

# Das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ Gesundheitsförderung und Prävention in einer älter werdenden Gesellschaft

Jochen Philipp Ziegelmann

## Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de und die nationalen und internationalen Gesundheitsziele

*gesundheitsziele.de* ist ein Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren des Gesundheitswesens. Im Konsensprinzip werden hierbei auf der Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse Gesundheitsziele entwickelt, welche mit Maßnahmen zur Zielerreichung verbunden werden. Zentral für die Umsetzung ist die Selbstverpflichtung der verantwortlichen Akteure (Gesundheitsziele.de 2010). Der Kooperationsverbund hat seit dem Jahr 2000 sieben nationale Gesundheitsziele entwickelt, zwei davon sind bereits aktualisiert worden und zwei weitere befinden sich derzeit in Überarbeitung. Diese Gesundheitsziele lassen sich vier Zielbereichen und sieben Querschnittanforderungen zuordnen (s. Tab. 1), wobei „Patientensouveränität“ gleichzeitig Gesundheitsziel, Zielbereich und Querschnittanforderung ist. Bis 2006 waren die Gesundheitsziele ein vom Bund gefördertes Modellprojekt, seit 2007 erfolgt die Finanzierung durch die Kooperationsträger von *gesundheitsziele.de*. Der internationale Gesundheitszieleprozess wurde in den 1970er Jahren von der WHO angestoßen (für einen Überblick siehe Thietz u. Hartmann 2012). Der deutsche Gesundheitszieleprozess orientiert sich unter anderem an der WHO-Initiative „Gesundheit für Alle“ für die Europäische Region (Weltgesundheitsorganisation 1998), welche zwei Hauptziele formuliert (1) „die Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu schützen“ sowie (2) „die Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen zu reduzieren und die auf Krankheiten durch Verletzungen zurückzuführenden Leiden zu mindern“.

Gerade vor dem Hintergrund des ersten WHO-Ziels wäre es wünschenswert, mit dem nächsten Gesundheitsziel das mittlere Erwachsenenalter abzudecken (beispielsweise mit einem Gesundheitsziel zur „betrieblichen Gesundheitsförderung“). Zusammen mit den beiden Gesundheitszielen „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ wäre dann die gesamte Lebensspanne hinreichend abgedeckt.<sup>1</sup>

## Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels

Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wurde unter der Leitung von Rudolf Herweck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.) erarbeitet und am 29. März 2012 von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr anlässlich des Weltgesundheitstages 2012 und des Europäischen Jahrs des aktiven und gesunden Alterns vorgestellt. Die Beantwortung der Frage, wie „Aktives Altern“ gefördert werden kann, war eine der Leitfragen während der Entwicklung des Gesundheitsziels. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie eine bessere Gesundheitsförderung sowie eine bessere Versorgung älterer Menschen im Krankheits- oder Pflegefall gewährleistet werden kann. Das nationale Gesundheitsziel greift hierbei auf Überlegungen des sechsten Altenberichts (BMFSFJ 2010a) zurück und tritt entsprechend für die Schaffung eines realistischeren Bildes vom Alter und Altern ein. Bei der Entwicklung des Ziels wurde ein Schwerpunkt auf evidenzbasierte Maßnahmen gelegt und darauf geachtet, dass es zentrale Kriterien entwicklungsorientierter Intervention berücksichtigt (Ziegelmann 2012) und somit Multidimensionalität, Multidirektionalität, sowie inter- und intraindividuelle Variabilität von Altersprozessen mit einschließt und auf besondere Herausforderungen des Alters, wie z. B. Multi-

<sup>1</sup> Eine Fokussierung auf das mittlere Erwachsenenalter wäre auch deshalb sehr wünschenswert, da das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ die über 65-Jährigen als Zielgruppe definiert hat, was dem gegenübersteht, dass wir ja in allen Lebensphasen zum Fundament für ein erfolgreiches Altern beitragen können (Ziegelmann u.a. 2011). Die nächsten Ziele könnten sich dann wieder der Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen widmen, wobei festzuhalten ist, dass die deutschen Gesundheitsziele bisher eher einen Schwerpunkt auf Bevölkerungsgruppen und Erkrankungen hatten (Thietz u. Hartmann 2012) und weniger auf die Vermeidung von Verletzungen (siehe WHO-Ziel), wie z. B. Schädel-Hirn-Traumata.

*Tabelle 1: Die bisherigen sieben nationalen Gesundheitsziele sowie die vier Zielbereiche und sieben Querschnittanforderungen*

<i>Gesundheitsziele</i>
Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (Vorgestellt 2003, Aktualisierung 2010)
Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (Vorgestellt 2003, Aktualisierung 2011)
Tabakkonsum reduzieren (2003, wird derzeit aktualisiert)
Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003, wird derzeit aktualisiert)
Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
Gesund älter werden (Vorgestellt 2012)
<i>Zielbereiche</i>
Krankheitsbezug
Gesundheitsförderung und Prävention
Bevölkerungs- und Altersgruppen
Stärkung der Bürger- und Patientenbeteiligung
<i>Querschnittanforderungen</i>
Stärkung der Selbsthilfe
Bürger- und Patientenorientierung
Prävention auch bei Krankheitsbezug
Evidenzbasierung
Sektorale Verzahnung und Integration
Gesundheitliche Chancengleichheit
Gender Mainstreaming

morbidität, zugeschnitten ist. Ein damit verbundenes Ziel ist es, gerade auch für Hochbetagte, das vorhandene Potenzial an primärer Prävention, Aktivität oder gesellschaftlicher Teilhabe besser als bisher auszuschöpfen (s. a. Motel-Klingebiel u.a. in Druck). Das nationale Gesundheitsziel benennt für die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsförderung und der Versorgung älterer Menschen konkrete Maßnahmen und Akteure. Es kann somit auch als ein wichtiger Baustein zur Umsetzung der Demografiestrategie

der Bundesregierung gesehen werden, welche für ein aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter eintritt und die folgenden drei Zielstellungen hat: (1) Selbstbestimmtes Leben, Aktivität im Alter fördern und das Leitbild der sorgenden Gemeinschaft etablieren; (2) Gesellschaftliche Teilhabe im Alter ermöglichen und das Engagementpotential aller Generationen aktivieren; (3) Gesundes Altern unterstützen, qualitätsvolle und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung sichern (Bundesministerium des Innern 2012). Die Entwicklung der nationalen Gesundheitsziele und insbesondere die Entwicklung des Ziels „Gesund älter werden“ stellt insofern einen wichtigen Beitrag dazu dar, wie wir die gesundheitliche Versorgung angesichts des demografischen Wandels einerseits gestalten und andererseits auch sicherstellen wollen.

### **Handlungsfelder**

Alle sieben Gesundheitsziele sind nach einer einheitlichen Struktur (Oberziel, Handlungsfelder, Ziele, Teilziele, Maßnahmen und Adressaten) aufgebaut: „Gesund älter werden“ stellt das Oberziel dar und dieses ist in drei Handlungsfelder unterteilt (s. Tab. 2 mit den zugehörigen 13 Zielen). Diese Handlungsfelder wiederum sind in Ziele und Teilziele sowie in Empfehlungen für Strategien und Maßnahmen untergliedert. Den Abschluss eines Gesundheitsziels bilden die „Startermaßnahmen“ (s. Tab. 3), welche formuliert werden, um eine rasche Umsetzung erster Maßnahmen zu gewährleisten.

Das Handlungsfeld 1 behandelt die Frage, wie die Autonomie älterer Menschen möglichst lange durch Gesundheitsförderung und Prävention erhalten bleiben kann. Anhand des ersten Ziels dieses Handlungsfelds mit dem Titel „Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt“ wird im Folgenden der Zusammenhang von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen zur Zielerreichung erläutert. Da gesellschaftliche Teilhabe zur Gesunderhaltung und zur Lebensqualität beiträgt, werden unter Ziel 1 Maßnahmen vorgeschlagen, die Menschen dabei unterstützen, gesellschaftliche Teilhabe weiter auszuüben. Zusätzlich werden Maßnahmen vorgestellt, die darauf hinwirken, Barrieren abzubauen (zum Beispiel durch die Erhöhung der Verfügbarkeit

Tabelle 2: Die drei Handlungsfelder

<i>Handlungsfeld 1: Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten</i>	
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 sind 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
<i>Handlungsfeld 2: Gesundheitliche, psychosoziale und pflegerische Versorgung</i>	
Ziel 6:	Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt
Ziel 7:	Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen
Ziel 8:	Die Interessen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfern von älteren Menschen sind berücksichtigt
<i>Handlungsfeld 3: Besondere Herausforderungen</i>	
Ziel 9:	Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen sind erhalten und gestärkt
Ziel 10:	Die psychische Gesundheit älterer Menschen ist erhalten, gestärkt bzw. wiederhergestellt
Ziel 11:	Demnzerkrankungen sind erkannt und Demnzerkrankte sind angemessen versorgt
Ziel 12:	Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und die Folgen von Multimorbidität sind gemindert
Ziel 13:	Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt

attraktiver und barrierearmer Freiflächen und Aktivitätsräume), um Teilhabe und freiwilliges Engagement zu ermöglichen. Ziel 1 ist hierbei wiederum in 9 Teilziele untergliedert. Zur Illustration wird nun das Teilziel 5 für Ziel 1 wiedergegeben:

*„Das gesellschaftliche Engagement älterer Menschen und die Selbsthilfe älterer Menschen sind gefördert. Für ältere Menschen, die sich gesellschaftlich engagieren wollen, sowie für ältere Menschen, die Zugang zu einer Selbsthilfegruppe suchen oder eine Selbsthilfegruppe gründen wollen, stehen niedrigschwellige und kultursensible Informationen, Beratung und Unterstützung bereit.“*

Zur Umsetzung von Ziel 1 werden insgesamt 21 Maßnahmen (z.B. Sockelfinanzierung von engagementfördernden Strukturen) und 10 Adressaten (z.B. Landkreise und Kommunen), die diese Maßnahmen umsetzen können, genannt. Schließlich ist Ziel 1 auch mit einer Startermaßnahme verbunden, welche beinhaltet, ein kommunales Modell zur bewegungsförderlichen Gestaltung des öffentlichen Raums zu entwickeln, um insbesondere bei benachteiligten Personen gesellschaftlich aktives Altern besser zu ermöglichen. Auch wenn anhand der Daten des Deutschen Freiwilligensurveys (FWS) zwischen 1999 und 2009 ein Anstieg des freiwilligen Engagements bei den älteren Menschen zu verzeichnen war (BMFSFJ 2010b), gilt es weiterhin, das Engagement und die Engagementbereitschaft älterer Menschen weiter zu stärken, beziehungsweise zu aktivieren (Bundesministerium des Innern 2012).

### **Ausblick: Umsetzung und Evaluation**

In einem ersten Schritt hat die Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ einstimmig empfohlen. Das Konzept des Gesundheitsziels dient nun auch als eine Grundlage für die Zielprozesse und politischen Handlungsfelder der Länder („Landesgesundheitsziele“). Seit April 2011 bereits gibt es mit dem Infopool Gesundheitsziele eine aktualisierte offizielle Gesamtdarstellung aller Ländergesundheitsziele (Gesundheitsziele.de 2011). Das Land Berlin verständigte sich beispielsweise be-

reits im Juni 2011 u. a. darauf, die „gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihrer Angehörigen fördern und adäquate Versorgungsstrukturen weiterentwickeln“. Von den Ländern wiederum geht auch die Bitte an Kommunen, das Gesundheitsziel als Handlungsgrundlage zu nutzen.

*Tabelle 3: Die „Startermaßnahmen“*

Start einer Kampagne zur Vermittlung eines realistischen Altersbildes, aufbauend auf dem BMFSFJ-Programm „Alter neu denken – Altersbilder“.

Entwicklung eines kommunalen Modells zur bewegungsförderlichen Gestaltung des öffentlichen Raums mit einem Schwerpunkt gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Personen.

Modell von Wohnraumanpassungen – z. B. durch eine öffentliche Wohnungsbaugesellschaft –, mit denen der Eintritt von Pflegebedarf gemindert wird.

Weiterentwicklung und Ausbau wohnortnaher Strukturen zugehender und aufsuchender Maßnahmen für ältere Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelten sozial oder gesundheitlich benachteiligter Personen.

Entwicklung eines kommunalen Modells zur Erhöhung der Lesefreundlichkeit von Hinweisen, Angaben und Erläuterungen in allen Bereichen des öffentlichen Raums (z. B. in Verwaltungen oder in Museen).

Durchführung von Veranstaltungen zur Mundgesundheit älterer Menschen, z. B. Gesundheitsmessen, Tagen der offenen Tür, Tagen der Zahngesundheit.

Aufbereitung und Verbreitung von Informationen über psychische Störungen im Alter, beispielsweise über Broschüren, Internet, insbesondere für Hausärztinnen und Hausärzte, Betroffene und Angehörige.

Verbreitung – vor allem in Hausarztpraxen – von Arzneimittellisten (zum Beispiel PRISCUS-Liste), die unerwünschte Arzneimittelwirkungen anzeigen.

Entwicklung, Erprobung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien für häufige Krankheitskombinationen und häufige Komorbiditäten bei älteren Menschen.

Anerkennung der Arbeit pflegender Angehöriger, z. B. durch die Umsetzung eines „Tages der pflegenden Angehörigen“.

Verbesserung der wissenschaftlichen Befundlage zur Gesundheit und Lebensweise über 70-Jähriger, dazu verstärkte Befragung der über 70-Jährigen im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS).

Auf dieser Ebene (Landkreise, kreisfreie Städte und Kommunen) werden die Landesgesundheitsziele bspw. durch den öffentlichen Gesundheitsdienst umgesetzt. Thietz und Hartmann (2012) regen in diesem Zusammenhang dazu an zu erforschen, welche Chancen eine stärkere Kommunalisierung der Gesundheitsziele (wie es beispielsweise in Greifswald bereits der Fall ist) mit sich bringen könnte. Besonderheiten, wie eine spezifische demografische Entwicklung, könnten beispielsweise somit besser berücksichtigt werden. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Kommunalisierung der Gesundheitsziele ist jedoch eine entsprechende finanzielle Ausstattung der Kommunen. Insofern trifft es sich gut, dass der Siebte Altenbericht konkrete Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Seniorenpolitik in den Kommunen enthalten wird. Der konkrete Auftrag an die Sachverständigenkommission heißt „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ und soll die verschiedenen Lebenslagen älterer Menschen berücksichtigen, und die Handlungsempfehlungen sollen einen Beitrag zu einem selbstbestimmten Leben im Alter leisten.

Einen wichtigen Impuls zur Umsetzung des Gesundheitsziels bieten zunächst die formulierten Startermaßnahmen (s. Tab. 3). Eine gute Gelegenheit, um die Umsetzung des „Gesundheitsziels: Gesund älter werden“ voranzutreiben, wurde auch auf dem 10. Deutschen Seniorentag im Mai 2012 in Hamburg wahrgenommen: So gab es einen eigenen Workshop sowie Stände zur Vorstellung von beispielhaften Maßnahmen für die Gesunderhaltung älterer Menschen. Insgesamt gilt es aber, nicht nur neue Angebote der Prävention zu schaffen, sondern dafür Sorge zu tragen, dass sowohl bestehende als auch neue Angebote so gestaltet sind und bekannt gemacht werden, dass sie von der Zielgruppe auch wahrgenommen und genutzt werden (Jordan u. von der Lippe 2012).

Um den Gesundheitszieleprozess nachhaltiger zu installieren und verbindlicher für Akteure zu machen, sind verschiedene Wege denkbar: Beispielsweise über eine stärkere Selbstverpflichtung oder aber über die Gesetzgebung. In Anlehnung an §20 SGB V zur

Prävention und Selbsthilfe könnte man formulieren, dass sich die Gesundheitsförderung an den Gesundheitszielen orientieren soll. Dementsprechend gibt es im Vergleich zu den Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie bei den Gesundheitszielen noch keine direkte oder indirekte gesetzliche Grundlage zur Evaluation, obwohl es sich bei allen drei Maßnahmen um große politisch initiierte Präventionsprogramme handelt (Kuhn u.a. 2012) und man Gesundheitsziele als einen Beitrag zur Umsetzung von §20 SGB V sehen kann.

Weiterhin würde sowohl die Umsetzung als auch die Evaluation der Gesundheitsziele davon profitieren, wenn es auch auf Länderebene eine einheitliche Kategorisierung der Gesundheitsziele gäbe. So konstatieren Thietz und Hartmann (2012), „dass es trotz gleicher Themenstellung zahlreiche voneinander abweichende Benennungen“ von Gesundheitszielen, Handlungsfeldern und Querschnittsaufgaben gibt.

Auch das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wird einem Evaluationsprozess unterworfen und auf dieser Grundlage werden die dort formulierten Ziele zu gegebener Zeit inhaltlich überarbeitet. Hierbei fließen auch aktuelle Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung mit ein, was wiederum Konsequenzen für die Umsetzungsstrategien hat. Ein erster Schritt in Richtung Evaluation dieses Ziels wurde im November mit dem Workshop „Relevanz und Nutzen der nationalen Gesundheitsziele für Bund, Länder, Kommunen, Verbände und Organisationen“ gemacht. Ein Beispiel für eine Evaluation der „komplexen Intervention“ Gesundheitsziele liefert das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (siehe Maschewsky-Schneider u.a. 2012).

*Dr. Jochen P. Ziegelmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Altersfragen und dort Projektkoordinator des „Deutschen Freiwilligensurveys 2014 (FWS) sowie Mitglied der Arbeitsgruppe zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“.*<sup>2</sup>

**Kontakt:**  
*jochen.ziegelmann@dza.de*

#### *Literatur:*

- Bundesministerium des Innern (2012): Jedes Alter zählt: Demografiestrategie der Bundesregierung. Berlin: BMI.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010a): Sechster Altenbericht: Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin, Drucksache 17/3815.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010b): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel: Gesund Älter Werden. Berlin: BMG.
- Gesundheitsziele.de (2010): Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de); 28.11.2012
- Gesundheitsziele.de (2011): Infopool der Länder. [www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?\\_\\_cms\\_page=gz\\_in\\_den\\_bundeslaendern\\_2](http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bundeslaendern_2); 28.11.2012
- Jordan, S.; von der Lippe, E. (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(5).
- Kuhn, J.; Lampert, T.; Ziese, T. (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? in: Robert Koch-Institut. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? (S. 9–14). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Maschewsky-Schneider, U.; Thelen, M. (2012): Evaluation nationaler Gesundheitsziele in Deutschland. in: Robert Koch-Institut. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? (S. 99–106). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Motel-Klingebiel, A.; Ziegelmann, J. P.; Wiest, M. (in Druck): Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens: Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.
- Thietz, J.; Hartmann, T. (2012): Das Spannungsfeld von Gesundheitszielen im Föderalismus in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 7(4), 308–315.
- Weltgesundheitsorganisation (1998): Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO Weltgesundheitsorganisation. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation: Regionalbüro für Europa.
- Ziegelmann, J. P. (2012): Kriterien entwicklungsorientierter Interventionsforschung. in: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J.P. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (S. 623–630). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ziegelmann, J. P.; Scholz, U.; Martin, M. (2011): Entwicklung von Gesundheit und Alltagskompetenz im mittleren und höheren Erwachsenenalter. in: Lang, F.; Pinquart, M.; Martin, M. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie: Erwachsenenalter (S. 201–219). Göttingen: Hogrefe.

<sup>2)</sup> Gesundheitsziele im Internet: Weitere Informationen zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ sind unter [www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsziele.html](http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsziele.html) sowie unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) abrufbar.