganzheitlicher Ansätze nahe. Außerdem sollten soziale Einbindung, Selbsthilfe, Selbstorganisation und Partizipation unterstützt und eine zielgruppenorientierte Koordination und Kooperation ausgebaut werden. Wichtig ist nicht zuletzt die Entwicklung geeigneter Finanzierungsmodelle, die Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen eine Teilnahme ermöglichen.

**WEITERFÜHRENDE
INFORMATIONEN**

OLBERMANN E (2011). Relevanz und Perspektiven der Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen. Migration und Soziale Arbeit, 33 (1), 22–28.

OLBERMANN E. (2010). Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Informationsdienst Altersfragen, 37.

Ein Pakt für die Gesundheitsförderung

KLAUS-PETER STENDER VERANTWORTET IN DER BEHÖRDE FÜR GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG DEN BEREICH GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG. SEINE FACHABTEILUNG ORGANISIERT DEN „PAKT FÜR PRÄVENTION – GEMEINSAM FÜR EIN GESUNDES HAMBURG“, DER IM JUNI 2010 ZU DEN SCHWERPUNKTEN „GESUND AUFWACHSEN“, „GESUND LEBEN UND ARBEITEN“ UND „GESUND ALT WERDEN“ GESCHLOSSEN WURDE.

Herr Stender, welchen Stellenwert hat die Gesundheitsberichterstattung für die Gesundheitspolitik?

Sie hat die Aufgabe, (Hamburg-)spezifische Gesundheitsdaten aufzubereiten und zu bewerten. Auf dieser Grundlage können wissenschaftliche und handlungsorientierte Expertisen zusammengeführt und Ziele für die Gesundheitspolitik abgeleitet werden. Angesichts einer kritischen Haushaltslage der öffentlichen Hand und einer auch daraus abgeleiteten Versuchsung, Gesundheitsförderung immer mehr als freiwillige Aufgabe einzuschätzen, können wir auf Grundlage der Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung belegbare Prioritäten für die Gesundheitspolitik setzen. Sind die Ziele gut begründet und werden sie nachvollziehbar vermittelt, kann man damit auch unterschiedliche Interessen beispielsweise von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern oder Krankenkassen unter einen Hut bringen.

Welche Schwerpunkte werden in Hamburg für die Gesundheit älterer Menschen gesetzt?

Wir haben zwei Berichte zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen erstellt und im Pakt für Prävention Schwerpunkte auf die Themen „Gesundheit im Wohnumfeld“, „Gesundheit und Bewegungsförderung“ sowie „Gesundheit in Pflegesituationen“ gelegt. Besonderes Gewicht legen wir darauf, dass die Menschen in ihrem Wohnumfeld weiterhin möglichst eigenständig leben können. Dafür wollen wir vorhandene Strukturen und wohnortnahe Angebote nutzen wie beispielsweise Pflegestützpunkte in den Bezirken oder auch Möglichkeiten prüfen, das Instrument der präventiven Hausbesuche einzubeziehen. Eingebettet sind diese Aktivitäten auch in das Hamburger Rahmenprogramm „Integrierte Stadtteilentwicklung“. Es soll bei den jährlich geplanten 6000 neuen Woh-

nungen in Hamburg beispielsweise auch ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass ein Teil von ihnen altengerecht sein wird.

»Inzwischen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Gesundheitsförderung für jedes Lebensalter sinnvoll, notwendig und möglich ist. Deshalb orientieren sich die Aktivitäten des Pakts für Prävention an verschiedenen Lebensphasen.«

Welche Aufgabe hat der Pakt für Prävention?

Der Pakt soll die Aktivitäten einzelner Organisationen und Einrichtungen besser koordinieren und bündeln. Beteiligt sind unter anderem Krankenkassen, der Hamburger Sportbund, die Krankenhausgesellschaft, der Verband norddeutscher Wohnungsunternehmen, der Zentralausschuss Hamburgischer Bürgervereine, die Volkshochschule und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Insgesamt hat der Pakt derzeit 99 Mitglieder.

Inzwischen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Gesundheitsförderung für jedes Lebensalter sinnvoll, notwendig und möglich ist. Deshalb orientieren sich die Aktivitäten des Pakts für Prävention an verschiedenen Lebensphasen. Es geht um die begleitende Gesundheitsförderung zu den Schwerpunkten „Gesund aufwachsen in Hamburg“, „Gesund leben und arbeiten in Hamburg“ sowie um „Gesund alt werden in Hamburg“. Natürlich hat auch die Diskussion über die demografische Entwicklung dazu beigetragen, dass das Thema „Gesundheit im Alter“ immer stärker berücksichtigt wird.



Klaus-Peter Stender ist Diplompädagoge und Leiter der Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg. Er ist seit vielen Jahren in der Gesundheitsförderung aktiv und hat in den Themenfeldern Gesundheitsförderung, gesunde Stadt und Suchtprävention veröffentlicht.

Wie ist der Pakt für Prävention organisiert?

Zunächst einmal können wir in Hamburg auf eine lange Kontinuität der Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung zurückblicken – übrigens unabhängig von den wechselnden politischen Mehrheiten in der Bürgerschaft oder in den Bezirken. Bedeutsam ist außerdem, dass es sich bei dem Pakt um eine an Verbindlichkeit orientierte Kooperation handelt: Alle Beteiligten haben eine Kooperationsvereinbarung unterschrieben und sich verpflichtet, mit jeweils eigenen Beiträgen an einer Umsetzung der Ziele mitzuwirken. Eine wichtige Rolle spielen Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themen und regelmäßige Netzwerktreffen.

Welchen Stellenwert hat Forschung für die Gesundheitsförderung und Prävention in einer Stadt bzw. einem Bundesland?

Der Pakt für Prävention ist u. a. die Konsequenz aus einer wissenschaftlichen Studie, die am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2009 durchgeführt worden ist. Untersucht wurde der Stand der Gesundheitsförderung in Hamburg. Darüber hinaus wurde benannt, was verbesserungswürdig ist. Ein wichtiges Ergebnis der Studie war, dass – trotz des hohen Niveaus der Gesundheitsförderung in Hamburg – eine bessere Vernetzung und Kooperation der Akteurinnen und Akteure sinnvoll und möglich ist. Empfohlen wurde daher die Vereinbarung von gemeinsamen Zielen.

Ein anderes Beispiel: Beim Thema Gesundheit für ältere Menschen greifen wir insbesondere auf Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsprojekts „LUCAS“ zurück. Es wird unter Federführung der Medizinisch-Geriatriischen Klinik und Forschungsabteilung im Albertinen-Haus durchgeführt. Fünf Partner untersuchen im Rahmen einer Langzeitstudie die Lebensumstände und -gewohnheiten älterer Menschen – von der

Marathonläuferin bzw. dem Marathonläufer bis hin zur Pflegeheimbewohnerin bzw. dem Pflegeheimbewohner. Ziel ist es, jene Faktoren zu ermitteln, die ein gesundes Altern auf der einen Seite unterstützen bzw. es auf der anderen Seite gefährden.

Welche Erwartungen hat Ihre Behörde an wissenschaftliche Forschung?

Je abstrakter Forschungsergebnisse sind, desto weniger hilfreich sind sie für uns. Sie sollten deswegen anwendungsbezogen sein, Fragen zur Situation in Hamburg beantworten oder aufzeigen, welche Maßnahmen wirksam oder eben nicht wirksam sind. Außerdem: Welche praktischen Ansätze versprechen Erfolg? Schließlich brauchen wir nachvollziehbare Grundlagen für politische Entscheidungen und dafür, für welche Schwerpunkte und Programme wir Steuermittel einsetzen. Leider hat die anwendungsbezogene Forschung noch nicht den Stellenwert, den sie verdient. Ein weiteres Problem besteht darin, dass Forschungsprojekte oft ihre eigenen, gelegentlich nicht nachvollziehbaren Qualitätskriterien haben.

Das Interview führte Dipl.-Soziologe Waldemar Süß.



PROJEKTE 06–10

- 32** Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten
- 34** Ältere gezielt erreichen – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs
- 36** Evaluation eines psychosozialen Trainings für ältere Erwerbslose in Kombination mit Gesundheitszirkeln
- 38** Evaluation der bevölkerungsorientierten Bewegungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“
- 40** Erhaltung und Förderung von Mobilität, Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen

Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten

HINTERGRUND In Deutschland gelten etwa 1,6 Millionen Menschen als alkoholabhängig, etwa 2,7 Millionen haben einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum. Zwar treten Alkoholprobleme bei Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt seltener auf als bei Einheimischen, ab dem fünften Lebensjahrzehnt nehmen sie aber auch in dieser Personengruppe zu. Aufgrund von sprachlichen, kulturellen und administrativen Barrieren werden sie von Präventionsangeboten kaum erreicht. Bisher fehlen spezifische migrations- und kultursensible Präventionsangebote.

FRAGESTELLUNG Ziel des Projekts war die Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzepts, um gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum bei älteren Personen mit Migrationshintergrund vorbeugen zu können. In verschiedenen Maßnahmen ging es darum, den eigenverantwortlichen Umgang mit Alkohol zu fördern, das Wissen über alkoholbedingte Störungen zu erhöhen und Verhaltensänderungen bei riskantem Alkoholkonsum zu erreichen.

ZIELGRUPPE Personen ab 45 Jahre mit Migrationshintergrund sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Das Konzept „Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten“ (PRÄALMI) berücksichtigt migrations- und kulturspezifische Aspekte. Die Evaluation des Konzepts erfolgte durch eine cluster-randomisierte, kontrollierte Studie, die mit Fragebogen unmittelbar vor und nach der Veranstaltung sowie sechs Monate später durchgeführt wurde. Für die Interventionsgruppen wurden ca. zweistündige strukturierte Präventionsveranstaltungen mit vier Modulen (Tabuthema Alkohol, Informationen zum Thema Alkohol und Alkoholprobleme, Risiko- und Schutzfaktoren, persönliche und professionelle Hilfsangebote) und eine Informationsbroschüre in den Sprachen der Zielgruppen angeboten. Die Präventionsveranstaltungen in der Interventionsgruppe zeichneten sich durch spezifische Materialien, gemeinsame Durchführung durch Sucht- und Migrationsdienste und die Ausgabe von muttersprachlichen Informationsbroschüren aus. Die Kontrollgruppen nahmen an ca. zweistündige Informationsveranstaltungen mit Materialien der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) teil und erhielten eine deutschsprachige Broschüre zum Thema Alkohol. Dabei wurden die Kontrollgruppen nur von jeweils einem Beratungsdienst aus dem Bereich Sucht oder Migration begleitet. Durchschnittlich bestanden die Interventionsgruppen aus 37 und die Kontrollgruppen aus 14 Personen. In die wissenschaftliche Auswertung wurden 268 Teilnehmende aufgenommen.

KONTAKT INFORMATIONEN

Dr. Isaac Bermejo (Projektleitung)
 Celenus-Kliniken Offenburg
 Moltkestraße 27 | 77654 Offenburg
 i.bermejo@celenus-kliniken.de

Fabian Frank (wissenschaftlicher Mitarbeiter)
 Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für
 Psychiatrie und Psychotherapie, AG Klinische
 Epidemiologie und Versorgungsforschung
 Hauptstraße 5 | 79104 Freiburg
 fabian.frank@uniklinik-freiburg.de

PRAXISPARTNER

Deutscher Caritasverband e.V., Referat
 „Basisdienste und besondere Lebenslagen“
 und Referat „Migration und Integration“
 Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.,
 Referat für Sucht- und Selbsthilfe und
 Referat für Migration

ZENTRALE ERGEBNISSE Die Interventionsgruppe schnitt in allen Bereichen signifikant besser ab als die Kontrollgruppe: 76,8 % von ihnen gaben an, Neues über Alkohol erfahren zu haben (Kontrollgruppe: 54,1 %), 70,8 % sagten, sie hätten ihre Einstellung zu Alkohol verändert (Kontrollgruppe: 44,6 %), 75,5 % nahmen sich vor, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren (Kontrollgruppe: 54,8 %).

Sechs Monate später hatten 49,4 % der Interventionsgruppe ihren Alkoholkonsum tatsächlich reduziert oder eingestellt, während in der Kontrollgruppe nur 16,7 % ihren Alkoholkonsum veränderten.

73,4 % der Interventionsgruppe lasen die kultur- und migrationspezifische Informationsbroschüre vollständig, 67,8 % gaben sie an andere weiter. Demgegenüber wurde die DHS-Broschüre in der Kontrollgruppe nur von 21,2 % gelesen und von 20 % weitergegeben.

Die Ergebnisse zeigen, dass unter Berücksichtigung der Diversität kultureller, migrationsbezogener, soziodemografischer und sprachlicher Faktoren eine erfolgreiche Umsetzung von Präventionsmaßnahmen für ältere Personen mit Migrationshintergrund bezüglich alkoholbezogener Störungen möglich ist.

ANWENDUNGSFELD Präventionsmaßnahmen zum gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum bei älteren Personen mit Migrationshintergrund sind dann erfolgreich, wenn sie eine transkulturelle Perspektive umsetzen. Damit berücksichtigen sie neben spezifischen kulturellen und lebensgeschichtlichen Faktoren auch die unterschiedlichen Normsysteme im Umgang mit Alkohol.

HANDLUNGS-EMPFEHLUNG Alkoholbezogene Präventionsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund sollten durch kultur-, migrations- und sprachenspezifische Aspekte stringent eine transkulturelle Perspektive umsetzen. Ein erfolgreiches Konzept setzt die Kooperation von Sucht- und Migrationsdiensten voraus.
 Das Konzept „Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten“ (PRÄALMI) wird als Fortbildung bzw. Manual für Praktikerinnen und Praktiker angeboten.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN BERMEJO I, FRANK F, HÄRTER M, WALTER-HAMANN R (2011). Alkoholprobleme älterer Migranten – Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes. Soziale Arbeit, 9, 329–336.

Ältere gezielt erreichen – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs

HINTERGRUND Gesundheitsförderung und Prävention tragen im Alter dazu bei, die Selbstständigkeit und Funktionsfähigkeit zu erhalten, gesundheitliche Einschränkungen hinauszuzögern sowie die Lebensqualität zu verbessern. Entsprechende Angebote erreichen bislang vor allem Frauen, aktive und gesellige Menschen sowie Menschen mit Einschränkungen, aber mit noch hoher Eigenverantwortung. Als schwer erreichbar gelten dagegen Männer, nicht mobile Personen, sozial benachteiligte und bildungsferne Personen sowie Migrantinnen und Migranten. Entscheidend für die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen sind die richtige Auswahl der Zielgruppe, ihre erfolgreiche Ansprache und die Wahl eines Zugangsweges, über den die Zielgruppe erreicht werden kann. Präventive Hausbesuche, als eine Form der zugehenden Gesundheitsberatung, können eine geeignete Maßnahme darstellen, um schwer erreichbare Personen anzusprechen.

FRAGESTELLUNG Das Projekt ging der Frage nach, wie ältere Frauen und Männer für einen präventiven Hausbesuch motiviert werden können und inwieweit eine alters- und geschlechtsspezifische Ansprache erforderlich ist. Des Weiteren wurde untersucht, welche Zugangswege (Krankenkasse, Hausarztpraxis) besonders geeignet sind, um ältere Menschen mit unterschiedlichen Gesundheitsrisiken zu erreichen. Die Fragestellungen bezogen sich auf die Wirksamkeit der Zugangswege und auf die Wirtschaftlichkeit.

ZIELGRUPPE Zielgruppe sind über 65-jährige, nicht pflegebedürftige Menschen mit einem spezifischen Risikoprofil.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Mithilfe von alters- und geschlechtsspezifischen Fokusgruppen und persönlichen Interviews wurde die Einstellung von über 65-jährigen Menschen zu Präventionsangeboten und insbesondere zum präventiven Hausbesuch erfragt. Dazu wurde ihnen das bestehende Informationsmaterial zum präventiven Hausbesuch vorgelegt. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte durch eine Zufallsstichprobe aus Krankenkassendaten. Die Fokusgruppen fanden in Seniorenbegegnungstätten statt. Zum einen flossen die Ergebnisse in die zielgruppenspezifische Überarbeitung des Ansprachematerials ein. Zum anderen dienten sie, ergänzt durch Literaturrecherche und Expertenmeinungen, der Entwicklung eines Fragebogens zur Eingrenzung der Zielgruppe. In der zweiten Studienphase wurden zwei Zugangswege zum präventiven Hausbesuch erprobt und evaluiert. Der Zugangsweg über die Krankenkasse wird von der AOK Niedersachsen seit längerer Zeit beschritten. Neu erprobt wurde der Zugang über die Hausarztpraxis. Die Studie wurde in zwei ländlichen und zwei städtischen Regionen durchgeführt. Zur Eingrenzung der Zielgruppe wurde der Kurzfragebogen eingesetzt.

KONTAKT INFORMATIONEN

Prof. Dr. Ulla Walter
 Medizinische Hochschule Hannover
 Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
 Gesundheitssystemforschung
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 walter.ulla@mh-hannover.de

Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier
 Universitätsmedizin Göttingen, Abteilung
 Allgemeinmedizin (zuvor: Medizinische
 Hochschule Hannover, Institut für Allge-
 meinmedizin)

PRAXISPARTNER

AOK Niedersachsen

**ZENTRALE
ERGEBNISSE**

Bereits bei der Konzeption der Ansprache müssen die Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigt werden: Informationen für ältere Menschen sollten knapp und gut verständlich sein, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner konkret benannt werden. Frauen sind eher über Aspekte ansprechbar, die soziale Teilhabe hervorheben, Männer eher über Bewegung und Fitness. Außerdem ist es sinnvoll, die Zielgruppen für das jeweilige Angebot genau zu definieren und entsprechend einzugrenzen. Es konnten insgesamt 452 Zielgruppenangehörige über die beiden Zugangswege ermittelt werden, von denen 246 (54 %) nach Erhalt der neu entwickelten Ansprache zur Teilnahme an dem Programm motiviert werden konnten. Die Akzeptanz des Angebots im Sinne eines erfolgreichen Zugangs (drei Hausbesuche) gelang bei 143 Personen (32 %).

ANWENDUNGSFELD

Die Ergebnisse des Projekts zeigen, dass Frauen und Männer in verschiedenen Altersgruppen (65 bis 75 Jahre und 76+) unterschiedlich angesprochen werden müssen. Außerdem sind geschlechtsspezifische Informationen zur Motivierung an einer Teilnahme an Präventionsangeboten erforderlich.

**HANDLUNGS-
EMPFEHLUNG**

Präventionsangebote für ältere Zielgruppen erfordern eine zielgruppenspezifische Ansprache mit einem gestaffelten Vorgehen. Nach der Zielgruppenbestimmung gilt es, das Programm partizipativ zu entwickeln – sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der Ansprache und der Zugangswege. So können bedarfsgerechte Angebote geschaffen werden, die auf Akzeptanz stoßen. Präventive Hausbesuche können ein wirksames Instrument zur Förderung der Gesundheit von älteren und gesundheitlich bereits eingeschränkten Menschen sowie zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sein. Sie sollten allen Gruppen und nicht nur Mitgliedern einer Krankenkasse zugänglich sein. Voraussetzungen sind zu schaffen, die anderen Anbietern wie Kommunen und Wohlfahrtsverbänden ermöglichen, ihre Leistungen abzurechnen. Dafür müssten sich die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen auf ein einheitliches Konzept für präventive Hausbesuche verständigen. Außerdem gilt es, die örtlichen Akteurinnen und Akteure, die Angebote für Ältere in den Bereichen Prävention und soziale Teilhabe bereithalten, zu vernetzen, um Parallelstrukturen zu vermeiden.

**WEITERFÜHRENDE
INFORMATIONEN**

DEITERMANN B, PATZELT P, HEIM S, KRAUTH C, THEILE G, HUMMERS-PRADIER E, WALTER U (2011). Erfolgreiche Prävention braucht eine geschlechtergerechte Ansprache. Public Health Forum 19 (71), 9–10.

PATZELT C, DEITERMANN B, HEIM S, KRAUTH C, THEILE G, HUMMERS-PRADIER E, WALTER U (2012). Wie können ältere Menschen für die Inanspruchnahme des präventiven Hausbesuches motiviert werden? Public Health Forum 20 (74), 14–16.

Evaluation eines psychosozialen Trainings für ältere Erwerbslose in Kombination mit Gesundheitszirkeln

HINTERGRUND Etwa ein Drittel aller 2011 arbeitslos gemeldeten Menschen in Deutschland ist älter als 50 Jahre. Aus der Arbeitslosenforschung ist bekannt, dass Erwerbslosigkeit mit psychischen Beeinträchtigungen wie beispielsweise Depressivität, Ängsten oder verringertem Selbstvertrauen einhergeht. Vor diesem Hintergrund gilt es, vor allem ältere Langzeitarbeitslose psychosozial zu stabilisieren.

FRAGESTELLUNG Untersucht wurde, welchen Beitrag verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen (AktivA) sowie Gesundheitszirkel zur Verbesserung des gesundheitlichen Befindens von Langzeitarbeitslosen leisten können.

ZIELGRUPPE Ältere langzeitarbeitslose Personen in der Altersgruppe 50 bis 65 Jahre.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION An der Technischen Universität Dresden wurde das Programm „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)“ entwickelt. Das Programm beruht auf verhaltenspsychologischen Methoden und zielt darauf, die Handlungsfähigkeit von Langzeitarbeitslosen durch die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen im Hinblick auf ihre spezifische Lebenssituation zu erhalten und zu verbessern. Durch das Training werden keine unmittelbaren Vermittlungseffekte in den ersten Arbeitsmarkt erwartet. Vielmehr geht es darum zu prüfen, wie wiederholte Misserfolgs-erlebnisse und soziale Exklusion möglichst konstruktiv verarbeitet werden können und wie sich die Lebensqualität in der Erwerbslosigkeit durch eigenes Handeln verbessern lässt. Das Programm liegt als standardisiertes Manual vor und wurde den Teilnehmenden zu Beginn der Maßnahme ausgehändigt. Vier Module behandelten die Themen Aktivitätsplanung, konstruktives Denken, soziale Kompetenzen und soziale Unterstützung sowie systematisches Problemlösen. Der zeitliche Umfang betrug insgesamt 24 Zeitstunden, die in der Regel auf vier Kurstage im Zeitraum von zwei bis vier Wochen verteilt wurden. Die Trainerinnen und Trainer – vorwiegend mit sozialpädagogischem Hintergrund – wurden als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet und erhielten organisatorische und didaktische Hinweise zur Durchführung des Programms. Dazu zählten u.a. Übungen zur Selbsterfahrung, Vertiefung und Auflockerung. 207 ältere Langzeitarbeitslose nahmen bei Bildungs- und Beschäftigungsträgern im Rahmen sogenannter Ein-Euro-Jobs oder unabhängig von Arbeitsmarktinstrumenten an dem Programm „AktivA“ und der Studie teil. Sie füllten einen Fragebogen zu Beginn des Trainings, unmittelbar danach sowie drei Monate nach dem Trainingsende aus. Zum Vergleich wurden 163 Erwerbslose befragt, die nicht an dem Programm teilnahmen. Erfragt wurden körperliche, psychische und soziale Symptome, die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung. Weitere 111 Personen nahmen mit dem Ziel der Verhältnisprävention an Gesundheitszirkeln im Rahmen von Beschäftigungsmaßnahmen teil. Zunächst wurden die

KONTAKT INFORMATIONEN

Dipl.-Psych. Susann Mühlpfordt
 Technische Universität Dresden
 Institut für Arbeits-, Organisations- und
 Sozialpsychologie
 Zellescher Weg 17
 01062 Dresden
 Tel.: 0351 46 33 69 40
 muehlpfordt@psychologie.tu-dresden.de

PRAXISPARTNER

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Sächsisches Gesundheitsziel „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“) – Beschäftigungsträger nach SGB II in Sachsen

Tätigkeitsbedingungen in den Beschäftigungsmaßnahmen entsprechend arbeitspsychologischer Kriterien analysiert. Die Ergebnisse wurden diskutiert, um anschließend daraus bei mehreren Zirkeltreffen individuelle gesundheitsförderliche Veränderungen ab- und einzuleiten.

ZENTRALE ERGEBNISSE Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des AktivA-Programms konnte unmittelbar nach dem Training im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verringerung der selbst eingeschätzten psychischen und körperlichen Beschwerden festgestellt werden. Diese Effekte blieben auch nach drei Monaten stabil. Die Selbstwirksamkeitserwartung, die wahrgenommene soziale Unterstützung und soziale Beschwerden (zum Beispiel Einsamkeit, Rückzug) verbesserten sich ebenfalls im Trainingszeitraum. Allerdings kam es in der Kontrollgruppe zu ähnlichen Effekten. Dies kann ein Hinweis auf die selbstwertstabilisierende und sozialintegrative Wirkung von Beschäftigungsmaßnahmen generell sein. Gesundheitszirkel sind über den klassischen betrieblichen Kontext hinausgehend auch in Beschäftigungsmaßnahmen als Methode der betrieblichen Gesundheitsförderung anwendbar.

ANWENDUNGSFELD Das AktivA-Programm wird als Multiplikatorenschulung an Praktikerinnen und Praktiker vermittelt, die Erwerbslose beraten, unterstützen, weiterbilden oder in Maßnahmen begleiten. Gesundheitszirkel sind geeignet, gesundheitsförderliche Aktivitäten in Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen einzuleiten.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG Ältere Erwerbslose sind durchaus offen für gesundheitsförderliche psychosoziale Trainings und für partizipative Prozesse der Arbeitsgestaltung. Es ist jedoch wichtig, die individuellen Lebenslagen und spezifischen Bedarfe in den Beschäftigungsmaßnahmen zu berücksichtigen.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN Internetseite: www.aktiva.wissensimpuls.de

MÜHLPFORDT S, ROTHLÄNDER K (2011). Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA) – Evaluationsergebnisse für die Zielgruppe älterer Erwerbsloser. In: Bellwinkel M, Kirschner W (Hg.). Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. Band 25 (S. 167–175). Wirtschaftsverlag, Bremerhaven.

ROTHLÄNDER K (2009). Training psychosozialer Kompetenzen für Arbeitslose am Beispiel des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA. In: Holleder A (Hg.). Gesundheit von Arbeitslosen fördern! (S. 155–167). Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.

Evaluation der bevölkerungsorientierten Bewegungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“

HINTERGRUND Bewegung und Sport haben große Bedeutung für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die geistige Leistungsfähigkeit älterer Menschen. Hier geht es auch und vor allem um die Verringerung der Sturzgefährdung. Allerdings sind 80 bis 85 % der Älteren sportlich inaktiv. Aus gesundheitspolitischer Sicht sollten deshalb Interventionsprogramme entwickelt werden, die Ältere zu mehr Bewegungs- und Sportaktivitäten und zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil motivieren können.

FRAGESTELLUNG Die Evaluation des vom Landessportbund und der NRW-Landesregierung gemeinsam mit den Ärztekammern und den Sportärzdebünden getragenen Projekts „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ untersuchte, welche Maßnahmen zu einer wirksamen Bewegungsförderung bewegungs- und sportinaktiver älterer Menschen führen. Die Wirksamkeit verschiedener Angebote wurde anhand von Zielgruppenmerkmalen analysiert, die sich auf die sportliche Ausgangsmotivation, das Geschlecht und den Bildungsstand bezogen.

ZIELGRUPPE Bewegungs- und sportinaktive Ältere ab 50 Jahren.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Untersucht wurden verschiedene Interventionsmaßnahmen der Kampagne:

1. Die Maßnahme „Vital 55plus“ sollte vor allem bewegungs- und sportinaktive Ältere der einfachen Bildungsschicht erreichen. Per Post (Direct Mailing) erhielten die Versicherten der IKK Nordrhein ein Bewegungsangebot mit Terminvorschlägen und Anmeldungshinweisen. 182 Versicherte nahmen an den Kursen teil.
2. „Aktiv in Bewegung“ richtete sich gezielt insbesondere an bewegungs- und sportinaktive Männer. Um sie zu erreichen, wurden Kurse mit männerspezifischen Bewegungsangeboten (Gerätetraining, Erfolgstestung, Sport als Erlebnis) zunächst über Hausärztinnen und -ärzte, danach über Tageszeitungen und Sportanbieter beworben. An diesen Kursen nahmen etwa 110 Männer und Frauen teil.
Die Veränderungen des Bewegungs- und Sportverhaltens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beider Kursmaßnahmen wurden mit einem Versuch-/Kontrollgruppendesign (drei Monate Interventionszeit) und einer Folgerhebung mit zwei Messzeitpunkten (sechs Monate und ein Jahr) analysiert.
3. „Plakataktion“: Durch die Befragung einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe mit insgesamt etwa 400 Menschen wurde geprüft, ob Plakate dazu beitragen, die Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ bei Älteren bekannt zu machen und darüber hinaus eine Änderung ihrer Bewegungs- und Sportaktivität zu bewirken. Die Messzeitpunkte lagen ein bis zwei Monate vor sowie drei Monate bzw. sechs Monate nach der Plakatierung.

KONTAKTINFORMATIONEN

Prof. Dr. Henning Allmer
 gesund e.V. – Kölner Institut für
 angewandte Gesundheitswissenschaften
 Hansaring 88 | 50670 Köln
 Tel.: 02238 83248
 henning.allmer@gesund-ev.de

PRAXISPARTNER

IKK Nordrhein (Projektphase)
 Landessportbund NRW (Projektphase)

4. Die Internetseite des Landessportbunds NRW „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ führte eine Onlinebefragung und ein Beratungsangebot zur Kampagne durch. Beide Maßnahmen erfassten bei den ca. 250 Befragten neben Daten zum Alter, Geschlecht und Bildungsstand auch, wie stark die Motivation zu sportlicher Betätigung zum Befragungszeitpunkt war, welche Bedeutung Bewegung und Sport beigemessen wird und ob sportliche Aktivitäten geplant waren. Nach vier Monaten wurde die Befragung wiederholt.

ZENTRALE ERGEBNISSE Das Direct Mailing zum Bewegungskurs „Vital 55+“ erreichte mehr Ältere mit einfacher Schulbildung sowie mehr Bewegungs- und Sportinaktive mit geringer sportlicher Motivation als die Werbung über Zeitungsannoncen. Verglichen mit Ergebnissen anderer Präventionsberichte, beispielsweise dem Gesundheitsbericht des Bundes, nahmen am Bewegungskurs „Aktiv in Bewegung“ mehr Männer teil. Beide Bewegungskurse erzielten signifikante Verbesserungen in der positiven Wahrnehmung der Bewegungs- und Sportaktivität und eine höhere sportliche Aktivität sechs und zwölf Monate nach Kursende.

Über Hausärztinnen und -ärzte konnten nur wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Bewegungskurse gewonnen werden.

Die Erwartung, dass Plakataktionen einen Anreiz bieten, sich mit Themen auseinanderzusetzen und das bisherige Verhalten zu ändern, hat sich nicht erfüllt, obwohl sie zu einer Zunahme der Bekanntheit der Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ geführt hat. Die Plakataktionen bewirkten weder eine Veränderung in der Einstellung zu Bewegung und Sport noch in der sportlichen Betätigung. Der Aufmerksamkeitsgrad für die Internetseite war sehr gering. Die Zielgruppe konnte damit nicht nachhaltig erreicht werden.

ANWENDUNGSFELD Bewegungs- und sportinaktive Ältere lassen sich über zielgruppenspezifische Maßnahmen der Bewegungsförderung motivieren: Plakataktionen und Internetangebote können Aufmerksamkeit und Interesse für Sport und Bewegung steigern, während konkrete Bewegungs- und Beratungsangebote eine tatsächliche Verhaltensänderung bewirken können.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG Es sollten Vernetzungsmöglichkeiten mit verschiedenen Trägern geprüft werden, um attraktive Einstiegsangebote einzurichten und sie in dauerhafte Bewegungsangebote umzuwandeln.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN ALLMER H, FROBÖSE I (2010). Verbundprojekt Evaluation der bevölkerungsorientierten Bewegungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“. Abschlussbericht zum BMBF-Forschungsvorhaben. Download unter www.gesund-ev.de/_docs/Schlussbericht.pdf.

Erhaltung und Förderung von Mobilität, Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen

HINTERGRUND In stationären Pflegeeinrichtungen weisen durchschnittlich 60 bis 70 % der Bewohnerinnen und Bewohner eine Demenz auf. Sie leiden häufig unter schweren Einschränkungen ihrer Mobilität und haben ein erhöhtes Risiko für Verletzungen und andere Gefährdungen ihrer Gesundheit.

FRAGESTELLUNG Mit dem Forschungsprojekt wurde der Frage nachgegangen, ob mit der Umsetzung von interdisziplinären Versorgungsleitlinien (= Qualitätsniveau) in Pflegeeinrichtungen die Mobilität und die Sicherheit von Menschen mit einer Demenz gefördert werden können.

ZIELGRUPPE Frauen und Männer mit einer Demenz und erhaltener Gehfähigkeit in Pflegeeinrichtungen.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION In einem vorausgegangenen Projekt wurde ein Qualitätsniveau zur Förderung von Mobilität und Sicherheit von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen entwickelt. Hierbei wurden sieben Ziele und Handlungsempfehlungen in Form von interdisziplinären Versorgungsleitlinien formuliert:

- Es bestehen infrastrukturelle Voraussetzungen, sich entsprechend der individuellen Bedürfnisse uneingeschränkt fortzubewegen.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner nehmen entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und ihrer Fähigkeiten an Angeboten zur Erhaltung und Förderung ihrer Mobilität teil.
- Die Gefährdungen durch unbemerktes Verlassen der Einrichtung sind erkannt. Es werden Maßnahmen ergriffen, die die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen minimieren.
- Einschränkungen der Mobilität sowie deren Ursachen sind identifiziert.
- Mögliche Einschränkungen der Mobilität werden den individuellen Bedürfnissen der Demenzkranken gemäß angegangen und so weit wie möglich kompensiert.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten individuell abgestimmte Angebote zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen.
- Bewohnerinnen und Bewohner mit sehr stark eingeschränkter Mobilität erhalten auf ihren Bedarf abgestimmte Angebote, die das Auftreten von Sekundärkomplikationen verringern können.

Die Versorgungsleitlinien wurden in 20 Pflegeeinrichtungen mit 1256 Bewohnerinnen und Bewohnern umgesetzt. Die Implementierung erfolgte mithilfe von Workshops mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Einrichtungen, durch regelmäßige Besuche vor Ort und die Begleitung von Qualitätszirkeln seitens des Implementierungsteams. Alle Einrichtungen verfolgten die sieben Ziele mit unterschiedlichen Methoden, abhängig von ihren jeweiligen Voraussetzungen und Prioritäten. Mithilfe welcher Maßnahmen die Ziele umgesetzt werden sollten, konnten die Einrichtungen selbst entscheiden.

KONTAKT INFORMATIONEN

Professor Dr. Martina Schäufele
 Hochschule Mannheim
 Paul-Wittsack-Str. 10
 68163 Mannheim
 m.schaeufele@dhs-mannheim.de

PRAXISPARTNER

Bundeskongress zur Qualitätssicherung
 im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.,
 Träger stationärer e.V., Bildungs- und
 Beschäftigungsträger

In einer begleitenden Wirksamkeitsstudie wurden folgende Fragen untersucht: Bleibt die Gehfähigkeit länger erhalten? Tritt Bettlägerigkeit seltener auf? Nimmt die Lebensqualität zu? Vermindern sich Risikofaktoren und die Folgen von Mobilitätseinschränkungen? Neben der Interventionsgruppe wurde zeitversetzt eine Kontrollgruppe aus zwölf Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 871 Bewohnerinnen und Bewohnern, in denen die Versorgungsleitlinien nicht implementiert wurden, untersucht. Dabei wurden dieselben Instrumente eingesetzt wie in der Implementierungsgruppe. Nach Abschluss der 16-monatigen Implementierungsphase wurde die Zielgruppe aus den 20 Interventionseinrichtungen mit der Kontrollgruppe im Hinblick auf den Verlauf der zentralen Ergebnismerkmale verglichen.

ZENTRALE ERGEBNISSE Verglichen mit der Kontrollgruppe waren die Bewohnerinnen und Bewohner in der Interventionsgruppe mit den Versorgungsleitlinien signifikant länger gehfähig. Sie stürzten weniger und waren insgesamt weniger stark von Mobilitätseinschränkungen betroffen. Tendenziell nahmen sie häufiger an therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen teil. Keine Unterschiede gab es hinsichtlich des allgemeinen Wohlbefindens, der Bettlägerigkeit und bei schweren Sturzfolgen. Zu den Best-Practice-Beispielen der Implementierungsmaßnahmen gehörten unter anderem ein Mobilitätsbeauftragter, enge Kooperationen mit freien Anbieterinnen und Anbietern für Physio- und Ergotherapie, multiprofessionelle Fallbesprechungen, niedrigschwellige Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Einbeziehung der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die regelmäßige Überprüfung verordneter Medikationen.

ANWENDUNGSFELD Mit interdisziplinären Versorgungsleitlinien können mobilitäts- und sicherheitsrelevante Risikofaktoren von demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen reduziert werden. Auch die Einrichtungen selbst profitieren von einer Verbesserung ihrer Strukturen und Prozesse.

HANDLUNGS-EMPFEHLUNG Anstrengungen und Aufwand für die Implementierung von interdisziplinären Versorgungsleitlinien in Pflegeeinrichtungen lohnen sich sowohl für die von Demenz betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen als auch für die Mitarbeitenden der Einrichtungen.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN SCHÄUFELE M, HOELL A, HENDLMEIER I, WEYERER S (2012). Können Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit Demenz im Pflegeheim gefördert werden? Public Health Forum 20 (4), S. 33e1–33e3.

Handlungsempfehlungen für die kommunale Praxis gibt es kaum

MIT VIELFÄLTIGEN AKTIVITÄTEN KONNTE DIE ABWANDERUNG IN GÖRLITZ UMGEKEHRT WERDEN. DR. MICHAEL WIELER HAT ALS SOZIALBÜRGERMEISTER DORT UNTER ANDEREM AUF DIE STADTENTWICKLUNG UND DAS MEHRGENERATIONENWOHNEN GESETZT. WISSENSCHAFTLICHE FORSCHUNGSPROJEKTE UND -ERGEBNISSE WAREN IHM DABEI SELTEN HILFREICH, WEIL SIE HÄUFIG ZU WENIG PRAXIS- UND HANDLUNGSRELEVANT SIND.

Herr Dr. Wieler, Görlitz wird in den Medien als „Seniorenhauptstadt“ Deutschlands bezeichnet. Woran macht sich das fest?

Mehr als 20.000 Menschen, das sind ein Viertel der ehemals rund 80.000, haben die Stadt seit 1990 verlassen. Das waren vor allem junge, gut ausgebildete und qualifizierte Leute, die noch im Berufsleben stehen. Deswegen weist die Bevölkerungsstruktur von Görlitz einen überdurchschnittlichen Anteil Älterer auf. 2008 konnten wir diesen Prozess jedoch stoppen und in den letzten Jahren sogar leicht umkehren.

Welche Konsequenzen hatte dieser Prozess für die Politik?

Wir haben uns gefragt, welche Konsequenzen wir daraus ziehen müssen und uns in den letzten 20 Jahren intensiv mit den Themen Stadtentwicklung und Mehrgenerationenwohnen beschäftigt. Gemeinsam mit Wohlfahrtsverbänden, Wohnungsbaugesellschaften und Investoren haben wir dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen und etliche Projekte auf den Weg gebracht. In einer Stadt mit etwa 55.600 Einwohnerinnen und Einwohnern geht manches auch informell und ist einfacher zu handhaben als in größeren Städten.

Wir haben insbesondere mit Mitteln der Städtebauförderung neue Wohneinheiten barrierefrei gebaut, Quartiere mit hohem Leerstand mehrgenerationengerecht umstrukturiert und neue Einrichtungen für ältere und demenzkranke Menschen geschaffen. Dazu gehört selbstverständlich eine entsprechende Infrastruktur mit fußläufig zu erreichenden Begegnungszentren, Ärztinnen und Ärzten, Kindertageseinrichtungen und Kulturangeboten in den Quartieren. Wir bieten älteren Menschen damit eine attraktive Möglichkeit, möglichst lange selbstständig zu wohnen.

Wie haben Sie den Alterungstrend in der Stadt stoppen können?

Wegen der genannten Aktivitäten und Projekte, den günstigen Mieten und den relativ niedrigen Lebenshaltungskosten ist Wohnen in Görlitz nicht nur für ältere Menschen sehr attraktiv. Außerdem ist die Stadt schön und hat ein einzigartiges Kulturangebot. Deswegen beobachten wir in den letzten Jahren eine Zuwanderung nach Görlitz – übrigens nicht nur von Älteren – aus dem ganzen Bundesgebiet. Wir sind deswegen auch keine „Seniorenstadt“, wie das oftmals in den Medien gesagt wird.

Weil sie bestimmte Dienstleistungen in der Versorgung, Rehabilitation oder Pflege benötigen, schaffen ältere Menschen zudem neue Arbeitsplätze. Viele engagieren sich sehr im kulturellen, sozialen und politischen Leben unserer Stadt, was sie für alle attraktiver und lebenswerter macht.

»Ich wüsste schon gern, ob die Wissenschaft bei der Beantwortung der Frage, ob und wie wir die Innenstadt weiterentwickeln können, ohne dass die Randbezirke absterben, Antworten oder Alternativen zu bieten hat.«

Nutzen Sie auch wissenschaftliche Expertisen, um bestimmte Entwicklungen anzustoßen?

Wissenschaftliche Studien oder Projektberichte schaue ich mir durchaus an. Allerdings fehlt im Alltag häufig die Zeit, sich systematisch damit zu beschäftigen. Auf Tagungen oder Kongressen erfährt man manchmal relevante Forschungsergebnisse und tauscht sich mit den Wissenschaft-



Dr. Michael Wieler hat Germanistik, Theaterwissenschaften, Geografie und Philosophie in Münster studiert. Seit 2008 ist er Bürgermeister für Ordnung, Sicherheit, Bau, Kultur, Jugend, Schule und Sport, Soziales der Stadt Görlitz.

lerinnen und Wissenschaftlern oder anderen Kolleginnen und Kollegen darüber aus.

Allerdings frage ich mich manchmal, welche Relevanz bestimmte Forschung für die kommunale Praxis hat. Ein Beispiel: Der demografische Wandel ist vermutlich eines der am meisten erforschten Themen, konkrete Handlungsempfehlungen für die kommunale Praxis vermisste ich jedoch. Das betrifft zum Beispiel auch ein Modellprojekt zur demografischen Entwicklung in der Region. Darüber ist viel geschrieben und veröffentlicht worden, aber konkrete Ansätze für die Praxis sehe ich kaum.

Welche Forschungsvorhaben wären für die Stadt Görlitz praktisch relevant?

Ich will Ihnen ein Beispiel nennen: Nachdem die Innenstadt in den ersten Jahren nach der Wende fast entvölkert wurde, ist sie wieder zu einem lebendigen Zentrum geworden. Inzwischen leben hier wieder sehr viele Menschen, die im Durchschnitt fast 18 Jahre jünger sind, als es die Bevölkerung dort 1990 war. Sie ziehen allerdings von den Randbezirken in die Innenstadt, sodass die peripheren Stadtteile veröden. Ich wüsste schon gern, ob die Wissenschaft bei der Beantwortung der Frage, ob und wie wir die Innenstadt weiterentwickeln können, ohne dass die Randbezirke absterben, Antworten oder Alternativen zu bieten hat.

Gehen Sie auf Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu, wenn die Stadt beispielsweise Analysen oder Studien benötigt?

Manchmal machen wir das. Beispielsweise haben wir uns an eine sozialwissenschaftliche Fakultät in der Region gewandt, als wir nach dem sächsischen Kita-Gesetz den individuellen Betreuungsbedarf von Kindern feststellen mussten. Die

Fakultät hat uns den nötigen Background vermittelt, damit wir die Analyse erstellen konnten. Häufiger geben wir Gutachten an Hochschulen in Auftrag, wenn es etwa um technische Fragen im Bauwesen geht.

Was fehlt Ihrer Meinung nach im Verhältnis von Kommunen, Wissenschaft und Hochschulen?

In der Regel spricht man miteinander, wenn es akuten Handlungsbedarf gibt oder man ein konkretes Projekt verfolgt. Sinnvoll wäre jedoch ein kontinuierlicher und systematischer Diskurs, um gemeinsam Handlungsfelder zu identifizieren und gegebenenfalls zu bearbeiten. Dafür könnte man regelmäßige Workshops einrichten. So etwas ist wünschenswert, wird aber bislang nicht gemacht. Ich habe es allerdings auch noch nicht erlebt, dass eine Hochschule auf uns zugekommen ist. Meistens scheitern gemeinsame Studien oder Forschungsvorhaben doch an Ressourcen, die weder Kommunen noch Hochschulen ausreichend haben.

Das Interview führte Frau Dipl. Psychologin Susann Mühlpfordt.



PROJEKTE 11–14

- 46** Primärpräventive Wirkungen der Arbeit des Netzwerks Märkisches Viertel
- 48** Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern
- 50** Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal
- 52** Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen

Primärpräventive Wirkungen der Arbeit des Netzwerks Märkisches Viertel

HINTERGRUND Das Märkische Viertel ist eine Wohnsiedlung im Norden Berlins. Sie wurde vor rund 50 Jahren im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus errichtet und hat heute ca. 36.000 Einwohnerinnen und Einwohner, von denen jede bzw. jeder Vierte von Transferleistungen zur Existenzsicherung abhängig ist. Rund 20 % sind über 65 Jahre alt. 2003 gründete sich das Netzwerk Märkisches Viertel als ehrenamtlicher Zusammenschluss von Akteurinnen und Akteuren aus Wirtschaft, Politik, Dienstleistung und Beratung. Ziel ist es, auf der Grundlage verbindlicher Kooperationsvereinbarungen, die Gesundheit und Selbstständigkeit älterer Menschen zu fördern, die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern und raschen Zugang zu Hilfeangeboten zu schaffen. Der „Lebenswelt- und Settingansatz“ basiert auf der Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit nicht als isolierte Phänomene erklärbar sind, sondern sich aus komplexen Zusammenhängen ergeben. Insofern kommt Quartier-Netzwerken eine besondere Bedeutung zu, da sie an den individuellen Lebensverhältnissen und dem sozialen Umfeld der Zielgruppe ansetzen.

FRAGESTELLUNG Das Forschungsvorhaben untersuchte, ob die vom „Netzwerk Märkisches Viertel“ für ältere Menschen angestrebten gesundheitsförderlichen Effekte realisiert werden. Dies sollte u.a. durch Förderung des selbstständigen Lebens im Alter, Verbesserung der Versorgung im Quartier, Unterstützung in Notlagen, Stärkung eines funktionierenden Gemeinwesens und Stärkung lokaler Ökonomie erreicht werden.

ZIELGRUPPE Ältere Bewohnerinnen und Bewohner des Märkischen Viertels ab 60 Jahren.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Das Projekt umfasste drei Phasen. Die erste Phase untersuchte die Entstehung, Entwicklung und Struktur des Netzwerks sowie seine Bewertung durch die Netzwerkmitglieder anhand von Dokumentenanalysen, teilnehmenden Beobachtungen und Interviews. Die zweite Phase analysierte, wie die soziale Umwelt die Lebensqualität der älteren Bewohnerschaft beeinflusst. Als Methoden wurden eine Sozialraumanalyse, eine schriftliche Repräsentativbefragung von 1000 Personen über 60 Jahre, Interviews und Fokusgruppen mit älteren sowie sozial benachteiligten Menschen eingesetzt. Die Ergebnisse der ersten beiden Phasen wurden den Netzwerkmitgliedern kontinuierlich präsentiert. In der dritten Phase wurden aus den Ergebnissen Empfehlungen und Handlungsfelder abgeleitet sowie ein Partizipationskonzept entwickelt, das die Zielgruppe in Änderungsprozesse einbezieht.

ZENTRALE ERGEBNISSE Durch die teilnehmenden Beobachtungen und Interviews zeigte sich, dass die Zufriedenheit der Netzwerkmitglieder mit ihren Einflussmöglichkeiten auf die Arbeit des Netzwerks insgesamt groß war. Seine heterogene Zusammensetzung (u.a. Wohnungsbaugesellschaft, Schulen, Handwerksbetriebe, Pflegedienste,

KONTAKT UND INFORMATIONEN

Dr. Josefine Heusinger
 Institut für Gerontologische Forschung e.V.
 Torstraße 178
 10115 Berlin
 Tel.: 030 859 49 08
 heusinger@igfberlin.de

PRAXISPARTNER

Netzwerk Märkisches Viertel

Seniorenheime, Ärzte- und Apothekerschaft) ermöglichte unterschiedliche Blickwinkel auf das Quartier und die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner. Die unbürokratische Kooperation der Netzwerkakteure, die offene Diskussionskultur und die Professionalisierung der Netzwerkorganisation förderten eine projektübergreifende Zusammenarbeit. So ließen sich gezielt Projekte zur Verbesserung der Versorgung im Quartier entwickeln. Dazu gehören beispielsweise themenbezogene Arbeits- und Projektgruppen, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (Internet, Lokalzeitungen etc.), eine barrierefreie Musterwohnung oder ein ehrenamtlicher Besuchsdienst. Ein neu gebildeter Projektbeirat aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Gruppen der älteren Bewohnerschaft hat die Aufgabe, der Zielgruppe im Netzwerk eine Stimme zu geben. Er soll die älteren Bewohner und Bewohnerinnen als Experten und Expertinnen in eigener Sache in das Netzwerk einbeziehen und es zu allen Fragen, Wünschen und Bedürfnissen älterer Menschen im Märkischen Viertel beraten. Eine besondere Herausforderung bleibt die Erreichbarkeit älterer Menschen mit Migrationshintergrund.

ANWENDUNGSFELD Gesundheitsförderung und Prävention gelingen nur durch individuellen Zugang zu bedarfsgerechten Informationen und durch das Schaffen eines gesundheitsfördernden Sozialraums. Da die meisten älteren Menschen sich vorwiegend im eigenen Stadtteil bewegen, kommt ihm eine große Bedeutung für die Primärprävention zu. Im Quartier gibt es viele Akteure und Akteurinnen, die für die Gesundheitsförderung relevant sind. Wenn es gelingt, ihre Zusammenarbeit zu fördern, verbindlich zu gestalten und auf gemeinsame Ziele auszurichten, verbessert das die Möglichkeiten, bedarfsgerechte Konzepte umzusetzen.

HANDLUNGS-EMPFEHLUNG Politik und Verwaltung können die lokale Vernetzung unterstützen und die Nachhaltigkeit sichern. Die Netzwerkarbeit wirkt dann effektiv und bedarfsgerecht, wenn die Zielgruppen in die Vernetzung einbezogen werden.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN HEUSINGER J, KAMMERER K (2011). Partizipative Methoden der Gesundheitsforschung für und mit älteren Menschen. In: Journal für Psychologie, Vol. 19, No. 2. Internet: www.journal-fuer-psychologie.de.

HEUSINGER J, KAMMERER K, SCHUSTER M, WOLTER B (2009). Netzwerkarbeit in der Großwohnsiedlung – ein Beitrag zur Gesundheitsförderung im Alter? In: Prävention und Gesundheitsförderung, Springer, Berlin/Heidelberg, Vol. 4, 3/2009, 158–166.

WOLTER B (2010). Altwerden in der Großwohnsiedlung: Unterstützung durch ein Akteursnetzwerk. In: Raumforschung und Raumordnung, Springer, Berlin/Heidelberg, Vol. 68, 3/2010, 207–217.

Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern

HINTERGRUND Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen haben ein besonders hohes Risiko, Stürze und sturzbedingte Verletzungen zu erleiden. Zwar leben nur etwa 5 % der über 65-Jährigen in Pflegeheimen, sie sind aber von mehr als 20 % aller Hüftfrakturen betroffen. Hinzu kommt eine hohe Anzahl anderer sturzbedingter Verletzungen. Die Gesamtkosten für die medizinische Behandlung von Stürzen betragen international 0,85 % bis 1,5 % der jährlichen Gesundheitsausgaben. Studien haben nachgewiesen, dass gezielte Präventionsprogramme Stürze bei Menschen in Pflegeheimen reduzieren können. Ob sich durch solche Programme auch sturzbedingte Frakturen, insbesondere Hüftfrakturen, reduzieren lassen, war zu untersuchen.

FRAGESTELLUNG Im Rahmen des landesweiten Programms zur „Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern“ wurde im Auftrag der AOK untersucht, ob ein gezieltes Trainingsprogramm zu einer Reduktion sturzbedingter Hüftfrakturen führt, welche Kosten damit verbunden sind, wer mit einem solchen Programm erreicht werden kann und ob die Beteiligungsraten sich hinsichtlich Geschlecht, Migrationshintergrund und/oder sozialökonomischem Status unterscheiden.

ZIELGRUPPE Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Das Forschungsprojekt beinhaltete die Einführung eines evidenzbasierten Trainingsprogramms (Kraft- und Balancetraining) durch Physio- und Sporttherapeutinnen und -therapeuten mit Unterstützung des jeweiligen Pflegepersonals. Es wurde über zwölf Monate zweimal wöchentlich in fast 1000 Heimen in Bayern für alle Bewohnerinnen und Bewohner angeboten. Außerdem beinhaltete es die systematische Schulung des Pflegepersonals zur Sturz- und Frakturprävention, unterstützt durch Schulungsmaterial, Maßnahmen der Umgebungsanpassung, Demonstrationen und Empfehlungen zur Nutzung von Hüftprotektoren (spezielle Hosen mit eingenähten seitlichen Schutzelementen) sowie eine Internetseite mit weiteren Informationen. Die Evaluation wurde anhand verschiedener Datenquellen durchgeführt. Das Auftreten von Hüftfrakturen wurde anhand von AOK-Routinedaten untersucht. Verglichen wurden die Pflegeheime, die das Programm zur Sturzprävention eingeführt hatten, mit den übrigen Pflegeheimen in Bayern. Im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe dokumentierten zudem 48 Pflegeheime mit insgesamt rund 4000 Bewohnerinnen und Bewohnern die Beteiligung am Training sowie die Verfügbarkeit von Hüftprotektoren. Die Kosten des Trainings wurden durch Telefoninterviews auf Grundlage einer repräsentativen Stichprobe ermittelt.

KONTAKT INFORMATIONEN

PD Dr. med. Kilian Rapp, MPH
 Klinik für geriatrische Rehabilitation/
 Robert-Bosch-Krankenhaus
 Auerbachstr. 110 | 70376 Stuttgart
 kilian.rapp@rbk.de

Prof. Dr. med. Hans-Helmut König, MPH
 Institut für Medizinische Soziologie, Sozial-
 medizin und Gesundheitsökonomie/Universi-
 tätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistr. 52 | 20246 Hamburg
 h.koenig@uke.uni-hamburg.de

PRAXISPARTNER

AOK Bayern, Zentrale
 Carl-Wery-Straße 28
 81739 München

ZENTRALE ERGEBNISSE In den Pflegeheimen, die an dem Projekt zur Sturzprävention teilnahmen, kam es zu einer Reduktion der sturzbedingten Hüftfrakturen um nahezu 20 %. Damit konnte erstmals überzeugend nachgewiesen werden, dass Sturzpräventionsprogramme sowohl zu einer Reduktion von Stürzen als auch von Frakturen in der Lage sind. Personen über 85 Jahre und jene mit zunehmender Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2 und 3) konnten vergleichsweise wenig durch das Trainingsangebot erreicht werden. Eine geringere Beteiligung wurde auch von Männern, von Personen mit Sozialhilfebezug und in der Tendenz auch bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund festgestellt. Auch die Verfügbarkeit von Hüftprotektoren war bei Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern sowie bei Personen mit Migrationshintergrund geringer. Dies weist ebenso wie die geringere Partizipation dieser Personengruppen an den Trainingsmaßnahmen auf eine soziale Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitsdienstleistung hin. Die Auswertung der Daten zeigte zudem, dass das Risiko für eine Hüftfraktur in den ersten Wochen nach der Aufnahme in ein Pflegeheim am höchsten ist. Die Anpassung an die neue Umgebung scheint mit einem erhöhten Sturz- und Frakturrisiko einherzugehen. Die Evaluation wird insbesondere mit dem Ziel einer Kosten-Nutzen-Analyse fortgeführt.

ANWENDUNGSFELD Das Sturzpräventionsprogramm wurde außer in Bayern in mehreren Bundesländern in über 2000 Pflegeheimen eingeführt und stellt für viele Pflegeheime ein Qualitätsmerkmal dar.

HANDLUNGS-EMPFEHLUNG Definierte Maßnahmen zur Sturzprävention sollten bundesweit verpflichtend eingeführt und ihre Umsetzung bei der Qualitätsbeurteilung von Pflegeheimen einbezogen werden. Die Studienergebnisse legen zudem die Entwicklung präventiver Ansätze zur Verminderung der hohen Frakturraten unmittelbar nach Aufnahme ins Pflegeheim nahe.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN HEINRICH S, RAPP K, RISSMANN U, BECKER C, KÖNIG HH (2011). Service Use and Costs of Incident Femoral Fractures in Nursing Home Residents in Germany: The Bavarian Fall and Fracture Prevention Project (BF2P2). J Am Med Dir Assoc 12 (6), 459–466.

HEINRICH S, WEIGELT I, RAPP K, BECKER C, RISSMANN U, KÖNIG HH (2012). Sturz- und Frakturprävention auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards. Sturzprophylaxe: Umsetzung und Kosten im Versorgungsalltag im Setting Pflegeheim. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie [Epub 2012 Jan 25].

Vier Newsletter zum Projekt: www.aokgesundheitspartner.de/by/pflege/sturzpraevention oder www.aktivinjedemalter.de/cms/website.php

Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal

HINTERGRUND Das Leben im Alter ist häufig gekennzeichnet durch chronisch-degenerative Erkrankungen. Sie haben multifaktorielle Ursachen und werden durch verhaltensbedingte, materielle und psychosoziale Faktoren entscheidend beeinflusst. Für ältere Bevölkerungsgruppen müssen deswegen Programme entwickelt werden, die die Ausbreitung chronischer Erkrankungen verhindern oder zumindest verzögern können.

FRAGESTELLUNG Ziel des Projekts war die Prozess- und Ergebnisevaluation des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter AGiL“ im ländlichen Kontext (Kinzigtal), das in einem großstädtischen Raum (Hamburg) bereits erfolgreich erprobt wurde. Das Programm zielt auf Veränderungen in den Bereichen körperliche Aktivität, Ernährung und soziale Teilhabe und wurde mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet. Fragestellungen der Evaluation waren die Erreichbarkeit der Zielgruppen, die Akzeptanz des Programms, ein Vorher-Nachher-Vergleich im Hinblick auf die Ziele des Programms und den Gesundheitszustand sowie förderliche und hemmende Faktoren der Durchführung.

ZIELGRUPPE Menschen im Alter über 60 Jahre, die selbstständig zu Hause leben und nicht pflegebedürftig sind.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Das Programm bestand aus einer halbtägigen Informations- und Beratungseinheit durch eine Expertengruppe (aus den Bereichen Ökotrophologie, Physiotherapie, Sozialpädagogik sowie Ärztinnen und Ärzte) und begann mit Kurzvorträgen über medizinische Grundlagen des Alterns, soziale Vorsorge, geistige und körperliche Aktivität sowie gesunde Ernährung. Anschließend fand eine individuelle Beratung hinsichtlich Ernährung und Bewegung statt. Die Ergebnisse der Beratung sowie wohnortnahe Angebote zur Umsetzung der körperlichen Aktivität wurden in einem Empfehlungsbrief festgehalten. An dem Programm und der Evaluation nahmen 468 Versicherte im Alter 60+ aus dem Modellprojekt zur Integrierten Versorgung im Kinzigtal teil. Parallel wurden 733 Versicherte telefonisch befragt, die nicht an dem Programm beteiligt waren. Die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden für die Evaluation mit standardisierten Fragebogen an vier Messzeitpunkten zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Sie konnten außerdem Angaben zur Akzeptanz der Veranstaltungen sowie zu förderlichen und hemmenden Faktoren hinsichtlich des Zugangs machen. Bei den Nichtteilnehmerinnen und -teilnehmern wurden das Interesse an und die Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie hemmende und fördernde Faktoren für die Teilnahme erfragt. In einer qualitativen Erhebung wurden darüber hinaus Mitglieder des Expertenteams sowie Hausärztinnen und -ärzte nach ihrer Einschätzung zur Akzeptanz des Programms befragt.

KONTAKT INFORMATIONEN

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck
 Eva Mnich, M. A.
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Institut für Medizinische Soziologie, Sozial-
 medizin und Gesundheitsökonomie (IMSG)
 Martinistr. 52
 20246 Hamburg
 Tel.: 040-7410-53396
 Fax: 040-7410-54934
 o.knesebeck@uke.de, emnich@uke.de

WISSENSCHAFTLICHE KOOPERATION

Universität Bremen, Zentrum für Sozial-
 politik (Prof. Dr. Heinz Rothgang), Otto-
 von-Guericke-Universität Magdeburg,
 Institut für Sozialmedizin und Gesund-
 heitsökonomie (Dr. Enno Swart)

PRAXISPARTNER

Gesundes Kinzigtal GmbH
 Helmut Hildebrandt (Geschäftsführer)
 Strickerweg 3d
 77716 Haslach
 h.hildebrandt@gesundes-kinzigtal.de

Die Hausärztinnen und -ärzte beantworteten auch Fragen zu hinderlichen und förderlichen Faktoren des Zugangs, die Mitglieder des Expertenteams beantworteten Fragen zur Programmdurchführung.

**ZENTRALE
ERGEBNISSE**

Der ländliche Kontext mit eingeschränktem Nahverkehrsangebot, geringen Sportangeboten für Ältere sowie traditioneller Lebensweise erschwerte die Implementierung des Programms. Allerdings löste die Zufriedenheit der Teilnehmenden in der kleinstädtischen bis dörflichen Region einen „Schneeballeffekt“ aus, der sich als förderlich für den Zugang und die Teilnahme erwies. Ebenso förderlich waren bestimmte Aspekte des Programms an sich. Hier sind die kurze Veranstaltungsdauer, die Vermittlungsmethode und der interdisziplinäre Veranstaltungsansatz zu nennen. Zieht man die Beurteilung der Veranstaltung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer heran, kann von einer gelungenen Implementierung gesprochen werden. Die positiven Urteile der Teilnehmenden über die Veranstaltung unterscheiden sich im Kinzigtal nicht von denen der Hamburger Erprobung. Gleiches gilt für die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern genannte Realisierung der Empfehlungen zu mehr körperlicher Bewegung und gesünderer Ernährung. Allerdings sind beim Vorher-Nachher-Vergleich der Verhaltensweisen die Befunde weniger eindeutig. Zwar zeigte sich im Ernährungsbereich bei einem signifikanten Anteil der Befragten sechs bzw. 18 Monate nach der Veranstaltung ein gesünderes Verhalten (gemessen am täglichen Verzehr von Obst und Gemüse). Jedoch ergaben sich für den Bewegungsbereich so gut wie keine Veränderungen. Gleiches gilt für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Befragten.

ANWENDUNGSFELD

Regionale Gegebenheiten haben einen wesentlichen Einfluss auf die Erreichung der Zielgruppe, den Zugang und die Durchführung. Bei der Übertragung von Programmen sollte die Lebenssituation der ansässigen Bevölkerung berücksichtigt werden. Auch strukturelle Bedingungen (zum Beispiel die Verfügbarkeit von Angeboten) sind wesentlich für den Erfolg der Implementierung.

**HANDLUNGS-
EMPFEHLUNG**

Das Programm sollte für eine breitere, krankenkassenunabhängige Zielgruppe geöffnet werden. Dann wäre es auch eher möglich, geeignete Veranstaltungen wohnortnäher anzubieten.

**WEITERFÜHRENDE
INFORMATIONEN**

HOFREUTER-GÄTGENS K, MNICH E, THOMAS D, SALOMON T, KNESEBECK O VD (2011). Gesundheitsförderung für ältere Menschen in einer ländlichen Region: Prozessevaluation. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 54, 933–941.

Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen

HINTERGRUND In Deutschland leben derzeit ca. 2,3 Millionen pflegebedürftige Menschen. Etwa die Hälfte davon wird von ihren Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Studien weisen auf hohe psychosoziale und physische Belastungen der pflegenden Angehörigen hin. Ohne Ausgleich zum Beispiel durch Freiraum, Entspannung oder Bewegung steigt das Risiko negativer gesundheitlicher Auswirkungen für Pflegende und damit verbunden das Risiko der Unterbringung des bzw. der Pflegebedürftigen in einer Institution. Diese Befunde legen einen hohen Bedarf an Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige nahe, wohingegen bestehende gesundheitsförderliche Angebote jedoch wenig genutzt werden. Die Ursachen dafür werden vor allem in der mangelhaften bedarfsgerechten Ausrichtung auf die Zielgruppe und in unzureichenden Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten gesehen.

FRAGESTELLUNG Im Rahmen des Forschungsprojekts standen folgende Fragen im Fokus:

- Mit welchem Instrument kann der Bedarf gesundheitsfördernder Maßnahmen von pflegenden Angehörigen ermittelt werden?
- Über welche Zugangswege und Strukturen kann ein solches Instrument nachhaltig implementiert und können gesundheitsförderliche Angebote unterbreitet werden?
- Welche Gründe für die Nichtnutzung von gesundheitsförderlichen Angeboten gibt es?

ZIELGRUPPE Pflegende Angehörige ab dem 50. Lebensjahr.

DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION Es wurde ein Assessmentinstrument (ARR) entwickelt, das die Ressourcen und Risiken pflegender Angehöriger erfasst, um daraus wiederum bedarfsgerechte Angebote für Pflegende zur Förderung ihrer Gesundheit abzuleiten. Die Entwicklung des ARR basiert auf einer qualitativen Methodentriangulation sowie einer Recherche bereits vorhandener deutschsprachiger Instrumente (zum Beispiel Häusliche Pflegeskala [Gräbel 1993, 2001]). Infolgedessen wurde das ARR in den Routineablauf der kooperierenden Krankenkasse, Deutsche BKK Wolfsburg, implementiert. Für die Bereitstellung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen anhand des identifizierten Bedarfs wurde in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen BKK Wolfsburg – ausgehend von den lokalen Strukturen – ein umfangreicher Angebotspool (bestehend aus Information, Bewegung und Entspannung) zusammengestellt. Da die Inanspruchnahme der Angebote hinter den Erwartungen zurück blieb, wurden pflegende Angehörige evaluiert, die kein Angebot nutzten.

ZENTRALE ERGEBNISSE Anhand des validierten Assessments konnte bei den pflegenden Angehörigen ein hoher Bedarf an Gesundheitsförderung festgestellt werden. Es zeigte sich, dass etwas mehr als drei Viertel der befragten Pflegenden über niedrige bis mittlere physische und psychische Ressourcen verfügen. Diesen Angehörigen

KONTAKT INFORMATIONEN

Dr. rer. medic. Dagmar Dräger
 dagmar.draeger@charite.de
 Dr. rer. pol. Stefan Blüher
 stefan.blueher@charite.de
 Charité – Universitätsmedizin Berlin/
 Institut für Medizinische Soziologie
 Luisenstraße 13
 10117 Berlin
 030 450 52 91 93-184

KOOPERATIONSPARTNER

Deutsche BKK Wolfsburg
 Willy-Brandt-Platz 8
 3840 Wolfsburg

mit hohem Bedarf an Gesundheitsförderung wurden Kombinationsangebote aus leichter Bewegung und Entspannung unterbreitet. Die Analyse der Nichtnutzerinnen und -nutzer ergab, dass die Motivation der befragten pflegenden Angehörigen zu moderater Aktivität gering war. So hatte knapp die Hälfte der Studienteilnehmenden (47,2 %) nicht die Absicht, körperlichen Aktivitäten nachzugehen, obwohl das ermittelte Interesse an gesundheitsförderlichen Angeboten relativ hoch war (Bewegung im Wasser 26 %; Entspannung 23 %). Diese Befunde werden als Hinweis auf die Ambivalenz der untersuchten Zielgruppe hinsichtlich eigener Vorstellungen zu körperlicher Aktivität versus der Nutzung vorhandener Angebote sowie der eigenen Motivation und den Rahmenbedingungen pflegender Angehöriger gewertet.

ANWENDUNGSFELD Mit dem Assessment steht ein Instrument zur Erfassung von Ressourcen und Risiken pflegender Angehöriger (ARR) zur Verfügung. Das ARR kann sowohl in gesetzlichen Krankenkassen als auch in Pflegestützpunkten eingesetzt werden und bietet die Möglichkeit, bedarfsgerechte Angebote zur Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger zu ermitteln. Vor dem Einsatz des ARR in Krankenkassen oder möglicherweise auch Pflegestützpunkten sind die lokalen Angebotsstrukturen zu analysieren, um festzustellen, welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen bereitgestellt werden können.

HANDLUNGS-EMPFEHLUNG Empfehlenswert wäre, wenn Angebote zur Gesundheitsförderung bereitgestellt würden, bei denen die Teilnahme über einen längeren Zeitraum flexibel gestaltbar ist. Der Motivationsstatus pflegender Angehöriger hinsichtlich körperlicher Aktivität sollte vor der Angebotsunterbreitung ermittelt werden. Empfohlen wird, motivationale Interventionen für pflegende Angehörige ohne Absicht zu körperlicher Aktivität in Interventionsprogramme aufzunehmen.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN BLÜHER S*, DRÄGER D*, BUDNICK A, SEITHER C, KUMMER K (2011). Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *Heilberufe Science*, 2 (4), 119–127.

BUDNICK A, KUMMER K, BLÜHER S, DRÄGER D (2012). Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung – Erste Hinweise zur Validität eines deutschsprachigen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *Z Gerontol Geriatr* (online first). DOI:10.1007/s00391-011-0278-y.

KUMMER K*, BUDNICK A*, BLÜHER S, DRÄGER D (2010). Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. *Prävention und Gesundheitsförderung* 5 (2), 89–94. (*geteilte Erstautorenschaft)

ACTIVE UND HEALTHY AGEING – ZIELE UND VORAUSSETZUNGEN

2012 IST DAS EUROPÄISCHE JAHR FÜR ACTIVE AGEING (AKTIVES ALTERN) UND SOLIDARITÄT ZWISCHEN DEN GENERATIONEN. OFFIZIELLES POLITISCHES ZIEL IST ES, ÜBER DIE TATSACHE NACHZUDENKEN, DASS MENSCHEN LÄNGER LEBEN UND IM DURCHSCHNITT AUCH LÄNGER GESUND BLEIBEN. DIE DARIN LIEGENDEN CHANCEN BESCHREIBT PROF. DR. GERHARD NÄGELE.

Active Ageing kann als ein Lebensstil beschrieben werden, der auf individuelle und gesellschaftliche Nützlichkeit abzielt und die Solidarität innerhalb wie zwischen den Generationen fördern kann. Wichtige Felder sind neben der Arbeitswelt der politische und der zivilbürgerschaftliche Status, die Alltagswelten älterer Menschen in Familien, den verschiedenen sozialen Netzwerken und im Zusammenleben in Städten und Gemeinden (Walker 2002).

Aus einer eher politikprogrammatischen Perspektive verwies Ende Januar 2012 die dänische Beschäftigungsministerin Mette Fredriksen auf folgende Voraussetzungen für praktiziertes Active Ageing: Schaffung von seniorenfreundlichen Gesellschaften, mehr Beteiligung Älterer am Arbeitsmarkt, Schaffung flexibler Arbeitsbedingungen für Menschen mit flexiblen lebenszeitlichen und Vereinbarkeitsanforderungen, Förderung der gesellschaftlichen und politischen Mitwirkung und Teilhabe, Unterstützung, um ein gesundes und körperlich aktives Leben führen zu können, die Bekämpfung stereotyper Altersbilder, Förderung der eigenständigen Lebensführung auch bei Personen mit Einschränkungen und die Schaffung altersfreundlicher Lebenswelten.

Gesund älter werden als Ziel und Voraussetzung von Active Ageing

Active Ageing und gesund älter werden (Healthy Ageing) stehen in der ursprünglichen WHO-Konzeption in einem engen Zusammenhang. Gesund älter werden kann dabei gleichermaßen als Ziel wie Voraussetzung von Active Ageing verstanden werden. Im Kern geht es um zwei gesundheitspolitische Ziele, die verknüpft werden: um die Verlängerung der sogenannten ferneren Lebenserwartung durch Reduzierung der alternstypischen Mortalität und

um die Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen durch Ausweitung der gesunden (aktiven), innerhalb der durch die längere Lebenserwartung gewonnenen Jahre.

Im westeuropäischen Vergleich rangiert Deutschland bei beiden Zielsetzungen derzeit im Mittelfeld. Hinzu kommt, dass Healthy Ageing in der deutschen Altenbevölkerung keineswegs gleichmäßig verteilt ist und dies auch keineswegs jedem gleichermaßen möglich ist. Es gibt eine hinreichende empirische Evidenz für schichtspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung (vor allem bei Einkommen, Bildung und ehemaligem Beruf) und über soziale Ungleichheiten bei Krankheit im Alter.

Mit dem demografischen Wandel, dem kollektiven Altern der Gesellschaft und der starken Zunahme der Zahl sehr alter (hochaltriger) Menschen verändert sich auch das Krankheitsspektrum der Bevölkerung. So wird der Anteil der Menschen 80+ von jetzt etwa 4 % der Gesamtbevölkerung bis 2050 auf etwa 12 % steigen. Obwohl Alter(n) nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist, steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit chronisch-degenerativer Erkrankungen. Diese ziehen in aller Regel eine kontinuierliche wie kostenintensive Behandlung nach sich und sind nach heutigem Forschungsstand nicht heilbar, allenfalls in ihren (weiteren negativen) Wirkungen zu begrenzen. Aus gerontologischer Sicht ist bedeutsam, dass die Lebensqualität bei älteren Menschen weniger durch den objektiven, sondern sehr viel stärker durch den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand geprägt ist. Bedeutsam sind außerdem vor allem gesundheitsbedingte Mobilitätseinschränkungen sowie der Verlust von Autonomie.



Geriatrische Erkrankungsbilder nehmen zu

Vor allem im höheren Alter (ab 75/80 Jahre) nehmen geriatrische Erkrankungsbilder zu. Dazu gehören u.a. Multimorbidität, Überlagerung von somatischen und psychischen Erkrankungen und die Verschlechterung im subjektiv empfundenen Gesundheitszustand. Dies führt zu einer wachsenden De-facto-Geriatrisierung der gesundheitlichen und medizinischen Versorgungsstrukturen diesseits von Pflege und Palliativversorgung. Beispiele dafür sind die überdurchschnittliche Zahl 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.

In der Folge vergrößern sich auch im Alter die ohnehin schon bestehenden Unterschiede der schichttypischen Gesundheitschancen. 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 der alterstypischen Krankheitskosten in einer Fokussierung auf sozial schwächere Bevölkerungsschichten liegen sollte.

Auch wenn positive Effekte 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 optimistische Annahme der Kompressionsthese eher für Angehörige der oberen sozialen Schichten gilt, 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 lange „Krankheitskarrieren“ folgen, also auf Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückzuführen sind, die oftmals bereits in der Kindheit oder im Arbeitsleben ihren Ursprung hatten.

Aufgaben für die Gesundheitsversorgung

Aufgrund der besonderen Bedeutung von Healty Ageing kommen der Förderung und der Erhaltung der Gesundheit sowie der gesundheitlichen Versorgung im Alter eine hohe sozialpolitische wie ökonomische Bedeutung zu. Dabei sind die ungleichen Gesundheitschancen ebenso in den Blick zu nehmen wie die Lebenslaufperspektive der Krankheitsentstehung. Angesprochen sind sowohl die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen als auch die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention.

In der Gesundheitsversorgung muss es vor allem darum gehen, die bestehenden ambulanten und stationären Versorgungssysteme sehr viel zielgenauer auf eine insgesamt alternde Patientenschaft und ihre besonderen Versorgungsbedarfe auszurichten. Die in Deutschland bislang stark auf Diagnose, Kuration und Medikalisierung fokussierten Versorgungsstrukturen gilt es vor diesem Hintergrund neu aufzustellen. Mit Blick auf geriatrische Patientinnen und Patienten müssen sie ergänzt werden um Maßnahmen und Anreize zur integrierten Versorgung und Stärkung dessen, was die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie schon vor 20 Jahren als „Chronikermedizin“



bezeichnet hat. Dazu gehört die Weiterentwicklung und Umsetzung von geriatrischer Prävention und Rehabilitation, vernetztes Handeln der Professionen sowie die Überprüfung tradiertter Altersbilder in der Medizin sowie Kranken- und Altenpflege. Damit unmittelbar angesprochen ist die Ebene der stärker demografiesensiblen Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Professionen.

In alternden Gesellschaften muss gesundheitliche Versorgung weit mehr sein als nur die bedarfsgerechte medizinische Behandlung von Krankheiten. Mindestens ebenso bedeutsame Versorgungsziele sind der Erhalt und die Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter – trotz objektiv vorhandener Einschränkungen und Krankheiten. Darüber hinaus gilt es, den speziell im hohen Alter dominanten Wunsch nach Verbleib und Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung zu unterstützen, auch wenn schon Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eingetreten sind.

Die integrierte Versorgung als angemessene Antwort

Aufgrund der Vielfalt und Komplexität der gesundheitlichen wie sozialen Probleme geriatrischer Patientinnen und Patienten ist die sektorübergreifende Kooperation zwingend erforderlich. Die integrierte Versorgung gilt u.a. auch dem Sachverständigenrat als die dafür fachlich angemessene Antwort. Darunter versteht man die auf den Einzelfall bzw. ein bestimmtes soziales Problem bezogene berufsgruppen- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit der jeweils beteiligten Dienste, Institutionen und Einzelakteurinnen und -akteure. Ziel ist es, in koordinierter Weise auf multiple gesundheitliche Versorgungs- und soziale Dienstleistungserfor-

dernisse zu reagieren und somit Versorgungskontinuität jenseits institutioneller und unterschiedlich „verrechtlichter“ Zuständigkeiten zu sichern. Dabei sind die Übergänge zwischen gesundheitlichen Versorgungsbereichen von zentraler Bedeutung, konkret zwischen Haus- und Fachärztin bzw. -arzt, zwischen häuslicher Versorgung bzw. Rehabilitation und Krankenhaus sowie insgesamt zwischen Medizin, Rehabilitation, Pflege und sozialer Arbeit.

Auch was die fachlich angemessene Primärversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte betrifft, sind die „richtigen“ Konzepte bekannt, denen aber die Praxis hierzulande noch weitgehend hinterherhinkt. Der entsprechend qualifizierte Hausarzt bzw. die entsprechend qualifizierte Hausärztin als „Türöffner(in)“ gilt als die richtige Antwort auf geriatrischen Behandlungsbedarf. Er wird idealerweise ergänzt und unterstützt durch möglichst evidenzbasierte, multiprofessionell erarbeitete Leitlinien und Standards für geriatrische Krankheitsbilder. Diese liegen für Deutschland noch nicht vor. Deswegen fehlt es an deren verbindlicher Umsetzung in Verträgen, um eine flächendeckende Versorgung garantieren zu können. Dies ist auch die Position des Sachverständigenrats in seinem Sondergutachten von 2009 zur gesundheitlichen Versorgung in alternden Gesellschaften, zum Umgang mit Multimorbidität sowie zu einer bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung im Alter (SVR 2009).

Intensivierung der Prävention im Alter

Mehr gesunde Jahre in der stark ausgeweiteten Phase Alter und mehr Lebensqualität können auch erreicht werden, wenn die Anstrengungen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung im Alter intensiviert werden. Ein kürzlich von der Friedrich-Ebert-Stiftung zur gesundheitlichen Versorgung in



einer alternden Gesellschaft herausgegebenes Memorandum fordert explizit die präventive Ausrichtung des gesamten Gesundheitssystems, das von einem „Health Care System zu einem Preventive Health Care System umstrukturiert werden sollte“ (Naegele 2009, 535). Vielen gilt dabei die Kommune als am besten geeignet. Hier besteht nicht nur ein hoher Handlungsbedarf, auch die Erfolgsaussichten sind sehr gut.

Der 6. Bundesaltenbericht greift diese Forderung explizit auf und beklagt dabei die zusätzlich hinderliche Wirkung von häufig „somatisch fixierten“ Altersbildern vieler Professioneller, vor allem Ärztinnen und Ärzten, die auf akute Versorgung fokussiert seien und vorhandene Ressourcen und Potenziale älterer Patientinnen und Patienten völlig unterschätzten oder sogar gänzlich ausblendeten (BMFSFJ 2011). Dies gilt umso mehr, da inzwischen unstrittig ist, dass auch bei geriatrischen Patientinnen und Patienten viele Gesundheitseinbußen verzögert werden können.

Schon heute bestehen gewichtige Versorgungslücken zwischen den einzelnen Bundesländern und innerhalb der Ländergrenzen. Dies gilt zunehmend für die primärärztliche Versorgung durch Hausärztinnen und -ärzte. Erschwerend kommt hinzu, dass hier eine schleichende Geriatriisierung im Gesundheitswesen 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.

Zusammenfassung

Der demografische Wandel verändert das Krankheitsspektrum der Bevölkerung nachhaltig. In der Konsequenz müssen sich alle gesundheitlichen Versorgungssysteme daran anpassen. In besonderer Weise angesprochen sind auf der einen Seite die ambulante und die stationäre Versorgung, auf der anderen Seite die Bereiche Prävention und Rehabilitation. Um den Paradigmenwechsel anzugehen, müssen Anreize gesetzt werden, vor allem über die Vergütungssystematik und über evidenzbasierte Standards. Die integrierte Versorgung und das Hausarztmodell sind ebenfalls „richtige“ Strategien. Eine Schlüsselrolle kommt dabei der Qualifizierung aller in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Professionen zu.

Dr. Gerhard Naegele ist Professor für Soziale Gerontologie, Inhaber des Lehrstuhls für Soziale Gerontologie der TU Dortmund und Direktor des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund (FG). Seine Forschungsschwerpunkte sind soziale Gerontologie, Sozialpolitik, soziale Dienste, Pflegeforschung, Armutsforschung, ältere Arbeitnehmerinnen und -nehmer sowie Folgen des demografischen Wandels.

Literatur

BÄCKER G, NAEGELE G ET AL. (2009). Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland. Zwei Bände, 5., grundlegend erweiterte und überarbeitete Auflage. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

BMFSFJ (2011). 6. Altenbericht der Bundesregierung: Bilder des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin.

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.

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.

NAEGELE G (2009). Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 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.

WALKER A (2002). The principles and potential of active ageing. In: Pohlmann S (Hrsg.): Facing an Ageing World – Recommendations and Perspectives. Transfer Verlag, Regensburg.

Im Überblick: Projektsteckbriefe der Broschüre

	SETTING	ZIELGRUPPE	SEITE
INTERVENTION	OptimaHI 60plus – Innovative Entwicklung und Erprobung einer Beratungshilfe	ab 60 Jahren (eigener Haushalt, Selbstversorger/innen)	20
	Fit50+: Gesundheitsförderung bei älteren Langzeiterwerbslosen	über 50-jährige (langzeiterwerbslos)	24
	Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten	ab 45 Jahre (mit Migrationshintergrund, Aussiedler/innen aus der ehemaligen Sowjetunion)	32
	Evaluation eines psychosozialen Trainings für ältere Erwerbslose in Kombination mit Gesundheitszirkeln	50 bis 65 Jahre (langzeitarbeitslos)	36
	Evaluation der bevölkerungsorientierten Bewegungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“	ab 50 Jahren (bewegungs- und sportinaktive)	38
	Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern	Bewohner/innen (Pflegeheimen)	48
	Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen	ab dem 50. Lebensjahr (pflegende Angehörige)	52
INFORMATION UND ANSPRACHE	Evaluation einer evidenzbasierten Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung bei der Darmkrebsfrüherkennung	50 bis 75 Jahren (ohne die Diagnose Darmkrebs)	18
	Stoffwechseltest zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes – Evaluation des Effekts evidenzbasierter Patienteninformationen	zwischen 40 und 70 Jahren (ohne bekannten Diabetes)	22
	Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund	Alter von 50+ (mit Migrationshintergrund)	26
	Ältere gezielt erreichen – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs	über 65-jährige (nicht pflegebedürftige, spezifisches Risikoprofil)	34
	Erhaltung und Förderung von Mobilität, Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen	Bewohner/innen (Demenz und erhaltener Gehfähigkeit in Pflegeeinrichtungen)	40
KOMMUNALES HANDELN	Primärpräventive Wirkungen der Arbeit des Netzwerks Märkisches Viertel	ab 60 Jahr (Bewohner/innen des Märkischen Viertels)	46
	Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal	über 60 Jahre (eigener Haushalt, nicht pflegebedürftig)	50

