

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter – Möglichkeiten und Anforderungen

Prof. Dr. Ulla Walter

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung

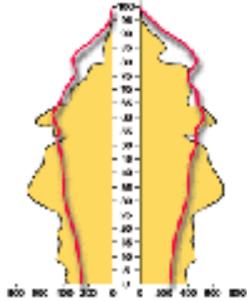


Medizinische Hochschule
Hannover

Fachtagung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung
Düsseldorf, 10.02.2011

Was erwartet Sie?

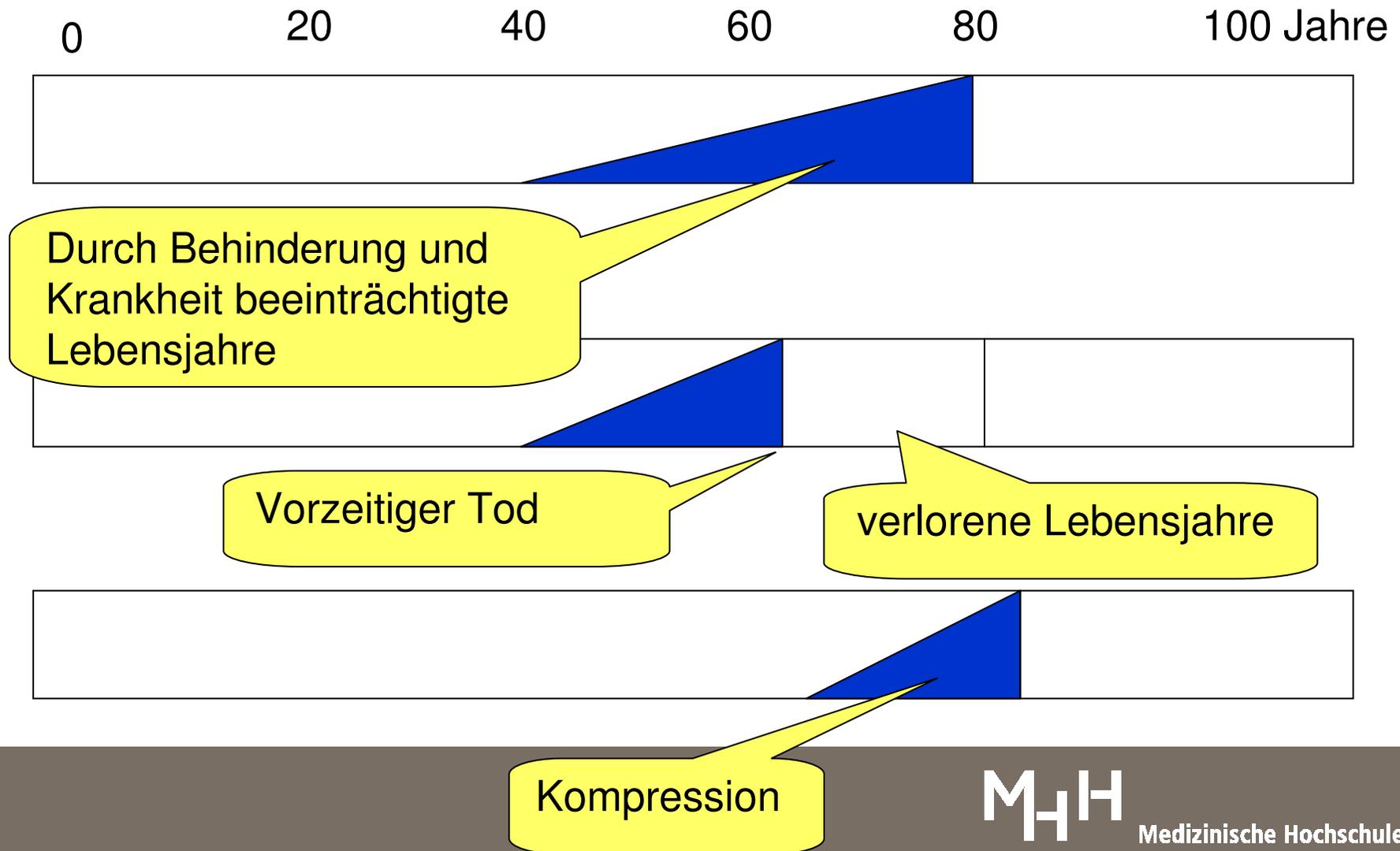
- Das Modell der Kompression der Morbidität
- Gesundheit im Alter: Der Einfluss der Kindheit, der Bildung, des eigenen Verhaltens und der sozialen Partizipation
- Bewegung
- Zielgruppen erreichen
- Transfer
- Ausblick



Das Modell der Kompression der Morbidität (Fries 1980)

Utopie oder Realität?

Kompression der Morbidität



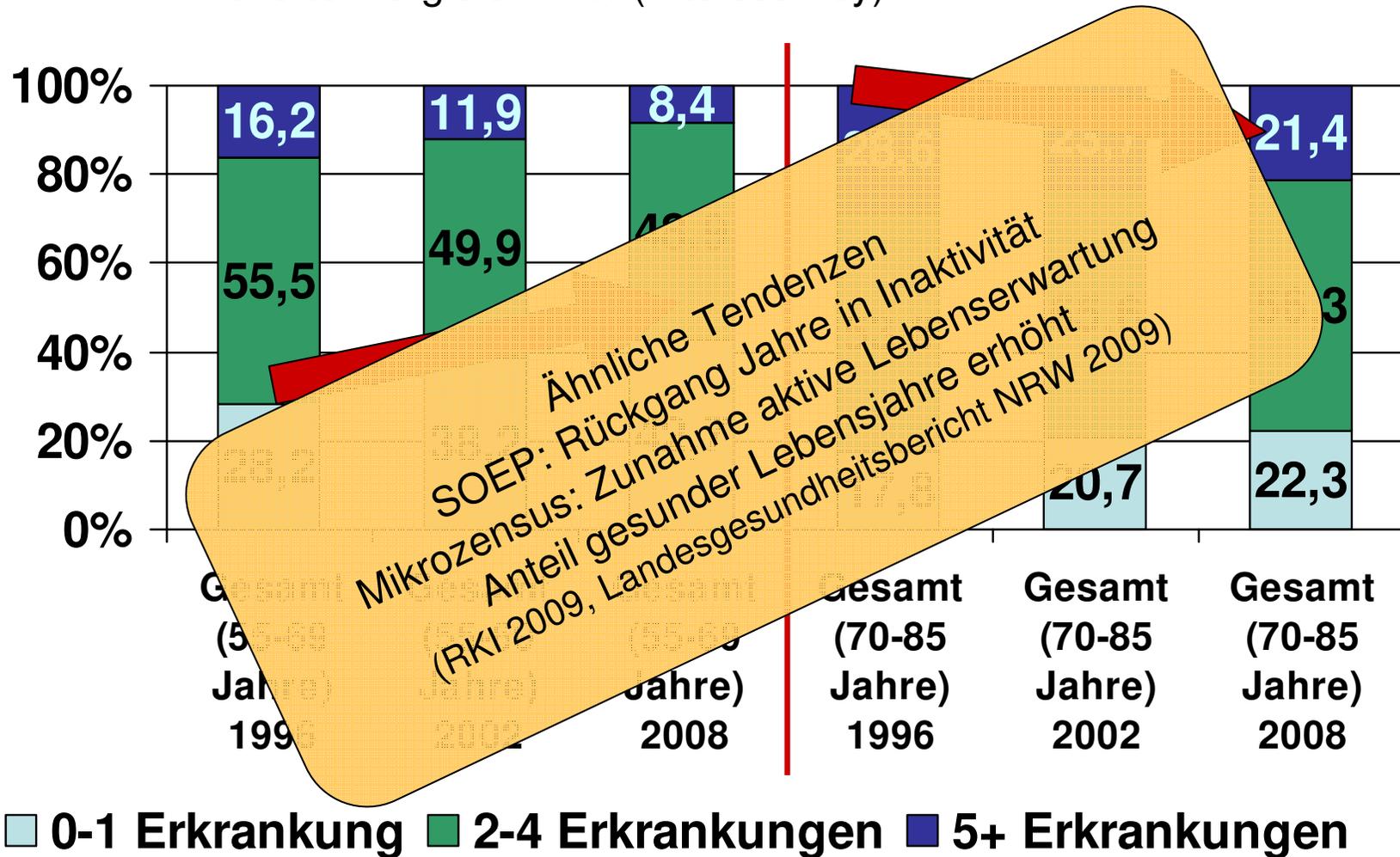
Internationale Entwicklungen

Langzeitstudien, Surveys

- In allen Ländern mit verfügbaren Daten (Australien, Kanada, Frankreich, Japan, UK, USA) zeigen sich parallel mit der Zunahme der Lebenserwartung **weniger schwere Behinderungen** (Robine, Michel J Gerontol 2004)
- Widersprüchliche Tendenzen in Studien liegen bei **funktionellen, leichten (IADL) und schweren (ADL) Beeinträchtigungen** vor (USA, Kanada, Taiwan, Australien, UK, F, Niederlande, Finnland) (Robine, Michel J Gerontol 2004)
- USA, Analyse DFLE (Disability free life expectancy) 1970-1990: Die Kompression der **Morbidität** beginnt in der Population mit höherem sozioökonomischen Status (SES). Populationen mit geringerem SES erfahren eine **Expansion** der Morbidität. (Crimmins, Saito, Soc Sci Med 2001, 52: 1629-1641)
- USA, 20+ 1998-2006: Koronare Erkrankungen, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Diabetes sowie Mobilität: **Zunahme an LE mit Krankheit und Verlust an Mobilitätsfunktionen** (Crimmins, Beltrán-Sanchez, J Gerontol 2010, 66B: 75-86)

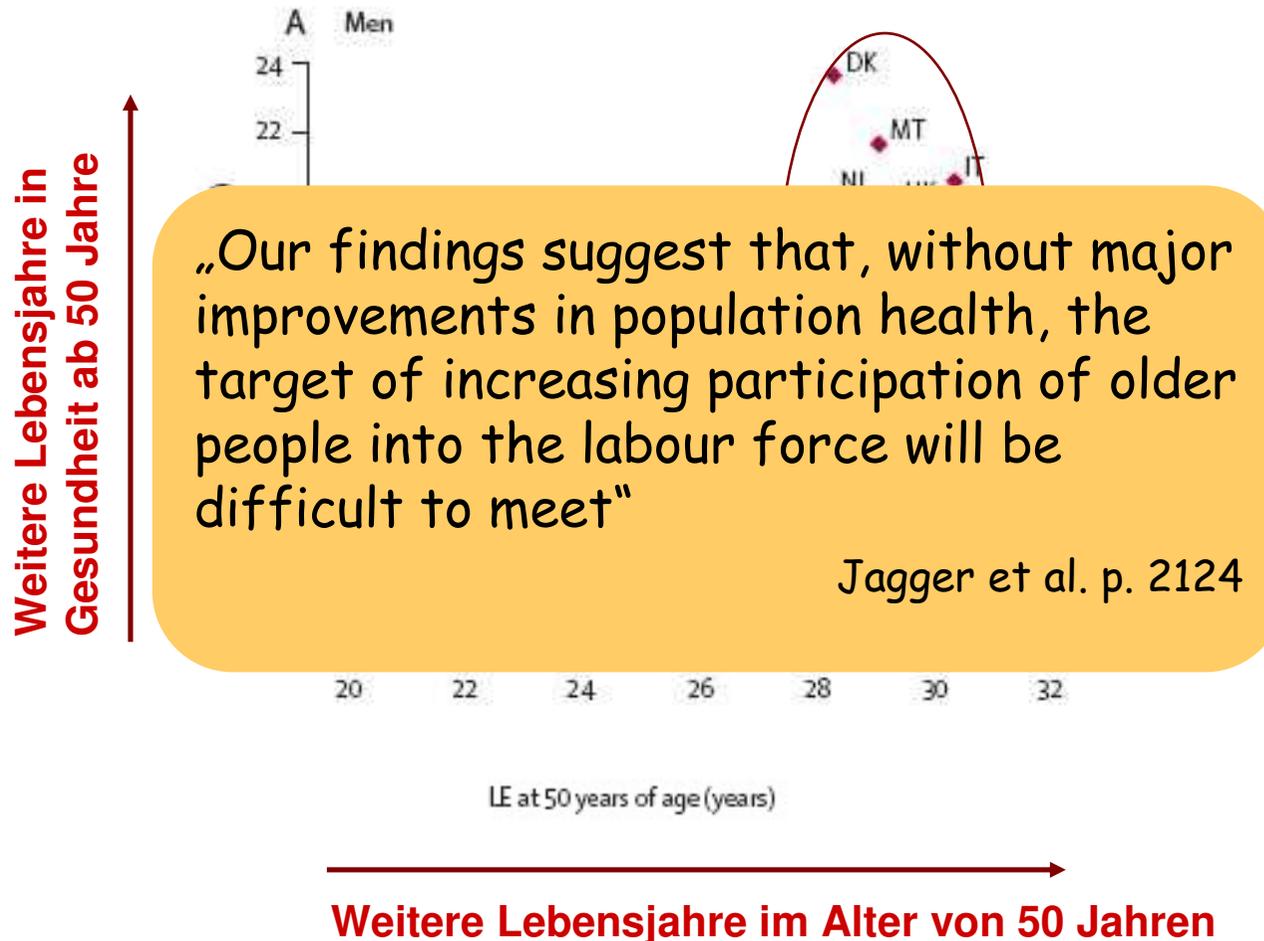
Wie sieht es in Deutschland aus?

durchschnittliche Anzahl berichteter Erkrankungen
im Kohortenvergleich in % (Alterssurvey)



DEAS 1996 (n = 4.003), 2002
(n = 2.775) und 2008 (n = 4.263), gewichtet

Gesunde Lebenserwartung (HLY, healthy life years) Männer im Alter von 50 Jahren EU-25



Quelle: Lancet 372 (2008), Jagger et al. : Life expectancy (LE) and healthy life years at 50 years of age for all 25 EU countries. HLYs=healthy life years. (A) shows scatter graph for men.

Lebenszyklusorientierung

Betriebliches Age-Management trägt maßgeblich zur Beschäftigungsfähigkeit Älterer und der Verlängerung ihrer Erwerbsdauer bei.

Zentrale Erfolgsfaktoren sind:

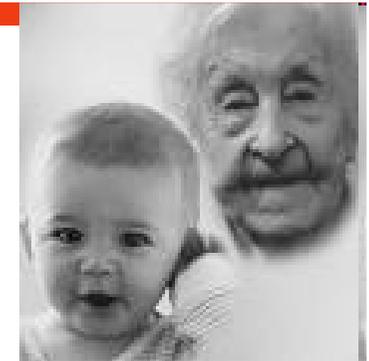
betriebliche Gesundheitsförderung, Qualifikations- und Kompetenzentwicklung, Arbeitsorganisation, Engagement und Einbindung aller Beteiligten, umsichtige Planung und Einführung sowie eine lebenszyklusorientierte Personalpolitik.

Aber: viele (insbesondere KMU-) Betriebe sind noch nicht altersgerecht aufgestellt und damit nur unzureichend auf den demographischen Wandel vorbereitet.

Gesundheit im Alter:

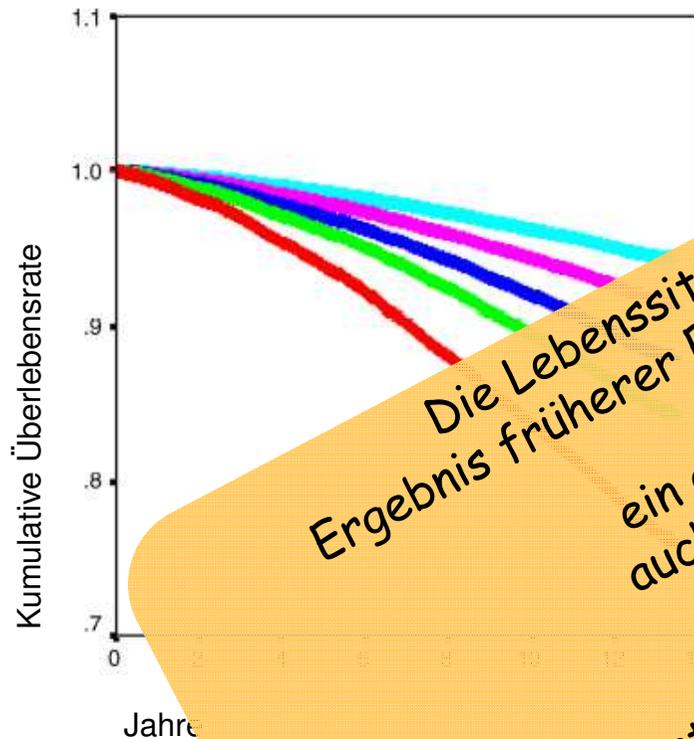
Der Einfluss der Kindheit, der Bildung,
des Verhaltens ...
und der sozialen Partizipation

Der lange Arm frühkindlicher Erfahrungen



- Positive wie negative **Einflüsse in sensiblen Entwicklungsperioden** bestimmen wesentlich die Entstehung von Krankheiten im Erwachsenenalter. Biologische „Gedächtnissysteme“ werden durch etablierte und fördern die Verankerung von physiologischen Systemen (Epi-Genetik). **Die Lebenslaufperspektive wird in den kommenden Jahrzehnten eine vermehrte Rolle spielen**
- Die **Qualität der frühen Eltern-Kind-Beziehung** steht im Zusammenhang mit der körperlichen und psychischen Befindlichkeit im Alter.

Einflüsse des Verhaltens



Kumulative Überlebensrate bei 50-Jährigen ohne kardiovaskuläre Erkrankung oder Krebs, EPIC-Norfolk 1993-2006

Die Lebenssituation im Alter ist zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen.
Aber:
ein gesunder Lebensstil sollte auch im Alter gefördert werden (Yates et al. 2008)
Und:
Erkenntnisse zum Einfluss der Umwelt wachsen
Faktoren ist überwältigend.

Khaw K-T et al. (2008) Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. PLoS Medicine 5 (1) e12

Der Einfluss der Bildung:

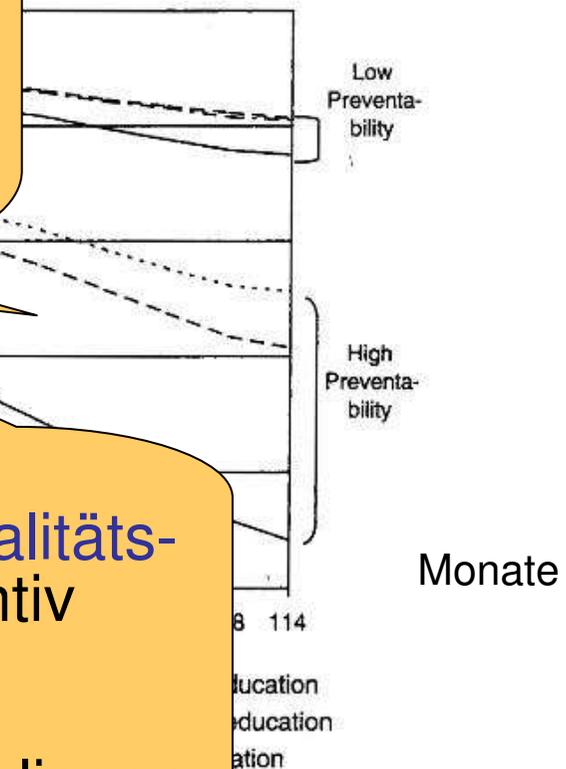
h Bildung und
sachen

Über-
rate

Höhere Bildung:
mehr Ressourcen (Geld, Wissen,
Prestige, nützliche soziale Kontakte)
und flexible Nutzung bei veränderten
Bedingungen zur Förderung
der Gesundheit

0.940

**Größere sozio-ökonomische Mortalitäts-
unterschiede** bei potenziell präventiv
vermeidbaren Krankheiten
als bei Krankheiten, wo wenig
Kenntnisse zu ihrer Prävention vorliegen



Soziale Partizipation

- Soziale Partizipation wichtiger Aspekt erfolgreichen Alterns
- Strukturelle (Art, Umfang) und funktionale Aspekte:
emotionale (Trost, Ermutigung),
kognitive (Rat, Hinweise) und
instrumentelle (Hilfe im Alltag) Unterstützung
- Soziale Partizipation und eine anregende Umgebung beeinflussen die neurophysiologischen Prozesse und schützen vor kognitivem Altern
- Berliner Altersstudie: hohe soziale Partizipation vermindert Rückgang der Wahrnehmungsgeschwindigkeit um 2 Jahre (Lövdén, Ghisletta, Lindenberger, 2005)

Körperliche Aktivität

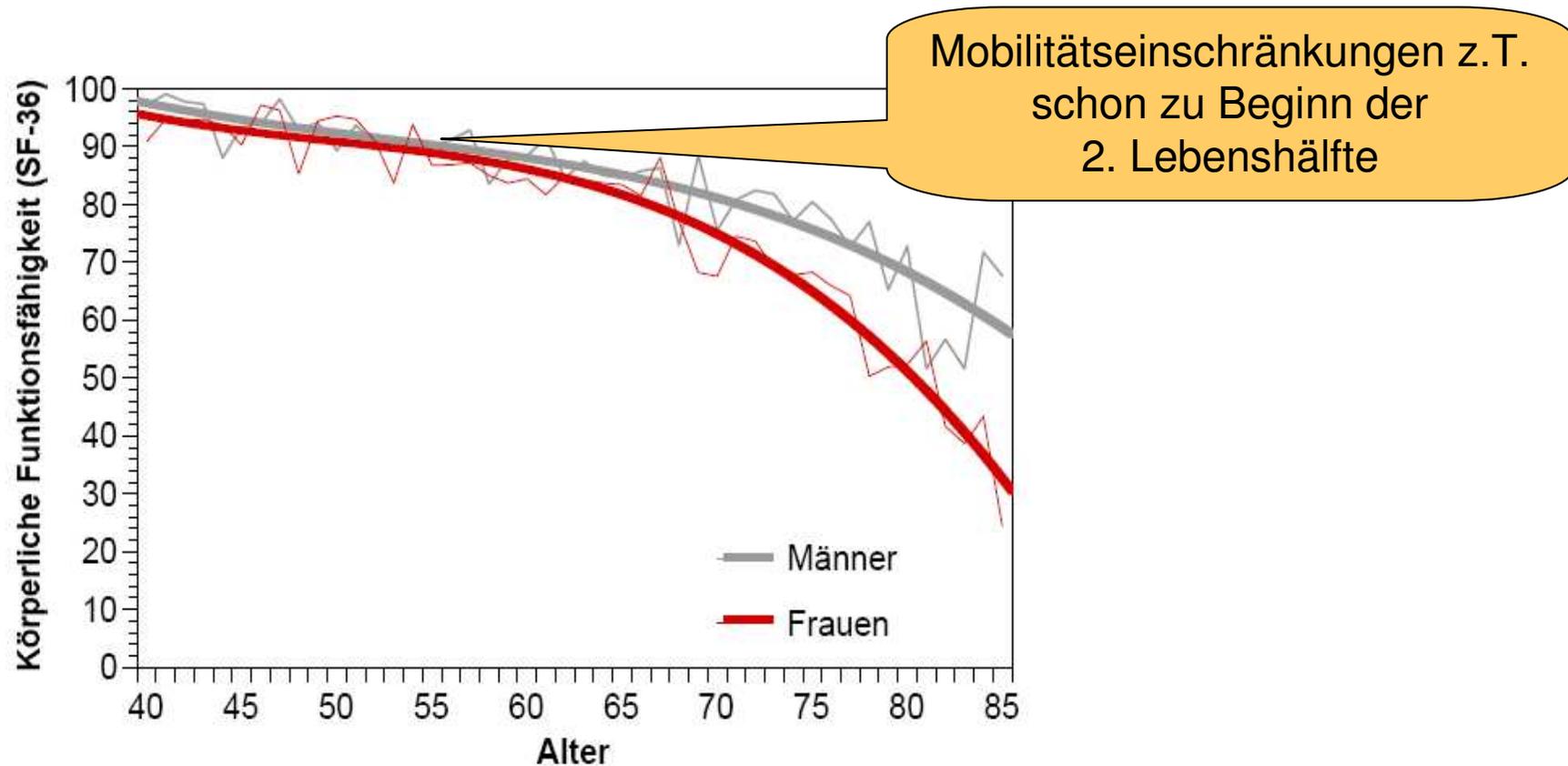


- 65+ mit regelmäßiger Bewegung haben eine geringere **vorzeitige Mortalität** als Inaktive (39%) (Lan et al. Prev Med 2006, 43: 36-41)
- Durch Training zum Muskelaufbau und Balance können **Stürze** (46%) bei >80-Jährigen reduziert werden
- Ausdauertraining verbessert die **kognitive Funktion** (Voelcker-Rehage, Godde, Staudinger 2006)
- Körperliche Aktivität kann die Medikamentendosis bei über 65-Jährigen noch signifikant reduziert werden (Lamin et al. Arch Neurol 2001 in Hollmann et al. 2006)
- Förderung des **Wohlbefindens**

„Der Organismus behält
das gesamte Leben
die Fähigkeit, auf körperliches Training
zu reagieren“
(Voelcker-Rehage, Godde, Staudinger 2006)

Körperliche Funktionsfähigkeit

Alterssurvey 2002 (n=3.035, gewichtet)



Quelle: Wurm, Tesch-Römer 2006

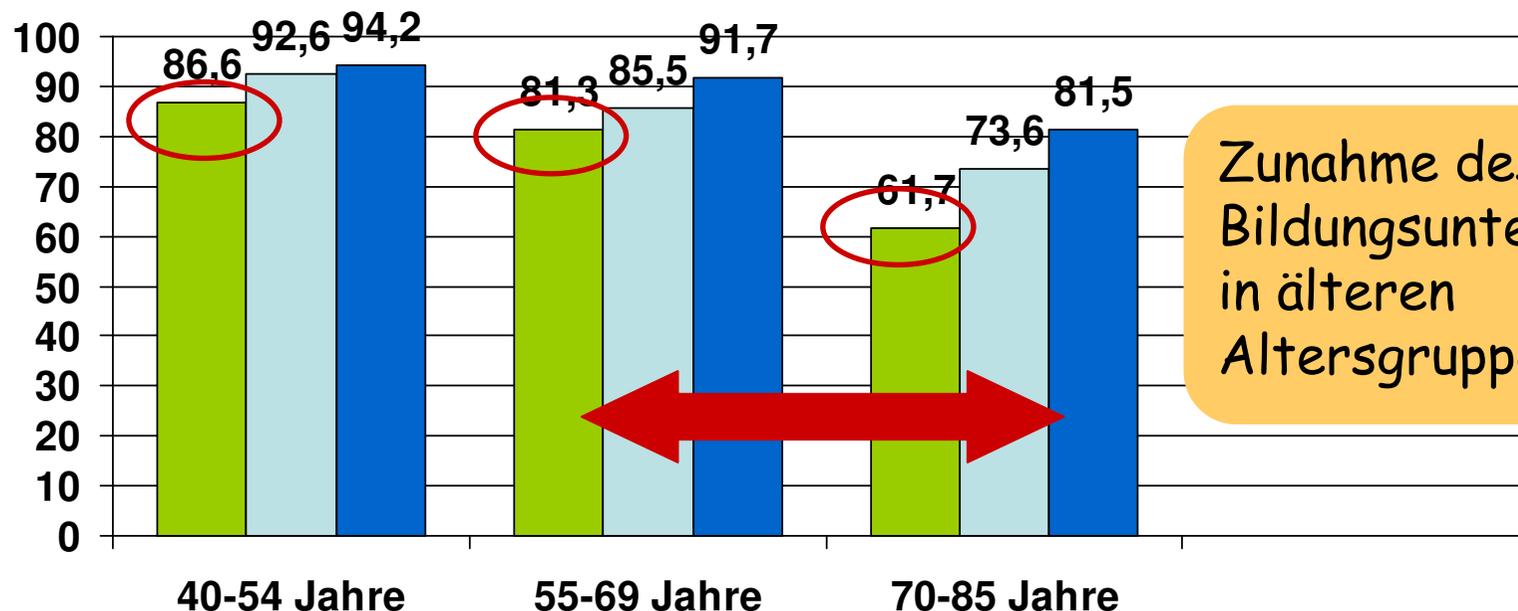
MHH

Medizinische Hochschule
Hannover

Körperliche Funktionsfähigkeit (SF 36)

Personen mit geringer Bildung haben eine geringere körperliche Funktionsfähigkeit und höhere Mortalitätseinschränkungen als höher gebildete Personen.

10)



Zunahme des Bildungsunterschieds in älteren Altersgruppen

Die körperliche Funktionsfähigkeit der 70- bis 85-Jährigen mit hoher Bildung ist genauso gut wie jene der 55- bis 69-Jährigen mit geringer Bildung.

(n = 5.995), gewichtet

- Ein Minimum an Bewegungsaktivität von 1000 kcal/Woche sind erforderlich (entspricht Empfehlung für Erwachsene)
- Ältere Erwachsene sollten auf dem selben Level wie jüngere körperlich aktiv sein
- **Mindestens 2 ½ Std. / Woche mit mittlerer Intensität und 1 ¼ Std. mit höherer Intensität**
- **Zusätzlicher Nutzen: verdoppeln und 2-3x muskelkräftigende Bewegungen**
- Bei Beschwerden: so viel wie möglich Gleichgewichtstraining



Quelle: Lan et al. Prev Med 2006, 43: 36-41

LIGA.NRW. (2010). Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfadens zur Bewegungsförderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA.Praxis 6. http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_06_2010.pdf

M_HH

Medizinische Hochschule
Hannover

Bewegung für die Gesundheit – Empfehlungen für ein Wochenprogramm

Gesundheit fördern und aufrechterhalten durch Aktivität an allen Tagen der Woche, mindestens aber:

2 1/2 Stunden Bewegung mit mittlerer Intensität

oder

1 1/4 Stunden Bewegung mit höherer Intensität

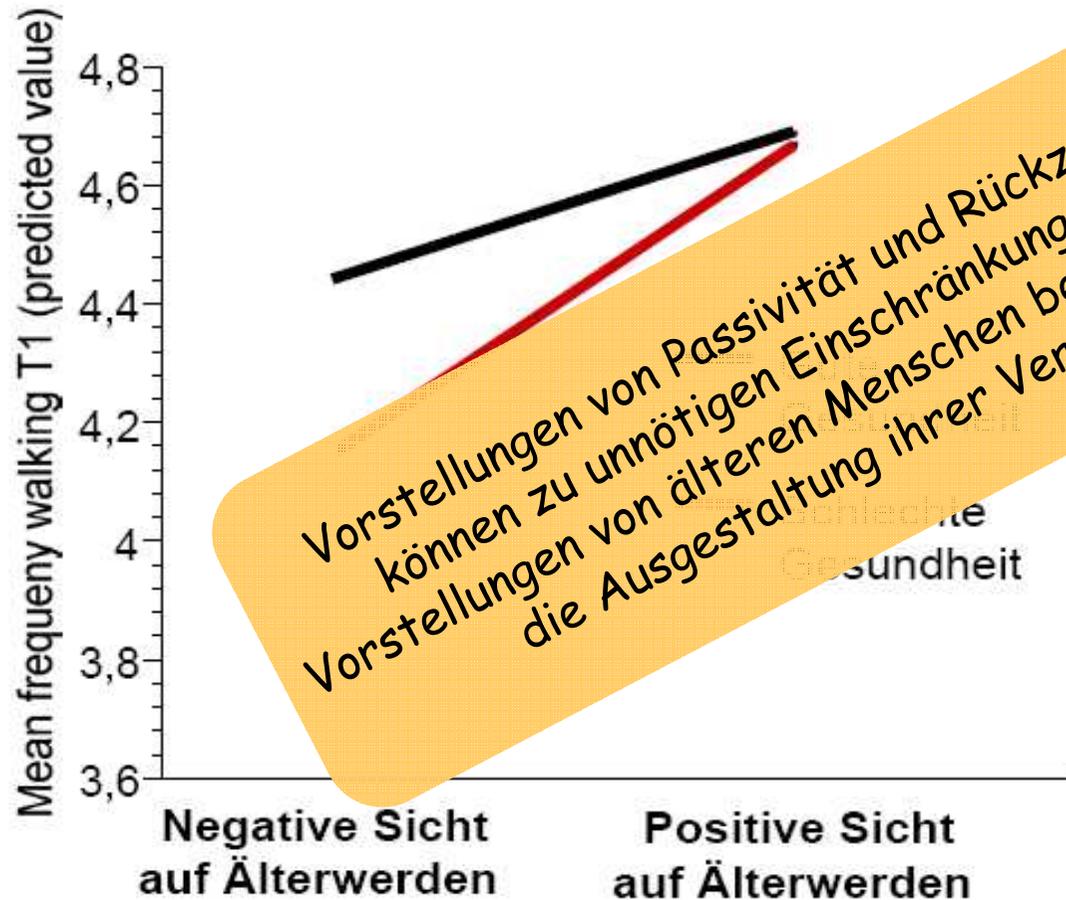
und zusätzlich:

Muskelkräftigung und Gleichgewichtsförderung mindestens zweimal/Woche

Bewegungsempfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität im Alter (vgl. DOK Institute 2009)



Die Rolle des Alters-Selbstbildes



Vorstellungen von Passivität und Rückzug im Alter können zu unnötigen Einschränkungen führen. Vorstellungen von älteren Menschen beeinflussen auch die Ausgestaltung ihrer Versorgung.

...die das Älterwerden als Entwicklungsstadium betrachten, gehen auch dann regelmäßig spazieren, wenn sie Erkrankungen haben. (Daten: Alterssurvey, 1996 - Querschnitt)

Herausforderung: Zielgruppen erreichen und motivieren

- Vulnerable Zielgruppen müssen im Fokus sein.
- Die Gewinnung vulnerabler Zielgruppe ist aufwändig und kann die Hälfte der Projektausgaben umfassen.
- Direct mailing und konkrete Terminvorgabe führt zu einer Steigerung der Teilnahmerate.
- Aber: Die Hälfte der Zielgruppe wird verloren, weil Infomaterialien nicht gelesen werden.
- Infomaterialien sollten gendersensibel gestaltet sein.
- Flyer sollten vor dem Einsatz evaluiert sein.
- Eine ständige Entwicklung neuer Flyer ist nicht zielführend.

- Eine wirksame und nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung ist auf belastbare und realisierbare Ergebnisse angewiesen.
- Projekte und ihre Ergebnisse sollten in einer Clearingstelle systematisch gebündelt werden.

Forschung:



BMBF Förderschwerpunkt Präventionsforschung
www.knp-forschung.de

Praxis:

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



MHH

Medizinische Hochschule
Hannover

Einige Modellprojekte

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
NAHER AM MENSCHEN



Gesundheitsberichte Spezial.

Band 4: Gesundheit und Alter –
demographische Grundlagen
und präventive Ansätze.

MHH

Medizinische Hochschule
Hannover

Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung bei Älteren

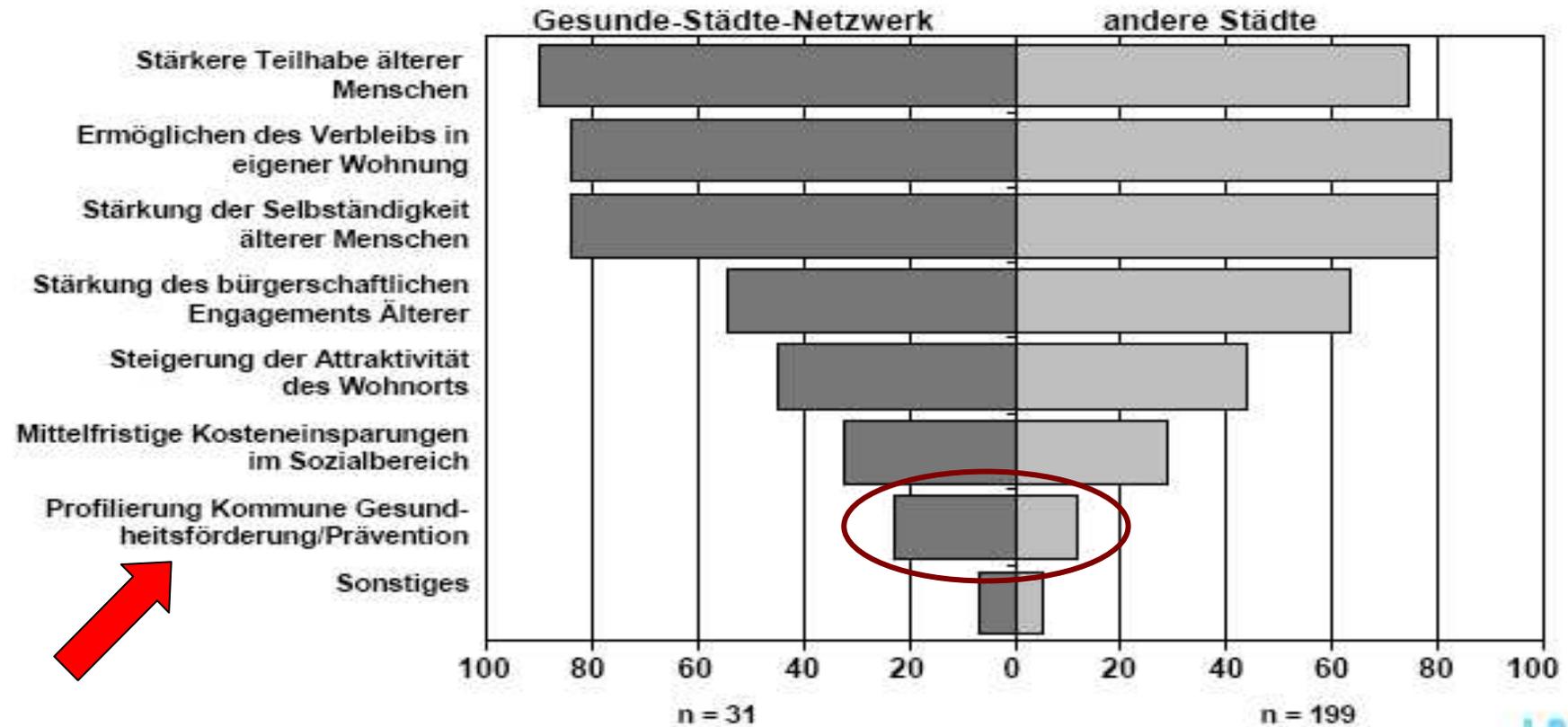
- 50+ Arbeitnehmer
 - Betriebliche Gesundheitsförderung, work ability, Vorbereitung auf den Ruhestand
- 50+ Rehabilitanden
 - Präv. in Reha, Schulungen, Training
- 60+ Patienten
 - Prävention durch den Arzt, Krankheitsfrüherkennung, fallbezogenes Risikomanagement
- 60+ Pflegende Angehörige
 - Psychosoziale Unterstützung
- 65+ Bürger
 - Altersgerechtes Wohnen/ Wohnraumanpassung, Bildungs- und Kulturangebote, Seniorennetzwerke, Freiräume zur Kommunikation und Bewegung
- 70+ Nicht Pflegebedürftige
 - Präventive Hausbesuche
- 70+ Geriatr. Rehabilitanden
 - Funktionsverbess., Schulungen
- 80+ Pflegebedürftige
 - Prävention in der Pflege, Pflegeheim: körperliche und geistige Mobilität, Ernährung

Herausforderung: Transfer

- Austausch: Wissen um wirksame Praxisprojekte.
- Aber: Unstrukturierte Anleitungen verhindern einen Transfer.
- Aber: bei der Übertragung von Interventionen ist Vorsicht geboten!
- Förderung der Professionalität: Supervision und unterstützende Praxisbegleitung.
- Zur Förderung der Nachhaltigkeit sollten die Kommunen und weitere Akteure verstärkt eingebunden werden.

Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention: **Ziele**

Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (in Prozent)



Deutsches Institut für Urbanistik



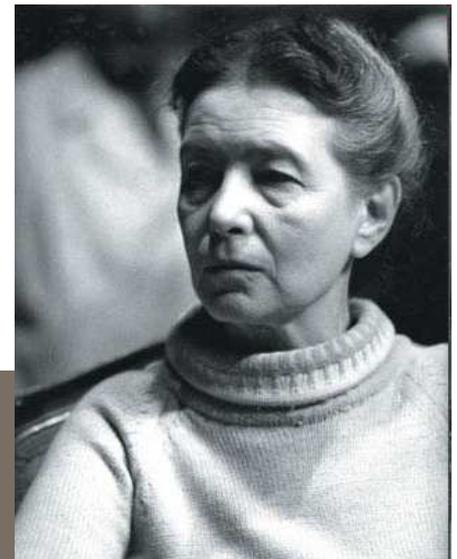
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006.

Ausblick

- Es bestehen deutliche Potenziale zur Förderung der Gesundheit im Alter (in jedem Alter).
- Zu ihrer Realisierung ist ein differenziertes Altersbild erforderlich.
- Prävention und Gesundheitsförderung im Alter haben (noch) einen geringen Stellenwert und sind nicht in die verschiedenen Bereiche der Versorgung integriert.
- Es fehlen evaluierte Interventionen in Deutschland.
- Es besteht Handlungs- und Forschungsbedarf zur Realisierung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (u.a. Erreichbarkeit, Ansprache, Evaluation, Qualifizierung).

„Wollen wir vermeiden, dass das Alter zu einer spöttischen Parodie unserer früheren Existenz wird, so gibt es nur eine einzige Lösung, nämlich weiterhin Ziele zu verfolgen, die unserem Leben einen Sinn verleihen: das hingebungsvolle Tätigsein für Einzelne, für Gruppen oder eine Sache, Sozialarbeit, politische, geistige oder schöpferische Arbeit. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Moralisten muss man sich wünschen, auch im hohen Alter noch starke Leidenschaften zu haben, die uns ersparen, dass wir nur mit uns selbst beschäftigen. Das Leben behält einen Wert, solange man durch Liebe, Freundschaft, Empörung oder Mitgefühl am Leben der anderen teilnimmt.“

Simone de Beauvoir (1970)
Das Alter. rororo 4. Aufl. 2008, S. 708





Fragen? Anregungen?

