

## **Gesundheitsförderung und Prävention im Alter**

Die langjährige praktische Arbeit der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, hat uns gezeigt, dass es vorteilhaft ist, vorab die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ zu definieren und von einander abzugrenzen. Häufig werden diese Begriffe synonym gebraucht, weil sie einerseits auf gegensätzlichen Gedankenmodellen zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit beruhen, andererseits sich in der Realität gut vereinbaren lassen oder sogar synergetische Wirkungen möglich sind. So kann ein gesundheitsförderliches Balancetraining körperliche Reserven stärken, andererseits primärpräventiv vor Stürzen schützen. Oder ein Impftermin bei der Hausärztin (Primärprävention) wird zum Anlass einer Krebsvorsorgeuntersuchung (Sekundärprävention) genommen.

### **Prävention**

Prävention (lat. „abwenden“) meint die gezielte Abwendung oder Vermeidung von Gefahren oder schlechten Ereignissen. Prävention kann sich sowohl auf medizinische, als auch andere Sachverhalte beziehen, wie zum Beispiel die Abwendung von negativen Folgen sozialer Ungleichheit, des Klimawandels oder der Globalisierung. Dazu ist es notwendig, die Entwicklungsgeschichte der abzuwendenden Gefahren genau zu kennen: „Was macht krank?“. In der Medizin ist diese Entwicklungsgeschichte als Pathogenese Grundlage des Verständnisses der kurativen (heilenden) Medizin. Ausgehend von einer Krankheit, wie beispielsweise dem Herzinfarkt, erfolgt rückwirkend das Verständnis zur Entstehung (z.B. Gefäßverschluss) und der Prävention dieser Erkrankung (z.B. Vermeidung von Ablagerungen in den Gefäßen). Bei der Prävention werden manchmal aktive Maßnahmen wie z.B. das Training des Immunsystems durch Impfungen, aber meist passive präventive Ansätze wie z.B. das Tragen eines Fahrradhelmes zum Schutz des Kopfes verfolgt. Prävention wird definiert laut Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001, S. 71):

**Primärprävention** umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen. Gesundheitspolitisches Ziel ist, die Inzidenzrate (Neuaufreten) einer Erkrankung in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.

**Sekundärprävention** umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien (Früherkennungsmaßnahmen, Gesundheits-Check up, Vorsorge-Untersuchungen) asymptomatischer Krankheitsstadien und ihrer erfolgreichen Frühtherapie. Zentral ist die Forderung nach gesichertem Zusatznutzen der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung, da andernfalls Früherkennung unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursacht. Als Sekundärprävention wird in jüngster Zeit auch die Verhinderung einer Wiederholungserkrankung bzw. einer identischen Zweiterkrankung nach behandelter Ersterkrankung bezeichnet (z.B. Re-Infarkt nach

Herzinfarkt). Gesundheitspolitisches Ziel ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.

**Tertiärprävention** kann im weiteren Sinne verstanden werden als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich bestimmte Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen, zu erhalten und bleibende Einbußen bzw. Behinderungen zu verhüten.

In Abhängigkeit von den Stadien der Pathogenese einer Erkrankung verwirren unterschiedliche Stadien der Vorbeugung zusätzlich: Ist die Person noch gesund, aber es drohen Erkrankungen, so helfen primär-präventive Maßnahmen wie die Vermeidung von zuviel Zucker in der Ernährung, um einem Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) vorzubeugen. Ist die Person später dennoch an Diabetes erkrankt, so beugt eine frühzeitige, sekundär-präventive Erkennung und Behandlung beispielsweise mit Insulin eventuellen Spätschäden vor. Sind bereits Folgeschäden des Diabetes wie Durchblutungsstörungen in Form eines Schlaganfalles eingetreten, so helfen tertiär-präventive Maßnahmen, verlorene Fähigkeiten wiederherzustellen (zu rehabilitieren) oder entstandene Behinderungen zu kompensieren.

### **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung dagegen beschäftigt sich nicht mit der Frage, wie Krankheiten entstehen, sondern geht der Wahrung und Stärkung der Gesundheit selbst nach: „Was stärkt die Gesundheit?“. Dem zugrunde liegt eine salutogenetische Anschauung. Gesundheitsförderung wird laut WHO Ottawa-Charta (1986) wie folgt definiert (Franzkowiak & Sabo 1998):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl das Individuum als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und nicht als vorrangiges Lebensziel zu verstehen. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“

Ziel der Gesundheitsförderung ist daher nicht nur die Wahrung von Gesundheit, sondern der weitere Ausbau gesundheitlicher Reserven: Gesunde werden gesünder. Dazu werden meist aktive Ansätze gewählt.

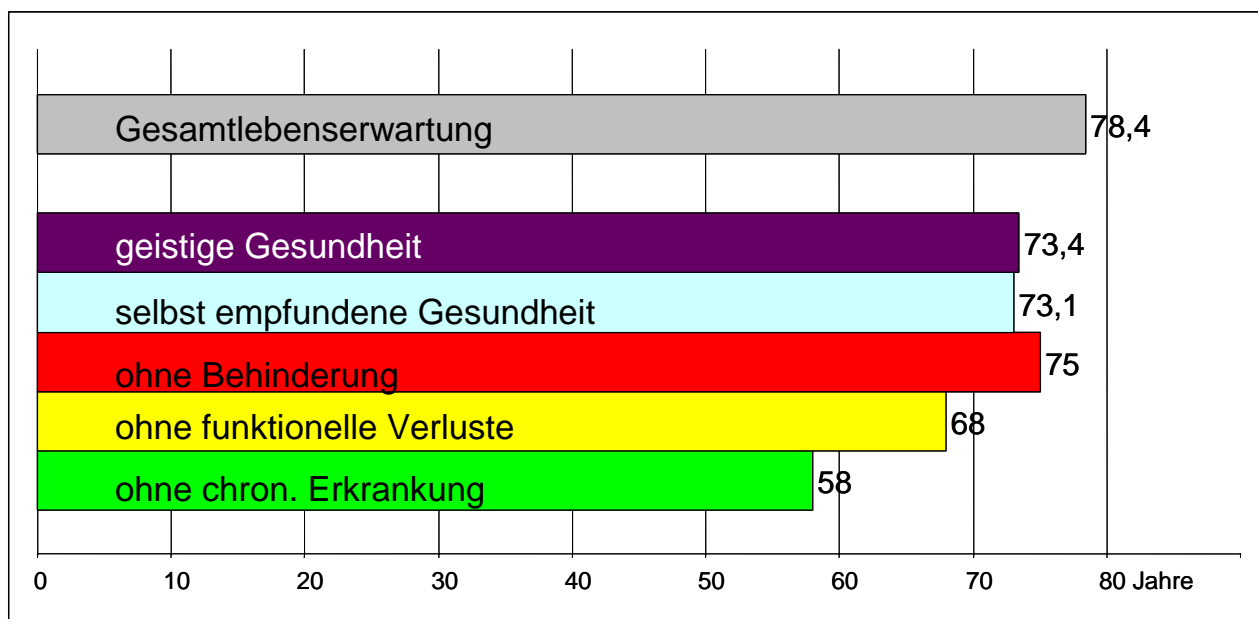
Für den älteren Menschen bedeutet Gesundheitsförderung, bestehende Reserven auszubauen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu gewinnen oder psychosoziale Benachteiligung durch körperliche Einschränkungen zu verhindern. Gesundheitsförderung ist ein übergeordneter Begriff, der es erlaubt, gleichzeitig bei einer Person gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie Maßnahmen der primären, sekundären oder tertiären Prävention und / oder der Rehabilitation anzuwenden. Um sowohl Ressourcen als auch Defizite standardisiert zu erfassen, stehen in der Geriatrie verschiedene valide Assessment-Instrumente zur Verfügung. Die Umsetzung der Assessment-Befunde in einen Therapieplan ist eine wichtige Voraussetzung geriatrischen Handelns. Es spricht also vieles für die Entwicklung spezieller präventiver altersmedizinischer Assessment-Instrumentarien und Konzepte.

Beide - Gesundheitsförderung und Prävention - wollen also letztlich Gesundheit erhalten oder wiederherstellen. Was aber genau ist Gesundheit? Die Medizin hat in den letzten Jahren eine strikte Trennung von Gesundheit und Krankheit verlassen. In Zeiten, in denen akute und chronische Erkrankungen aufgrund verbesserter Hygiene, medizinischer und sozialer Versorgung meist überlebt werden, viele Menschen aber von Folgeerscheinungen wie leichten Beeinträchtigungen oder Behinderungen betroffen sind, wird vielmehr von einem fortlaufenden, nicht genau abgrenzbaren Übergang zwischen gesund und krank ausgegangen. Außerdem rücken nach dem stark biologisch-naturalistisch orientierten Weltbild des 18. und 19. Jahrhunderts nun auch soziale und psychische Einflüsse auf unseren gesundheitlichen Zustand wieder stärker in den Blickpunkt. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 lautet: "Gesundheit [ist] ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit." (Buddeberg 2004).

Die Lebenserwartung der älteren Bevölkerungsgruppe ist in den letzten Jahren fortlaufend gestiegen. Gesundheitsförderung und Prävention zielen nicht auf eine weitere Ausdehnung der Lebensspanne durch die Vermeidung von Krankheit und Tod, sondern vielmehr auf eine echte Zunahme gesunder Lebensjahre: Nicht dem Leben mehr Jahre, sondern den Jahren mehr Leben geben. In der Demographie werden daher nicht alleine Daten zur Ermittlung der Sterblichkeit (Mortalität) benötigt, sondern vielmehr Daten herangezogen zur Beschreibung der durchschnittlichen Lebenserwartung einer Bevölkerung/Bevölkerungsgruppe frei von chronischen oder geistigen Erkrankungen (disease-free), funktionellen Verlusten (disability-free) oder Behinderung (handicap-free). Diese an der Lebensqualität orientierte Lebenserwartung wird auch gesunde oder aktive Lebenserwartung genannt (healthy/active life expectancy). In der Europäischen Union verfolgen wissenschaftliche Arbeitsgruppen die

Entwicklung der verschiedenen Nationen, zum Beispiel die "European health expectancies monitoring unit: Ehemu". Obwohl unklar ist, wie sich letztendlich der Bevölkerungsumbruch auswirkt, konnte gezeigt werden, dass eine positive und negative Verschiebung der aktiven Lebenserwartung möglich ist. So wirkt sich regelmäßige körperliche Bewegung ausnehmend positiv aus, wogegen soziale Missstände die aktive Lebenserwartung einzelner Bevölkerungsgruppen deutlich im Vergleich zur übrigen Bevölkerung beeinträchtigen. Folgende Abbildung zeigt anhand von Daten zu Frauen aus Dänemark, wie sich die Gesamtlebenserwartung von der Lebenserwartung in Gesundheit oder Aktivität unterscheidet.

**Abbildung 1: An der Lebensqualität orientierte, durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen aus Dänemark**



Quelle: Eigene Abbildung nach Daten aus Determining Health Expectancies von Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM (ed.). Wiley, Chichester, 2003

Übergeordnete Ziele der Geriatrie und Gesundheitsförderung sind die Förderung von Lebensqualität und Wohlbefinden in allen Lebensbereichen, nicht allein von körperlicher Gesundheit. Da diese selbst schwer zu fassen sind, wird vorgeschlagen, sich daran zu orientieren, breite Bevölkerungsschichten darin zu unterstützen, selbständig, mobil und gesund zu bleiben. Die Vereinten Nationen (UN) haben in ihrem International Plan of Action on Ageing (1982) die folgenden Leitziele auf die internationale Agenda gesetzt:

- Dignity (Würde)
- Care (Fürsorge)
- Independence (Unabhängigkeit)
- Participation (Teilhabe)
- Self-Fulfillment (Selbstverwirklichung)

Die aktiven Ziele, wie unabhängige Lebensführung und Selbstverwirklichung im Alter, genießen dabei (zeitlichen) Vorrang vor der pflegerischen Versorgung. In der Bundesrepublik Deutschland gilt übereinstimmend dazu der gesetzliche Anspruch „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 31 SGB XI). Gesundheitsförderung als Ausbau der gesundheitlichen Reserven vor Verlust von Fähigkeiten ist die Fortführung dieses Gedankens. Kürzlich gab dazu die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) ein Memorandum mit dem Titel „Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in Kommunen“ als Leitlinie zur Umsetzung des Programms „Aktiv im Alter“ heraus. Darin heißt es prägnant: „Gesundheit ist nicht Voraussetzung, aber wesentliche Erleichterung zur Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe im Alter.“

Zusammengefasst ist primäre Prävention auf die Vorbeugung des ersten Auftretens einer Störung bzw. die Entstehung einer Erkrankung ausgerichtet. Dies geschieht durch die Information und Beratung bestimmter Risikogruppen. Sekundäre und tertiäre Prävention zielen darauf ab, eine vorhandene Krankheit in ihren Folgen durch Früherkennung und angemessene Behandlung zum Stillstand zu bringen oder zu verzögern, oder das Auftreten von Rückfällen und die Ausbildung chronischer Zustände z.B. durch wirksame Rehabilitation zu reduzieren. Eine Übersicht über Begrifflichkeiten, Synonyma und Zielgruppen zeigt Tabelle 1.

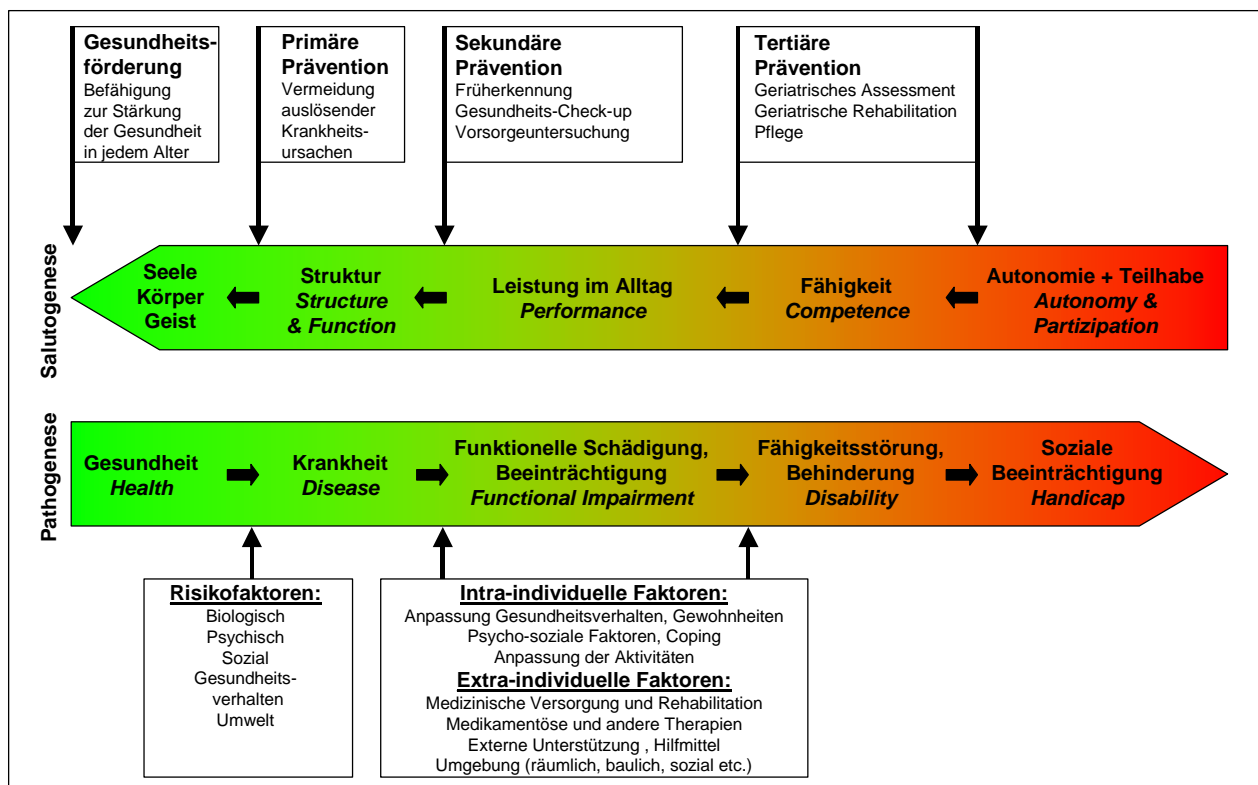
**Tabelle 1: Begriffsbildung um den Terminus „Prävention“**

<b>Kategorie</b>	<b>primordial</b>	<b>primär</b>	<b>sekundär</b>	<b>tertiär</b>
<b>Synonyma</b>	Gesundheitsförderung	Prävention	Kuration	Rehabilitation
<b>Ansatz</b>	Stärkung der eigenen Reserven	Risikoreduktion <u>vor</u> Einsetzen der Erkrankung	Erkennung und Behandlung im Krankheitsfrühstadium	Wiederherstellung <u>nach</u> Einsetzen der Erkrankung
<b>Zielgruppe</b>	Gesunde	Risikoträger	Akutpatienten	Chronisch Kranke
<b>Mögliches Setting zur Durchführung von Maßnahmen</b>	Organisationen der offenen Seniorenarbeit, Freizeit- und Sportvereine, aber auch geriatrische Einrichtungen mit Umfeldorientierung	vgl. Spalte „primordial“ sowie Hausarztpraxen oder Öffentlicher Gesundheitsdienst (z.B. Gripeschutzimpfungen)	Hausarztpraxen (z.B. Krebsvorsorge-Untersuchungen) Krankenhäuser, Akutgeriatrie	Geriatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime, ambulante Pflege, Pflegestützpunkte

Quelle: Eigene Zusammenstellung, modifiziert nach Laaser et al. 1993

Abbildung 2 zeigt graphisch das Konzept der Entstehung und Verhütung von Krankheit (Pathogenese) am Beispiel ihrer internationalen Klassifikation (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH) beginnend bei einem gesunden Individuum über Schädigung, nachfolgende Erkrankung mit gestörter Organfunktion (Impairments), Fähigkeitsstörungen (Disabilities) bis hin zu sozialen Beeinträchtigungen (Handicaps). Dieses funktionelle Modell der Entstehung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit haben wir graphisch erweitert um die inhaltlichen Ansatzpunkte für die Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Salutogenese), der primären, sekundären und/oder der tertiären Prävention.

**Abbildung 2: Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel des Verlustes der Autonomie nach der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) und der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**



Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach WHO (1980), Verbrugge & Jette (1994), Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), Michele JP (2007)

## Weiterführende Literatur:

Buddeberg C (2004): Psychosoziale Medizin. 3. Auflage. Springer Verlag, Berlin 2004.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2005): Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Als Download verfügbar unter: <http://www.deutscher-praeventionspreis.de/index.php?id=46> (Stand: 31.07.2008).

Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Verlag Peter Sabo, Mainz 1998.

HEN – Health Evidence Network der WHO (2004): What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Als Download verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf> (Stand 31.07.2008).

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Handbuch Gesundheitswissenschaften, Verlag Hans Huber, Bern, 2004.

Laaser U, Hurrelmann K, Wolters P (1993): Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim, S. 176-203.

Michele JP (2007): The Disablement Process. EAMA VII-1, Januar 2007. Vortrag unveröffentlicht.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag Drucksache 14/5660. Als Download verfügbar unter <http://dip.bundestag.de/cgi-bin> (Stand: 30.08.2002).

Verbrugge LM, Jette AM (1994): The disablement process. Social Science and Medicine 1994, 38:1-14.

WHO – World Health Organization (1980): International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. WHO, Geneva, 1980.

WHO – World Health Organization (1999): International Classification of Functioning, Disability and Health. 2. Auflage. WHO, Geneva, 1999.

Zeng Y, Crimmins EM, Carrière Y, Robine JM (2007): Longer Life and Healthy Aging. International Studies in Population. Springer, Heidelberg, 2007.