

Gesundes Altern

Autor(en): **Martin, Mike / Röcke, Christina / Mérillat, Susan**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **45 (2019)**

Heft 5

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-865674>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Gesundes Altern

2019-5
Jg. 45
S. 5 - 11

Mit dem ersten «World Report on Ageing and Health» hat die Weltgesundheitsorganisation WHO 2015 ein neues Konzept des gesunden Alterns eingeführt. Es beinhaltet eine Abkehr von einem symptomorientierten Verständnis von Gesundheit und trägt den Entwicklungen von zunehmender Langlebigkeit, zunehmender Multimorbidität chronischer Erkrankungen, zunehmender Leistungsfähigkeit und zunehmenden Möglichkeiten der individualisierten und kontextualisierten Gesundheitsförderung Rechnung. Wird das Konzept im geplanten «Jahrzehnt des gesunden Alterns»¹ ab 2020 umgesetzt, hat es weitreichende Konsequenzen.

MIKE MARTIN

Prof. Dr. phil., Ordinarius für Gerontopsychologie und Gerontologie, Direktor des Zentrums für Gerontologie und des Universitären Forschungsschwerpunkts (UFSP) «Dynamik Gesunden Alterns» der Universität Zürich, Binzmühlestrasse 14/24, CH-8050 Zürich, m.martin@psychologie.uzh.ch.

CHRISTINA RÖCKE

Dr. phil., Stv. Direktorin des UFSP «Dynamik Gesunden Alterns», Andreasstrasse 15/2, CH-8050 Zürich, christina.roecke@uzh.ch.

SUSAN MÉRILLAT

Dr. phil., Forschungsgruppenleiterin am UFSP «Dynamik Gesunden Alterns», Andreasstrasse 15/2, CH-8050 Zürich, susan.merillat@uzh.ch.

HANS-RUDOLF SCHELLING

lic. phil., Geschäftsführer Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, Pestalozzistrasse 24, CH-8006 Zürich, h.r.schelling@zfg.uzh.ch.

Das neue Gesicht des Alters im 21. Jahrhundert

Vier Hauptentwicklungen kennzeichnen das Gesicht und das Umfeld des heutigen und zukünftigen Alters in der Schweiz. Erstens hat in den letzten Jahren die Lebenserwartung in der Schweiz deutlich zugenommen und auch zukünftig ist mit einer weiteren Zunahme zu rechnen. So hat zwischen 1980 und 2018 die Lebenserwartung neugeborener Mädchen von 78,8 Jahre auf 85,4 Jahre und bei Jungen von 72,3 Jahre auf 81,7 Jahre zugenommen, das sind pro Jahr ein Zugewinn von 63 Tagen bei den Frauen und 90 Tagen bei den Männern. In den letzten elf Jahren hat die Lebenserwartung von Personen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, um 26 Tage pro Jahr bei den Frauen und 46 Tage bei den Männern zugenommen (BfS 2019). Von diesem Zuwachs profitieren zukünftig wesentlich mehr Menschen, weil die grosse Gruppe der Babyboomer in den kommenden zehn Jahren das 65. Lebensjahr erreicht und so der Anteil der über 65-Jährigen auf annähernd 30 % der Bevölkerung steigen wird.

Zweitens gibt es in vielen Leistungsbereichen einen historischen Kohorteneffekt mit einer deutlichen Zunahme etwa bei der körperlichen oder der geistigen Leistungsfähigkeit bei den heutigen Personen über 65 oder über 80 Jahren im Vergleich zu den über 65- und über 80-Jährigen von vor zwanzig oder dreissig Jahren (Gerstorf et al. 2011). Es handelt sich also zunehmend um eine Altersgruppe mit im Durchschnitt guter Bildung und deutlich höherer Leistungsfähigkeit.

Drittens gibt es eine Zunahme von Menschen mit mehrfachen chronischen Erkrankungen, also mit einer Multimorbidität chronischer Erkrankungen (Battegay 2014). Das interessante Phänomen dabei ist, dass es die genau gleiche Person sein kann, die gleichzeitig sowohl über eine hohe Leistungsfähigkeit verfügt als auch multimorbid erkrankt ist. Schon deshalb ist ein Verständnis von gesundem Alter, das vom Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Erkrankung abhängt, dieser Entwicklung nicht angemessen. Die oben beschriebene Person wäre ja sonst beides, im Hinblick auf

ihre Leistungsfähigkeit gesund und im Hinblick auf ihre Multimorbidität krank.

Viertens führt die zunehmende Verbreitung von Verfahren zum Tracking des eigenen Verhaltens auch bei älteren Personen zur objektiven Messung einer Vielzahl von Faktoren, die die Lebensqualität einer alternden Person ausmachen. Sie führen in der digitalen Welt zu einer ganzheitlicheren Repräsentation älterer Menschen und es gibt eine zunehmende objektive Datengrundlage, diese Faktoren für die Messung und Förderung von Gesundheit einzubeziehen (Seifert et al. 2018). Es kann plötzlich wahrgenommen werden, dass die gleiche Person gleichzeitig gehbeeinträchtigt ist und produktiv sein kann. Das Tracking hat noch einen anderen Effekt: Es rückt den Alltag als Kontext, als Möglichkeitsraum für sinnhafte Handlungen und konzeptionell als Teil der Gesundheit in den Fokus und ermöglicht die objektive Messung von Interventionseffekten auf alltagsrelevante Zielgrössen.

Moderne Konzepte des gesunden Alterns

Es gibt unterschiedliche und nützliche Konzeptionen von gesundem Alter. So kann einerseits als «gesund» bezeichnet werden, wenn eine ältere Person keine und als «gesünder», wenn sie wenige gegenüber vielen Erkrankungen hat. Bei dieser Sichtweise wird die Erkrankung implizit als die Person insgesamt und unabhängig von ihrem Kontext oder von situativen Einflüssen und Handlungsmöglichkeiten charakterisierend angenommen. Das ist bei vielen akuten und schweren Erkrankungen nahe-liegend, weil diese das Leben oder die grundlegende Handlungsfähigkeit eines Menschen gefährden. Das Modell dürfte für die Strukturierung des Gesundheitswesens Pate gestanden haben, das zunächst auf Akuterkrankungen ausgerichtet wurde.

Eine Alternative stellt das Modell des gesunden Alterns dar, das 2015 von der WHO in ihrem ersten Weltbericht zu Altern und Gesundheit (WHO 2015) vorgestellt wurde. Dieses Modell ist in fünf Aspekten neuartig.

Funktionale Fähigkeit im Fokus

Erstens steht die funktionale Fähigkeit im Zentrum. Diese ist im Unterschied zum Konzept der funktionalen Gesundheit, die gemessen wird als krankheitsbedingte Beeinträchtigung, ganz anders definiert. Sie wird definiert als die Fähigkeit zu tun und sein, was eine Person Grund hat, wertzuschätzen.² Hier steht also nicht ein Symptom als gesundheitsdefinierend im Vordergrund, sondern es geht um individuell bedeutsame Aktivitäten. Dabei liegt auf der Hand, dass es

von Person zu Person und von Kontext zu Kontext unterschiedliche Aktivitätskombinationen sein dürften, die die funktionale Fähigkeit ausmachen. Damit enthält das Konzept die Grundlage für ein individualisiertes und kontextualisiertes Gesundheitsverständnis. Das Besondere daran ist, dass dieses Konzept ja die Grundlage für die öffentliche Gesundheitsversorgung sein soll, die bisher nicht an individuellen und kontextuellen Besonderheiten ausgerichtet wird, sondern an den Eigenschaften, die Personen mit der gleichen Erkrankung in gleicher Weise besitzen. Das Konzept impliziert damit, dass die Gesundheit der gesamten Bevölkerung standardmässig an der funktionalen Fähigkeit ausgerichtet werden soll. Damit dies möglich ist, sind standardisierte Verfahren zur objektiven Erfassung der funktionalen Fähigkeiten bei allen älteren Menschen, auch solchen, die nicht befragt werden können, erforderlich. Solche Verfahren gibt es bisher erst wenige (bspw. Demiray et al. 2019; Fingerman et al. 2019; Schaaf et al., 2019).

Profile gesunden Alterns

Zweitens betont das Modell, dass innerhalb jeder Person gleichzeitig und untrennbar Fähigkeiten, Eigenschaften, Fertigkeiten, biologische Faktoren und Erkrankungen systematisch mit der funktionalen Fähigkeit interagieren und diese stabilisieren können. Hiermit betont das Konzept die Abkehr von einer Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Erkrankungen und legt ein Konzept vor, dass sowohl bei Personen mit wie ohne Erkrankungen anwendbar ist. Darüber hinaus legt es nahe, dass Gesundheit nicht mit einer Messung von Krankheit oder einer Messung von Fähigkeiten oder einer Messung von Eigenschaften alleine festgestellt werden kann, sondern zwingend alle Aspekte erfasst und integriert werden müssen. Der Effekt: Es wird jeweils dokumentiert, dass die gleiche Person, bei der eine Erkrankung diagnostiziert ist, Fertigkeiten besitzen kann und durchaus auch bei verringerten Ressourcen ihre funktionale Fähigkeit stabilisieren kann, wenn sie diese selbst regulieren kann. Damit wird eine Abkehr von einem krankheitsorientierten Altersbild begünstigt. Während

die Erfassung von Krankheiten und Gesundheitskosten ohne die gleichzeitige und gleichwertige Erfassung von Fähigkeiten und Fertigkeiten ein einseitiges Bild des kranken Alters zur Folge hat, führt die gleichberechtigte Erfassung aller Aspekte, die die funktionale Fähigkeit stabilisieren können, zu einer Wahrnehmung der Heterogenität und der Ressourcen des Alters. Es lanciert sozusagen einen zweiten Wettbewerb: Neben der häufig in der Forschung durchgeführten Suche nach Früherkennungszeichen von späteren Erkrankungen legt das Modell die gleichbedeutsame Suche nach Frühzeichen von stabilisierenden Fertigkeiten und Eigenschaften nahe.

Kontext als Teil der Gesundheit, nicht unabhängig davon

Drittens sind die Handlungsmöglichkeiten einer Person in ihrer Umgebung als Teil der funktionalen Fähigkeit definiert, nicht als davon unabhängiger Einfluss. Dies hat zwei Konsequenzen: Bei gleichen Eigenschaften von Personen kann diejenige als gesünder betrachtet werden, die über mehr Handlungsmöglichkeiten in ihrer Umgebung verfügt. Dies erfordert zum einen die objektive Erfassung von Handlungsmöglichkeiten in der Umgebung, auch von solchen, die selten oder nie genutzt werden. Hierzu liegen einige Möglichkeiten vor (Fillekes et al. 2018), dies dürfte aber ein wichtiges Innovationsgebiet der interdisziplinären Forschung von Gesundheitsforschenden, IngenieurInnen, GeografInnen, DatenwissenschaftlerInnen und SozialwissenschaftlerInnen der kommenden Jahre sein. Zum anderen begründet das Konzept damit die Bedeutung von Interventionen zur Erhöhung von Handlungsmöglichkeiten, etwa Bildungsangebote für über 65-Jährige, die bisher nicht als staatliche Aufgabe oder als Teil der Förderung der öffentlichen Gesundheit gesehen werden.

Gesundheitsförderung durch Entscheidungs-Unterstützung

Viertens betont das Modell die Wechselwirkungen zwischen Umwelt, intrinsischer Kapazität und funktionaler Fähigkeit. Diese Wechselwirkungen sind im Grunde genommen Bewertungs-, Entscheidungs-, Zielsetzungs-, Erwartungs-

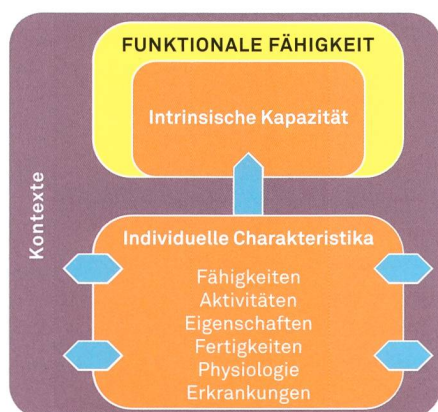


Abbildung 1: WHO-Modell des gesunden Alterns (adaptiert von WHO 2015).

und Interpretationsprozesse der Person. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu vielen Gesundheitsmodellen, bei denen davon ausgegangen wird, dass eine Erhöhung relevanter Fähigkeiten oder Verminderung von Beeinträchtigungen auch zu einer Erhöhung der Gesundheit führen müsste. Im WHO-Modell des gesunden Alterns steht dagegen die informierte, bewertende und selbstbestimmt entscheidende Person im Vordergrund. Dieser Unterschied ist sehr bedeutsam: Aus vielen traditionellen Gesundheitsmodellen ohne eine selbst bewertende und entscheidende Person werden Interventionen abgeleitet, die durch Veränderung von Eigenschaften, Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen eine Veränderung des Verhaltens und dann der Gesundheit anstreben. Bspw. würde man die Gedächtnisleistung von Personen trainieren und erwarten, dass es zu weniger Medikamenteneinnahmefehlern kommt. Nach dem WHO-Modell werden dagegen konsequenterweise Interventionen abgeleitet, die auf die Entscheidungs-Unterstützung ausgerichtet sind (Pryce et al. 2018). Bspw. wird der Person die Möglichkeit gegeben, verschiedene Massnahmen zu erproben, und es werden ihr Informationen darüber zur Verfügung gestellt, welchen Effekt diese Massnahmen jeweils hatten. Die Person kann dann mit dieser erweiterten Informationsgrundlage entscheiden, ob und welche Massnahmen von ihr zeitweise oder dauerhaft umgesetzt werden. Die Intervention ist dann erfolgreich, wenn die Person ihre Entscheidung auf einer besseren Grundlage trifft. Das Konzept legt hier also auch nahe, dass die Personen in ihrer Gesamtheit gesehen werden. Das kann zur Auflösung einer ganzen Reihe von «Gesundheits-Paradoxien» führen: So ist es aus einer symptomorientierten Gesundheitssicht paradox, dass Personen mit einer Erkrankung erwiesenermassen symptomwirksame Behandlungen ablehnen. Aus Sicht des modernen Konzepts des gesunden Alterns ist es naheliegend, dass eine Behandlung gesundheitsförderlich ist, wenn sie zur Stabilisierung und gegebenenfalls zur Ausweitung der funktionalen Fähigkeit im jeweiligen Kontext beiträgt. So wird aufgrund von Unterschieden in den individuell und situativ bedeutsamen Zielen

einer Person klar, dass eine Symptombehandlung, die gleichzeitig autonomie-reduzierend ist, für eine Person, die hohen Wert auf Autonomie legt, weniger gut geeignet ist als eine Behandlung mit weniger Autonomieeinschränkung.

Gesundheit als dynamisches System

Fünftens ist das Konzept des gesunden Alterns ein dynamisches Modell der Stabilisierung. Es klingt auf den ersten Blick seltsam, sich auf die Stabilisierung von funktionaler Fähigkeit und nicht auf ihre Verbesserung zu konzentrieren. Dies ist jedoch kein Widerspruch. Selbstverständlich ist es so, dass die häufige Übung einfacher Bewegungsabläufe praktisch immer zu einer Leistungsverbesserung führt. Wenn das Ziel also Stabilisierung heisst, dann ist das Ziel nicht die Stabilisierung in einfachen Prozessen, sondern in komplexen Funktionen. Diese übergeordneten Funktionen können deshalb stabilisiert werden, weil sie aus dem systematischen Zusammenspiel von Teilprozessen resultieren, die sich gegenseitig kompensieren können (Martin 2016). Die Grundidee dabei ist, dass Individuen in nicht vollständig vorhersehbaren Umwelten (wie dem Alltag) nur durch die jeweils passende Orchestrierung des Einsatzes unterschiedlicher elementarer Fähigkeiten, Ressourcen und Aktivitäten das stabile Erreichen von wichtigen komplexen Zielfunktionen wie «Autonomie», «Alltagsbewältigung» oder eben «funktionale Fähigkeit» gelingt (Martin et al. 2012). Was dazu führt, dass letztere stabil bleibt, ist der Einsatz verschiedener Teilprozesse zur richtigen Zeit (Boker 2013). Entsprechend kann man davon ausgehen, dass zur Stabilisierung von funktionaler Fähigkeit zu verschiedenen Zeiten verschiedene Interventionen eingesetzt werden müssen. Damit wäre die Aufgabe der Interventionsforschung, Modelle zu entwickeln und zu testen, aus denen die situativ und individuell erforderlichen Interventionen abgeleitet werden können, die eine Stabilisierung der funktionalen Fähigkeit unter möglichst vielen Bedingungen erlauben. Die Herausforderung dabei besteht im wissenschaftlichen Nachweis der stabilisierenden Wirkung einer Intervention. Dazu muss gezeigt werden, dass bei-

spielsweise die Bereitstellung zusätzlicher Handlungsmöglichkeiten oder die Veränderung von Fähigkeiten die Stabilisierung der funktionalen Fähigkeit unter mehr verschiedenen Alltagsbedingungen ermöglicht. Dass also beispielsweise durch die Bereitstellung zusätzlicher nachbarschaftlicher Unterstützung oder Dienstleistungsangebote die funktionale Fähigkeit einer Person auch dann aufrechterhalten werden kann, wenn es zu körperlichen Beeinträchtigungen oder einer Veränderung im sozialen Netzwerk kommt. Dieser wissenschaftliche Nachweis ist mit klassischen varianzanalytischen Verfahren – die meist eingesetzten in der Gesundheitsforschung – nicht einfach möglich, weil sie eben auf Varianz, also Unterschiede oder Veränderung in der Zielgrösse der funktionalen Fähigkeit angewiesen sind, die es ja bei einer Stabilisierung nicht gibt. Hier helfen Methoden der dynamischen Systemmodellierung, die zunächst das individuelle Stabilisierungsmodell formalisiert und dann mit einer Kombination von Eigenschaftsdaten und hochdichten Messungen von Alltagsverhalten und Alltagssituationen auf seine Korrektheit überprüft. Diese Methoden müssen zukünftig von Gesundheitsforschenden beherrscht werden, damit das moderne Konzept des gesunden Alterns fruchtbar wird und in der Interventionsforschung breit zum Einsatz kommt.

Kontextualisierung und Individualisierung von Gesundheitsinterventionen als Standard etablieren

Wie kann man systematisch wissenschaftliche Evidenz dafür gewinnen, ob eine Intervention situativ und individuell gleich bedeutsame, aber unterschiedliche funktionale Fähigkeiten stabilisiert oder verbessert? Eine Möglichkeit ist, die funktionale Fähigkeit mit einer begrenzten Zahl von Indikatoren zu beschreiben. So dürften bei vielen Personen soziale Netzwerkpartner, körperliche Aktivitäten und Fähigkeiten, Motive, Ziele, Emotionen und geistige Fähigkeiten systematisch mit der Definition und dem Erhalt von funktionaler Fähigkeit zusammenhängen.

Eine andere Möglichkeit ist, zur Zuweisung einer individuell passenden Intervention einen für jede Person

identischen Algorithmus, einen Entscheidungsbaum, zu verwenden. Anders als bei randomisierten Kontrollgruppenstudien mit einer rein zufälligen Zuweisung von Personen zu einer Intervention oder einer Placebo-Intervention werden dazu vorab festgelegt, welche Einflussgrößen auf die Interventionswirksamkeit (verstehen die Person meine Erläuterung, gibt es partnerschaftliche Unterstützung, wird eine Therapie grundsätzlich abgelehnt o. ä.) in welcher Form bei jeder Person berücksichtigt werden müssen, um die Interventionszuweisung vorzunehmen. Im Anschluss kann dann mit einem randomisierten Kontrollgruppen-Design systematisch verglichen werden, ob bei Verwendung des Algorithmus im Durchschnitt bessere Interventionswirkungen erzielt werden als bei Verwendung anderer Zuweisungskriterien. Die Verwendung des Algorithmus mit der besten Wirkung kann dann in Richtlinien festgelegt werden. In der medizinischen Fachliteratur sind solche Algorithmen beispielsweise für die systematische Reduktion von Verschreibungen bei chronischen Mehrfacherkrankungen bekannt (bspw. Scott et al., 2013). Hierbei werden expertenbasierte Regeln für die Prüfung der Notwendigkeit und Wirksamkeit der verschriebenen Medikamente formalisiert. Die Ergebnisse werden mit festgelegten Regeln kombiniert, wann welche Verschreibungen beibehalten oder abgeändert werden sollen. In randomisierten Kontrollgruppenstudien kann dann gezeigt werden, dass die Anwendung des Regelwerks zu deutlich verringerten Verschreibungen ohne Nachteile für die betroffenen Personen führt.

Unterstützt werden kann die Algorithmenentwicklung und -prüfung, wenn die relevanten Parameter im Alltag einer Person möglichst häufig erfasst werden. Auf diese Weise kann man ein Abbild der alltäglichen Stabilisierung der funktionalen Fähigkeit gewinnen. In jedem Fall können durch Regeln beschreibbare Vorgehensweisen für die Zuweisung situations- und individuen-spezifischer Interventionen genauso systematisch mit randomisierten Kontrollgruppenstudien auf ihre Wirksamkeit geprüft werden wie es bisher mit für alle untersuchten Per-

sonen gleichen Interventionen gemacht wird (für ein Beispiel siehe van Haitsma et al. 2015).

Neues Konzept des gesunden Alters: Implikationen für Stakeholder

Aus einer globalen Perspektive ist die Frage zentral, wie man angesichts der demografischen, historischen und technischen Entwicklung ein an den funktionalen Fähigkeiten ausgerichtetes und nachhaltiges Gesundheitswesen organisieren kann, das allen Menschen ein gesundes Altern ermöglicht. Dies war der Auslöser für die Erstellung des ersten Weltberichts zu Altern und Gesundheit durch die WHO 2015. Im darauffolgenden Jahr stimmte die World Health Assembly, in der auch die Schweiz vertreten ist, einstimmig der Annahme eines «Globalen Strategie- und Handlungsplans» zu. Dieser Plan formuliert fünf strategische Hauptziele:

- Selbstverpflichtung zum Handeln in jedem zustimmenden Land (also auch der Schweiz).
- Entwicklung altersfreundlicher Umgebungen.
- Ausrichtung des Gesundheitswesens an der funktionalen Fähigkeit jeder Person.
- Entwicklung nachhaltiger und gerechter Langzeitpflege sowie Verbesserung der Messung.
- Berichterstattung und Erforschung des gesunden Alterns.

Auf der Grundlage der bis dahin gemachten Arbeiten soll 2020 der zweite Weltbericht zu Altern und Gesundheit erscheinen und die Ausrichtung eines «Jahrzehnts des gesunden Alterns» 2020-2030 beschlossen werden.

Gesundes Alter in der Schweiz

Welche Implikationen und Folgen müsste die nationale Selbstverpflichtung zum Handeln zugunsten des geplanten Jahrzehnts des gesunden Alterns in der Schweiz haben? Hierzu können verschiedene Stakeholder unterschieden werden. Dazu gehören Forschungseinrichtungen, Ausbildungseinrichtungen, Versorger, Forschungsförderung, Publikationsorgane, Kantone, Gemeinden, Regierungsorganisationen, der private Sektor und

ältere respektive älter werdende Menschen. Als wichtiger erster Schritt ist die Identifikation von Stakeholdern, die Organisation eines regelmässigen Erfahrungsaustauschs, die Formulierung einer nationalen Agenda gesundes Alter 2030 und die regelmässige Berichterstattung über Stand und Fortschritt von Aktivitäten notwendig. Erfreulicherweise hat die Schweizerische Akademie der Wissenschaften die Gründung einer nationalen Stakeholder-Plattform zu diesem Zweck unterstützt.³ Dort haben sich über 120 Stakeholder organisiert, um koordinierte und priorisierte Vorschläge für die Umsetzung des globalen Handlungsplans auf nationaler Ebene zu formulieren.

Jahrzehnt des gesunden Alterns 2020–2030 in der Schweiz

Um das Jahrzehnt des gesunden Alterns 2020-2030 in der Schweiz entsprechend dem nationalen Commitment wirkungsvoll voranzubringen, lassen sich mehrere Konsequenzen aus dem Konzept des gesunden Alterns in Kombination mit dem Globalen Strategie- und Handlungsplan ableiten:

Konsequenzen für die Gesundheitsforschung

In der *Grundlagenforschung* wären Anreize seitens der Forschungsförderung für die Entwicklung und Validierung von Standards für die kontextualisierte Gesundheitsmessung, Anreize zum Einschluss von über 70-jährigen und multimorbiden Personen in die Gesundheitsforschung und Anreize für die Etablierung eines Feldes für Komplexitäts-Medizin konsistent mit dem globalen Plan und dem nationalen Commitment. In der *Versorgungsforschung* wären Anreize für die Entwicklung und Validierung von Real-Life-Massen, also standardisierte Mess- und Datenanalyseverfahren von realweltlichen Interventionszielen nötig. Diese Anreize müssen die Zusammenarbeit zwischen ingenieur- und datenwissenschaftlichen Gesundheitsforschenden und KontextexpertInnen einerseits und dem privaten Sektor im Sinne einer Innovationsinitiative andererseits einschliessen. Gleiches gilt für Anreize in der Gesundheits-Stabilisierungsforschung und der Entwicklung

situations-sensitiver Mess- und Entscheidungs-Unterstützungsverfahren. Ein aktives *Management der Koordination* zwischen Praxisfragen der Versorgung einzelner Personen im Alltagskontext und der dazu passenden Grundlagenforschung würde einen wesentlichen Fortschritt in der *Überwindung der «Evidenzlücke»* (Seyfert-Margolis 2018) zwischen objektiv erfassten Alltags-Aktivitätsdaten und objektiv erfassten klinischen Daten leisten und hätte enorme Effizienzgewinne zur Folge, weil die in der Praxis benötigte Evidenz in der Grundlagenforschung auch bereitgestellt wird. Mit zentralen *Infrastrukturen* könnte der Qualität der Evidenzgewinnung für situationssensitive und kontextualisierte Interventionen und zur Bereitstellung von Analytik zur automatisierten Kombination und Interpretation von Gesundheitsaktivitätsdaten und von Gesundheitsprofilen sichergestellt und in international vergleichbarer Weise durchgeführt werden. Zusätzlich würden individuelle Datenkonten die selbstbestimmte Kombination aller Arten von Gesundheitsdaten ermöglichen. Damit würden ältere Menschen wertvolle Partner der Forschung und es gäbe völlig neue Möglichkeiten für rasche Erkenntnisfortschritte in der Gesundheitsforschung. Die Schweiz könnte hier aufgrund ihres weltweit seltenen Talentpools im Bereich der Daten- und Ingenieurwissenschaften mit enger Zusammenarbeit mit Ethik, Rechtswissenschaft und Gesundheitsforschung eine internationale Führungsrolle einnehmen.

Konsequenzen für Gesundheitswesen und Bildung

Für *Kantone und Gemeinden* wäre die Konsequenz, das Gesundheitswesen und die *Bezahlung* von Massnahmen an den funktionalen Fähigkeiten auszurichten und *gemeinwesenorientiert* zu organisieren. Dies deshalb, weil das Gemeinwesen den wichtigsten Handlungskontext darstellt, um in Massnahmen zur Schaffung und Regulierung von Handlungsmöglichkeiten zu investieren, wie etwa in niederschwellig zugängliche Bildungsangebote für über 65-Jährige. Kantone und Gemeinden können realweltliche Outcomes als zusätzlichen Qualitätsstandard

etablieren; dies würde dem Ziel der Ausrichtung des Gesundheitswesens an der funktionalen Fähigkeit entsprechen.

Für *Versorger* wäre die Konsequenz die Nutzung kontextualisierter *Gesundheitsprofile* in der Diagnostik. Die Ausbildung muss zukünftig sicherstellen, dass ExpertInnen vertraut sind mit der Ableitung und wissenschaftlichen Wirkungsprüfung von *Stabilisierungsinterventionen*. Sie müssen mit dem analytischen *Einbezug von Kontextdaten* in Diagnose und Versorgungsmonitoring und der Entwicklung und Nutzung von Behandlungsalgorithmen bei *komplexen Mehrfacherkrankungen* vertraut sein. Infrastrukturen für individuelle Datenkonten und Clinical Trial Center, die für die Sammlung und Nutzung von hochdichten Datensammlungen von Einzelpersonen zur Interventionstestung ausgestattet sind, sind ebenso erforderlich wie Kapazität zur regelmässigen Aufarbeitung des geschaffenen Wissens über die Wirksamkeit von Interventionen zur Förderung der funktionalen Fähigkeiten in der Bevölkerung.

Konsequenzen für ältere Menschen

Wenn die Stakeholder diese Konsequenzen ziehen, hat dies auch *Konsequenzen für ältere Menschen* selbst. Sie würden durch ein staatlich organisiertes System auch nach dem Überschreiten des 70. Lebensjahrs als heterogene Gruppe von Individuen mit ihren funktionalen Fähigkeiten und ihren Erkrankungen wahrgenommen. Damit wird ein *differenzierter Blick auf das Alter* etabliert und einer *Ausgrenzung* der Wahrnehmung von Ressourcen in dieser Altersgruppe vorgebeugt. Die Vermeidung dieser Ausgrenzung in der Wahrnehmung führt zu einer Gesundheitsversorgung, die systematisch und durchgehend, von Forschung bis zur Versorgung, sowohl die funktionalen Fähigkeiten als auch die Erkrankungen einer Person gleichzeitig berücksichtigt. In der Forschung ist eine Beteiligung von über 70-jährigen und multimorbiden Personen erforderlich, um die Lücke in der Repräsentation des gesunden Alterns zu schliessen und *Ungleichheit* in der digitalen Repräsentation Älterer entgegenzuwirken. Das Konzept des gesunden Alterns beinhaltet

auch, dass das gesunde Alter umso besser stabilisiert werden kann, je mehr Handlungsmöglichkeiten bestehen und genutzt werden können. Zusätzlich werden ältere Personen von Forschungssubjekten zunehmend zu PartnerInnen, die Gesundheitsdaten in hoher Qualität bereitstellen können. Diese *Partnerschaft* benötigt aber auch ein Engagement in Bildung und kritische digitale Kompetenzen. Hinzu kommt, dass die objektive Erfassung von situationssensitiven Gesundheits-Outcomes zukünftig zumindest teilweise durch die älteren Personen selbst erfolgen kann. Sie werden damit zu objektiv Beurteilenden der Qualität gesundheitlicher Versorgung anhand von realweltlichen Massen. Wie diese Rolle und Partnerschaft zukünftig gestaltet werden kann, wird eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Zukunftsmodellen erfordern. Dafür benötigt es geeignete unabhängige Gefässe.

Warum in gesundes Altern investieren?

Es liegt auf der Hand, dass die Konsequenzen, die sich aus der nationalen Selbstverpflichtung ergeben, nicht umsonst zu haben sind. Es benötigt nicht weniger als eine koordinierte nationale Initiative zur Schaffung der erforderlichen Infrastrukturen und zur Generierung einer kritischen Masse an komplementärer Forschungskompetenz, ein gezieltes Innovationsmanagement zwischen Grundlagenforschung, Versorgung und privatem Sektor, die Modernisierung von Ausbildung, die Entwicklung neuer Standards für die öffentliche Gesundheit sowie die Förderung von altersfreundlichen Umgebungen und Bildung im Alter.

Gewinne einer Investition in das gesunde Altern

Warum sollte man das als Investition betrachten? Weil diesen Kosten erhebliche Gewinne gegenüberstehen: Erstens übernimmt die Schweiz damit in einigen Bereichen der Gesundheitsforschung, der technologischen Entwicklung und der Entwicklung von Dienstleistungen wie im Bereich sozialer Innovation eine international sichtbare Vorreiterrolle. Dabei sind im Gesundheitsbereich durch Kontextualisierung und situationssensi-



tive Entscheidungs-Unterstützungssysteme gepaart mit durch Expertise informierte Interpretationssysteme (Martin et al. 2018) enorme Effizienzgewinne sowie realistischere Zielgrössenbemesungen möglich. Die Logik dahinter: Bei einem symptomorientierten Modell muss im Prinzip immer die Behandlung empfohlen werden, die für diese Erkrankung durchschnittlich die besten Effekte gezeigt hat. Die objektive Erfassung der funktionalen Fähigkeit in Kombination mit Krankheitsinformationen führt dazu, dass Behandlungen nur empfohlen werden, wenn diese mit der funktionalen Fähigkeit im Einklang stehen. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn die Entscheidung für eine Rückenoperation auch davon abhängig gemacht wird, welche Folgen diese für die Wiederherstellung der angestrebten Selbstständigkeit oder für die Möglichkeit der Ausübung eines geliebten Hobbies hat. Hier zeigen Beispiele, dass dies zu deutlich weniger Behandlungen führt, als wenn allein die Krankheitssymptomatik für die Operationsentscheidung herangezogen wird (van Bommel et al. 2015). Die Investition

in die Forschung zur besten Behandlung koordinationsintensiver multimorbider Erkrankungen würde zur Suche nach «Least Complex Interventions» führen und aus Sicht einzelner Symptome verschriebene, aber aus Sicht funktionaler Fähigkeit nicht erforderliche Behandlungen ersparen (Battegay 2014). Ein Effizienzgewinn im Gesundheitswesen von nur 1 % bedeutet in der Schweiz bei Gesamtkosten von 80 Mrd. CHF jährlich ca. 800 Mio. CHF; dieser Betrag würde für eine 10-Jahres-Investitions-Initiative bereits ausreichen. Auch der Wettbewerb um die Optimierung kontextualisierter Gesundheitszielgrössen führt nachweislich zu langfristig niedrigeren Kosten. Andere Effekte der Umsetzung einer nationalen Agenda liegen in der sozialen Innovation: Ohne Einbezug von über 70-Jährigen und ohne Einbezug der chronischen Multimorbidität in die Gesundheitsforschung, ohne gesamthafte Repräsentation auch der Ressourcen älterer Menschen in Leitinfrastrukturen der Gesundheitsversorgung und ohne niedrigschwellig zugängliche regulierte Bildungsangebote droht der Gesellschaft

eine zunehmende Ungleichheit zwischen Älteren und Jüngeren im relevanten Gesundheitswissen, in der Anerkennung von Produktivität älterer Menschen und in der Möglichkeit zum gut informierten und selbstverantwortlichen Handeln und Mitbestimmen. Die Diskussion über diese Investition muss dringend geführt werden; schliesslich hat sich die Schweiz schon vor einigen Jahren bei der Annahme des *Globalen Strategie- und Handlungsplans zum gesunden Altern* durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2017) zum Handeln verpflichtet und das WHO «Jahrzehnt des gesunden Alterns» 2020-2030¹ steht vor der Tür.

Literatur

- Battegay, E. (2014): Multimorbidität: eine Herausforderung der Neuzeit. SAMW Bulletin 4/2014: 1-4. www.tinyurl.com/yxebooyr, Zugriff 2.10.2019.
- BfS – Bundesamt für Statistik (2019): Lebenserwartung in der Schweiz 1998, 2008, 2018. www.tinyurl.com/y42tzg3t, Zugriff 27.09.2019.
- Boker, S. (2013): Selection, optimization, compensation and equilibrium dynamics. *Gerontopsych – The Journal of Gerontopsychology*



- and Geriatric Psychiatry 26(1): 61-73.
- Demiray, B./Mehl, M./Martin, M. (2018): Conversational time travel: Evidence of a retrospective bias in real life conversations. *Frontiers in Psychology* 9: 2160. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02160
- Fillekes, M.P./Giannouli, E./Zijlstra, W./Weibel, R. (2018): Towards a framework for assessing daily mobility using GPS. *GI Forum* 1: 177-186.
- Fingerman, K.L./Huo, M./Charles, S.T./Umberson, D.J. (2019): Variety is the spice of late life: Social integration and daily activity. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. DOI: 10.1093/geronb/gbz007
- Gerstorff, D./Ram, N./Hoppmann, C./Willis, S.L./Schaie, K.W. (2011): Cohort differences in cognitive aging and terminal decline in the Seattle Longitudinal Study. *Developmental Psychology* 47(4): 1026-1041.
- Martin, M. (2016): Funktionale Lebensqualität im Alter. S. 375-385 in: H.-P. Zimmermann/A. Kruse/T. Rentsch (Hrsg.), *Kulturen des Alterns: Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter*. Frankfurt: Campus.
- Martin, M./Schneider, R./Eicher, S./ Moor, C. (2012): The functional quality of life (fqol) model: A new basis for quality of life-enhancing interventions in old age. *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 25(1): 33-40.
- Pryce, H./Durand, M./Hall, A./Shaw, R./Culhane, B./Swift, S./Straus, J./Marks, E./Ward, M./Chilvers, K. (2018): The development of a decision aid for tinnitus. *International Journal of Audiology* 57(9): 714-719. DOI: 10.1080/14992027.2018.1468093
- Schaat, S./Koldrack, P./Yordanova, K./Kirste, T./Teipel, S. (2019): Real-time detection of spatial disorientations in persons with Mild Cognitive Impairments and dementia. *Gerontology*. DOI: 10.1159/000500971.
- Scott, I.A./Gray, L.C./Martin, J.H./Pillans, P.I./Mitchell, C.A. (2013): Deciding when to stop: Towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evidence Based Medicine* 18(4): 121-124.
- Seifert, A./Christen, M./Martin, M. (2018): Willingness of older adults to share mobile health data with researchers. *GeroPsych – The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 31(1): 41-49. DOI: org/10.1024/1662-9647/a000181
- Seyfert-Margolis, V. (2018): The evidence gap. *Nature Biotechnology* 36: 228-232. www.doi.org/10.1038/nbt.4097
- van Bommel, C./van Dijk, W./van Leersum, N./Tollenaar, R./Wouters, M. (2015): Reducing healthcare costs facilitated by surgical auditing: A systematic review. *World Journal of Surgery*. DOI 10.1007/s00268-015-3005-9
- van Haitsma, K.S./Curyto, K./Abbott, K.M./Towsley, G.L./Spector, A./Kleban, M. (2015): A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 70(1): 35-45.
- WHO – World Health Organization (2017): *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: WHO. www.tinyurl.com/y63cdaur, Zugriff 07.10.2019..
- WHO – World Health Organization (2015): *World Report on Aging and Health*. Geneva: WHO. www.tinyurl.com/y8mxb29d, Zugriff 07.10.2019.

Endnoten

- ¹ Vgl. Draft der WHO «Decade of healthy ageing 2020-2030»: www.tinyurl.com/yyrdjsdx, Zugriff 27.09.2019.
- ² «Functional ability is about having the capabilities that enable all people to be and do what they have reason to value», www.tinyurl.com/y4b98ydn, Zugriff 07.10.2019.
- ³ Website der Akademie der Wissenschaften Schweiz: www.tinyurl.com/ybbq96bp, Zugriff 27.09.2019.