

# Interdisziplinäre Fortbildung am Beispiel geriatrischer Teams für die Gesundheitsförderung

Jennifer Anders, Ulrike Dapp & Mirja Modreker

## 1 Hintergrund

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Anforderungen an das Gesundheitssystem in Deutschland gewandelt. Zunehmend sind Patienten zu versorgen, die komplexe Problemlagen in mehreren Bereichen mit sich bringen. Beispiele sind Kinder mit chronischen Erkrankungen vor einem schwierigen sozialen Hintergrund oder ältere, oft multimorbide Menschen mit funktionellen Beeinträchtigungen. Als Reaktion werden Versorgungseinheiten vermehrt multidisziplinär geführt wie beispielsweise Notaufnahmen oder es werden Schnittstellen durch interdisziplinär arbeitende Teams überbrückt wie die Schnittstelle zwischen Stroke Unit / Rehabilitation oder Kinderpsychiatrie / Sozialdienst (Franke et al. 2009). Doch nur wenige Professionen sind für eine solche anspruchsvolle Kooperation ausgebildet. Eine Ausnahme bilden Geriatrische Teams aus Altersmedizinern, Fachpflegekräften und Therapeuten (zum Beispiel Physiotherapeuten, Neuropsychologen und anderes), die per definitionem interdisziplinär arbeiten und dabei multidimensionale Wirkgefüge nach dem bio-psycho-sozialen Modell berücksichtigen. Diese Arbeitsweise wird in entsprechenden Fortbildungsgängen wie *zertur* (zertifiziertes Curriculum Geriatrie) bewusst gefördert, während dazu in anderen medizinischen Fachrichtungen selten Bildungsangebote bestehen (Buck et al. 2002 und Bundesverband Geriatrie, 2010). Die besonderen, interdisziplinären Kompetenzen Geriatrischer Teams wurden bisher überwiegend im stationären Versorgungsbereich im Rahmen der medizinischen Komplexbehandlung genutzt (Goetz et al. 2000).

## 2 Einleitung

In diesem Artikel wird nun ein weiteres, erfolgreiches Beispiel vorgestellt: Die eigenständige Durchführung des präventiven Programmes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ durch klinisch erfahrene, Geriatrische Teams im ambulanten Bereich nach eigens dazu entwickelter, interdisziplinärer, modularer Fortbildung zum „Gesundheitsberater-Team für Senioren“. Obwohl im Zuge des demographischen Wandels ein Bedarf an Programmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Alter proklamiert wurde, gab es im Jahr 2000 kaum frühe präventive und gesundheitsfördernde

Angebote (Birg, 1999, Doblhammer & Kytir 2001). Am Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Hamburg, ergab sich im Rahmen einer populations-basierten EU-Studie die Chance, ein Programm zum Ausbau gesundheitlicher Reserven speziell für die Zielgruppe älterer, noch selbständig lebender Menschen zu entwickeln. Folgerichtig benannt als „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde dieses Programm unter randomisiert-kontrollierten Bedingungen evaluiert (Meier-Baumgartner et al. 2006, Dapp et al. 2005 und 2011) und mehrfach ausgezeichnet ([www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis/2005](http://www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis/2005)). Orientiert wird sich dabei an folgenden Strategien, die aus der klinischen Geriatrie übernommen wurden:

1. Berücksichtigt werden multidimensionale Wirkgefüge und Einflüsse auf Gesundheit und Funktionalität im Alter, die der persönlichen Lebensführung unterliegen mit den Hauptdomänen Ernährung, körperliche und soziale Aktivität sowie alterstypische Erkrankungen (Kuhn & Trojan 2010).
2. Zur Ableitung individuell zugeschnittener Empfehlungen dient ein präventives Assessment, das wiederum eine interdisziplinäre Zusammenarbeit des Beraterteams und seines erweiterten Umfeldes bedingt (lokales Netzwerk: Verhältnis-orientierter Ansatz).
3. Didaktisch steht die Befähigung zur Stärkung der Entscheidungs- und Handlungskompetenz für die eigene Gesundheit im Vordergrund (Empowerment: Verhaltens-orientierter Ansatz).

Alle diese Komponenten des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ werden mit entsprechend ausgerichteter Lehrmethode den Geriatrischen Teams in Fortbildung zum Gesundheitsberater-Team in zwei Modulen vermittelt unter Nutzung der bereits vorhandenen Expertise (altersmedizinisches Fachwissen und interdisziplinäre Erfahrung). Als Lehrkräfte werden Personen eingesetzt, die an der Entwicklung und Evaluation des Programms beteiligt waren und selbst im Alltag interdisziplinär arbeiten.

## 3 Problemstellung und Ziel

Geriatrische Teams verfügen über Schlüsselkompetenzen für die erfolgreiche Durchführung präventiver Angebote für alte und hochaltrige Menschen wie interdisziplinäre Behandlungsplanung, valide Erfassung von Reserven und Potentialen sowie Berücksichtigung multidimensionaler Wechselwir-

Korrespondenzadresse: Dr. med. Jennifer Anders, Forschung, Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg, Sellhopsweg 8–22, Hamburg. Tel.: +40 55 81 16 82; Email: [forschung@albertinen.de](mailto:forschung@albertinen.de).

Tabelle 1: Begriffsbestimmung für multiprofessionelle Arbeitsweisen in Gesundheitsteams (Frommelt et al., 1999 sowie Meier-Baumgartner et al., 2002).

**Multidisziplinäre Arbeitsweise:** Professionen arbeiten nebeneinander mit eigenen Zielen und Methoden. Der Austausch von Informationen beschränkt sich auf organisatorische Belange.

**Interdisziplinäre Arbeitsweise:** Gemeinsam werden übergreifende Ziele und Prioritäten der Behandlung vereinbart. Erforderlich ist dazu ein regelhafter, intensiver Austausch zwischen den Mitgliedern des Teams, eine Teamleitung und Berücksichtigung von Patientenzielen. In vielen Untersuchungen war diese Arbeitsweise in den Endpunkten Behandlungserfolg und Verweildauer (Effizienz) weniger strukturierten Ansätzen überlegen.

**Transdisziplinäre Arbeitsweise:** Die Grenzen und Aufgabengebiete der Professionen verwischen und überlappen sich. Es kann zu ungewollten Interaktionen kommen und der organisatorische Aufwand steigt – daher seltener praktiziert.

kungen. Insbesondere die verinnerlichte interdisziplinäre Arbeitsweise ist vorteilhaft, um multidimensionale Wirkbeziehungen zu erkennen und effiziente Interventionen zu entwickeln. Durch Vereinbarung gemeinsamer Ziele, Austausch von Informationen und Methoden bei gleichzeitiger Achtung der fachspezifischen Kompetenz und Verantwortungsbereiche unterscheidet sich diese Arbeitsweise positiv von multiprofessionellem, parallelem Arbeiten (Tabelle 1).

Dagegen besteht Fortbildungsbedarf zur Salutogenese und Fertigkeiten der praktischen Umsetzung von Präventionsprogrammen. In Kenntnis dieser Zusammenhänge wurde ein evidenzbasiertes Curriculum über 48 Unterrichtseinheiten (UE) entwickelt. Diese Fortbildung ist für je vier Disziplinen des klinisch-geriatrischen Teams konzipiert: Ärztlicher Dienst, Physio-/Ergotherapie, Diätassistenz und Sozialdienst (jeweils Variationen der Ausbildungsprofile: Abbildung 1).

Ziel ist die Qualifizierung zur eigenständigen Durchführung des Programms „Aktive Gesundheitsförderung“ sowie die Umsetzung unter lokalen Bedingungen. Eine Übersicht der vorausgesetzten Kompetenzen, Lerninhalte und Lernziele zeigt Tabelle 2.

Während der fünfjährigen Grundschulung (Basismodul, 40 UE) werden handlungs-orientiert Fähigkeiten in Theorie und Praxis vermittelt, die im klinischen Alltag weniger relevant sind wie die Ansprache von gesunden Klienten. Die Vertiefung erfolgt in einem zweiten Modul (8 UE) im Rahmen der freiwilligen Zertifizierung (Anerkennung zum Gesundheitsberater-Team in Übereinstimmung mit den Gesetzlichen Krankenversicherern (GKV nach § 20 SGB V).

#### 4 Programmablauf „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“

Dieses Programm umfasst einen halbtägigen Kurs für Senioren und Seniorinnen ab dem 60. Lebensjahr. Die Teilnehmerzahl ist auf maximal zwölf Personen begrenzt. Die vier Ge-

sundheitsberater für Senioren halten Impulsvorträge zu den Schwerpunktthemen Präventivmedizin, Ernährung, körperliche und soziale Aktivität. Danach erfolgt eine kleine Gruppenaufgabe (Medikamenten-Quiz) unter Einsatz von Lehrmitteln. Diese leitet das eigentliche Kernstück ein: die Arbeit zu Schwerpunktbereichen in zwei parallelen Kleingruppen à sechs Personen mit einem hohen Grad an Interaktion zwischen Beratern und älteren Teilnehmern. Die Herausforderung besteht darin, diese Kleingruppen nach dem primus-inter-pares Prinzip zu strukturieren, für alle Teilnehmer individuell ein präventives Assessment mit geeigneten Instrumenten durchzuführen, Barrieren zu erfragen und Lösungsstrategien im Konsens zu erarbeiten. Dabei wird sich sowohl einer dialektischen Gesprächsführung bedient, als auch der geistige und emotionale Rückhalt durch dynamische Gruppenprozesse gesucht. Diese spezielle Form des Wechsels zwischen individueller Zuwendung und lebhafter Gruppendiskussion bezeichnen wir als dynamisierende Kleingruppenarbeit, die einen hohen Grad an Aufmerksamkeit, Fachwissen, pädagogische Fertigkeiten, Empathie und einen Fundus kommunikativer Strategien der Berater erfordert. Die Ursprünge gehen auf die Arbeiten von Kurt Lewin zurück, berücksichtigen aber auch praktische Erfahrungen aus der Arbeit mit Selbsthilfegruppen und Patienten-Schulungen (Lewin 1936).

#### 5 Methode: Fortbildung zum Gesundheitsberater-Team

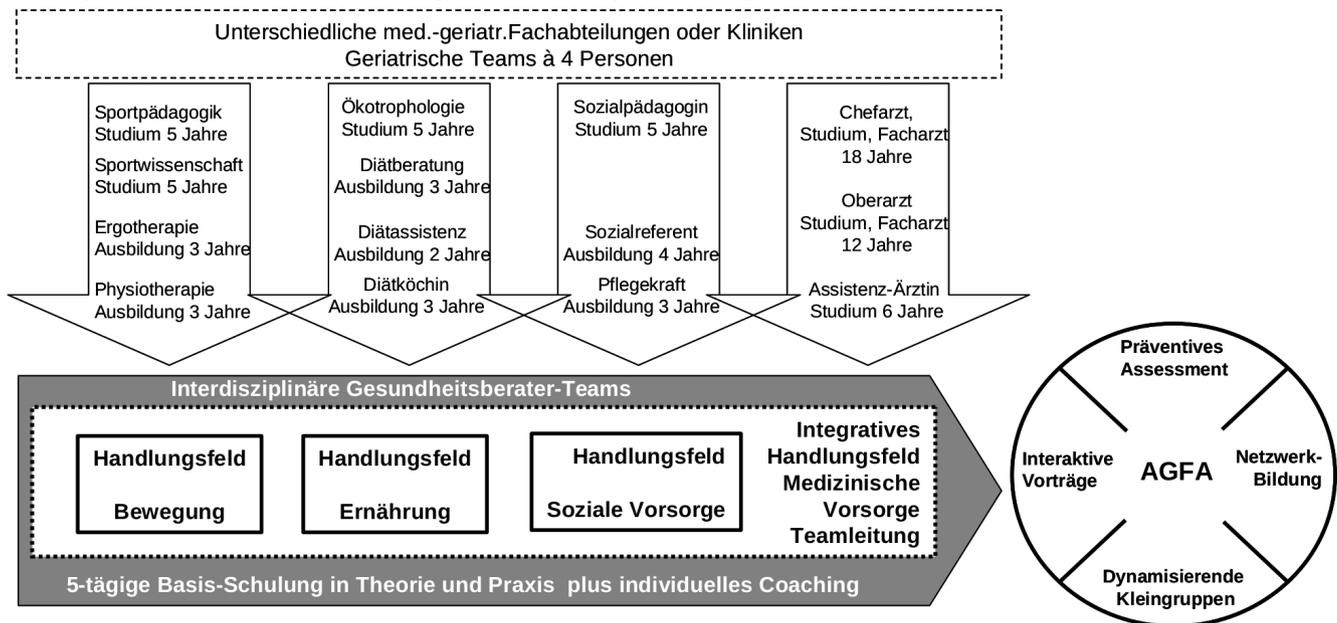
Größten Wert wird auf die Vermittlung der besonderen Didaktik des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ gelegt, die über Akzeptanz und Wirksamkeit bestimmt. Daher sind Übungen in Kommunikation, Präsentation und Interaktion wichtiger Bestandteil des Lehrplans. Die Verwendung von selbst gestalteten Lehrmaterialien und -medien wird ebenso erarbeitet wie der Umgang mit Instrumenten für das präventive Assessment in dynamisierenden Kleingruppen (Meier-Baumgartner et al. 2006).

Eine besondere Herausforderung in der Planung des Basismoduls besteht in der Tatsache, dass Geriatrische Teams sehr heterogen zusammengesetzt sind. Ziel ist es, Personen mit und ohne wissenschaftliche Grundausbildung gemeinsam als Arbeitseinheit für ein neues Handlungsfeld zu qualifizieren (Abbildung 1). Geschult wird handlungsorientiert unter Einsatz spezieller Lehrmethoden (Kolb 1984 und Tabelle 2). So nahmen die Experten zur Selbsterfahrung teil an einer dynamisierenden Kleingruppe zu einem völlig fachfremden Thema. Dadurch erfolgt eine Konzentration auf Methoden statt auf Inhalte. Die gemeinsame Fortbildung von jeweils vier Geriatrischen Teams in einem Basismodul erlaubt es, die Experten mal nach Berufsgruppe oder nach Herkunftsklinik für Lernaufträge einzuteilen. Die vorhandene Gewohnheit, interdisziplinär zu arbeiten, wird genutzt und

Tabelle 2: Lernziele und Lehrmethoden basierend auf vorhandenen Kompetenzen (vergleiche Methodenreader der Pädagogischen Hochschule Heidelberg 1999).

Vorhandene Kompetenzen	Interdisziplinäre Lernziele	Handlungs-orientierte Lehrmethode
Berücksichtigung multidimensionaler Wirkgefüge in der Pathogenese	Berücksichtigung multidimensionaler Wirkgefüge in der Salutogenese	Präventives Assessment
Zügige und valide Erfassung von Reserven und Risiken: Instrumente der Tertiärprävention	Zügige und valide Erfassung von Reserven und Risiken: Instrumente der Primär- und Sekundärprävention	Praktische Übungen mit virtuellen Fällen und echten Teilnehmern, individuelles Coaching
Ableitung und Koordination eines Behandlungsplanes: Geriatisches Assessment	Umgang mit neuen Instrumenten, Ableitung und Koordination eines Präventionsplanes	Praktische Übungen zuerst mit virtuellen Fällen, dann mit Seniorinnen und Senioren, individuelles Coaching, Präventives Assessment
Berücksichtigung von Zielen der Patienten: Shared decision making	Motivation, Dialektische Entscheidungsfindung im Konsens mit Klienten, Befähigung zur selbständigen Umsetzung. Empowerment	Microteaching, Selbsterfahrung, Hospitation
Interdisziplinäre Teamarbeit	Führung einer dynamisierenden Kleingruppe (Experte als primus inter pares)	Advanced organizer, Selbsterfahrung, Hospitation und Team-Coaching
Kenntnisse zu Behinderungen und Erkrankungen im hohen Alter	Kenntnisse zu Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter Evidenzbasierte Studieninterpretation	Interaktion an einer Präventionstabelle (Ordnung präv. Angebote n. Zielgruppen) Experten-Puzzle
Arbeiten in etablierten Strukturen einer Klinik	Netzwerkarbeit, Etablierung neuer Strukturen	Karten-Tool, Mind Map, Coaching

Abbildung 1: Heterogene Geriatrie Teams in Fortbildung zu Interdisziplinären Gesundheitsberater-Teams zur eigenständigen Durchführung des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (hier abgekürzt: AGFA).



verstärkt zum Beispiel durch die Lernmethode „Experten-Puzzle“ oder Übungen zur dialektischen Entscheidungsfindung (Salomon & Perkins 1998). Der unterschiedliche Ausbildungsgrad ist bei der Arbeitsteilung innerhalb der einzelnen Teams zu berücksichtigen. Beispielsweise können Diätassistenten Informationen anschaulich darstellen. Ärztlichen Teammitgliedern gelingt durch die Recherche evidenzbasierter Informationen und Beachtung medizinischer Kon-

traindikationen (zum Beispiel zu körperlichem Training) eine Form von Qualitäts- und Sicherheitskontrolle. Persönliche Schwachstellen wurden im individuellen Coaching aufgegriffen, jedoch Lernerfolge allen Teammitgliedern widergespiegelt (Lebow 1993). Ähnlich wie im klinischen Arbeitsfeld tauschen die Teams Informationen aus, nutzen ihr Fachwissen und orientieren sich an gemeinsamen Präventionszielen. Die Verantwortungsbereiche und Rollenfunktionen wer-

den neu bestimmt. Viele, aber nicht alle Teams, entscheiden sich für eine ärztliche Teamleitung. Durch die konstruktive Förderung der einzelnen Begabungen im Zusammenhang mit der Pionierarbeit in einem neuen Handlungsfeld entwickelt sich bei vielen Teams eine hohe Motivation und Kreativität.

Diese zeigt sich insbesondere in der selbständigen Vorbereitung des zweiten Modules (8 UE), dem individuellen Coaching der Teams durch die Ausbilder vor Ort in den jeweiligen Kliniken. Die Teams in Fortbildung nutzen einen Zeitraum von zwei bis zwölf Monaten zum Aufbau eines eigenen Netzwerkes in ihren Kommunen, zur Ausgestaltung, lokalen Anpassung und eigenständigen Durchführung einer halbtägigen Veranstaltung nach den Prinzipien des Originalprogramms „Aktive Gesundheit im Alter“ (Meier-Baumgartner et al. 2006). Die Autoren und Ausbilder nehmen am ersten Teil dieser Veranstaltung (Plenum und erste Kleingruppenphase) passiv teil und dokumentieren die Prozessqualität. Eine kurze Unterbrechung wird für individuelle, konstruktive Hinweise speziell zur Verbesserung der Kleingruppenarbeit genutzt. Diese Hinweise können umgehend in der zweiten Kleingruppenphase umgesetzt und als wirkungsvoll erlebt werden. Im Anschluss erfolgt ein strukturiertes Feedback zur gesamten Veranstaltung, einschließlich der Organisation. Den Teams steht es frei, auch Unterstützung für die Nachbearbeitung (Erstellung von Empfehlungsbriefen an die Senioren) zu nutzen, um sich bei entsprechender Leistung als anerkanntes Team für das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zertifizieren und in den Präventions-Datenbanken der Kostenträger führen zu lassen.

## 6 Ergebnisse und Diskussion

Im Mittelpunkt dieses Artikels stehen besondere Methoden der Gesundheitsförderung (Didaktik), die wiederum eine besondere didaktische Fortbildung erfordern. Andere Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation finden sich bei Meier-Baumgartner et al. 2006 sowie Dapp et al. 2011. Bisher wurden in Deutschland selbst 20 Teams ausgebildet, von denen sich 13 für eine Zertifizierung (Vertiefungsmodul) entschieden. Insbesondere dieses eintägige Coaching wurde von den Teams als positiv und förderlich empfunden. Die entsprechenden Schulungen wurden seit 2005 fast jedes Jahr angeboten und in Details verbessert, doch die grundlegenden Elemente haben sich bewährt. In der Gesamtbewertung der Schulung durch die teilnehmenden Teams wurden überwiegend Noten von gut bis ausgezeichnet erzielt.

Eine externe Evaluation im Rahmen eines Modells der integrierten Versorgung mit verschiedenen Geriatrischen Teams im Schwarzwald („Gesundes Kinzigtal“), hat die erfolgreiche und effiziente Implementierung des Programms auch unter anderen Ausgangsbedingungen im ländlichen Raum nachgewiesen. Dies verdeutlicht den ubiquitären Bedarf eines solchen Präventionsprogramms und zeigt Chan-

cen auf, ein interdisziplinäres Programm an die vorhandene Infrastruktur anzupassen. Es wurde bei allen lokalen Anpassungen Wert darauf gelegt, die wesentlichen didaktischen Elemente der dynamisierenden Kleingruppen beizubehalten und Synergien im Team zu nutzen (Rabatta, 2009).

Weiterführende Erkenntnisse erwarten wir aus Anpassungen des Programmes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ im europäischen Ausland (Dänemark, Schweiz, Österreich). Probleme bei der Implementierung in Deutschland sind auf eine unzureichende Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die medizinische und kommunale Landschaft zurückzuführen (Walter & Schwartz 2001). Dies bedeutet de facto, dass Teams zwar nach Zertifizierung Veranstaltungen unter finanzieller Eigenbeteiligung der Senioren und anteiliger Rückerstattung von bis zu 80 % durch die GKV durchführen können, dies aber neben der anspruchsvollen klinischen Tätigkeit geschieht. Es gibt kaum eine Infrastruktur in den Einrichtungen oder in den Kommunen, die vorbereitet sind für die Anforderungen der Gesundheitsförderung.

Dennoch berichteten viele fortgebildete Teams spontan, in mehrfacher Hinsicht profitiert zu haben. Neben der Option zur Durchführung des Originalprogramms seien die Förderung der eigenen Kompetenzen, der Teamfähigkeit und des Verständnisses für eine praktische Anwendung der salutogenetischen Perspektive auch der eigentlichen klinischen Tätigkeit zugutegekommen. So würde vermehrt mit positivem Feedback gegenüber Patienten gearbeitet, andere Präventionsprogramme zum Beispiel zur Sturzprävention eingeführt und der Stellenwert von Gesundheitsförderung höher beurteilt. Die transparenten Interaktionen zwischen den interdisziplinär arbeitenden Teammitgliedern wurden von den teilnehmenden Senioren in Abschlussbefragungen immer wieder positiv benannt und als vertrauensbildend bewertet.

Nur vereinzelt und versuchsweise wurden Teams ohne klinisch-geriatrischen Hintergrund zur Schulung zugelassen. Da sowohl Defizite im Grundlagenwissen (Altern und Altersmedizin) als auch in der interdisziplinären Abstimmung zu beobachten waren, empfiehlt sich eine vorbereitende Schulung. Ein Vorschlag für einen entsprechenden Grundkurs „Alterskunde und interdisziplinäres Assessment“ wurde erarbeitet, aber bisher nicht angewendet. Momentan werden aufgrund begrenzter Ressourcen nur etablierte, geriatrische Teams fortgebildet.

## 7 Fazit und Ausblick

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ selbst als auch die Fortbildung für Geriatrische Teams zur Durchführung erzielte eine hohe Akzeptanz. Entscheidend sind hierfür ausgearbeitete, didaktische Elemente sowie die bestehende, interdisziplinäre Erfahrung der Teams. Ältere medizinische Präventionsprogramme betonen Inhal-

te („Was“ ist zu tun) unter Vernachlässigung der Methodik („Wie“ ist etwas umzusetzen). In einigen Studien wird dieser Punkt nur kurz erwähnt als „Patienten-Schulung“ und an teils unzureichend qualifiziertes Personal delegiert (Labonte & Penfold 1981). Erfolgreiche und nachhaltige Gesundheitsförderung berücksichtigt individuell Barrieren, Bedarfe und Ressourcen der Teilnehmer in mehreren Bereichen (körperlich, mental, sozial). Die Vermittlung erfordert eine angepasste Didaktik und diese entsprechende, handlungsorientierte Qualifikation. Neue Fortbildungsprogramme für klinische Teams wie der zertifizierte Basislehrgang Geriatrie (zercur des Bundesverbandes für Geriatrie) werden durch interdisziplinäre Dozenten-Teams vermittelt und fördern die interdisziplinäre Arbeitsweise. Zu wünschen ist, dass dafür grundlegende Fertigkeiten Eingang in die jeweilige Grundausbildung halten, so wie dies an vielen Universitäten durch die Integration von Kommunikationsübungen erfolgreich geschehen ist (Rieder 2004, von Renteln Kruse et al. 2007). Einerseits profitieren nachgewiesen die Patienten durch eine verbesserte Ansprache und Ergebnisqualität, andererseits die einzelnen Teammitglieder durch vermehrte Handlungssicherheit innerhalb komplexer Arbeitsabläufe (Rosen et al. 2011). Für die beiden der hier im Mittelpunkt stehenden Themen (Gesundheitsförderung und interdisziplinäre Arbeitsweise) besteht daher ein für den klinischen Alltag und die Anpassung des Gesundheitssystems an künftige Anforderungen relevanter Forschungs- und Fortbildungsbedarf.

## Literatur

- Birg, H. (1999). Demographisches Wissen und politische Verantwortung – Überlegungen zur Bevölkerungsentwicklung Deutschlands im 21. Jahrhundert. In: J. Dorbritz & J. Otto (Hrsg.) *Demographie und Politik*, Bd. 91 (13–49). Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung.
- Buck, P., Jäkel, L., Siller, R. & Weidmann, H. (2002). Handelt es sich beim Heimat und Sachunterricht um interdisziplinäres Lehren und Lernen? In: A. Wellensiek & H. B. Petermann (Hrsg.). *Interdisziplinäres Lehren und Lernen in der Lehrerbildung. Perspektiven für innovative Ausbildungskonzepte* (86–95). [Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, Band 38]. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.). *Weißbuch Geriatrie* (2010). *Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung* (51–64). Kohlhammer, Stuttgart.
- Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W. & Meier-Baumgartner, H. P. (2005). Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *Journal of Public Health*, 13 122–127.
- Dapp, U., Anders, J. A. M., von Renteln-Kruse, W., Minder, C., Meier-Baumgartner, H. P., Swift, C. G., Gillmann, G., Egger, M., Beck, J. C., Stuck, A. E. & C for the PRO-AGE Study Group (2011). A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* (in press). doi:10.1093/geron/qlr021
- Doblhammer, G. & Kytir, J. (2001). Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy life-expectancy in the elderly austrian population between 1978 and 1998. *Social Science and Medicine*, 52, 385–391.
- Franke, A., Josten, C. & Thie, A. (2009). *Interdisziplinäre Notaufnahme. Ein Ratgeber für Aufnahme und Bereitschaftsdienst* 1. Aufl. Thieme Verlag Stuttgart.
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (1999). *Neurorehabilitation*, 1. Aufl. (56). Blackwell Wissenschaftsverlag.
- Goetz, S. M., Stuck, A. E., Hirschi, A., Gillmann, G., Dapp, U., Minder, C. E. & Beck, J. C. (2000). Ein multidimensionaler Fragebogen als Bestandteil eines präventiven geriatrischen Assessments: Vergleich der Selbstausfüllerversion mit der Interviewversion. *Z. Soz.-Präventivmedizin*, 45 134–146.
- Kolb, D. A. (1984) *Experiential Learning. Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Kuhn, J. & Trojan, A. (2010). Gesundheit fördern statt kontrollieren – lessons learned, lessons to learn. *Gesundheitswesen*, 72 23–28.
- Labonte, R. & Penfold, S. (1981). Canadian Perspectives in Health Promotion: A Critique. *Health Education*, 4,–9.
- Lebow, D. (1993). Constructivist values for instructional systems design: Five principles toward a new mindset. *Educational Technology Research and Development*, 41(3) 4–16.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. New York: McGraw-hill.
- Meier-Baumgartner, H. P., Pientka, L. & Anders, J. (2002). *Die Effektivität der postakuten Behandlung älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenknahen Fraktur: eine evidenz-basierte Literaturübersicht des Zeitraumes 1992–1998*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 215. Kohlhammer, Stuttgart.
- Meier-Baumgartner, H. P., Dapp, U. & Anders, J. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter: Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren*. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Kohlhammer, Stuttgart.
- Pädagogische Hochschule Heidelberg, Institut für Weiterbildung (Hrsg.). Jochem, I., Strittmatter-Haubold, V. & Wölfling, W. (1999) *Methodenreader. Praxisorientierte Anregungen und Hilfen für Lehrende in Schule*. Hochschule und Weiterbildung. 4. Aufl., Heidelberg 1999.
- Rabbata, S. (2009). Integrierte Versorgung: Kooperation im Kinzigtal spart Kosten. *Dtsch. Arztebl.*, 106(20) A-966 / B-827 / C-802.
- Rieder, P. (2004). *Welche Bedeutung hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Zukunft*. Unveröffentlichter Vortrag Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) am 26. November 2004 in Bern.
- Rosen, M. A., Caravanos, J., Milek, D. & Udasin, I. (2011). An innovative approach to interdisciplinary occupational safety and health education. *Am. J. Ind. Med.* 54(7) 515–520. doi: 10.1002/ajim.20964. Epub 2011 May 6.
- Salomon, G. & Perkins, D. (1998). Individual and Social Aspects of Learning. In: P. Pearson and A. Iran-Nejad (Eds). *American Educational Research Association, Washington DC* (1–24). Review of Research in Education, 23.
- von Renteln Kruse, W. Rösler, A., Anders, J., Michaelis, M., Tesch, O., Vogel, J., de Wit, M., Ehrhardt, M. & Dieckmann, P. (2007). The Undergraduate Curriculum ‘Medicine In Old Age and The Old Person’ – Experiences in Teaching Medical Students at the University of Hamburg, Germany. *J. Am. Geriatr. Soc.* 55(1) 131–133.
- Walter, U. & Schwartz, F. W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Expertisen zum Dritten Altenbericht. Band I Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter*. (153–261) Leverkusen: Leske + Budrich.