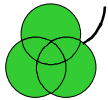


Kurzfassung des Beitrags „Gesundheitsförderung älterer Menschen

Arbeitsgruppe 1: Prävention älterer Menschen

Fachtagung des Gesundheitsrats Südwest „Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen“ vom 18. - 19.04.2008 in der Evangelischen Akademie Bad Boll



Aktive Gesundheitsförderung im Alter Ein neuartiges Präventionsprogramm für selbständig lebende Senioren



Ausgangssituation, Ergebnisse, Wirksamkeit

Dr. Ulrike Dapp

Dr. Jennifer Anders

Professor Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse

Professor Dr. Hans Peter Meier-Baumgartner (a. D.)

Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg

Ausgangssituation

Deutschland gehört bereits heute zu den Ländern mit dem weltweit höchsten Anteil älterer Menschen und dieser wird zukünftig absolut und relativ weiter ansteigen. Ende 2001 war ein Viertel der Gesamtbevölkerung mindestens 60 Jahre alt (24,1%), im Jahr 2030 wird dies bereits jeder dritte Mensch sein (34,4%). Die überwiegende Mehrheit dieser Menschen ab 60 Jahre lebt bis ins höchste Alter selbständig und ohne Pflegestufe (vgl. Anhang **Folie 2**).

Die zukünftige Alterung der Gesellschaft ist Anlass für politische Entscheidungsträger, sich verstärkt um Verständnis für gesundheitsfördernde und präventive Strategien zu bemühen und in deren Umsetzung zu investieren, um mehr Menschen ein selbstbestimmtes und erfolgreiches Altern zu ermöglichen. Hierfür sollen bisher erheblich unterschätzte, hohe präventive Potenziale bei älteren Menschen genutzt werden. Nahezu alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter können durch konsequente Änderungen des individuellen Lebensstils, die systematische Versorgung mit Maßnahmen der Primärmedizin (Vorsorge-Untersuchungen, Impfungen) sowie die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten

erfolgsversprechend gemindert werden. Diese Potenziale präventiver Interventionen werden jedoch laut Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion (2001) in Deutschland bisher weder systematisch noch hinreichend genutzt.

Ausgehend von dem Verständnis, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Alter wirksame Strategien sind, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern, wurden und werden in der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen konzipiert und evaluiert sowie in das kommunale Gesundheitsnetz in Hamburg integriert. Einige dieser Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität im Alter werden in dem Vortrag am 19.04.2008 in Bad Boll vorgestellt. Der Schwerpunkt liegt auf dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, das nachfolgend anhand vorgegebener Leitfragen kurz vorgestellt wird.

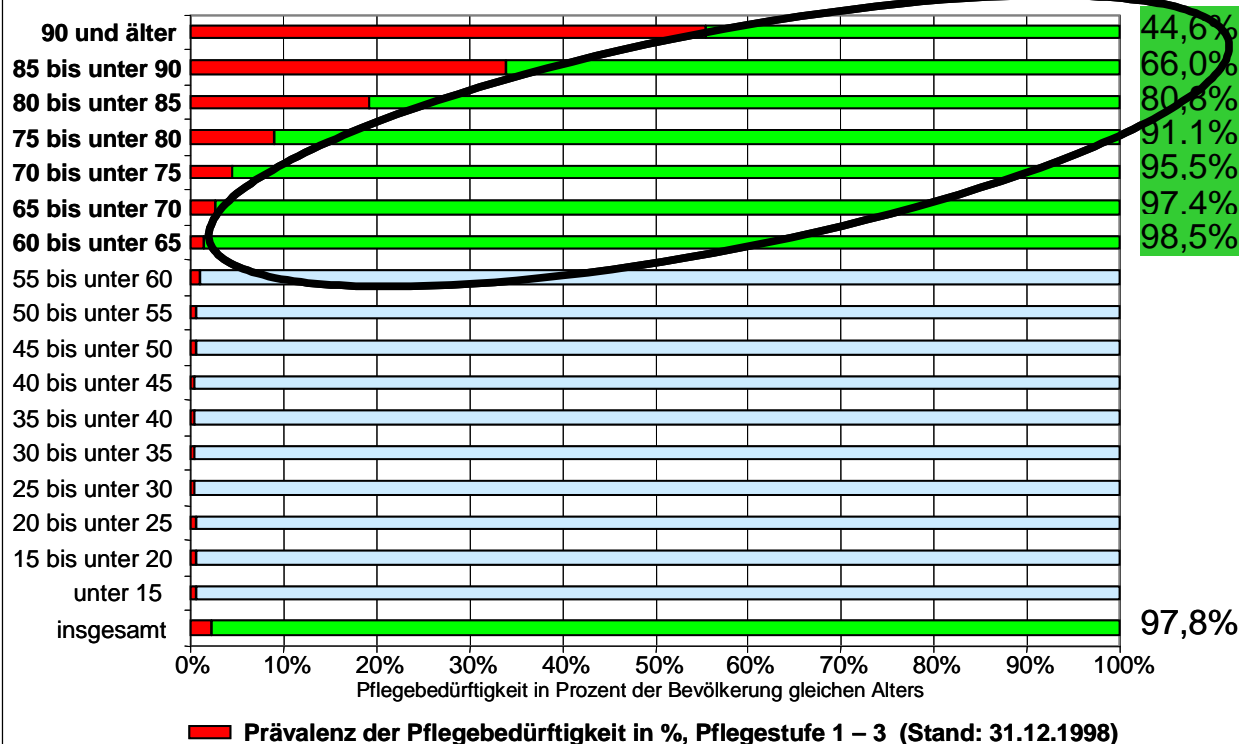
Modell-Entwicklung und -Umsetzung

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ vertritt ein in Deutschland neuartiges Konzept für selbständig lebende 60jährige und ältere Personen ohne Pflegestufe (vgl. Anhang **Folie 2**). Entwicklung, Durchführung, wissenschaftliche Begleitung und Implementierung dieses Programms in die Regelversorgung wurden finanziell unterstützt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Max und Ingeburg Herz-Stiftung. Im Vordergrund des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ stand die Entwicklung eines kostengünstigen, niedrighschwelligen Beratungsangebotes unter Nutzung bestehender lokaler Altenhilfestrukturen sowie der Integration etablierter Berufsgruppen des geriatrischen Teams. Gewählt wird ein mehrdimensionaler Ansatz zur Förderung der Eigenverantwortung (vgl. Anhang **Folie 3**).

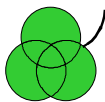
Experten des interdisziplinären geriatrischen Teams vermitteln in einer halbtägigen Veranstaltung am geriatrischen Zentrum in Kleingruppen allgemeine themenrelevante Informationen und beraten individuell. Etwa 14 Tage nach der Veranstaltung erhält jeder Teilnehmer einen individuellen Aktivitäten- und Ernährungsbrief mit detaillierten Empfehlungen zur gesünderen Ernährung bzw. zur praktikablen Integration von mehr, qualitativ hochwertiger, körperlicher Bewegung in den Alltag. Diese Empfehlungen basieren auf dem individuellen Aktivitäts- und Ernährungsprotokoll und berücksichtigen die persönlichen Vorlieben und Abneigungen der Teilnehmer sowie Beschwerden, z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen oder Arthrosen. Sie enthalten auch individuell passende Adressen von Ansprechpartnern bei Sportvereinen, Seniorenorganisationen etc. in Wohnortnähe der Teilnehmer. Der Zweck liegt in der Verschriftlichung und Vertiefung der während der Gruppenveranstaltung getroffenen Vereinbarungen (z. B. zur Rücksprache mit dem Hausarzt) sowie Förderung der Motivation zur persönlichen Lebensstiländerung (vgl. Anhang **Folien 4 - 6**).

Der Zugang zu dem Gesundheitsförderungs-Programm wird über Hausärzte hergestellt. Dem Hausarzt kommt als wichtige Vertrauensperson und Ansprechpartner seiner älteren Patienten in medizinischen und sozialen Fragen eine entscheidende Position zu. Zudem sind Früherkennung von Krankheiten, medizinische Vorsorgeleistungen und Gesundheitsuntersuchungen wesentlicher Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Als Konsequenz unserer Kooperation mit niedergelassenen Hausärzten und Hausärztinnen (Meier-Baumgartner / Dapp: Geriatrisches Netzwerk. Kohlhammer 2001) wird das Präventionsprogramm unterstützt durch einen regelmäßig stattfindenden geriatrischen ärztlichen Qualitätszirkel. Das geriatrische Zentrum erfüllt damit über die Patientenversorgung hinausgehende Aufgaben, insbesondere den Transfer von Fachwissen in den Bereich ambulanter ärztlicher Versorgung sowie in das Netzwerk lokaler Altenhilfestrukturen.

Zielgruppen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter



Quelle: BMFSFJ (2001): 3. Bericht zur Lage der älteren Generation



Aktive Gesundheitsförderung im Alter gefördert vom BMFSFJ + Herz Stiftung (2001-2005)

Ziel des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“:

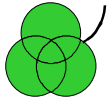
Public-health basierter Ansatz zur **Verhinderung** der Neuentstehung von **Krankheit und Behinderung** im höheren Lebensalter mit dem Ziel, langfristig schwerwiegende **Pflegebedürftigkeit** zu vermeiden oder hinaus zu zögern.

Hierfür orientiert sich das Programm an verschiedenen Ansprüchen:

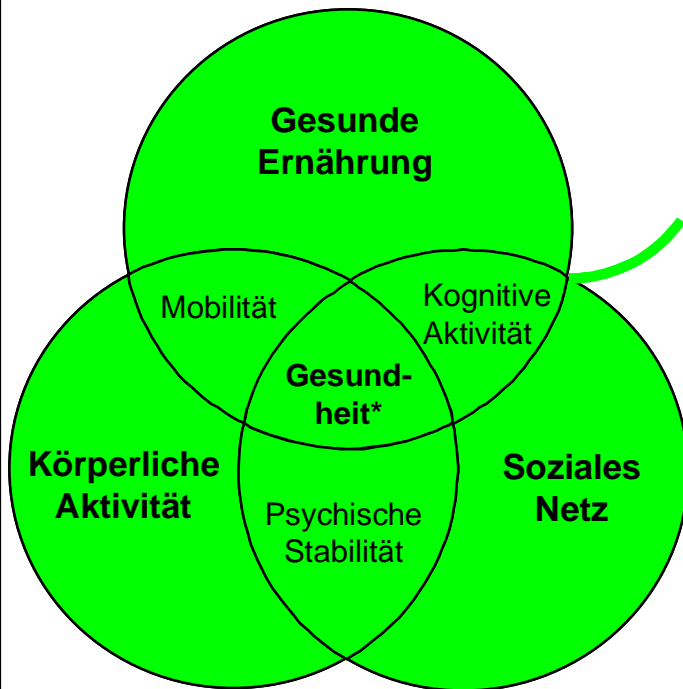
- Nutzung **etablierter Berufsgruppen** und **kommunaler Strukturen**,
- Integration der **Hausarztpraxis** als Lotse durch das Gesundheitssystem,
- Förderung **geriatrischer Kompetenz** im ambulanten Bereich,
- Ausbau geriatrischer und präventiver **Netzwerkarbeit** (ambulant und stationär),
- Förderung der **Eigenverantwortung** des älteren Menschen (Empowerment),
- Integration eines **präventiven Konzeptes für ältere Menschen**,
- **Multidimensionaler Ansatz** für Beratung in den primär der Eigenverantwortung unterliegenden Bereichen: Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe,
- **Verhaltensorientierter Ansatz** (didaktisches Konzept mit Kleingruppenarbeit),
- **Interdisziplinärer Ansatz**: Integration von Experten und Expertinnen aus Geriatrie, Physiotherapie, Ökotrophologie, Sozialpädagogik,
- Einsatz **standardisierter Instrumente**.

=> **Konzept der aktiven Kommstruktur, nicht versorgenden Bringstruktur**

Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp, Anders: *Aktive Gesundheitsförderung im Alter*. Kohlhammer 2006.



Inhaltliche Schwerpunkte des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“



Ernährung:

Vielseitig (Ernährungspyramide)
Kampagne „Five a day“
Trinkverhalten

Körperliche Aktivität:

Bewegungsmangel u. Altersabbau
Ausdauer, Gleichgewicht und Kraft
Trainingsangebote für Senioren

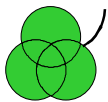
Soziales Feld:

Soziale Vorsorge
Soziale Hilfen
Selbsthilfe

Erfolgreiches Altern:

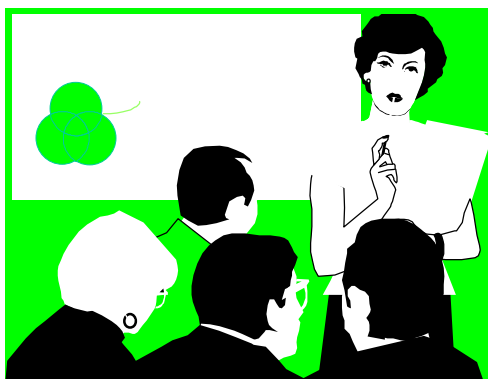
Medizinische Vorsorge
Schmerzkontrolle, Compliance
Risikomanagement

Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp, Anders: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Kohlhammer 2006.



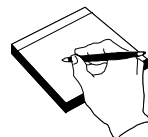
Ablauf einer Beratungs-Veranstaltung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“

1. Informationen im Vortragsteil (12 P.)



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

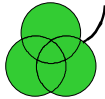
2. Individuelle Beratung Kleingruppenarbeit (6 P.)



Empfehlungsbriefe:

- Körperliche Aktivität
- Gesunde Ernährung

Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp, Anders: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Kohlhammer 2006.



Entwicklung der Empfehlungen in Kleingruppe zur Sicherung der Nachhaltigkeit

Welche Angebote passen zum individuellen Lebensstil?

Kleingruppenberatung

- individuell (Protokolle)
- in fröhlicher Runde
- passende Angebote in Wohnortnähe

nach aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen durch interdisziplinäres Gesundheitsberater-Expertenteam mit geriatrischer Erfahrung

Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp, Anders: *Aktive Gesundheitsförderung im Alter*. Kohlhammer 2006.

Vier Komponenten des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ berufen sich auf Prinzipien der Gesundheitsförderung und sind als wesentlich für den Erfolg in dieser Zielgruppe der selbständig lebenden Senioren zu sehen:

Multidimensionaler Ansatz (Medizin, Ernährung, Bewegung und Soziale Teilhabe):

Übernahme der multidimensionalen Ausrichtung der klinischen Geriatrie in die ausgewählten Schwerpunktbereiche des Konzeptes und Intervention: Ernährung, Bewegung und Soziale Teilhabe, um Synergien zwischen den Bereichen günstig zu nutzen.

Interdisziplinärer Ansatz (Gesundheitsberater-Expertenteam):

Gemäß diesem Ansatz wird ein interdisziplinär arbeitendes Team eingesetzt. Dieses vermittelt gesundheitsfördernde Empfehlungen, angepasst an die individuelle Situation der Teilnehmer. Die Beratung gelingt in kurzer Zeit durch die Nutzung interdisziplinärer Synergien und die Verwendung standardisierter Instrumentarien zur objektiven Ermittlung der Bedürfnisse.

Verhaltensorientierter Ansatz (didaktisches Konzept):

Die Abgabe gesundheitsfördernder Empfehlungen erfolgt mit Absicht in Kleingruppen, um interaktive gruppenspezifische Effekte zu nutzen (Dynamisierung). Die Teammitglieder unterstützen mit Hilfe einer interaktiven Didaktik zielgerichtet die Entscheidungsfindung und damit die Eigenverantwortung der älteren Teilnehmer (Empowerment).

Verhältnisorientierter Ansatz (Netzwerk):

Um nicht nur die Einstellung der Senioren günstig zu beeinflussen, sondern auch die Umsetzung eines aktiven Lebensstils langfristig zu fördern, nutzt das Programm bestehende personelle und strukturelle Ressourcen im regionalen Gesundheits-Netzwerk für Senioren (Landesseniorenbeirat, gemeinnützige Seniorenorganisationen, Beratungsangebote, Sportkurse etc.).

Das Programm "Aktive Gesundheitsförderung im Alter" erfüllt demnach die Anforderungen:

- Stärkung der Eigenverantwortung und -kompetenz sowie Unterstützung beim Übergang in den Ruhestand,
- Förderung der körperlichen Gesundheit (Ernährung, Bewegung, Entspannung),
- Förderung der geistig-seelischen Aktivität,
- Förderung der aktiven Teilnahme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- Einbeziehung des individuellen Wohn- und Lebensumfeldes,
- Kooperation im Gesundheitsförderungs-Netzwerkes in Hamburg und Überleitung der älteren Teilnehmer an wohnortnahe und nach individuellen Bedürfnissen passende Angebote im Gesundheits-Netzwerk für ältere Menschen.

Weitere Informationen zum Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“:

Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J (2006): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. 2. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart 2006.

<http://www.albertinen.de>

<http://www.deutscher-praeventionspreis.de>

Evaluation, Effektivität, Effizienz, Nachhaltigkeit

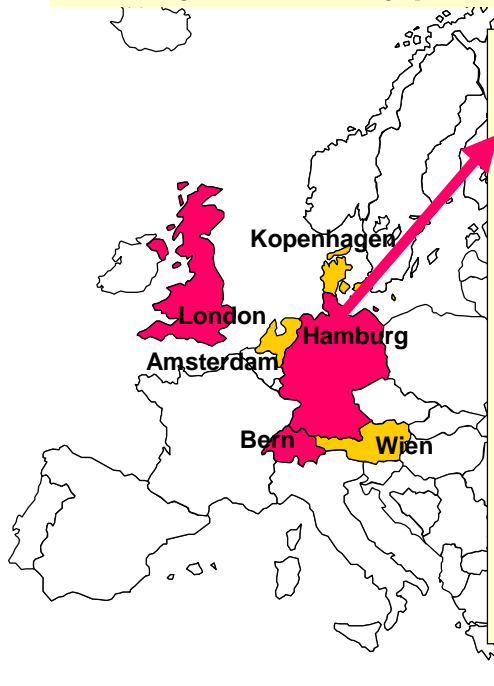
Die Teilnehmer an dem Programm "Aktive Gesundheitsförderung im Alter" sind Teil einer großen Stichprobe (über 3.000 Senioren) gleichermaßen definierter Menschen 60 Jahre und älter aus Hamburg. Unseres Wissens nach wurde und wird keine andere Gruppe selbständig, im eigenen Zuhause lebender älterer Menschen so umfangreich wissenschaftlich untersucht und beschrieben. Die Evaluation wurde wiederholt (prä-post) standardisiert, validiert in einem randomisierten Kontrollgruppendesign (RCT im europäischen Vergleich) seit dem Jahr 2001 durchgeführt (vgl. Anhang **Folien 7 – 9**).

Die Akzeptanzanalyse zeigt eine große Bereitschaft der angefragten Senioren zur Teilnahme an Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Fast zwei Drittel (62,5%) der randomisierten Interventionsgruppe entschied sich für die Teilnahme an dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ - der neuartigen Komm-Struktur. Den optional angebotenen präventiven Albertinen-Hausbesuch durch eine Fachpflegekraft wählte hingegen knapp jeder Zehnte (9,5%). Die Nichtteilnehmergruppe (Refuser), die beide angebotenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ablehnte (28,0%), war gering im Vergleich zu Ablehnungsquoten sonstiger präventiver Maßnahmen (vgl. Anhang **Folie 10**).

Die Evaluation zur Umsetzung von Empfehlungen 6 Monate nach Teilnahme an dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zeigt nachhaltige Verhaltensänderungen in den Schwerpunktbereichen Ernährung, Bewegung und soziale Vorsorge. Im Bereich Ernährung schafften es fast alle Personen (85,5%) eine oder mehr Ernährungs-Empfehlungen nachhaltig in den Alltag zu integrieren (z.B. mehr Einheiten Gemüse und Obst), im Bereich Bewegung gelang dies nachhaltig zwei von drei beratenen Personen (67,4%). Jeder vierte Teilnehmer (25,4%) nutzte die Chance der sozialen Einzelberatung zur Vorsorge im Alter (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Gestaltung des Ruhestandes etc.).

Evaluation: Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Europa

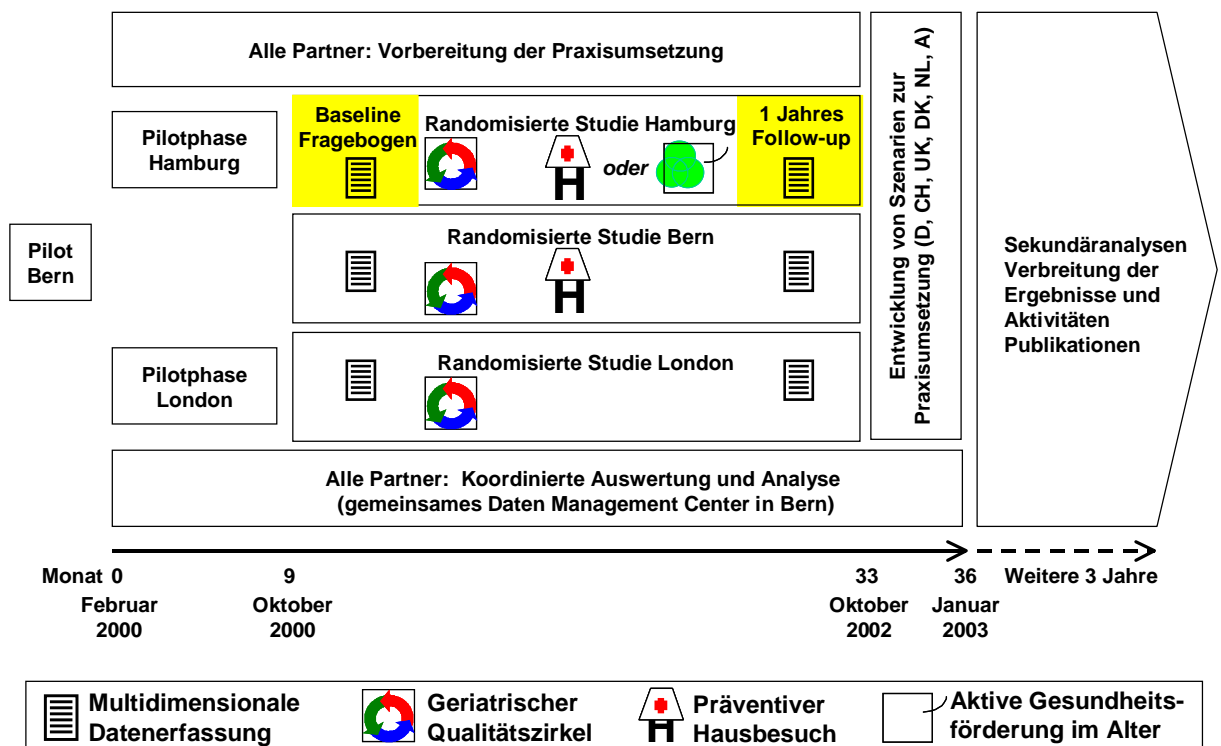
5. EU-Rahmenplan Key action 6: „Ageing population“ EU-Projekt Disability prevention in the older population (2000-2003)



- Partner 1: Albertinen-Haus Hamburg**
Koordinator europäisches Projekt und Durchführung kontrolliert-randomisierte Studie
- Partner 2: Spital Ziegler Bern**
Wissenschaftliche Leitung EU-Projekt und Durchführung kontrolliert- randomisierte Studie
- Partner 3: King's College London**
Durchführung kontrolliert- randomisierte Studie
- Partner 4: Vrije Universiteit Amsterdam**
- Partner 5: Bispebjerg Hospital Copenhagen**
- Partner 6: Ludwig Boltzmann Ges. Wien**

Projektanlage EU-Studie

Disability prevention in the older population (2000-2003)



Patientenrekrutierung in Hamburg 2000/2001 für EU-Studie und „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“

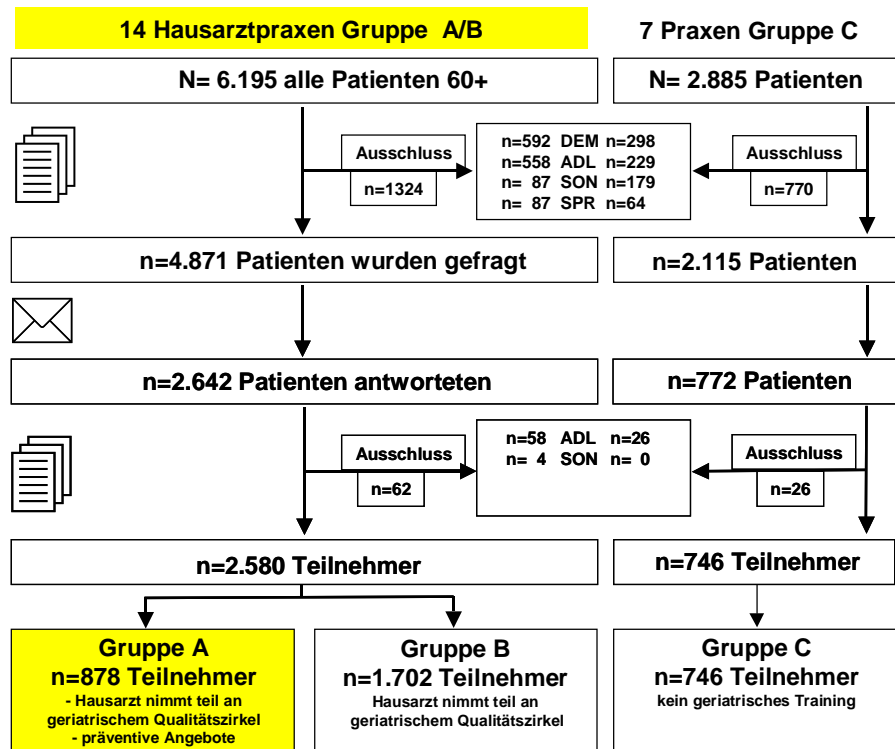
nicht selektierte,
populationsbasierte
Stichprobe

Erfassung ALLER
Patienten über
Patientenliste Hausarzt

Ausschlussgründe:
DEM = Demenz
ADL = Abhängig in ADL
SON = Sonstige Gründe
SPR = Sprache

Randomisierung:
Gruppe A : Gruppe B
Intervention : Kontrolle
1 : 2

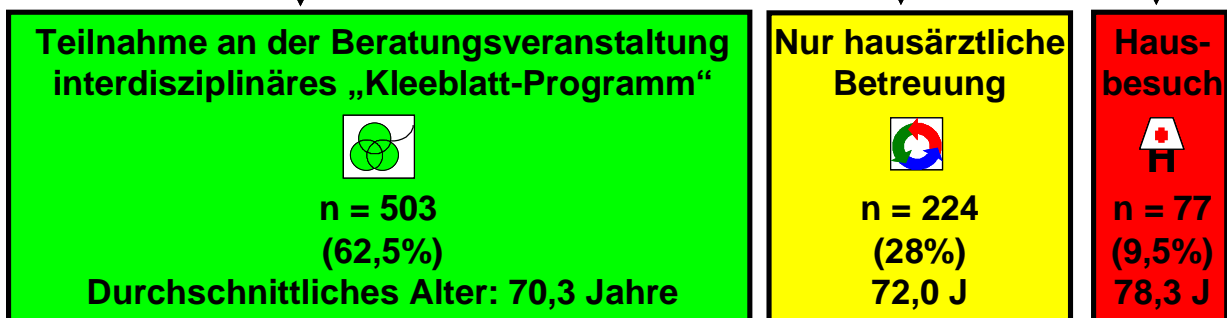
Gruppe A + B
n=2.580



Akzeptanz der präventiven Angebote am Albertinen-Haus Hamburg

2.580 über den Hausarzt rekrutierte „gesunde“ alte Menschen (A und B) aus dem EU-Projekt „Disability prevention in the older population“ ohne Pflegebedürftigkeit und ohne demenzielle Auffälligkeiten
Interventionsgruppe A (n=878): Gesundheits-Fragebogen zugeschickt
804 davon haben den Fragebogen ausgefüllt (74 nicht)

Telefonischer Erstkontakt: 804 Personen (Altersdurchschnitt: 71,5 Jahre)
Gesundheitsfördernde und präventive Angebote am Albertinen-Haus



Auch die Analyse der kombinierten Empfehlungsumsetzung (mindestens eine Empfehlung aus dem Bereich Ernährung in Kombination mit mindestens einer Empfehlung aus dem Bereich Bewegung) ergab, dass zwei von drei Teilnehmern (63,0%) in der Lage waren, eine Kombination von Empfehlungen aus beiden Schwerpunktbereichen nachhaltig umzusetzen. Dies bestätigt das multidimensionale Konzept (vgl. Anhang **Folie 11 linke Hälfte**).

Die 1-Jahres-Follow-up Ergebnisse im kontrolliert-randomisierten Design (RCT) vergleichen die Teilnehmer der Interventionsgruppe mit der vorab randomisierten Kontrollgruppe. Erfasst wurden über den standardisierten, validierten Health Risk Appraisal (HRA-O Selbstausfüller) neben soziodemographischen Angaben (Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf) u. a. Informationen zu Gesundheitszustand (medizinische Parameter wie Blutdruck, Cholesterin), Vorerkrankungen, Medikation, medizinische Vorsorge (Impfungen, Früherkennungs-Untersuchungen), Gesundheitsverhalten (soziale Einbindung, körperliche Aktivität, Ernährung), funktionellem Status (ADL, IADL, Sturzgefahr), Schmerzen, Krankheitszeichen, Depression und Ehrenamt. Günstige Effekte zeigen sich in der Interventionsgruppe in fast allen Bereiche. Einige Ergebnisse (signifikante Unterschiede $p < 0.05$) sind im Anhang auf **Folie 11 rechte Hälfte** aufgelistet.

Das neuartige Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde von den Senioren sehr gut angenommen. Interesse an Verlängerung und Weiterempfehlung waren sehr hoch. Eine hohe Akzeptanz zeigt sich auch bei den Akteuren im Gesundheits-Netzwerk (vgl. Anhang **Folien 12 - 13**).

Zusammengefasst zeigt sich die Wirksamkeit des Programms aufgrund der Fortbildung von Hausärzten und Praxispersonal sowie durch Verhaltensänderung bei den älteren Teilnehmern mit besserer Compliance in den Bereichen medizinische Prävention, Ernährung, Bewegung und soziale Vorsorge. Darüber hinaus wird die beschriebene Stichprobe von über 3.000 Personen seit dem Jahr 2001 weiter langfristig zu Outcome-Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wie Tod, Pflegestufe und Institutionalisierung evaluiert. Dies eröffnet die Möglichkeit, das Altern noch nicht pflegebedürftiger oder schwerkranker Menschen in Deutschland weiter langfristig zu erforschen wie dies von verschiedenen Bundesministerien (z.B. BMBF Ausschreibung „Gesundheit im Alter“) und Kommissionen (z.B. Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, AG 3 „Gesund altern“, der Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung „Ziele in der Altenpolitik“, dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) oder dem Health Evidence Network der WHO Europa gefordert wird (vgl. Anhang **Folie 13**).

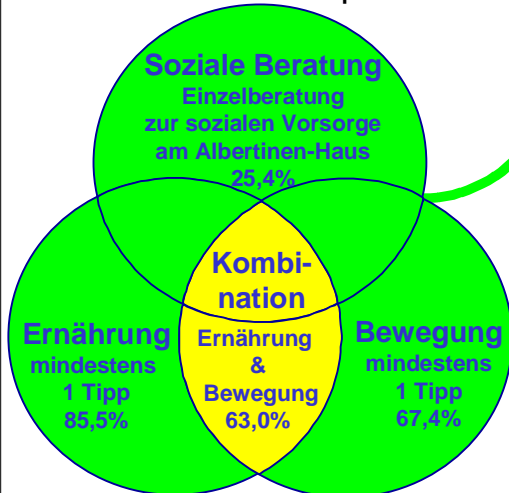
Nachhaltigkeit, Integration in das bestehende System

Das Programm wurde 2003 nach Abschluss der RCT-Studie für alle Senioren dieser Zielgruppe geöffnet. Bisher haben über 2.000 Senioren an dem Programm in der Metropolregion Hamburg teilgenommen. Darüber hinaus wurden und werden bundesweit geriatrische Teams fortgebildet (Multiplikatorenfortbildung in geriatrischer Gesundheitsförderung). Diese 4-köpfigen Gesundheitsberater-Expertenteams (Medizin, Bewegung, Ernährung, Soziales) für Senioren erwerben mit der Zertifizierung die Fähigkeit, die halbtägigen Beratungsveranstaltungen „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ eigenständig an ihrem Haus durchzuführen. Mit dem Angebot dieses Programms kann ein geriatrisches Zentrum im Sinne eines Gesundheitszentrums für Senioren eine neue Rolle finden (Prävention als vierte Säule des Deutschen Gesundheitssystems). Der Kompetenztransfer und die Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Versorgungsbereich werden weiter intensiviert (vgl. Anhang **Folie 14**).

Anhang **Folie 15** zeigt die Standorte der bisher zertifizierten Teams, an denen Senioren von dem Programm profitieren können. Vier weitere Teams aus Baden-Württemberg wurden im März 2008 fortgebildet und bereiten sich aktuell auf ihre Zertifizierung vor.

Umsetzung der Empfehlungen in mehreren Dimensionen (6 und 12 Monate später)

6 Monate Follow-up
Evaluation der Interventionsgruppe
„Aktive Gesundheitsförderung im Alter“
in standardisiertem Interview
durch Gesundheitsexperten



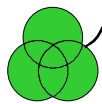
Quelle: Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter, Kohlhammer, Stuttgart, 2004.

1-Jahres-Follow-up
Vergleich der Interventionsgruppe mit der
randomisierten Kontrollgruppe (RCT)
(Randomisierung vor Durchführung der Intervention)
über Health Risk Appraisal (HRA-O Selbstausfüller)

Vergleich der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe
12 Monate nach

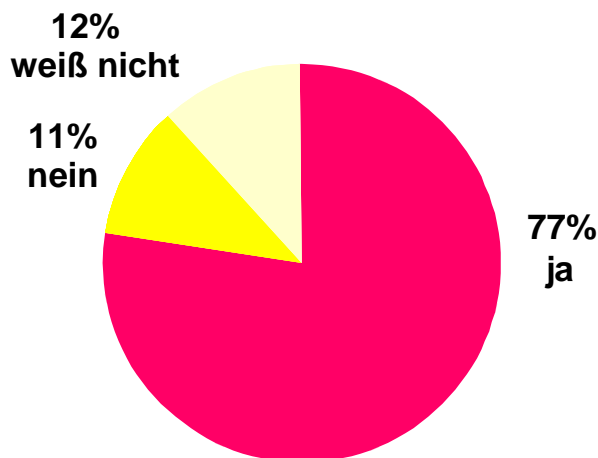
- a) Beratungsangebot direkt an die Senioren
 - b) Beratungsangebot an die behandelnden Hausärzte
über einen geriatrischen Qualitätszirkel:
- a) **Signifikante Effekte ($p < 0,05$) der Beratung der Senioren**
(Auswahl aus Gesundheits-Fragebogen):
Die Interventionsgruppe ernährt sich auch noch 12 Monate
später faserreicher (regelmäßig mehr Obst und Gemüse),
bewegt sich mehr (regelmäßige körperliche Aktivität) und
Stürze treten seltener auf .
- b) **Signifikante Effekte ($p < 0,05$) des Qualitätszirkels**
(Auswahl aus Gesundheits-Fragebogen):
Bei der Interventionsgruppe wurden mehr Gripeschutz-
Impfungen und Hörkontrollen durchgeführt.

Quelle: Dapp U, Anders J, v Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP,
Gillmann G, Stuck AE (PRO-AGE) (2004): J. Nutr. Health Aging 8:321.



Akzeptanz der „Aktiven Gesundheitsförderung“ (n=337 Personen anonyme Befragung, Angaben in %)

Interesse an Verlängerung



Weiterempfehlung



Quelle: Meier-Baumgartner, Dapp, Anders: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Kohlhammer 2006.



Erfolge des Programms

Randomisiert-kontrollierte Studie, Wirksamkeit (*efficacy*)*

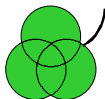
Nachhaltige Erfolge

- durch Fortbildung von Hausärzten und Arzthelferinnen
- durch Verhaltensänderung bei älteren Teilnehmern
=> Bessere Compliance in den Bereichen medizinische Prävention, Ernährung, Bewegung, soziale Vorsorge
- Langzeituntersuchung (2001 – 2010) zu Outcome-Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wie Tod, Pflegestufe, Institutionalisierung

Hohe Akzeptanz

- bei Hamburger Hausarztpraxen (BDA und BdA)
- bei Hamburger Senioren und Landesseniorenbeirat
- bei Behörde für Soziales, Gesundheit, Familie u. Verbraucherschutz
- bei sonstigen Akteuren im Hamburger Gesundheits-Netzwerk
- bei Seniorentreffs / Bürgertreffs / Seniorenbüros etc.
- bei Krankenkassen

* Consort Guidelines Phase III-Studie (Glasgow, Vogt, Boles 1999)



Öffnung des Programms

Versorgungsforschung, Effektivität (*effectiveness*)*

Seit 2003 randomisierte Kontrollgruppe B (n=1.702 Senioren)

aus den 14 Hausarztpraxen (EU-Projekt), aus denen bereits die Seniorengruppe A in 2001-2002 teilnahm
=> Unterschied: finanzielle Eigenbeteiligung

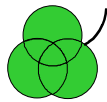
Plus Möglichkeit der Teilnahme für alle Hamburger Senioren

- über Flyer „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“
- über Beiträge in Zeitungen / Zeitschriften
- über Albertinen-Internetauftritt
- über Veranstaltungen (z.B. Woche „Älter werden in Hamburg“)
- über Vorträge (z.B. beim Landesseniorenbeirat)
- über Netzwerk Gesundheit im Alter

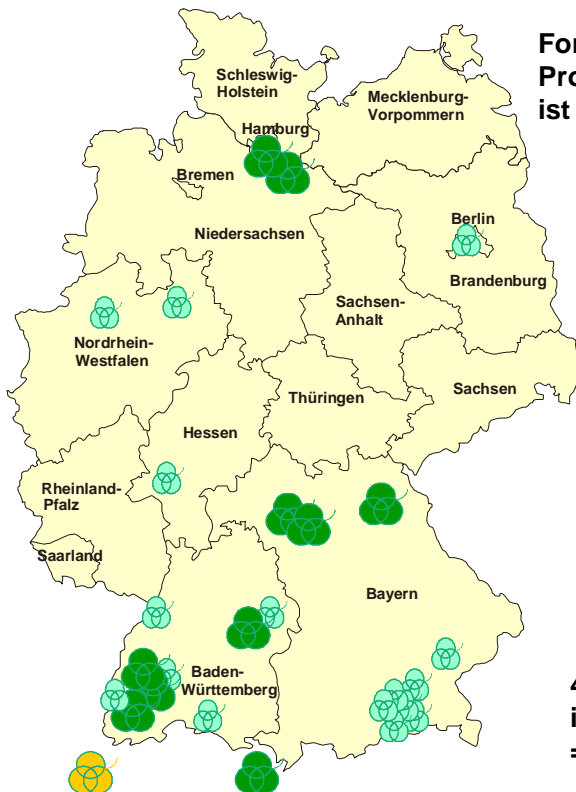
Plus Möglichkeit der Teilnahme für Senioren in anderen Städten

In denen es fortgebildete und zertifizierte Gesundheitsberater-Expertenteams nach „Aktiver Gesundheitsförderung im Alter“ gibt

* Consort Guidelines Phase III-Studie (Glasgow, Vogt, Boles 1999)



„Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ Standorte zertifizierter Teams in D, A und CH



Fortbildung zur eigenständigen Durchführung des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ ist möglich an der Albertinen-Akademie Hamburg:



3 Teams im Schwarzwald
(IV „Gesundes Kinzigtal“)

2 Teams in Hamburg

2 Teams in Würzburg

1 Team in Aalen

1 Team in Coburg

1 Team in Österreich (Vorarlberg)



1 Team in Bad Griesbach (berät Senioren bundesweit an KWA-Standorten):

Aalen, Bad Griesbach, Bad Nauheim,

Berlin, Bielefeld, Bottrop, München,

Ottobrunn, Rottach-Egern, Unterhaching



Eigene Adaption durch Partner Schweiz
(Sanaprofil: www.healthproject.ch)

4 weitere Teams aus Baden-Württemberg wurden im März 2008 fortgebildet

=> Zertifizierung aktuell in Vorbereitung

Deutscher Präventionspreis 2005

Am 22. Juni 2005 wurde unser Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ mit dem **1. Preis des Deutschen Präventionspreises 2005** ausgezeichnet, der gemeinsam verliehen wurde von

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS),
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Bertelsmann Stiftung.



http://www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis_2005/preistraeger.html

Seit September 2005 haben sich bundesweit einheitlich alle Ersatzkassen für die Förderung des Programms ausgesprochen. Die Kostenübernahme für die Maßnahme erfolgt unter Beachtung der jeweiligen Höchstzuschüsse (= 80% der Maßnahme oder maximal € 75,00).

Im Jahr 2005 wurde das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Bertelsmann Stiftung mit dem 1. Preis des Deutschen Präventionspreises ausgezeichnet wurde. Das Programm wurde mit dem Ziel der Implementierung in die Regelversorgung geplant und erfüllt alle Auflagen für die Anerkennung der primären Prävention (SGB V, § 20 Absatz 1). Seit September 2005 haben sich bundesweit einheitlich alle Ersatzkassen für die Förderung des Programms ausgesprochen. Die Kostenübernahme für die Teilnahme an dem Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ erfolgt unter Beachtung der jeweiligen Höchstzuschüsse (vgl. Anhang **Folie 16**).

Kontakt:

Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Forschungskordinatorin
Albertinen-Haus Hamburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg
Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg
Telefon: 040 / 5581-1871, Fax: 040 / 5581-1874
e-mail: ulrike.dapp[at]albertinen.de