

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Christoph Geigl¹

Laura Anderle²

Michael Leitzmann¹

Christian Janßen³

1 Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg, Regensburg, Germany

2 Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Germany

3 Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München | Munich University of Applied Sciences, München, Germany

Abstract

Angesichts der demografischen Entwicklungen gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Erwachsenen vermehrt an Bedeutung. Die Gesundheitsförderung im und für das Alter zielt im Wesentlichen darauf ab, die allgemeinen Gesundheitsressourcen und die Resilienz im Lebensverlauf zu stärken und zu erhalten, während sich die Prävention auf die lebenslange Vermeidung oder Verzögerung von (Mehrfach- und Folge-)Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsproblemen konzentriert. Damit gesundheitliche Interventionen in der älteren Bevölkerung wirksam sein können, müssen sie handlungsfeld- und zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden. Ältere Erwachsene können bis ins hohe Alter von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention profitieren.

Keywords: Alter, Altern, Gesundheit, Krankheit, Demografische Alterung, Demografischer Wandel, Gesundheitsförderung, Prävention

Einleitung

Gesundheit im Alter ist von erheblicher individueller, aber auch gesellschaftlicher Bedeutung. Obwohl im Alter gesundheitliche Probleme und Beschwerden zunehmen, ist diese Phase im Leben nicht gleichbedeutend mit Krankheit, Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit zu sehen. Allerdings ist Gesundheit auch im Alter sozial ungleich verteilt, wobei der individuelle Lebensstil, persönliche Ressourcen und Belastungen sowie die medizinische Versorgungssituation den Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und die Lebensqualität im Alter erheblich beeinflussen können [1]. Dementsprechend bieten soziale Determinanten vielversprechende Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Erwachsenen. [2] ([Determinanten der Gesundheit](#))

Alter als Lebensphase

Bei der Betrachtung des Alters als Lebensphase muss zunächst der Beginn dieses Lebensabschnitts definiert werden. In der Soziologie wird häufig der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand als Alter beschrieben, während in der Medizin vorrangig bestimmte Alterserscheinungen betrachtet werden, die zum Teil weit vor dem Eintritt in den Ruhestand, aber zum Teil auch weit danach auftreten können. Die Gerontologie nutzt aus historischen, wissenschaftlichen und praktischen Gründen oft die chronologische Altersgrenze von 65 Jahren als Beginn des Alters. In Gesellschaften mit steigender Lebenserwartung verlängert sich der Lebensabschnitt „Alter“ jedoch zunehmend. Das Alter wird deshalb zuweilen in ein „drittes und viertes Lebensalter“ oder auch in „junge Alte“ (65 bis 79 Jahre) und „Hochaltrige“ (ab 80 Jahren) unterteilt. In der Demografie wird die Hochaltrigkeit als das Lebensalter definiert, in dem 50 % der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben sind.

Bei der Betrachtung chronologischer Altersgrenzen sollte beachtet werden, dass diese nicht festlegen, ab wann gesundheitliche Entwicklungen wie bestimmte Einschränkungen oder Krankheiten gesichert eintreten. Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit für Personen ab 80 Jahren deutlich erhöht, von körperlichen, insbesondere chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie von kognitiven Beeinträchtigungen und/oder psychischen Erkrankungen betroffen zu sein [3].

Altern als Prozess

Altern als Prozess beginnt nicht erst in der Lebensphase Alter, sondern bereits im Jugendalter mit der Geschlechtsreife. In der Biologie werden Alterungsprozesse als jene Veränderungen bezeichnet, die eine Abnahme der Anpassungsfähigkeit des Organismus nach sich ziehen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist Altern jedoch nicht nur mit Verlusten, sondern auch durch Zugewinne, etwa bei der kristallinen Intelligenzentwicklung, gekennzeichnet. Dabei wird das Altern in der Psychologie nicht nur als individueller Prozess betrachtet, sondern auch eingebettet in den jeweiligen gesellschaftlichen und historischen Kontext. In der Soziologie wird das Altwerden als lebenslanger Sozialisierungsprozess verstanden, die durch frühere Lebenserfahrungen und Ereignisse mitbestimmt [3].

Demografische Entwicklung

Die abnehmende Anzahl jüngerer Menschen bei gleichzeitiger Zunahme älterer Menschen hat die demografische Struktur der deutschen Bevölkerung erheblich verändert. Die Anzahl der Personen ab 65 Jahren ist von 12,2 Millionen (15 %) im Jahr 1992 auf 18,9 Millionen (22,3 %) deutlich angestiegen (plus 6,7 Millionen) (Stand 2023). Dabei hat sich die Anzahl der Personen ab 80 Jahren von 3,2 Millionen (4 %) auf 6,1 Millionen (7,3 %) nahezu verdoppelt [4].

Während in Deutschland aktuell etwa jeder fünfte Mensch zur Altersgruppe ab 65 Jahren zählt, wird laut Bevölkerungsprognosen bis zum Jahr 2050 fast jeder dritte Mensch (22 Millionen, 28 %) zu dieser Altersgruppe gehören. Die Anzahl der Personen ab 80 Jahren wird im selben Zeitraum von derzeit 6,1 Millionen (7,3 %) auf 9,2 Millionen (12 %) ebenfalls erheblich steigen [5].

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt liegt derzeit für weibliche Personen bei 83 Jahren und für männliche Personen bei 78 Jahren [6]. Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung gehen davon aus, dass diese bis 2070 für weibliche Personen auf bis zu 88 Jahre und für männliche Personen auf bis zu 85 Jahre ansteigen wird [5].

Gesundheitliche Lage

Bei älteren Erwachsenen liegen die Prävalenz- und Inzidenzraten in den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen [7]. Bei den somatischen Erkrankungen stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Diabetes mellitus im Vordergrund. Bei den psychischen Erkrankungen sind vor allem Demenzen und Depressionen bedeutsam [8]. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen leiden fast alle Personen an mindestens einer, ein Viertel sogar an fünf und mehr Krankheiten [9].

Für eine selbstständige Lebensführung im Alter ist vor allem die funktionale Gesundheit entscheidend. Funktionale Beeinträchtigungen zeigen sich durch Aktivitätseinschränkungen aufgrund körperlicher oder psychischer Schädigungen bzw. Störungen. Mit zunehmendem Alter treten solche Beeinträchtigungen wesentlich häufiger auf [10].

Zugleich wird der Gesundheitszustand nicht nur durch objektive medizinische Diagnosen bestimmt, sondern auch durch die individuelle Wahrnehmung der eigenen Gesundheit [11] ([Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit](#)). Dies gilt insbesondere im Alter, da die Bewertung der subjektiven Gesundheit im Lebensverlauf häufig deutlich positiver ausfällt als die objektive Gesundheitsbewertung. Dementsprechend schätzen ältere Erwachsene ihre Lebensqualität trotz gesundheitlicher Beschwerden häufig noch bis ins hohe Alter als positiv ein. Der selbsteingeschätzten Lebensqualität kommt daher eine hohe Relevanz zur Beurteilung der Gesundheit im Alter zu [12].

Trotz höherer Prävalenzen und Inzidenzen in höheren Altersgruppen sind ältere Erwachsene heute körperlich und psychisch gesünder als in früheren Generationen [13]. Im Sinne einer „Kompression der Morbidität“ konnte in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland eine Abnahme der Multimorbidität, eine Zunahme der aktiven Lebenserwartung sowie eine Verbesserung der funktionellen Gesundheit verzeichnet werden [14]. Der Begriff „Multimorbidität“ wird häufig verwendet, um das gleichzeitige Vorliegen von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bei einer Patientin oder einem Patienten zu beschreiben, die jeweils vergleichbare Auswirkungen auf die individuelle Krankheitslast haben [15]. Allerdings deuten aktuelle Daten darauf hin, dass sich der über die Jahre hinweg kontinuierlich verbesserte Gesundheitszustand älterer Erwachsener in später geborenen Kohorten nicht fortsetzt [13], [10].

Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Die Gesundheitsförderung im und für das Alter zielt im Wesentlichen darauf ab, die allgemeinen Gesundheitsressourcen und die Resilienz im Lebensverlauf zu stärken und zu erhalten. Die Prävention konzentriert sich auf die lebenslange Vermeidung oder Verzögerung von (Mehrfach- und Folge-)Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsproblemen. [16] Bei der Gesundheitsförderung älterer Erwachsener liegt der Fokus insbesondere auf der Bereitstellung altersgerechter Rahmenbedingungen und dem Prozess der Befähigung [17] ([Empowerment/Befähigung](#)), um vorhandene Gesundheitschancen trotz altersbedingter Veränderungen eigenverantwortlich nutzen zu können [18].

Der Präventionsbegriff sollte mit Blick auf ältere Erwachsene so weit gefasst sein, dass er sich nicht nur darauf bezieht, Erkrankungen vollständig zu vermeiden, sondern auch krankheitsbedingte Folgen zu mildern, den Ausbruch weiterer (Folge-)Erkrankungen zu verhindern und den Umgang mit bestehenden Krankheiten zu verbessern [19].

Im späteren Lebensverlauf kommt der Förderung und dem Erhalt von Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität besondere Bedeutung zu. Daran anschließend definiert die WHO „gesundes Altern“ als „Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht“ ([20], S. 2).

Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ benennt im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention – Autonomie erhalten“ folgende Ziele [21]:

- **Ziel 1:** Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.
- **Ziel 2:** Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken gemindert.
- **Ziel 3:** Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten.
- **Ziel 4:** Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen.
- **Ziel 5:** Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert.

Zur Erreichung von Gesundheitszielen sollten zwei unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden, die sich in Modellen darstellen lassen: Risikofaktorenmodelle [22] ([Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell](#)) und Schutzfaktoren- bzw. Salutogenesemodelle [23] ([Resilienz und Schutzfaktoren](#)). Beide Modelle spielen eine bedeutende Rolle in Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, wobei das Verständnis ihrer unterschiedlichen Schwerpunkte helfen kann, sie effektiv zu integrieren.

Risikofaktorenmodelle

Risikofaktorenmodelle konzentrieren sich auf die Identifikation und Vermeidung von Faktoren, die das Risiko für bestimmte Krankheitsgeschehen erhöhen. In der Prävention werden sie verwendet, um spezifische Interventionen zur Risikominderung zu entwickeln. Zum Beispiel könnten Angebote zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen darauf abzielen, Risiken wie Bluthochdruck oder hohe Cholesterinwerte zu reduzieren. Weitere bedeutsame Risikofaktoren für das Krankheitsgeschehen im Alter, das überwiegend durch chronisch-degenerative Erkrankungen gekennzeichnet ist, lassen sich wie folgt benennen (Tab. 1).

Krankheiten / Beschwerden	Risikofaktoren	Ansätze für Prävention
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Bluthochdruck Diabetes Typ 2 Fettstoffwechselstörung	Steigerung der körperlichen Aktivität Regulierung des Körpergewichts Nichtrauchen Umstellung des Ernährungsverhaltens
Erkrankungen des Bewegungsapparates und Stürze	Spezielle Belastungen im Beruf Lebensstilfaktoren Hormonelle Ursachen Genetische Disposition Bestimmte Medikamente	Ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D Körperliche Aktivität (besonders Verbesserung von Kraft und Koordination) Nichtrauchen/mäßiger Alkoholkonsum Regulierung des Körpergewichts (hohes Frakturrisiko bei niedrigem Gewicht) Vermeidung von Polypharmazie
Krebserkrankungen	Bedeutendster vermeidbarer Risikofaktor: Rauchen Weitere Risikofaktoren: Ungünstige Ernährungsmuster (Überernährung, hoher Fettanteil, wenig Obst und Gemüse) Chronische Infektionen (z. B. Helicobacter pylori bei Magenkrebs) Hoher Alkoholkonsum Spezielle Belastungen am Arbeitsplatz Einflüsse aus der Umwelt (z. B. UV-Strahlung, Feinstaub, chemische Substanzen)	Änderung des Lebensstils: Rauchverzicht Angemessene Ernährung Verzicht auf Alkoholkonsum Für einige Krebsarten (z. B. Brustkrebs) die Möglichkeit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
Demenzen	Bei durchblutungsbedingten Demenzen sind die Risikofaktoren für Schlaganfälle und andere arterielle Verschlusskrankheiten bedeutsam: Rauchen Alkoholmissbrauch	Die Präventionsmöglichkeiten bei Alzheimer/Demenz sind begrenzt. Günstiger Einfluss durch: Ausgewogene Ernährung Kontrolle von Blutdruck und Fettstoffwechsel Soziale und kognitive Aktivitäten Bei durchblutungsbedingten Demenzen: Nichtrauchen Maßvoller Alkoholkonsum
Depressionen	Das Risiko, an einem depressiven Syndrom zu erkranken, ist erhöht vor allem bei: Partnerverlust Subjektiv erlebter Einsamkeit Mangel an sozialen Kontakten und sozialer Integration Auch bestehende oder neu auftretende körperliche Erkrankungen oder Behinderungen erhöhen das Risiko.	Die Prävention depressiver Erkrankungen kann durch folgende Maßnahmen unterstützt werden: Stärkung von Selbstkonzept und Kontrollüberzeugung (durch Entwicklung von Bewältigungsstrategien und die Durchführung individuell wichtiger Aktivitäten) Verbesserung der sozialen Integration und Teilhabe

Tab. 1: Risikofaktoren und Präventionspotentiale verschiedener Krankheitsgruppen (modifiziert nach [24]

ergänzt durch [25])

Schutzfaktoren- bzw. Salutogenesemodelle

Die salutogenetische Perspektive [26] ([Salutogenese](#)) setzt einen komplementären Schwerpunkt, indem sie sich auf Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit bezieht. Entsprechende Modelle legen den Fokus auf die Stärkung von Schutzfaktoren und Resilienz, um die Gesundheit zu erhalten oder zu fördern. Sie zielen insbesondere darauf ab, persönliche und soziale Ressourcen zu entwickeln, die helfen, gesund zu bleiben und sich von Belastungen zu erholen [27].

Personale Ressourcen wie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen, das Selbstwertgefühl und der Kohärenzsinn sowie soziale Faktoren wie die Integration in soziale Netzwerke und die Unterstützung durch nahestehende Personen sind bei älteren Erwachsenen vermutlich ähnlich bedeutsam wie in jüngeren Jahren. Zum Beispiel konnte in einer Studie gezeigt werden, dass interne Kontrollüberzeugungen, körperliche Aktivität und soziale Unterstützung positiv mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Erwachsener assoziiert waren [12]. Daraus folgernd könnten im Rahmen der Gesundheitsförderung älterer Erwachsener Angebote helfen, gesundheitliche Einstellungen, Bewegung und die soziale Unterstützung zu fördern.

Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Bei der Betrachtung von Ziel- bzw. Dialoggruppen für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sollten u. a. folgende Bereiche berücksichtigt werden:

- Sozioökonomische Faktoren [28] ([Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#))
- Soziodemografische Faktoren (Geschlecht bzw. Gender [29] ([Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Gendermainstreaming](#)), Migrationshintergrund, Altersphase, Wohnort etc.)
- Persönliche Ressourcen (z. B. gesundheitsbezogene Einstellungen, soziale Unterstützung) und Belastungen (z. B. am Wohnort oder durch die [frühere] berufliche Tätigkeiten)
- Lebensstil bzw. verhaltensbezogene Faktoren (z. B. Gewicht, Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung)

Empirische Ergebnisse zeigen, dass ältere Erwachsene mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status gesundheitlich schlechter gestellt sind als ältere Erwachsene mit einem höheren sozioökonomischen Status [30]. Zudem weisen ältere Erwachsene mit negativen Gesundheitseinstellungen, Bewegungsmangel, fehlender sozialer Unterstützung und niedrigem Einkommen eine geringere körperliche und psychische Lebensqualität auf als sozial besser gestellte Gruppen. Dies unterstreicht den besonderen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Gruppen, die von alters-, geschlechts- und sozialspezifischen Gesundheitsinterventionen besonders profitieren könnten. Insgesamt bieten soziodemografische, sozioökonomische, psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren vielfältige Ansätze für Politik, Wissenschaft und Praxis, um Gesundheitsinterventionen handlungsfeld- und zielgruppenspezifisch [12].

Die gesundheitliche Lage älterer Frauen stellt sich insgesamt deutlich schlechter dar, als bei älteren Männern [30]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Geschlechterverhältnisse im Alter verändern. Bei den 65- bis 79-Jährigen liegt der Frauenanteil noch bei 53,4 %, während er bei den ab 80-Jährigen bei 61 % liegt. Ursächlich dafür ist die höhere Lebenserwartung der Frauen, wobei derzeit noch die hohen Männerverluste im Zweiten Weltkrieg eine Rolle spielen. Mit den nachlassenden demografischen Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges ist auch der Anteil der hochaltrigen Männer von 27 % im Jahr 2000 auf 39 % im Jahr 2023 angestiegen (vgl. [31]). Ab dem 80. Lebensjahr erhöht sich der Pflegebedarf. Frauen sind aufgrund ihrer häufig schlechteren körperlichen Verfassung stärker betroffen als Männer. Außerdem verbringen sie mehr Jahre in Pflege, da sie im Durchschnitt früher pflegebedürftig werden [32].

Migrantinnen und Migranten im Alter von 40 bis 85 Jahre weisen häufiger fünf oder mehr Erkrankungen auf und attestieren sich häufiger eine schlechte Gesundheit als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund zeigen. In der zweiten Lebenshälfte schätzen von den ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten nur 41 % ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut ein. Bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern (50 %) und anderen Migrantinnen und Migranten (59 %) liegt der Anteil deutlich höher. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei Personen, die eine schlechte oder

sehr schlechte Gesundheit berichten: Bei den Arbeitsmigrantinnen und -migranten ist dies mehr als jede bzw. jeder Vierte (27 %), bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedlern sowie anderen Migrantinnen- und Migrantengruppen nur 14 % bzw. 13 % [33].

Untersuchungen zu Personen aus den klassischen früheren Anwerbeländern (Griechenland, Italien, ehemaliges Jugoslawien, Türkei) legen nahe, dass ältere Migrantinnen und Migranten aufgrund ihrer Erwerbsbiografie, körperlich belastenden Tätigkeiten und hohen Stressbelastungen durch Akkord- und Schichtarbeit einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind [34].

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Gruppe älterer Erwachsener eine sehr heterogene Gruppe ist, die unterschiedliche soziale Voraussetzungen einschließt. Abgesehen von Pflegeheimen gibt es kaum institutionalisierte Zugangswege zu Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bei der Entwicklung, Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten und Maßnahmen ist daher eine Definition der spezifischen Ziel- bzw. Dialoggruppen, möglicher Zugangswege, Handlungsfelder und Ziele unerlässlich.

Gelungene Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Gesundheitsförderung und Prävention sind entscheidend, um die Gesundheit älterer Erwachsener zu erhalten oder zu verbessern. Sollte dies nicht mehr möglich sein, kann Gesundheitsverlust häufig zumindest verlangsamt werden. Gesundheitsförderliche und präventive Ansätze können dazu beitragen, Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe im Alter zu erhalten. Ältere Erwachsene verfügen über zahlreiche gesundheitliche Ressourcen und präventive Potenziale, die in zielgruppenspezifischen Interventionen berücksichtigt werden sollten.

Für diese Altersgruppe ist das Wohnumfeld von zentraler Bedeutung, da sie teilweise nicht mehr in der Lage ist, Angebote zu nutzen, die mit längeren Wegstrecken verbunden sind. Dies unterstreicht den Stellenwert settingbezogener Ansätze im Alter, um diese spezifische Ziel- bzw. Dialoggruppe zu erreichen. Zu den bedeutsamsten Handlungsfeldern von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zählen der Ausbau einer lokalen Angebotsstruktur, die Gestaltung eines komfortablen, sicheren und anregenden Wohnumfeldes sowie die Förderung des nachbarschaftlichen Zusammenhalts [35].

Einen vielversprechenden Ansatz zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention bieten die zwölf [„Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“](#) (z. B. Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit), die vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen kontinuierlich weiterentwickelt werden. Für die Arbeit mit älteren Erwachsenen wurden diese Kriterien im Rahmen des Programms [„Gesund & aktiv älter werden“](#) der BZgA entsprechend angepasst.

Verschiedene Beispiele veranschaulichen, wie Gute Praxis in Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Erwachsene gelingen kann. In Bayern hat sich z. B. ein Gesundheitsnetzwerk für ältere Erwachsene etabliert – die Aktionsgruppe [„Gesundes Altern in der Oberpfalz“](#). Das vorrangige Ziel besteht darin, die Gesundheit älterer Erwachsener in schwierigen Lebenslagen aus der Oberpfalz zu fördern. Die interdisziplinär ausgerichtete Aktionsgruppe besteht aus zentralen Akteurinnen und Akteuren des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens, die das gesunde Altern im Regierungsbezirk Oberpfalz begleiten. Im Netzwerk wird ein intensiver Austausch unter den engagierten Mitgliedern gepflegt, um sowohl die Sichtbarkeit bereits bestehender Angebote für ältere Erwachsene zu erhöhen als auch gemeinsam spezifische Angebote für sozial benachteiligte ältere Erwachsene zu entwickeln.

Ein weiteres positives Beispiel ist [„GESTALT“](#), ein Projekt zur Demenzprävention bei älteren Erwachsenen. „GESTALT“ steht für GEhen, Spielen und Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten. Ziel des Projekts ist es, einem der Hauptrisikofaktoren für demenzielle Erkrankungen – körperlicher Inaktivität – nachhaltig entgegenzuwirken und zu mehr Bewegung im Alltag von älteren Erwachsenen mit Risikofaktoren für Demenz beizutragen. Auf kommunaler Ebene sollen über das Projekt gesundheitsförderliche Strukturen für Bewegung auf- und ausgebaut werden.

Internetadressen:

- Landeszentrale für Gesundheit Bayern. Aktionsgruppe „Gesundes Altern in der Oberpfalz“. Available from: <https://lzg-bayern.de/projektbeispiele/good-practice-videos/aktionsgruppe->

gesundes-altern-in-der-oberpfalz

- Gesund und aktiv älter werden. Available from: <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de>
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Available from: <https://www.dza.de>
- Landeszentrale für Gesundheit Bayern. GESTALT – Gehen, Spielen und Tanzen als lebenslange Tätigkeiten. Available from: <https://lzg-bayern.de/projektbeispiele/good-practice-videos/gestalt-gehen-spielen-und-tanzen-als-lebenslange-taetigkeiten>
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Good Practice-Kriterien). Available from: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien>
- Forum Gesundheitsziele. Available from: <https://www.gesundheitsziele.de>
- Robert Koch-Institut (RKI). Themenschwerpunkt: Gesundheit im Alter. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit_im_Alter/Ges_alter_nc

Literatur:

- Wurm S, Lampert T, Menning S. Subjektive Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009. p. 79–91.

References

1. Janßen C, Sauter S, Kowalski C. The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: Results of a systematic literature review. Psychosom Med. 2012 Oct 25;9:1–12. DOI:[10.3205/psm000085](https://doi.org/10.3205/psm000085)
2. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0)
3. Tesch-Römer C, Wurm S. Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009. p. 7–20.
4. Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS), editor. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Wiesbaden; 2024.
5. Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS), editor. 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Variante 1: Moderate Entwicklung bei niedrigem Wanderungssaldo (G2L2W1). Wiesbaden; 2024. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html>
6. Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS), editor. Durchschnittliche Lebenserwartung (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. Wiesbaden; 2024. [accessed 2024 Dec 8]. Available from: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online>
7. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, Kuca K. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. BMC Public Health. 2019 Nov 1;19(1):1431. DOI:[10.1186/s12889-019-7762-5](https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5)
8. Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland. Wie gesund sind die älteren Menschen? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. 2015. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?blob=publicationFile
9. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), editor. Deutscher Alterssurvey 2014. Zentrale Befunde. 2014. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Diverse_Materialien/16-07-11_Deutscher_Alterssurvey_2014_kurzfassung.pdf
10. Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM. Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff J, Simonson J, Tesch-Römer C, editors. Altern im Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2017. p. 125–38. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-12502-8_8.pdf
11. Faltermaier T. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

- Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i119-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i119-3.0)
12. Geigl C, Loss J, Leitzmann M, Janssen C. Social factors of health-related quality of life in older adults: a multivariable analysis. *Qual Life Res.* 2023 Nov;32(11):3257–68. DOI:[10.1007/s11136-023-03472-4](https://doi.org/10.1007/s11136-023-03472-4)
 13. Geyer S, Eberhard S. Compression and expansion of morbidity – secular trends among cohorts of the same age. *Dtsch Arztebl Int.* 2022 Nov 25;119(47):810–5. DOI:[10.3238/arztebl.m2022.0324](https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0324)
 14. Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer C. Gesundheit. In: Wurm S, Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A, editors. *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer; 2010. p. 90–140. Available from: www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Publikationen/Altern_im_Wandel_2010.pdf
 15. Seger W, Gaertner T. Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung. *Dtsch Arztebl.* 2020;117(44):A2092-B1780.
 16. Gellert P, Brandenburg H, Franke A, Kessler EM, Krupp S, Pantel J, Schramek R, Simm A, Swoboda W, Wurm S, Fuellen G. Prävention und Gesundheitsförderung im und für das Alter stärken. *Z Gerontol Geriatr.* 2024 May;57(3):199–206. DOI:[10.1007/s00391-023-02262-4](https://doi.org/10.1007/s00391-023-02262-4)
 17. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0)
 18. Hollbach-Grömig B, Frölich von Bodelschwingh F. *Gesundheitsförderung und Prävention – Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene.* Köln; 2015. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: <https://shop.bzga.de/pdf/60640102.pdf>
 19. Schüz B, Wurm S. Wie wichtig ist Prävention? In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. *Gesundheit und Krankheit im Alter.* Berlin; 2009. p. 161–7.
 20. World Health Organization. Regional Office for Europe. (WHO). *Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region.* World Health Organization, Regional Office for Europe; 2023. [accessed 2024 Nov 28]. WHO/EURO:2023-8002-47770-70520. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/373061>
 21. Bundesministerium für Gesundheit (BGM), editor. *Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“.* 2012. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aelter_werden.pdf
 22. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0)
 23. Rönau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0)
 24. Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. *Gesundheit und Krankheit im Alter.* In: *Gesundheit und Krankheit im Alter.* Berlin: Robert Koch-Institut; 2009.
 25. Balzer K, Bremer M, Schramm S, Lühmann D, Raspe H. *Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung.* Köln; 2012. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf

Korrespondenz: Christoph Geigl, Universität Regensburg, Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Germany, E-mail: christoph.geigl@gmx.de

Zitierhinweis: Geigl C, Anderle L, Leitzmann M, Janßen C. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i002-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i002-1.0)

Copyright: © 2026 Christoph Geigl et al.

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>