



Salutogenese: Gesundheitsförderung im Alter unter Berücksichtigung von Genderaspekten

Prof. Dr. Ursula Härtel, MPH
Ludwig-Maximilians-Universität München
www.genderhealth.hwz.uni-muenchen

Vortrag beim 11. Suchtforum Bayern 16.4.2012, München

Fragen zum Thema

- Was bedeutet „Gesundheit“ im Alter?
- Was unterscheidet Gesundheitsförderung von Krankheitsverhütung?
- Muss bei älteren Menschen die Gesundheit anders gefördert werden als bei jüngeren?
- Brauchen wir für Männer und Frauen unterschiedliche Gesundheitsstrategien?

WHO Gesundheitsdefinition (formuliert 1948)

*„Gesundheit ist ein Zustand des
**vollkommenen körperlichen,
geistigen und sozialen Wohlbefindens**
und nicht nur die Abwesenheit von
Krankheit oder Behinderungen“*

Zum WHO Gesundheitsbegriff

- ❖ **„Positiver“ Begriff von Gesundheit**
(da er nicht nur Abwesenheit von Krankheit bedeutet)
- ❖ **Einbeziehung von „Lebensqualität“:**
Nichtphysiologische und nichtbiochemische Aspekte von Gesundheit
- ❖ **Betonung subjektiver Einschätzung von Gesundheit** im Kontrast zu „objektiver“ Einschätzung durch Experten (z.B. Ärzte, Apotheker)
- ❖ **"Soziale Gesundheit"**
(z.B. soziale Integriertheit, Interaktionsfähigkeit)

WHO „Life-Style“-Konzept

„Life-Style“ bezeichnet allgemeine Lebensweisen, die auf den Wechselbeziehungen zwischen individuellem Verhalten, psychologischen Faktoren, sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen basieren.

WHO „Life-Style“-Konzept

- Beinhaltet nicht nur Verhalten, sondern auch die **Chancen** eines Individuums oder einer Gesellschaft, **sich gesund verhalten zu können**.
- Hervorhebung **kollektiver Aktionen**: Gesundheitsförderung soll **alle Lebens- (Politik)bereiche** einbeziehen, nicht nur den klassischen Gesundheitsbereich
- Aber auch: Gesundheitsförderung durch stärkere **Selbstbestimmung** über die Gesundheit
- Postmedizinische Ära ?

Generelles Problem von „Gesundheitsmessungen“

Wie trennt man zwischen Faktoren, die
Gesundheit **beeinflussen** und solchen,
die Gesundheit **sind** ?

*(Beispiel: Soziale Gesundheit, Häufigkeit von
Arztbesuchen)*

Klassisch-medizinische Konzeption von Gesundheit

Definiert Gesundheit eher als
"Abwesenheit von Krankheit"

Betrachtet "positive", "perfekte" Gesundheit als **Utopie**
Allenfalls: Frei von Unwohlsein und Schmerzen

Als **"Gesundheitsmessungen,,** (neben Krankheitsmessungen) **werden vorgeschlagen:**

Krankheitsfreie Lebenszeit oder
Lebenszeit frei von Bettlägerigkeit/Behinderungen,
z.B.

HALE = Health Adjusted Life Expectancy

HLE = Healthy Life Expectancy

HLY = Healthy Life Years

Salutogenetisches Modell*

(„Salus“ = Unverletztheit, Heil, Glück)

Gegenbegriff zur Pathogenese

Zentrale Frage nicht:

Wie entstehen Krankheiten?

Sondern:

Warum bleiben Menschen gesund?

Trotz vieler belastender Faktoren im biologischen, physikalischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Bereich.

* nach A. Antonovsky 1996

Salutogenetisches Modell*

Wichtig im Modell von Antonovsky:

Psychologische Grundhaltung: „Sense of Coherence“

Eine Art Grundvertrauen, die Welt als in sich stimmig und sinnvoll zu erleben und den vielfältigen Anforderungen gerecht zu werden.

Umfaßt 3 Komponenten :

- Gefühl von Verstehbarkeit (**sense of comprehensibility**)
- Gefühl von Bewältigbarkeit (**sense of manageability**)
- Gefühl von Sinnhaftigkeit (**sense of meaningfulness**)

* Nach A. Antonovsky 1997; Hurrelmann 2000)

Wie wird „Gesunde Lebenserwartung“ gemessen?

z.B.

- ❖ Lebensjahre „*Frei von chronischen Krankheiten*“*
- ❖ „*Aktive oder behinderungsfreie*“ Lebenserwartung (HLY)
- ❖ wird auch für einzelne Krankheiten ermittelt „*Diabetesfreie*“, „*Alzheimerfreie*“ Lebenserwartung

* Healthy people 2010: ohne CVD, Krebs, Diabetes, Hypertonie, Nierenerkrankung, Asthma, Arthritis

Was ist „funktionale Gesundheit“ ?

*Fähigkeit, Grundbedürfnisse wie **Essen, Körperpflege, Anziehen, Einkaufen** usw. **selbstständig** ausführen zu können.
(Alltagsaktivitäten)*

Besonderheiten der Gesundheitsförderung im Alter

- Der Schwerpunkt stärker auf **Verbesserung der Lebensqualität**, bei Kranken auf **Verhindern von Folgeschäden** (Multimorbidität, funktionale Einschränkungen).
- Gerade im Alter erscheint es angesagt, sich **nicht auf die Prävention einzelner Krankheiten** zu fokussieren, sondern auf Maßnahmen, die in vielfacher Hinsicht wirksam werden.
- Zunahme **chronischer Erkrankungen** im Alter ist sowohl auf **altersphysiologische Prozesse** zurückzuführen als auch auf die **Summierung von Risiken**.
- **Subjektive und objektive Gesundheit klaffen** bei älteren Menschen stärker **auseinander** als bei jüngeren. Schätzen trotz Krankheit ihre Gesundheit manchmal zu gut ein, führen Beschwerden eher auf das Alter zurück, nicht auf das eigene Verhalten (Beispiel Osteoporose).

Macht Präventionsbemühungen schwieriger

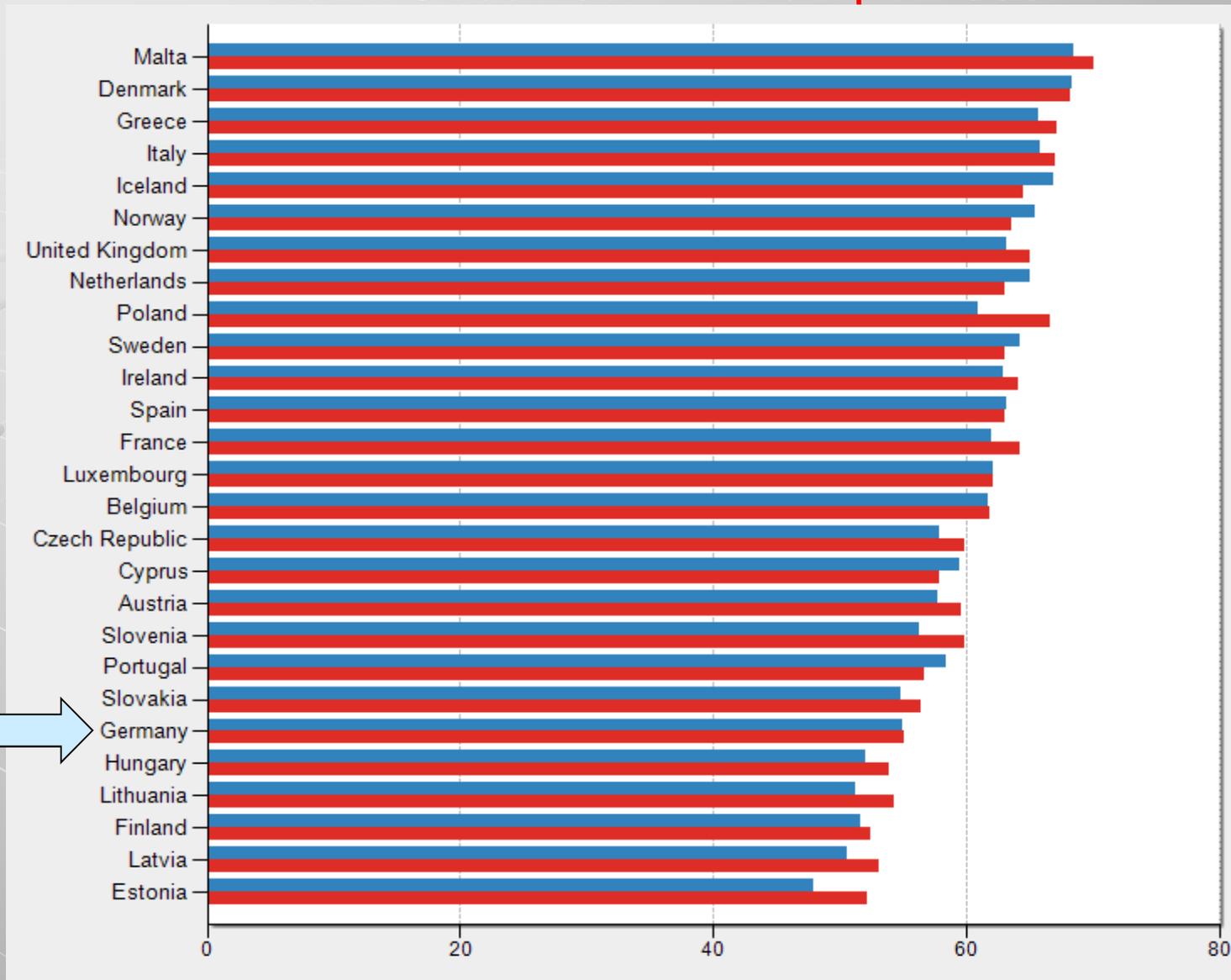
Durchschnittliche und „Gesunde“ Lebenserwartung 2010 in der BRD

Im Alter von		Allgemeine LE	Gesunde HLY ¹⁾
0 Jahren	Männer	78	57,9
	Frauen	83	58,6
65 Jahren	Männer	17,8 (82,8)	6,9
	Frauen	20,9 (85,9)	7,1

1) HLY = Healthy Life Years (Abwesenheit von Funktionseinschränkungen)

Datenquelle. Eurostat 2012: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Gesunde Lebensjahre (HLY) zum Zeitpunkt der Geburt nach Geschlecht in Europa 2005

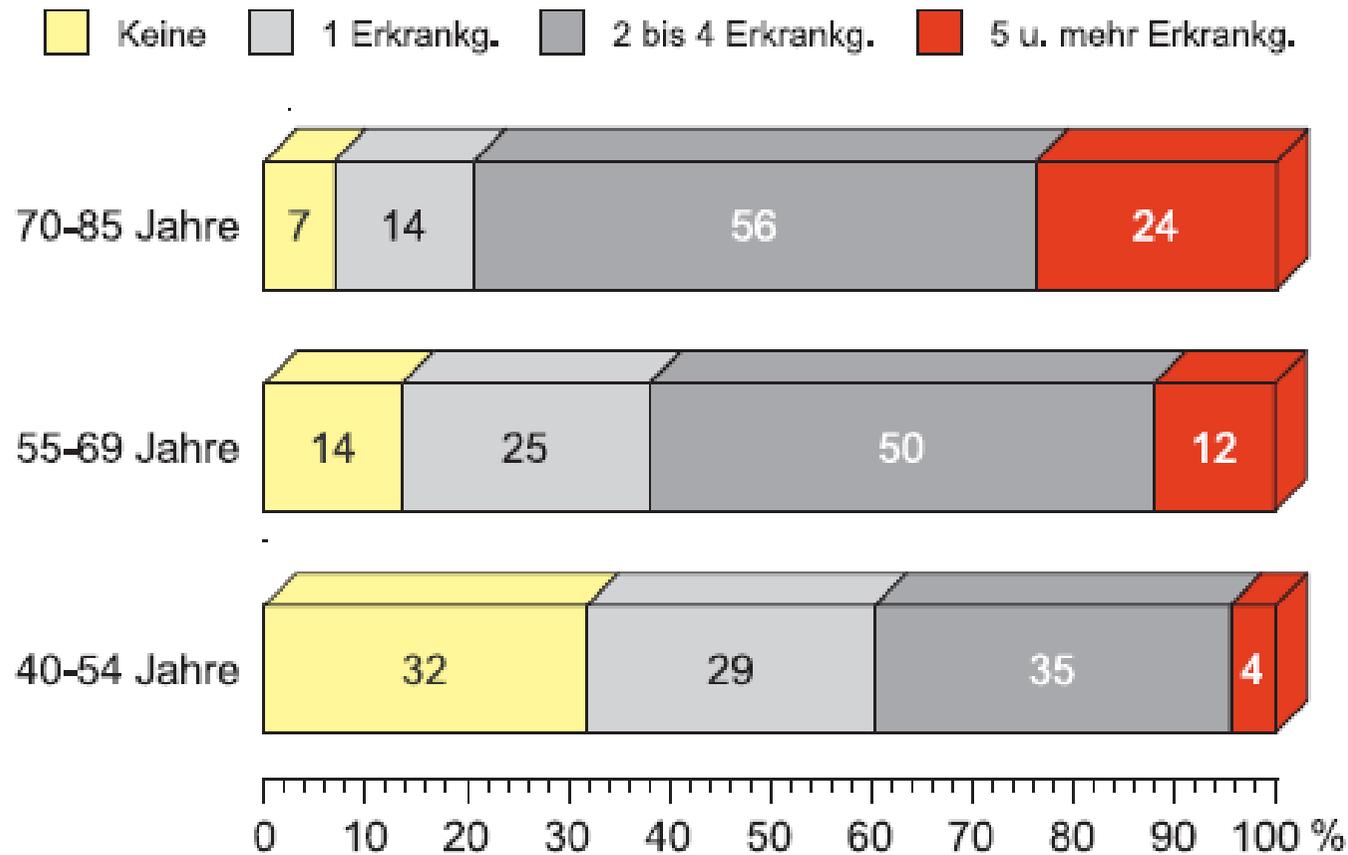


<http://www.euphix.org/> Quelle Eurostat 2008

Ursula Härtel, Vortrag Suchtforum, München 16.4.2012

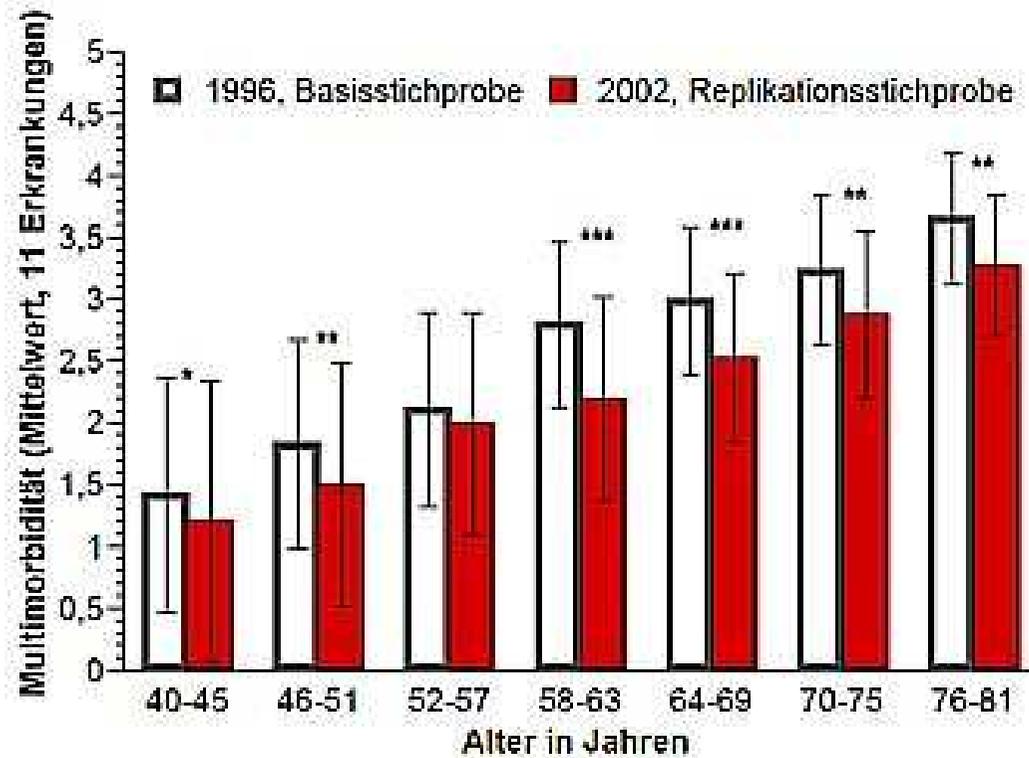
Multimorbidität nach Altersgruppen, Deutschland 2002

Quelle: Alterssurvey – DZA



Quelle: Pressebroschüre BMFSJ 2002, Der Alterssurvey Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Multimorbidität im Kohortenvergleich



* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Seite 23

Unterschiede in der Prävalenz von Krankheiten der über 65jährigen Männer und Frauen

Bezogen auf den gleichen Bevölkerungsanteil leiden

Männer häufiger als Frauen an:

- Herz-Kreislaufkrankheiten (*insbesondere koronaren Herzkrankheiten*)
- Krebserkrankungen
- Erkrankungen der Verdauungsorgane,
- der Atmungsorgane
- der Harn- und Geschlechtsorgane,

Frauen häufiger als Männer an:

- Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems
- Frakturen (*Osteoporotische Brüche*)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. *Diabetes*)
- (wahrscheinlich) psychische Probleme (*Angst und Depressionen*).

Kaum umstritten

„Frauen sind anders krank als Männer“

Bezieht sich auf:

- Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen
- Auf Entstehungsbedingungen und natürlichen Verlauf von Erkrankungen
- Präventives Gesundheitsverhalten
- Verhalten im Krankheitsfall (Krankheitsverhalten und Krankheitsbewältigung)
- Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung
- Sozioökonomische und psychosoziale Einflussfaktoren

Bekannt

- Frauen haben größere Probleme, das **Rauchen** aufzugeben als Männer.
- Frauen haben andere **sportliche Präferenzen** als Männer.
- Männer **ernähren sich ungesünder** als Frauen
- Männer haben mehr **Alkoholprobleme** als Frauen
- Frauen brauchen wahrscheinlich andere **Stressbewältigungsprogramme** als Männer.
- Männer benötigen wahrscheinlich andere **psychologische Betreuung** (Maßnahmen) als Frauen.

Präventions-relevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen

- ❖ **Unterschiedliche Lebenslagen**
 - Erwerbsquote
 - Arbeitsbedingungen
 - Einkommen, sozialer Status
 - Mehrfachbelastungen von Frauen (Alleinerziehende)
- ❖ **Unterschiedliche Krankheitsbewältigung**
- ❖ **Unterschiedliches Gesundheitsverhalten**
(Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Sport)
- ❖ **Unterschiedliche Ziele und Erwartungen an Programme**
(Frauen mehr an „Wohlfühlen“, Männer eher an messbaren Effekten interessiert)

Für die USA insgesamt wurde geschätzt

**Allein durch die Kontrolle von
Verhaltens-Risikofaktoren könnten**

**40 bis 70 Prozent aller
„vorzeitigen Todesfälle“**

(unter 65 Jahren) verhindert werden.

Zwei Ebenen der Verhaltensintervention

I. Populations- bzw. bevölkerungsweit orientiert

- *Weltweite Kampagnen (z.B. WHO: Kampf gegen Zigarettenrauchen)*
- *(Soziale) Umweltmaßnahmen: z.B. Sondersteuern, Verbote, ökonomische Anreize, Verfügbarkeit gesunder Nahrungsmittel*
- *Aufklärungsmaßnahmen (Massenmedien)*
- *Gesundheitserziehung in Schulen und Betrieben*

Zwei Ebenen der Verhaltensintervention

II. Interindividuelle Strategien

- *Individuumsbezogene Aufklärung und Maßnahmen (z.B. Arzt-Patient)*
- *Kleingruppen-Interventionen, Selbsthilfegruppen*
- *Konzentration auf spezifische Risikogruppen*

„Healthy Ageing“ boomt

Beispiele für Nationale Programme:

- ❖ **USA: „Healthy People“ 2010, 2020 (auch „older adults“)**
Zentrale Ziele: Verlängerung der krankheitsfreien Lebenszeit, Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit, Verbesserung von sozialen und physikalischen Umweltbedingungen und der Lebensqualität
(*12 Topic Areas, 28 zentrale Gesundheits-indikatoren: Chronische Krankheiten, Unfälle, Suizide, Obesity, Physical activity, Ernährung, Alkohol- und Drogensucht etc.)*)
- ❖ **EU: European Innovation Partnership on “Active and Healthy Ageing”**
z.B. **SHARE:** The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Umfaßt: 55,000 Personen aus 20 European Ländern, 50 Jahre und älter
- ❖ **BRD: Nationales Gesundheitsziel: „Gesund älter werden“**
(www.gesundheitsziele.de)
Viele regionale Aktivitäten

Genügend Evidenz

Ältere leben länger und gesünder durch:

- ❖ **Soziale Integriertheit, Verhinderung sozialer Isolation, gesellschaftliche Teilhabe**
- ❖ **Mehr körperliches Training (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit)**
- ❖ **Gesündere Ernährung (Vermeidung von Übergewicht)**
- ❖ **Prävention von Stürzen**

Health Benefits of Regular Physical Activity for Older Adults

How physical activity can improve physical functioning

- Improved cardiorespiratory fitness
- Improved glucose metabolism and insulin sensitivity
- Reduced blood pressure
- Improved lipid profiles
- Reduced levels of inflammatory markers
- Induction of growth factors
- Improved balance
- Improved strength, flexibility and joint mobility (range of motion)
- Reduced decline in bone density
- Helps maintain a healthy weight

How physical activity can improve mental functioning

- Enhanced emotional well-being
- Provides relaxation and helps lower stress levels
- Helps maintain cognitive function and alertness
- Helps reduce depression
- Enhanced perceptions of coping ability
- Improved sleep

How physical activity can be beneficial at older ages in general

- Helps maintain independence
- Improved quality of life
- Increased energy
- Helps maintain social connectedness

Beispiel aus der Praxis !



Studien in der Klinik Höhenried

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation

Studienleitung: U. Härtel (LMU), G. Klein (Höhenried)

I) 3-Jahre Follow-up-Studie

Ca. 300 Männer und 200 Frauen nach erstem akuten Herzinfarkt

II) Frauen – Therapiestudie mit 12-Monate Follow-up (abgeschlossen)

N = 160 Frauen

III) Frauen-Therapieprogramm in der kardiologischen Routineversorgung (mit wissenschaftlicher Evaluation)

Von Jan. 2005 bis heute: ca. 700 Teilnehmerinnen.

VON 1999-2005 gefördert durch BMBF und VDR seit 2005 gefördert durch DRV Bayern Süd

Ursula Härtel, Vortrag Suchtforum, München 16.4.2012

Erkenntnisse des Vergleichs Männer und Frauen (Höhenrieder Studie)

- ❖ Signifikant **höhere Multimorbidität der Frauen** (verglichen mit Männern) zu Beginn der Rehabilitation.
- ❖ Psychische Symptome (**Angst/Depression**) bei Frauen zu allen Zeitpunkten stärker ausgeprägt als bei Männern.
- ❖ Frauen nach Herzinfarkt insgesamt **unsicherer, weniger motiviert und selbstbewusst** während der AHB
- ❖ Signifikant höherer (altersstandardisierter) **Unterstützungsbedarf** von Frauen (auch im Langzeitverlauf)

Frauengruppen in der Bewegungstherapie



Klinik Höhenried

- ❖ Berücksichtigen **geringere Belastbarkeit** und „**frauenspezifische Körperthemen**“ (z.B. spezielle Gymnastik für Schulter-Arm, Beckenboden, Problemzonen und Venen, Osteoporosegymnastik)
- ❖ Schulen **Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl** und geben spezielle Anleitungen für die Umsetzung ins Alltagsleben der Patientinnen
- ❖ Fördern insgesamt Akzeptanz und Umsetzung der Therapieinhalte, auch durch **gegenseitige Unterstützung** der Patientinnen.

Frauengruppen in der psychologischen Betreuung



- ❖ Besondere Berücksichtigung **frauenspezifischer Ängste** und Depressionen
- ❖ Umgang mit **Mehrfachbelastungen** in Familie und Beruf
- ❖ **Lebensveränderung** durch die Krankheit und Umgang mit ihren Folgen
- ❖ Erlernen von Entspannungstechniken sowie Strategien zur Stressbewältigung und zum **Erkennen der eigenen Stärken**
- ❖ Stärkung von **Selbstwertgefühl** und Selbstbewusstsein

Frauenspezifische Ernährungsberatung



Klinik Höhenried

- ❖ Besondere Gewichtsprobleme (z.B. Menopause, Hormone)
- ❖ Besondere Aufklärung zu fettreduziertem Essen (z.B. versteckte Fette)
- ❖ Essverhalten (z.B. bei Frust, Ärger, Depressionen, „Ersatzbefriedigung“ Schokolade)
- ❖ Gute Nährstoffversorgung (Umsetzung in den Alltag und in die Familie, Lehrküche)

Ergebnisse der Frauen-Interventionsstudie

- ❖ Insgesamt **hohe Akzeptanz** der Frauengruppen durch Patientinnen und Therapeuten.
- ❖ Verbesserte **Motivation** und **Compliance** durch gegenseitige Unterstützung der Frauen
- ❖ **Stärkerer Anstieg der „Selbstwirksamkeit“ (Self-efficacy-Skala).**
- ❖ **Stärkere Senkung von Angstsymptomen** in der Interventionsgruppe (nicht von Depressionen)
- ❖ Signifikant verbesserte körperliche Fitness, mehr körperliche Aktivität auch nach Entlassung aus der Reha (12 Monate Follow-up)

Schluss

- ❖ „Gesunde Lebenserwartung“ , Lebensqualität und die meisten chronischen Krankheiten sind auch im Alter **kein "Naturereignis"**.
- ❖ Sie lassen sich durch **Umweltbedingungen** und **Verhaltensänderungen** beeinflussen bzw. verhüten oder in ihrem Verlauf beeinflussen.
- ❖ Gesundheitsförderung oder Krankheits-Prävention?
In der Praxis der Intervention kaum zu unterscheiden.