UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Alter & Gesundheit

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)

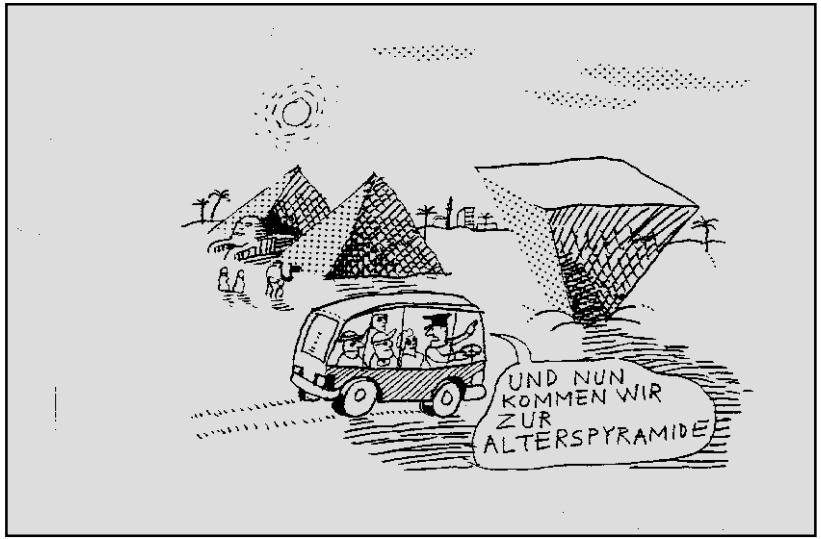
23. Rehabilitationswissenschaftliches Symposium „Gesünder Altern“
4.11.2022 Leipzig

SILVER SOCIETY GERMANY – WENIGE FAKTEN

Die **absolute Zahl der über 67-Jährigen steigt** weiter an: Von 15,9 Millionen im Jahr 2018 wird die Zahl auf über **20 Millionen im Jahr 2060** zunehmen.

Der **relative Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung nimmt zu**: Von heute von 2018 etwa 19 % auf 24 % **bis zu 30 % im Jahr 2060**.

Der **Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung steigt** an: Von 6 % im Jahr 2018 wird er sich auf 9 % bis **13 % im Jahre 2060 vergrößern**.



WANN IST MAN ALT?

Drittes und Viertes Lebensalter

Alters-abschnitt	Alter	Bezeichnung (synonyme Verwendung)
Alter	65 Jahre und älter	alte Menschen, ältere Menschen
drittes Lebensalter	65 bis unter 85 Jahre	junge Alte
viertes Lebensalter	85 Jahre und älter	sehr alte Menschen, alte Alte, Hochaltrige, Hochbetagte

Alter
Abschnitt im Lebensverlauf

Altern: individuelle Veränderungsprozesse über die Lebensspanne

Altern biologisch:
- Auswirkungen der Anhäufung von molekularen und zellulären Schäden im Laufe der Zeit.
- allmählichen Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
- wachsendes Risiko für Krankheiten und Tod.

Aber:
Diese Veränderungen sind weder linear noch konsistent, und sie sind nur lose mit dem Alter einer Person in Jahren verbunden.

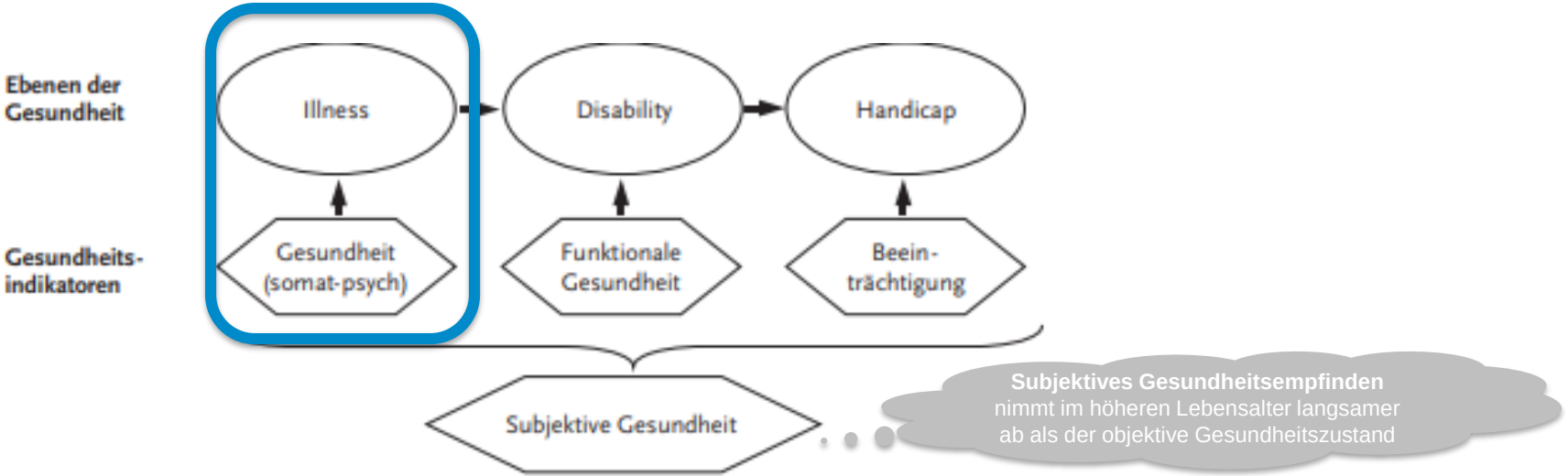
;
Böhm, K. et al (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. Doi: 10.1007/978-3-531-92004-7_31.

GESUNDHEIT WIRD MIT DEM ALTER IMMER WICHTIGER

Rangfolge der vier wichtigsten Themenbereiche nach Alter 2002
Quelle: Alterssurvey, Basisstichprobe 2002,

40–54 Jahre	55–64 Jahre	65–74 Jahre	75–84 Jahre
1. Sicherheit der Familie, Sorge um die Angehörigen	1. Sicherheit der Familie, Sorge um die Angehörigen	1. Sicherheit der Familie, Sorge um die Angehörigen	**1. Gesundheit**
2. harmonische Partnerschaft	2. geistige Leistungsfähigkeit	**2. Gesundheit**	2. Sicherheit der Familie, Sorge um die Angehörigen
3. geistige Leistungsfähigkeit	3. harmonische Partnerschaft	3. geistige Leistungsfähigkeit	3. geistige Leistungsfähigkeit
4. berufliche Tüchtigkeit, beruflicher Erfolg	**4. Gesundheit**	4. Einfühlungsvermögen, mitfühlendes Verständnis	4. Einfühlungsvermögen, mitfühlendes Verständnis

DIMENSIONEN VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT



Böhm, K. et al (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. Doi: 10.1007/978-3-531-92004-7_31.

ALTER = KRANKHEIT?

Bei älteren Menschen liegen die Prävalenz- und Inzidenzraten in den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen.

Die häufigsten somatischen Erkrankungen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- chronische Lungenerkrankungen
- Muskel- und Skelettkrankheiten
- Diabetes

Die häufigsten psychischen Erkrankungen

- Demenzen
- Depressionen

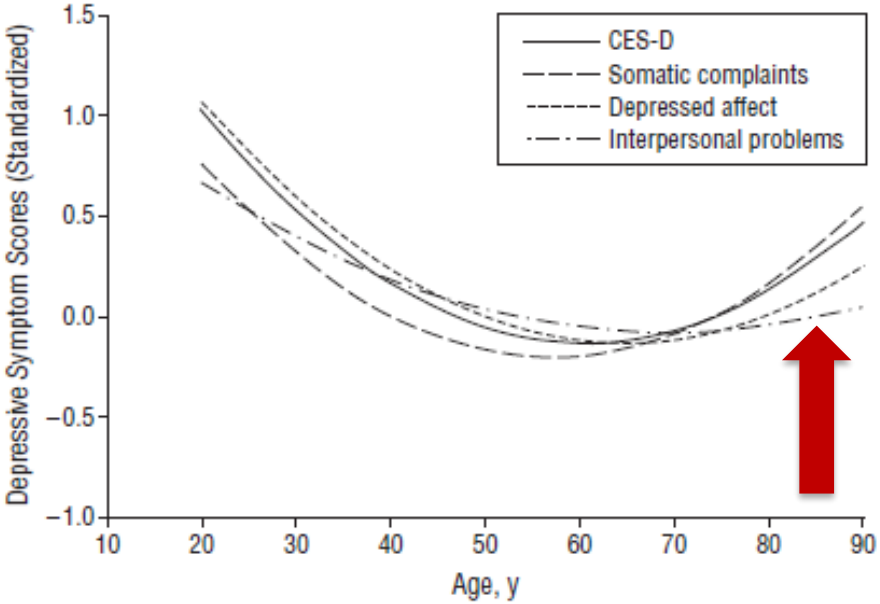
Multimorbidität

Gleichzeitiges Auftreten bzw. Bestehen mehrerer Krankheiten bei einem Menschen

	Altersgruppe	♀ in %	♂ in %
≥ 2 chron. Erkrankungen	65-74	75,8	68.,0
	Ab 75	81,7	74,2
> 5 chron. Erkrankungen	65-74	27,3	19,6
	Ab 75	34,6	35,9

Fuchs J, Busch M, Lange C et al. (2012) Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 55(4):576-586

PSYCHISCH: DEPRESSION IM ALTER



Sutin et al., 2013

Metaananlyse:

17% aller Senioren über 75 leiden an einer depressiven Symptomatik.
7% an einer depressiven Störung.
Entwicklung über die Lebensspanne eher u-förmig.

Luppa M et al. J Affect Disord. 2012 Feb;136(3):212-21

.

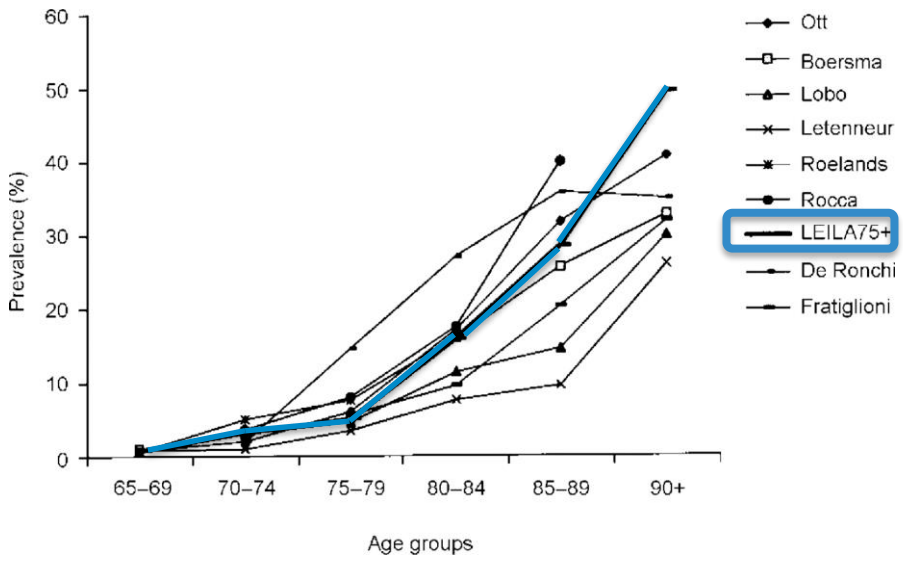
Empirische Ergebnisse eigener Studien

Leila75+: 14.5%(95%CI:12-17%)

Weyerer S et al. Journal of Affective Disorders, 2008, 111, 153-163.

PSYCHISCH: DEMENZ IM ALTER

Altersspezifische Prävalenz nach DSM-II-R

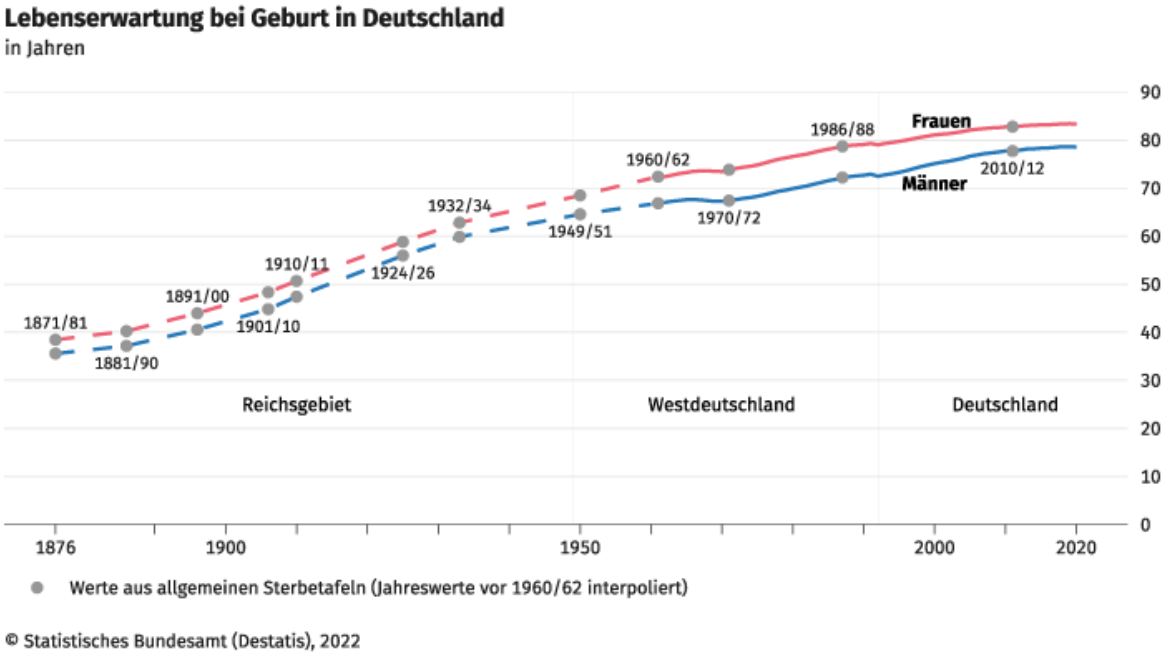


Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (Leila75+)

n=1692
75+
Stichprobe: bevölkerungsrepräsentativ

Riedel-Heller SG, Busse A, Aurich C, Matschinger H, Angermeyer MC. Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) Part 1. Br J Psychiatry. 2001 Sep;179:250-4.

WIR WERDEN ÄLTER - (ÜBER)LEBEN WIR GESÜNDER?



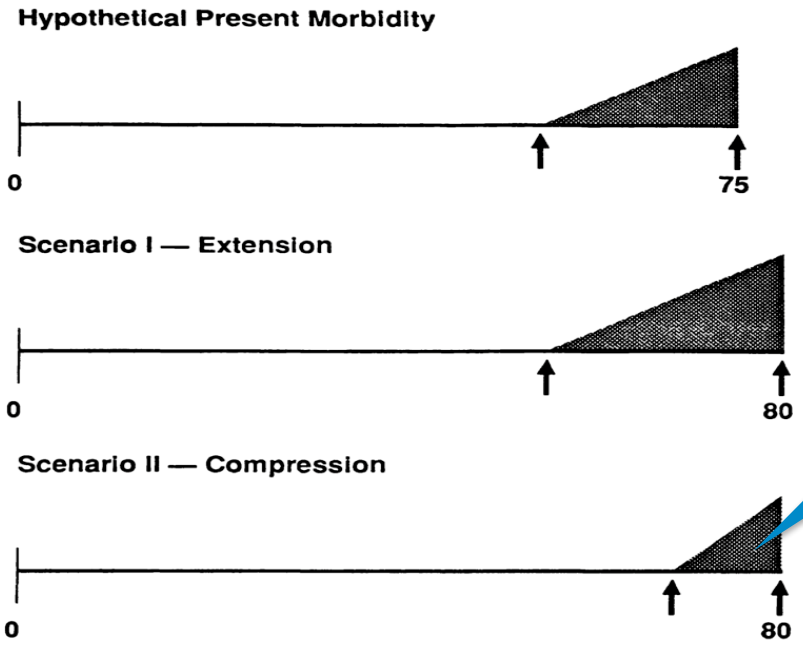
Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug im **Jahr 2021 für neugeborene Mädchen 83,2 Jahre** und für neugeborene **Jungen 78,2** Jahre.

Die Lebenserwartung von Neugeborenen im Vergleich zum letzten Vorpandemiejahr 2019 verringert: Bei Jungen um 0,6 Jahre, bei Mädchen um 0,4 Jahre.

(Zugriff 20.09.2022)
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html;jsessionid=8EB65915AF0D15265E7CE724C4807C6F.live712#sprg229094

WIR WERDEN ÄLTER - (ÜBER)LEBEN WIR GESÜNDER?

KOMPRESSION ODER EXPANSION DER MORBIDITÄT



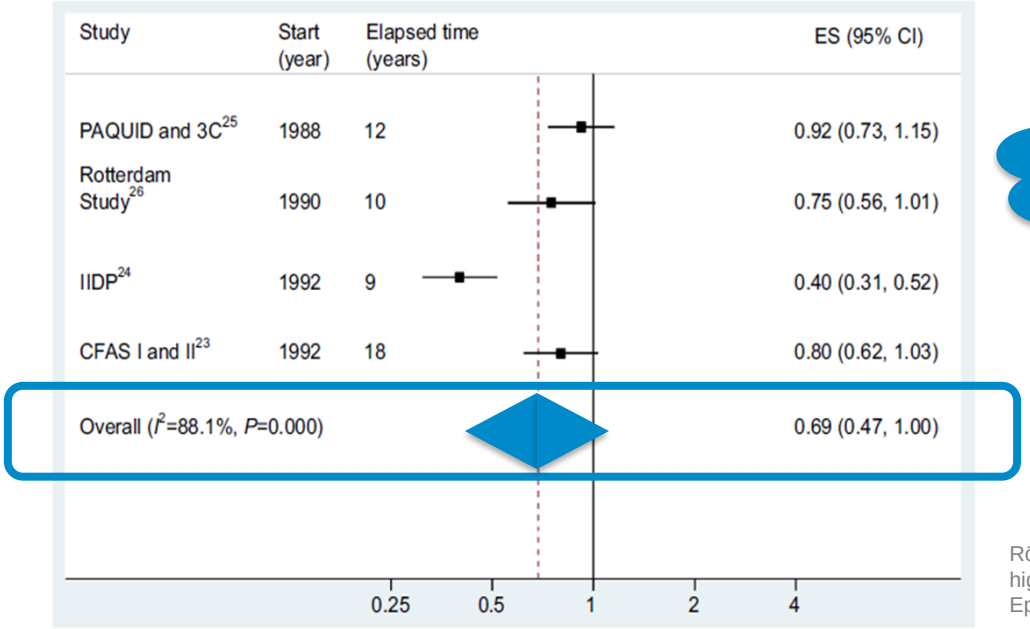
Hinweise aus dem DEAS:
Trotz des insgesamt höheren Krankheitsvorkommens im Alter hat der Anteil an Personen mit guter funktionaler Gesundheit bei den über 65jährigen zwischen 2008 und 2014 zugenommen.

Wolff J. K., Nowossadeck, S., & Spuling, S. M. (2017) Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson J., Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Altern im Wandel, (S. 125-137). Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA).

Fries JF, Bruce B, Chakravarty E. Compression of morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress. J Aging Res. 2011;2011:261702.

WIR WERDEN ÄLTER - (ÜBER)LEBEN WIR GESÜNDER?

SINKENDE NEUERKRANKUNGSRATE FÜR DEMENZEN IN WESTLICHEN INDUSTRIENATIONEN



Gründe?
Bessere Bildung, besseres kardio-vaskuläres Management werden diskutiert……

Intensive Forschung zu modifizierbaren Risikofaktoren

Röhr S, Pabst A, Luck T, Riedel-Heller SG: Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. Clinical Epidemiology 2018:1233—1247

WIE KANN MAN DAS GESUNDE (ÜBER)LEBEN BEFÖRDERN? VOM RISIKOFAKTOR ZU PRÄVENTION

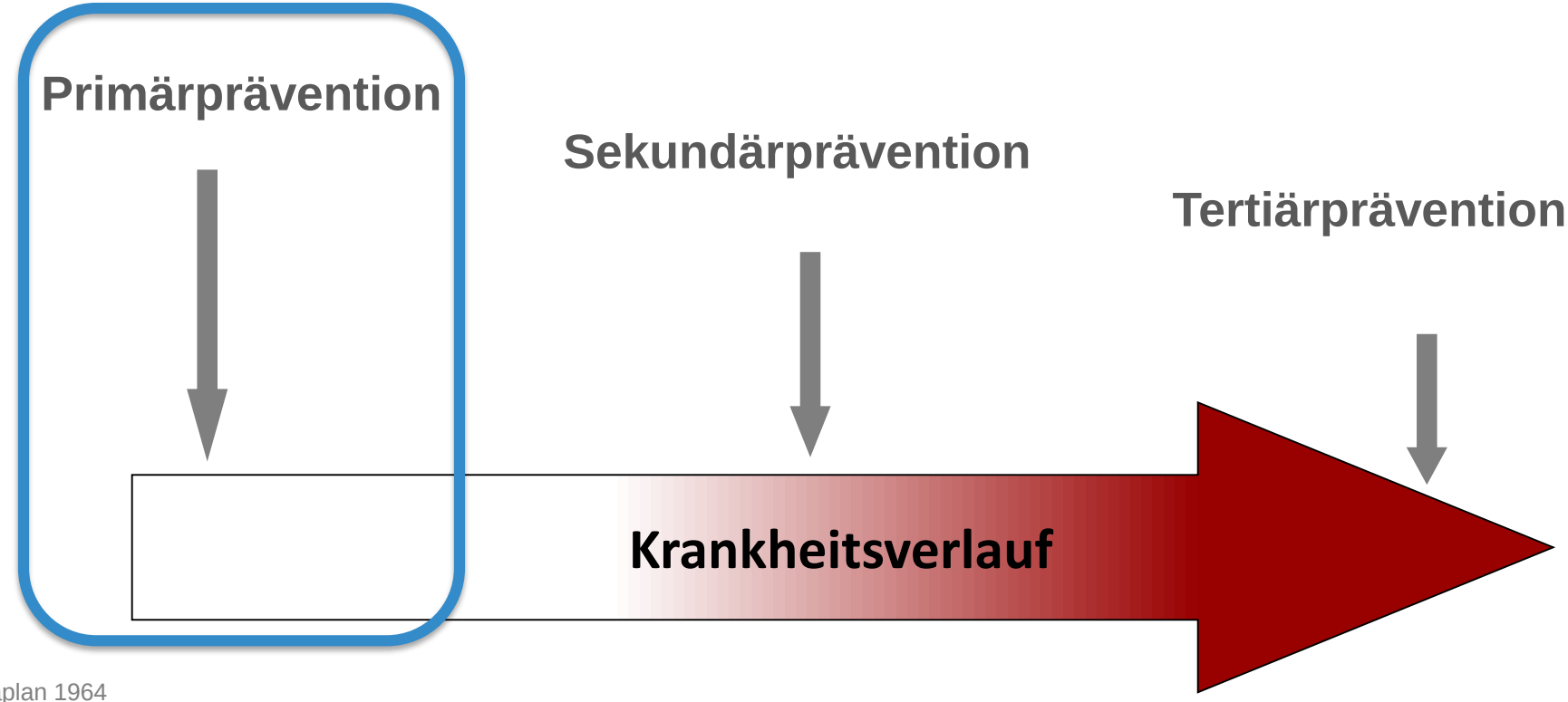
Modifizierbare Risiko- und Schutzfaktoren erkennen

Präventive Interventionen entwickeln, testen und verbreiten

Public Health Maßnahmen ergreifen

Kohortenstudien:
d.h. eine große Zahl von Personen werden über einen langen Zeitraum beobachtet

PRÄVENTIONSFORMEN



Caplan 1964

PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Pathogenese

Prävention
Reduktion von Risikoverhalten & Risikofaktoren in Person und Umwelt

Gesundheitsförderung
Stärkung von Ressourcen/Schutzfaktoren & Gesundheitsfördernde Umwelten

Salutogenese

Gesundheits-gewinn

- **Mortalität**
- **Morbidität**
- **Lebensqualität**

BEISPIEL 1 : DEMENZPRÄVENTION

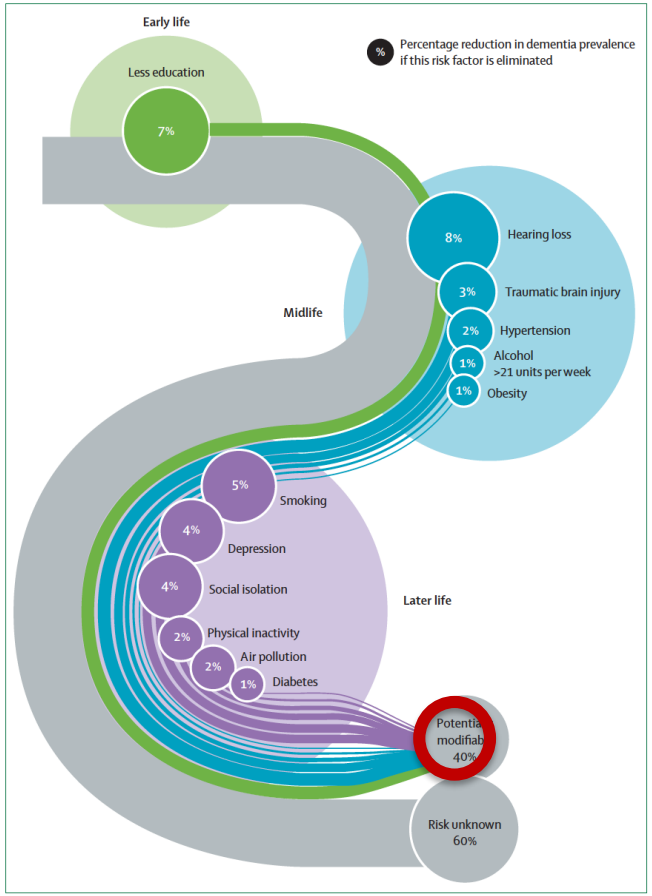


Figure 7: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

WISSENSEXPLOSION: MODIFIZIERBARE RISIKOFAKTOREN

Datengrundlage:

Kohortenstudien

- große Stichproben
- initial demenzfreie Studienteilnehmer
- lange Zeiträume
- Lebensstilfaktoren & subsequente Demenzentwicklung/ cognitive decline

Metaanalysen von Kohortenstudien

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission
Lancet. 2020 8-14 August; 396(10248): 413–446.

BEVÖLKERUNGSSTUDIEN IN LEIPZIG

LEILA 75+

Bevölkerungsrepräsentative Studie (Leipzig)

Baseline n = 1.265 | 1.FUP | 2.FUP | 3.FUP | 4.FUP | 5.FU

+ Angehörigeninterviews

1997 | 2000 | 2003 | 2006 | 2013

AgeCoDe/AgeQualiDe (75+)

Versorgungsbasierte Studie (Hamburg, Düsseldorf, Bonn, Mannheim, München, Leipzig)

Baseline n = 3.327 | 1.FUP | 2.FUP | 3.FUP | 4.FUP | 5.FUP | 6.FUP | 7.F

+ Angehörigeninterviews
+ Hausarztinformationen
+ Blutsamples

2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015

LIFE (40+)

Bevölkerungsrepräsentative Studie (Leipzig)

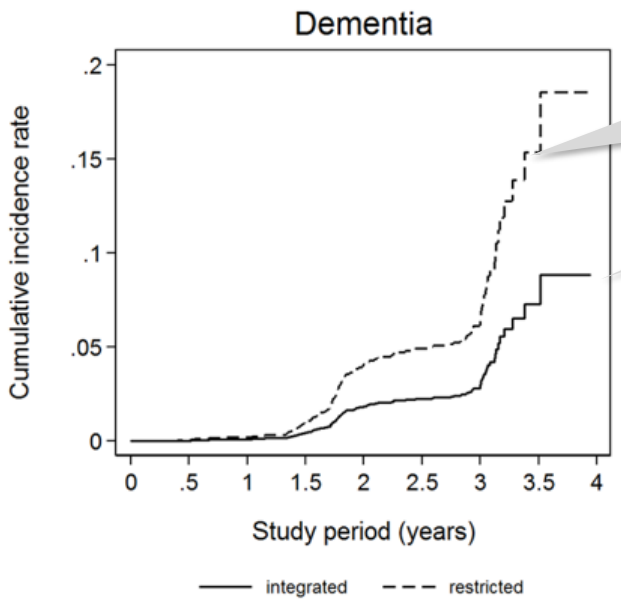
Baseline n = 10.000 | 1.FUP

+ tiefe Phänotypisierung

2011 | 2013 | 2015 | 2017 | 2019

SOZIALES EINGEBUNDENSEIN SCHÜTZT VOR DEMENZ (LEILA75+)

Sozialer Netzwerktyp und subsequente Demenz

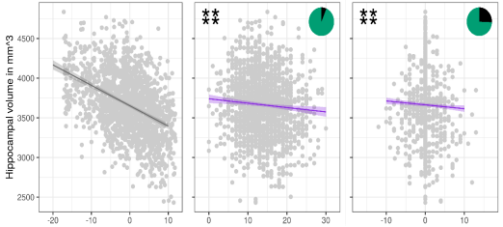


Datenbasis: LEILA75+,
n=1015 75+ ohne Demenz zur Baseline,
Netzwerkerfassung: PANT

Rodriguez FS, Pabst A, Luck T, König HH, Angermeyer MC, Witte AV, Villringer A, Riedel-Heller SG. Social Network Types in Old Age and Incident Dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2018 Jul;31(4):163-170.
Röhr S, Löbner M, Gühne U, Heser K, Kleineidam L, Pentzek M, Fuchs A, Eisele M,.., Weyerer S, Werle J, Bickel H, Weeg D, Maier W, Scherer M, Wagner M, Riedel-Heller SG. Changes in Social Network Size Are Associated With Cognitive Changes in the Oldest-Old. Front Psychiatry. 2020 May 4;11:330.

SOZIALE ISOLATION UND DAS ALTERNDE GEHIRN
„MAN SIEHT ES!“

LIFE-Adult: 3T MRT-Studie
Alter > 50 y, n = 1218 Baseline, n = 470 Follow-Up,
Soziale Isolation (LSNS), kognitive Leistung (CERAD, TMT)



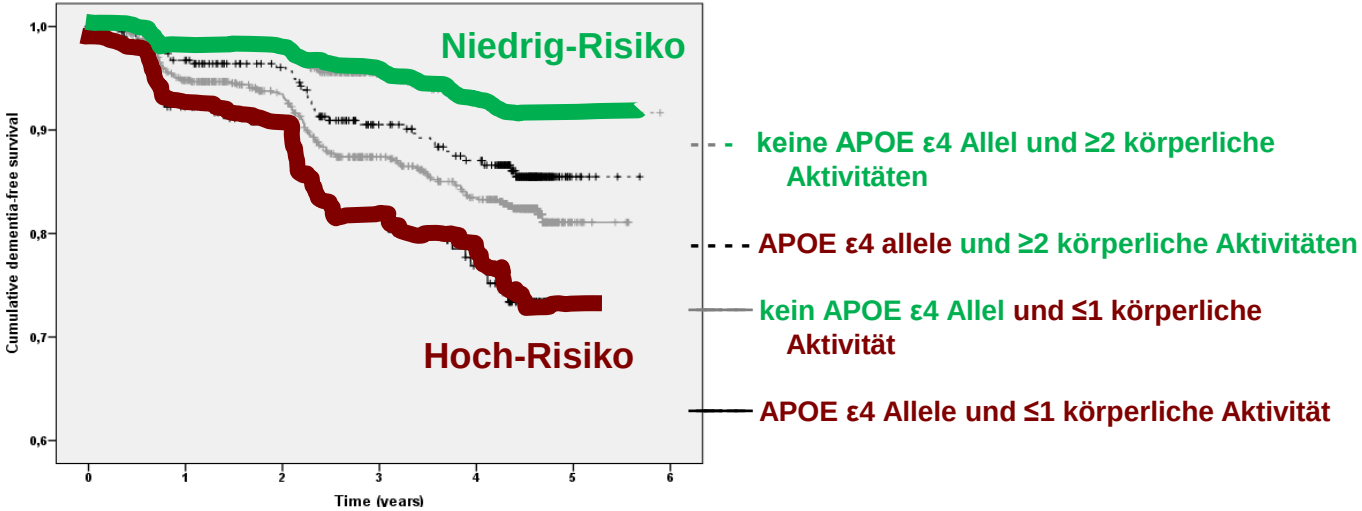
Eine **stärkere soziale Isolation in der Baseline** ist signifikant mit kleineren Hippocampusvolumen (β = -5,5 mm3/LSNS-Punkt(pt), FDR q = 0,004, BF = 14,6) und geringeren kognitiven Funktionen (alle β < -0,014 SD/pt, FDR q < 0,003, BF > 49) assoziiert.
Zunehmende soziale Isolation im Laufe der Zeit war mit einer Abnahme des Hippocampusvolumens verbunden (β = -4,9 mm3/pt, FDR q =0,01, BF = 2,9) und schlechteren Gedächtnisleistungen (β = -0,013 SD/pt, FDR q = 0,04, BF = 1,1).

Soziale Isolation trägt zu einer kortikalen und hippocampalen Atrophie und subtilem kognitiven Abbau bei nicht dementen Erwachsenen im mittleren bis späten Lebensalter bei.

Lammer L, Beyer F, Luppa M, Sander C, Baber R, Engel C, Wirkner K, Loeffler M Riedel-Heller SG, Villringer A, Witte AV Social isolation and the aging brain
Social isolation is linked to declining grey matter structure and cognitive functions in the LIFE-Adult panel study medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267787

KÖRPERLICHE AKTIVTITÄT KANN EIN GENETISCHES RISIKO “WETTMACHEN”

Kaplan-Meier Kurve demenzfreier Lebenszeit nach APOE ε4 Status und körperlicher Aktivität (AgeCoDe-Studie)

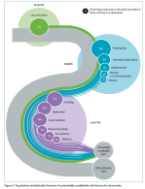


Log Rank: $\chi^2 = 64.262$, df = 3, $p < 0.001$

Luck T, Riedel-Heller SG et al. Psychol Med. 2014 Jul 24:1-11.

STIMULATION VON PRÄVENTION

Wissensexplosin zu modifizierbaren Risikofaktoren



Public Health-Strategien

Multikomponenten-Interventionen

RCT

VOM RISIKOFAKTOR ZUM PRÄVENTIONSPROGRAMM

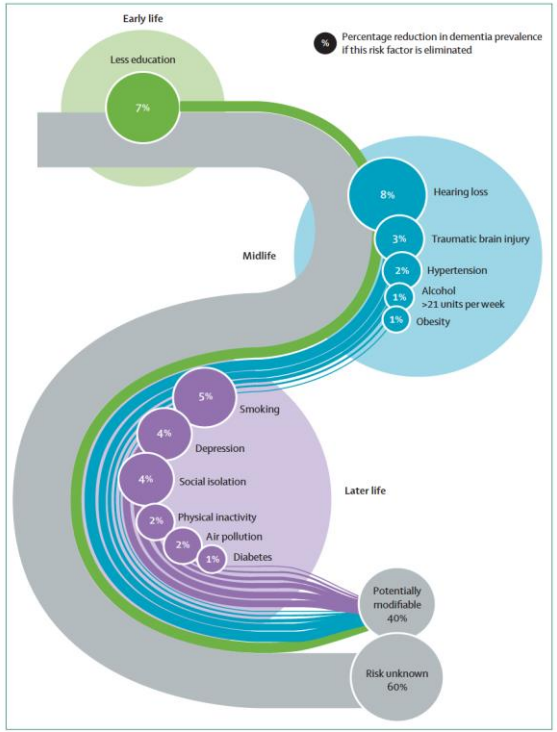
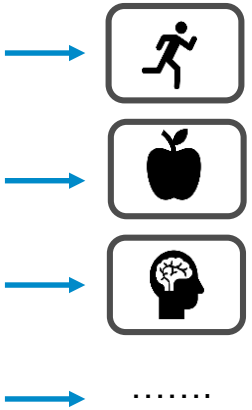


Figure 7: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

Gill Livingston, et al **Lancet. 2020**

Einzelne Interventions-studien



Multi-Komponenten-Interventionen

Multi-komponenten-Interventionen

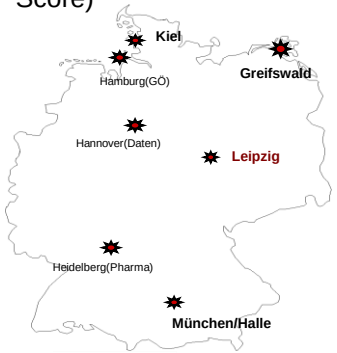
RCTs

Vorreiter: FINGER-Studie Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (Ngandu et al., 2015)

AGEWELL.DE-STUDIE
EINE MULTIKOMPONENTENINTERVENTION (C-RCT) FÜR RISIKOPERSONEN IM HAUSARZT-SETTING

Wer?

60-77jährige Allgemeinarztpatienten Risikogruppe (CAIDE-Score)



Bundesministerium für Bildung und Forschung

Was?

- Ernährungsberatung
- Erhöhung körperlicher Aktivität
- Kognitives Training
- Förderung sozialer Aktivität
- Intervention bei Trauer & depressiver Symptomatik
- Optimierung der Medikation

International Journal of *Environmental Research and Public Health* — MDPI

Article

Recruitment and Baseline Characteristics of Participants in the AgeWell.de Study—A Pragmatic Cluster-Randomized Controlled Lifestyle Trial against Cognitive Decline

Susanne Röhr [1,2,*,†], Andrea Zülke [1,†], Melanie Luppa [1], Christian Brettschneider [3], Marina Weißenborn [4], Flora Kühne [5], Isabel Zöllinger [5], Franziska-Antonia Zora Samos [6], Alexander Bauer [6], Juliane Döhring [7], Kerstin Krebs-Hein [7], Anke Oey [8], David Czock [4], Thomas Frese [6], Jochen Gensichen [5], Walter E. Haefeli [4], Wolfgang Hoffmann [9,10], Hanna Kaduszkiewicz [7], Hans-Helmut König [3], Jochen René Thyrian [9,10], Birgitt Wiese [8] and Steffi G. Riedel-Heller [1]

1 Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health (ISAP), Medical Faculty University of Leipzig, 04103 Leipzig, Germany; andrea.zuelke@medizin.uni-leipzig.de (A.Z.); melanie.luppa@medizin.uni-leipzig.de (M.L.); Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de (S.G.R.-H.)
2 Global Brain Health Institute (GBHI), Trinity College Dublin, D02 PN40 Dublin, Ireland
3 Department of Health Economics and Health Services Research, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg, Germany; c.brettschneider@uke.de (C.B.); h.koenig@uke.de (H.-H.K.)
4 Department of Clinical Pharmacology and Pharmacoepidemiology, University Hospital Heidelberg, 69120 Heidelberg, Germany; marina.weissenborn@med.uni-heidelberg.de (M.W.); david.czock@med.uni-heidelberg.de (D.C.); walter.emil.haefeli@med.uni-heidelberg.de (W.E.H.)
5 Institute of General Practice/Family Medicine, University Hospital of LMU Munich, 80336 Munich, Germany; flora.kuehne@med.uni-muenchen.de (F.K.); isabel.zoellinger@med.uni-muenchen.de (I.Z.); Jochen.Gensichen@med.uni-muenchen.de (J.G.)
6 Institute of General Practice and Family Medicine, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale), Germany; franziska.samos@medizin.uni-halle.de (F.-A.Z.S.); alexander.bauer@medizin.uni-halle.de (A.B.); thomas.frese@uk-halle.de (T.F.)
7 Institute of General Practice, University of Kiel, 24105 Kiel, Germany; j.doehring@allgemeinmedizin.uni-kiel.de (J.D.); kkh@allgemeinmedizin.uni-kiel.de (K.K.-H.); kaduszkiewicz@allgemeinmedizin.uni-kiel.de (H.K.)
8 Institute for General Practice, Work Group Medical Statistics and IT-Infrastructure, Hannover Medical School, 30625 Hannover, Germany; oey.anke@mh-hannover.de (A.O.); wiese.birgitt@mh-hannover.de (B.W.)
9 Institute for Community Medicine, University Medicine Greifswald, 17489 Greifswald, Germany; wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de (W.H.); rene.thyrian@dzne.de (J.R.T.)
10 German Center for Neurodegenerative Diseases (DZNE), Site Rostock/Greifswald, 17489 Greifswald, Germany
* Correspondence: susanne.roehr@medizin.uni-leipzig.de; Tel.: +49-341-9724568; Fax: +49-341-9724569
† These two authors contributed equally.

check for updates

Citation: Röhr, S.; Zülke, A.; Luppa, M.; Brettschneider, C.; Weißenborn, M.; Kühne, F.; Zöllinger, I.; Samos, F.Z.; Bauer, A.; Döhring, J.; et al. Recruitment and Baseline Characteristics of Participants in the AgeWell.de Study—A Pragmatic Cluster-Randomized Controlled Lifestyle Trial against Cognitive Decline. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, *18*, 408. https://doi.org/10.3390/ijerph18020408

Received: 25 November 2020

Stand?

rekrutiert n=1174
5/2018
Baseline **n=1030**
8/2018-11/2019

Follow-up
09/2020-11/2021
Ergebnisse
Ende 2022

Zülke A, Luck T, Pabst A, Hoffmann W, Thyrian JR, Gensichen J, Kaduszkiewicz H, König HH, Haefeli WE, Czock D, Wiese B, Frese T, Röhr S, Riedel-Heller SG. AgeWell.de - study protocol of a pragmatic multi-center cluster-randomized controlled prevention trial against cognitive decline in older primary care patients. BMC Geriatr. 2019 Aug 1;19(1):203..

AGEWELL.DE-INTERVENTIONEN

Interventionsbausteine

- Ernährungsberatung
- Erhöhung körperlicher Aktivität
- Kognitives Training
- Erhöhung sozialer Aktivität
- Intervention bei Trauer & depressiver Symptomatik
- Optimierung der Medikation

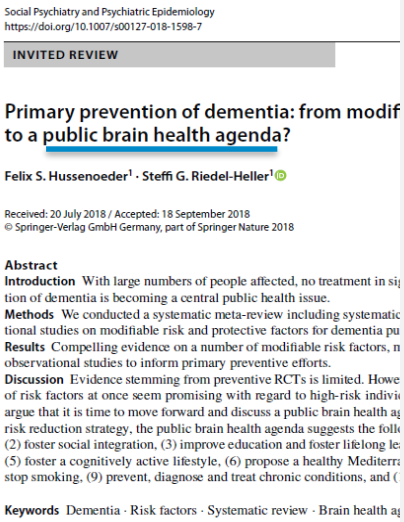
● Übungen zur Förderung von Kraft, Koordination und Beweglichkeit (von den Proband/innen zu Hause ausgeführt)
● individuelle Planung von Ausdaueraktivitäten
● **Schrittzähler**

NEURONATION

● Kognitives Training mit der App "**NeuroNation**" © auf Tablet-PCs;
● Hinweise und Empfehlungen zur Bedeutung kognitiver Aktivität im Alltag

Optimierung der Medikation, insbesondere im Hinblick auf Arzneimittel mit anticholinergen Nebenwirkungen, RR und Diabetes-Einstellung; standardisiertes Feedback an den Hausarzt/die Hausärztin

PUBLIC HEALTH STRATEGIEN I



Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
https://doi.org/10.1007/s00127-018-1598-7

INVITED REVIEW

Primary prevention of dementia: from modif
to a public brain health agenda?

Felix S. Hussenoeder[1] · Steffi G. Riedel-Heller[1]

Received: 20 July 2018 / Accepted: 18 September 2018
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2018

Abstract
Introduction With large numbers of people affected, no treatment in si
tion of dementia is becoming a central public health issue.
Methods We conducted a systematic meta-review including systematic
tional studies on modifiable risk and protective factors for dementia pu
Results Compelling evidence on a number of modifiable risk factors, n
observational studies to inform primary preventive efforts.
Discussion Evidence stemming from preventive RCTs is limited. Howe
of risk factors at once seem promising with regard to high-risk indivi
argue that it is time to move forward and discuss a public brain health a
risk reduction strategy, the public brain health agenda suggests the foll
(2) foster social integration, (3) improve education and foster lifelong le
(5) foster a cognitively active lifestyle, (6) propose a healthy Mediterra
stop smoking, (9) prevent, diagnose and treat chronic conditions, and (

Keywords Dementia · Risk factors · Systematic review · Brain health a

Public Brain Health Agenda (Hussenoeder & Riedel-Heller, 2018)

1. Körperliche Aktivität erhöhen
2. Soziale Integration fördern
3. Bildung verbessern und lebenslanges Lernen fördern
4. Mental anregende Arbeitsplätze schaffen
5. Einen kognitiv aktiven Lebensstil fördern
6. Empfehlung einer gesunde mediterranen Ernährung
7. Alkoholkonsum reduzieren
8. Mit dem Rauchen aufhören
9. Prävention, Diagnostik und Behandlung chronischer Erkrankungen
10. Anticholinerge Medikamente bei Personen im höheren Lebensalter reduzieren

Röhr S, Riedel-Heller SG. Viel Luft nach oben: Verhältnis- und Verhaltensprävention von kognitiven Störungen und Demenz aus Public-Health-Perspektive. Psychiatr Prax. 2021 Nov;48(8):391-394.
Hussenoeder FS, Riedel-Heller SG. Primary prevention of dementia: from modifiable risk factors to a public brain health agenda? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018 Dec;53(12):1289-1301.

PUBLIC HEALTH-STRATEGIEN II

– WHO 2019 Guidelines for **Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia**

Körperliche Aktivität: min. 150 Min./Woche moderat oder 75 min intensiv für 65+ Jährige

3. EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS 12

3.1 Physical activity interventions ..... 13 ★

3.2 Tobacco cessation interventions ..... 16 ★

3.3 Nutritional interventions 18

3.4 Interventions for alcohol use disorders..... 22

3.5 Cognitive interventions 25

3.6 Social activity 27

3.7 Weight management 29

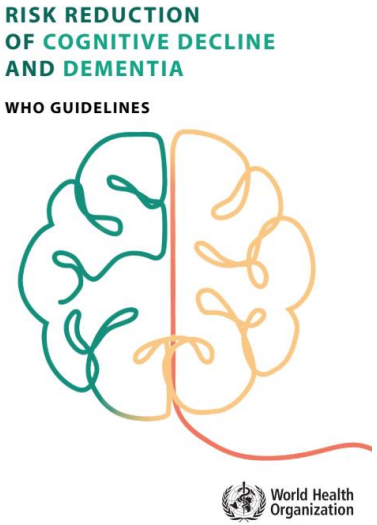
3.8 Management of hypertension ..... 32 ★

3.9 Management of diabetes..... 35

3.10 Management of dyslipidaemia 38

3.11 Management of depression 40

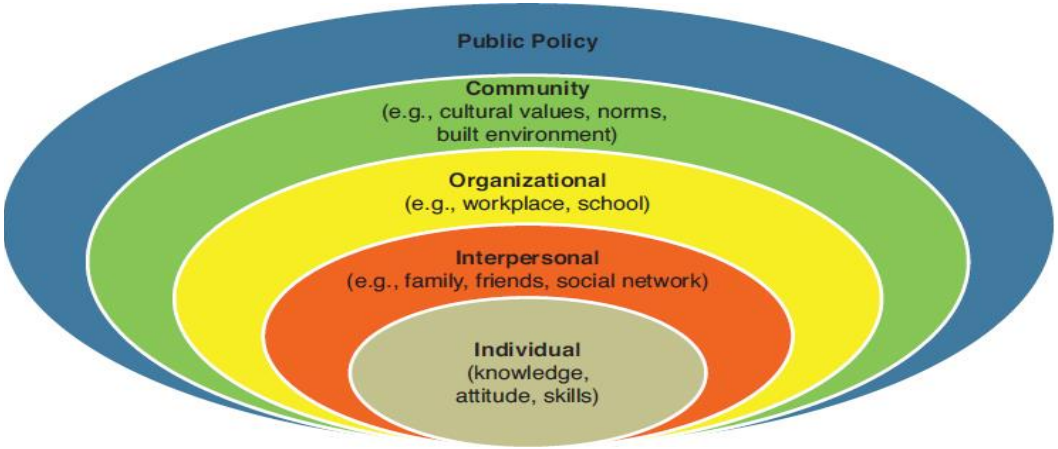
3.12 Management of hearing loss 43



★ Starke Empfehlung

VERHALTENS- UND VERHÄLTNISPRÄVENTION?

- Körperliche Aktivität erhöhen
- Soziale Integration fördern
- Bildung verbessern und lebenslanges Lernen fördern
- Einen kognitiv aktiven Lebensstil fördern
- Mental anregende Arbeitsplätze schaffen
- Empfehlung einer gesunden mediterranen Ernährung
- Alkoholkonsum reduzieren
- Mit dem Rauchen aufhören
- Prävention, Diagnostik und Behandlung chronischer Erkrankungen
- Anticholinerge Medikamente bei Personen im höheren Lebensalter reduzieren

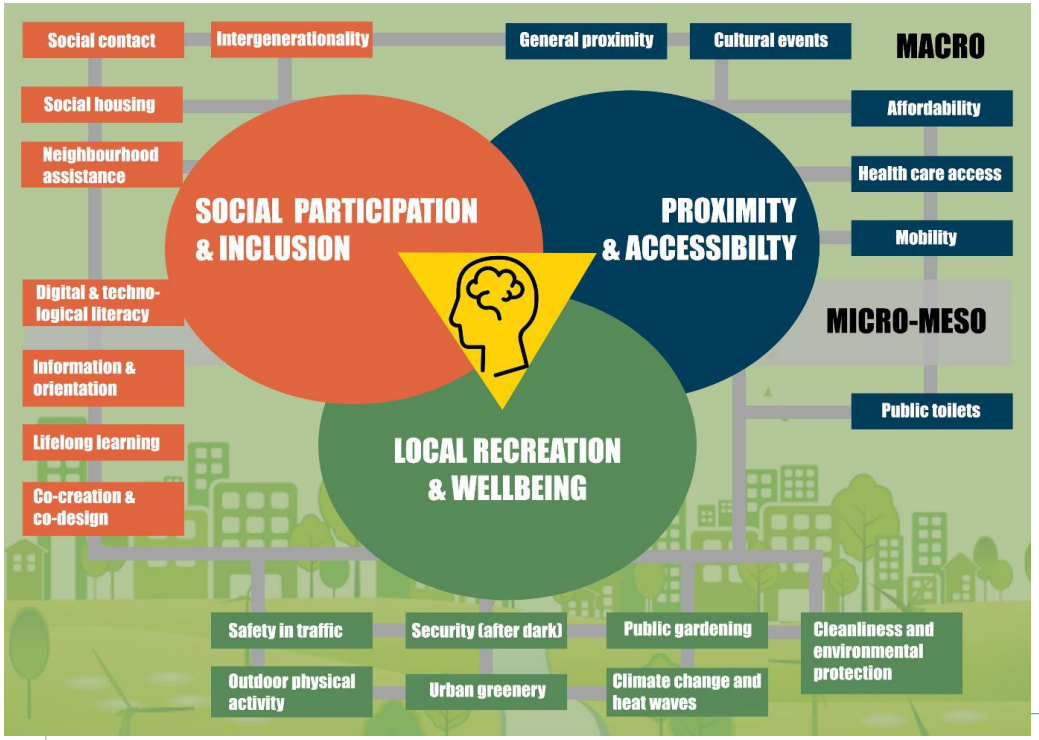


Sozio-ökologisches Modell als Rahmenkonzept für die Prävention (Verhaltens- und Verhältnisprävention)

Hussenoeder FS, Riedel-Heller SG. Primary prevention of dementia: from modifiable risk factors to a public brain health agenda? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(12):1289-1301. doi:10.1007/s00127-018-1598-7

PUBLIC-HEALTH-STRATEGIEN: VERHÄLTNISPRÄVENTION

WIE KÖNNEN STÄDTISCHE UMGEBUNGEN DIE DEMENZPRÄVENTION UNTERSTÜTZEN?

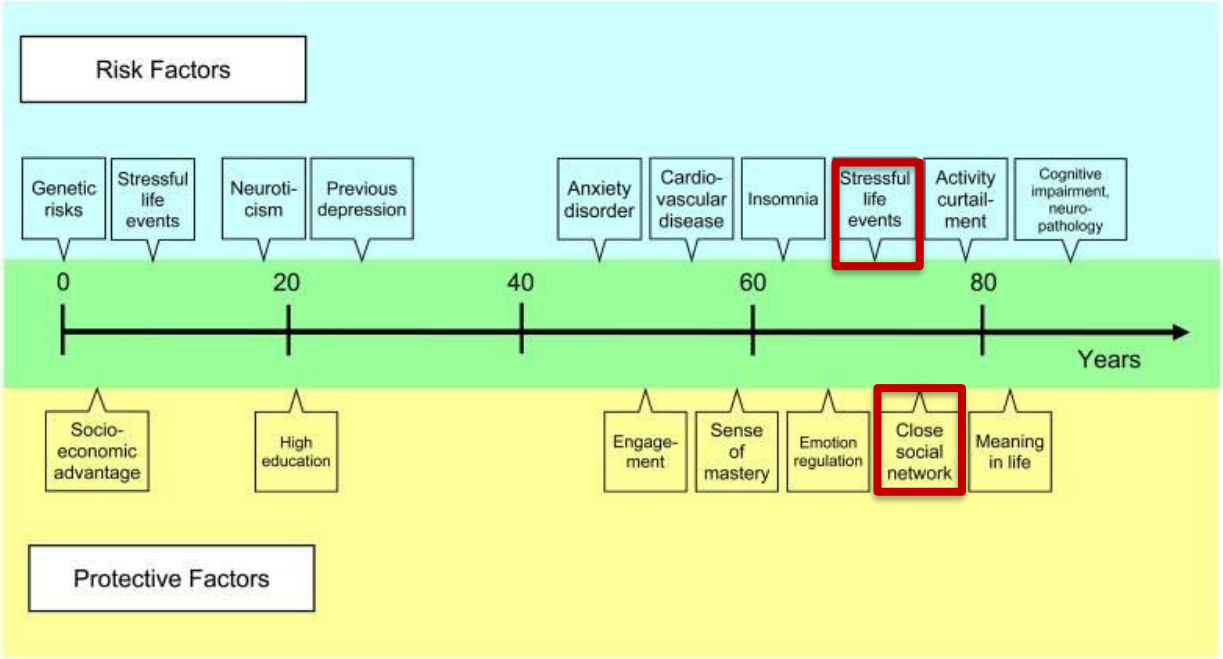


Datengrundlage:
Qualitative Interviews mit älteren Menschen und Stakeholdern

Röhr S, Rodriguez FS, Siemensmeyer R, Müller F, Romero-Ortuno R, Riedel-Heller SG. How can urban environments support dementia risk reduction? A qualitative study. Int J Geriatr Psychiatry. 2021 Sep 27. doi: 10.1002/gps.5626. Epub ahead of print.

BEISPIEL 2
PRÄVENTION DER DEPRESSION IM ALTER

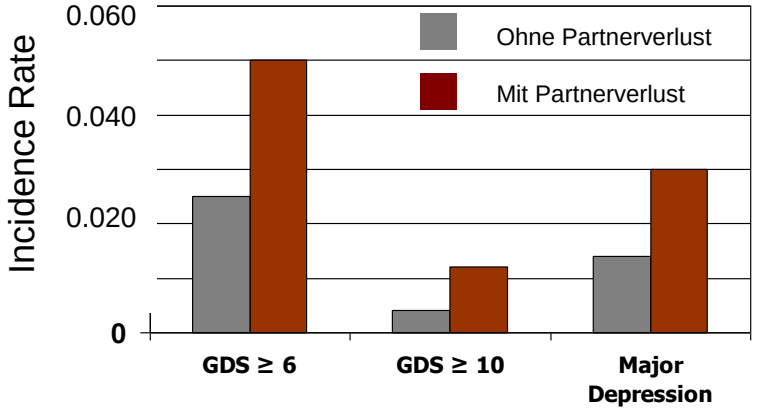
RISIKO- UND PROTEKTIVE FAKTOREN DER DEPRESSION IM ALTER



Fiske et al, 2009

RISIKOKONSTELLATION FÜR DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN IM ALTER: PARTNERVERLUST

Subsequente inzidente Depression bei Verheirateten mit und ohne Partnerverlust



Risikopopualtion	n=1077	n=1138	n=1115
Inzidente Depression (N/J)	919/158	105/33	1025/90
Partnerverlust	164/56	216/15	200/30

AgeCoDe-Studie:
75+
Verheiratete ,
MMSE 19+,
Instrumente: GDS15
CIDI-Criteria for MD

Sikorski C, Luppa M, Heser K, ……..Maier W, Weyerer S, Riedel-Heller SG; AgeCoDe Study Group. The role of spousal loss in the development of depressive symptoms in the elderly - implications for diagnostic systems. J Affect Disord. 2014 Jun;161:97-103.

VOM RISIKOFAKTOR ZUM PRÄVENTIONS-PROGRAMM

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research paper

Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression.

K. Schladitz [a,*], M. Löbner [a], J. Stein [a], S. Weyerer [b], J. Werle [b], M. Wagner [c,d], K. Heser [c], M. Scherer [e], A. Stark [e], H. Kaduszkiewicz [f], B. Wiese [g], A. Oey [g], H.-H. König [h], A. Hajek [h], S. G. Riedel-Heller [a]

[a] Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health (ISAP), Medical Faculty, University of Leipzig, Philipp-Rosenthal-Str. 55, Leipzig 04103, Germany
[b] Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany
[c] Department of Neurodegenerative Diseases and Geriatric Psychiatry, University Hospital Bonn, Bonn, Germany
[d] German Center for Neurodegenerative Diseases within the Helmholtz Association, DZNE, Bonn, Germany
[e] Department of Primary Medical Care, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
[f] Institute of General Practice, Medical Faculty, University of Kiel, Kiel, Germany
[g] Institute for General Practice, Working Group Medical Statistics and IT-Infrastructure, Hannover Medical School, Hannover, Germany
[h] Department of Health Economics and Health Services Research, Hamburg Center for Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, University of Hamburg, Hamburg, Germany

ARTICLE INFO

Keywords:
Old age
Grief
Depression
Loneliness
Social support

ABSTRACT

Background: The proportion of older adults is increasing due to demographic changes. Depression belongs to the most common mental disorders in late life. The loss of an emotionally significant person is a risk factor for the development of depression. The aim of this study is to analyze the association between depression and grief burden resulting from loss. Based on prior evidence, we examined loneliness as a possible mediator and social support as possible moderator of this association.

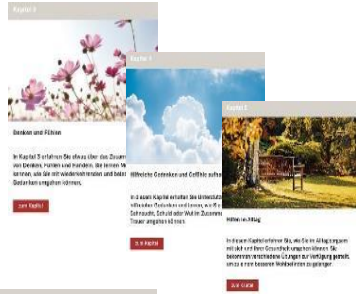
Methods: The cross-sectional analyses are based on a sample ($N = 863$) of study participants aged 75+ ($M = 81.4$ years, $SD = 4.4$, 62.2% female) with loss experience deriving from the multicenter prospective German cohort study AgeMooDe. Regression analyses (moderated mediation) were performed.

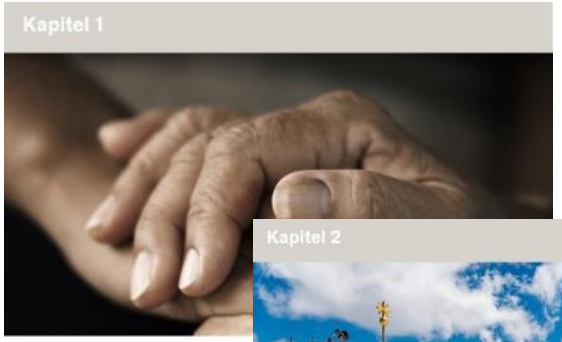
Results: With increasing age ($\beta = 0.10$, $p = .005$) and grief burden ($\beta = 0.33$, $p <. 001$) depression severity increased. There was an indirect mediating effect of loneliness on the correlation of grief burden and depression ($b = 0.04$, *CI* [0.03, 0.05]), but no moderating effect of social support on the correlation of grief burden and loneliness. People living alone had a significantly higher risk of depression, increased loneliness and lack of social support.

Entwicklung eines internet-basierten Selbstmanagementprogramms für Trauernde (60+) ***trauer@aktiv***

Schladitz K, Löbner M, Stein J, Weyerer S, Werle J, Wagner M, Heser K, Scherer M, Stark A, Kaduszkiewicz H, Wiese B, Oey A, König HH, Hajek A, Riedel-Heller SG. Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression. J Affect Disord. 2021 Mar 15;283:285-292.

trauer@*ktiv*

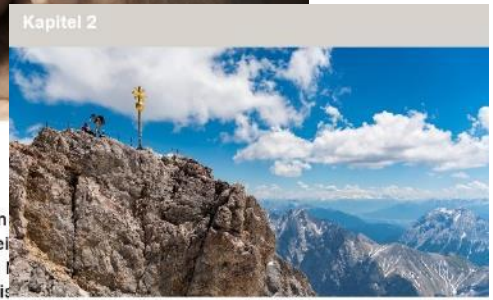




Abschied und Trauer

In diesem Kapitel erhalten
Trauer und lernen Kennzei
kennen. Die Übung „Mein
Informationen und Hinweis
akuten Krisensituationen.

zum Kapitel



Raum für Erinnerungen

In diesem Kapitel stehen Ihre persönliche Geschichte und Ihre Erinnerungen an die verstorbene Person im Mittelpunkt. Ferner lernen Sie die Übungen „Mein Stimmungsthermometer" und „Meine Wunschbox" kennen.

zum Kapitel

- internetbasiertes, interaktives Selbsthilfeprogramm für Menschen ab 60+
- fokussiert auf anhaltende Trauersymptomatik

Module:
* Abschied und Trauer
* Raum für Erinnerungen
* Hilfreiche Gedanken aufbauen
* Hilfen im Alltag
* Trauer und Vermeidung
* Beziehung neu gestalten
* Abschied und Weiterleben

Peters Frau Monika stürzte vor 14 Monaten in ihrem Haus die Treppe hinunter. Monika war schon seit einigen Jahren sehr krank und zog sich im Krankenhaus noch eine Infektion zu, an der sie verstarb. Peter hat seit dem Tod von Monika seinen Appetit verloren und deutlich abgenommen.

Renate hat vor 7 Monaten ihren Bruder Andreas verloren, zu dem sie schon immer ein enges Verhältnis hatte. Die Ehepartner beider waren früh verstorben. Nach einem Schlaganfall vor einigen Jahren hatte es sich Renate zur Aufgabe gemacht, ihren Bruder Andreas zu pflegen. Nach einem erneuten Schlaganfall ist er verstorben.

ONLINE-BASIERTE SELBSTMANAGEMENTINTERVENTION BEI TRAUER UND VERLUST (*trauer@aktiv)*

Untersuchung der Akzeptanz (Fokusgruppen mit Betroffenen und Experten)

Gute Nutzungsakzeptanz, sowohl aus Betroffenen- als auch aus Expertenperspektive

Schladitz K, Förster F, Löbner M, Welzel F, Stein J, Luppa M, Riedel-Heller SG. Grief and loss in elderly people: A qualitative study regarding the user acceptance of an internet-based self-help program from user and expert perspective. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2020 Apr;150-152:112-123.

Untersuchung der Machbarkeit (Pilotstudie, Prä-Post-Befragung)

Bedienbarkeit und Erlernbarkeit gegeben, insgesamt hohe Zufriedenheit mit trauer@ktiv, SUS-Fragebogen (82,5%) exzellente Usability

Untersuchung der Wirksamkeit (randomisierte kontrollierte Studie (RCT))

RCT-Rekrutierungsstand: voll Rekrutiert (n=177), Follow-up läuft

Welzel FD, Löbner M, Quittschalle J, Pabst A, Luppa M, Stein J, Riedel-Heller SG. Loss and bereavement in late life (60+): Study protocol for a randomized controlled trial regarding an internet-based self-help intervention. Internet Interv. 2021 Sep 7;26:100451.

PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Pathogenese

Was macht uns krank?

Prävention

Reduktion von Risikoverhalten & Risikofaktoren in Person und Umwelt

Gesundheitsförderung

Stärkung von Ressourcen/Schutzfaktoren & Gesundheitsfördernde Umwelten

Salutogenese

Was hält uns gesund?

Gesundheits-gewinn

- **Mortalität**
- **Morbidität**
- **Lebensqualität**

DER ANDERE BLICKWINKEL: ERFOLGREICHES, AKTIVES UND GESUNDES ALTERN

„Successful aging“

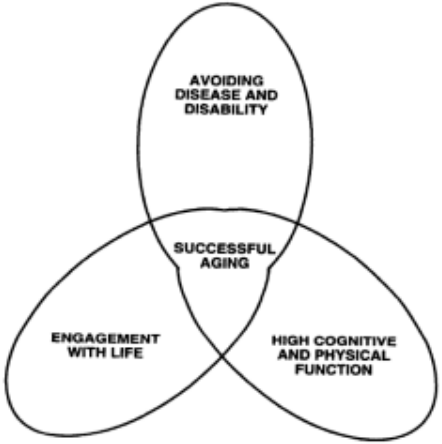


Figure 1. A model of successful aging.

Graphik aus Rowe & Kahn 1998, S.39

„Active aging“

Aktives Altern als **Gegenentwurf zur „Disengagement“-Theorie** (…..Alter ist dadurch charakterisiert ist, dass ein Rückzug der Älteren aus der Gesellschaft stattfindet, der auch erstrebenswert ist). (Katz 2000)

„Healthy Ageing“

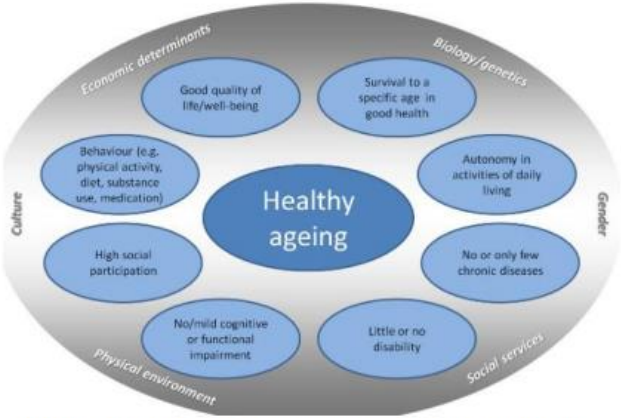
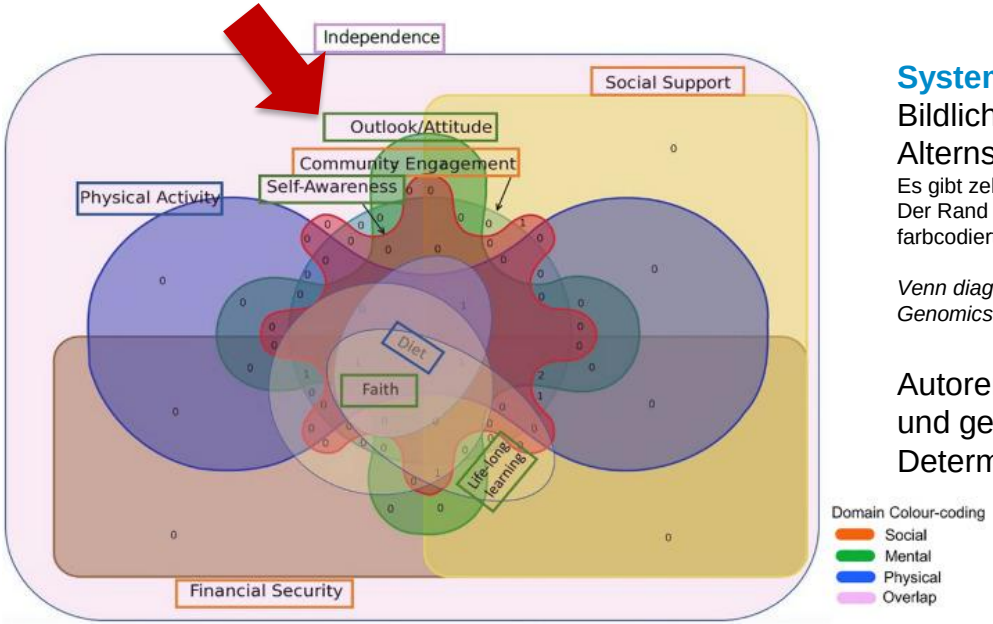


Abbildung 1 aus Fuchs et al. 2013: Components of healthy ageing (S.6632)

WHO DEFINES HEALTHY AGEING AS “the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age”.

(Zugriff 19.9.2022)

DETERMINANTEN DES GESUNDEN ALTERNS ÜBLICHE VERDÄCHTIGE……



Systematisches Review Abud et al. 2022

Bildliche Darstellung der Determinanten des gesunden Alterns.

Es gibt zehn Formen, die jeweils eine Determinante darstellen.
Der Rand des Etiketts jeder Form ist entsprechend der Domäne, der sie entsprechen, farbcodiert.

Venn diagram created using Bioinformatics and Evolutionary Genomics

Autoren verweisen auf die zentrale Rolle des sozialen und geistigen/kognitiven Wohlbefindens als Determinanten eines gesunden Alterns.

Abud T, Kounidas G, Martin KR, Werth M, Cooper K, Myint PK. Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. Aging Clin Exp Res. 2022 Jun;34(6):1215-1223.

ALTERSDISKRIMINIERUNG IST NACHTEILIG – AUCH FÜR DIE GESUNDHEIT

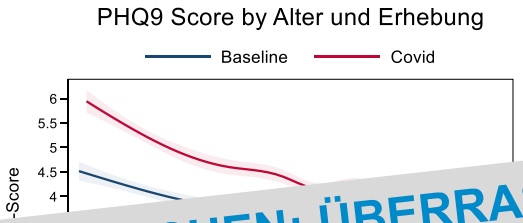
Was ist Ageismus?
Ageismus (engl. ageism) ist eine Form der Diskriminierung. Der Begriff Ageismus benennt die bewusste oder unbewusste Benachteiligung oder Ungleichbehandlung einer Person auf Grund der ihr durch das jeweilige Alter zugeschriebenen Vorurteile und Stereotype.

Systematisches Review Chang et al. 2020:
Altersdiskriminierung auf struktureller und individueller Ebene führte in 95,5 % der Studien und 74,0 % der 1.159 untersuchten Altersdiskriminierungs-Gesundheits-Assoziationen zu signifikant schlechteren Gesundheitsergebnissen.

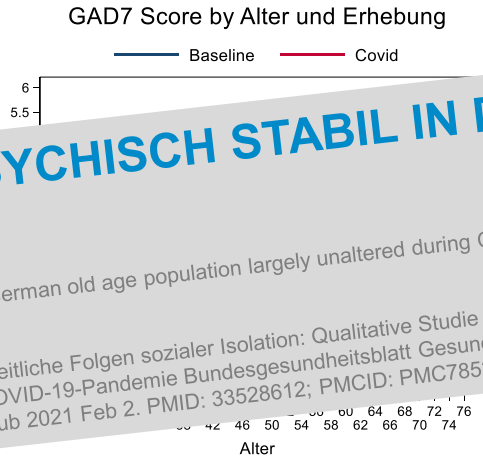
Chang ES, Kannoth S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PLoS One. 2020 Jan 15;15(1):e0220857.

EXKURS: ANDERS ALS GEDACHT…..

Depressivität in der Bevölkerung
vor und während der Pandemie



Ängstlichkeit in der Bevölkerung
vor und während der Pandemie



ALTE MENSCHEN: ÜBERRASCHEND PSYCHISCH STABIL IN DER PANDEMIE

- Survey im 1. Lockdown: Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller SG. Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. BMC Geriatr. 2020 Nov 23;20(1):489.

- Qualitative Studie: Welzel FD, Schladitz K, Förster F, Löbner M, Riedel-Heller SG. Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 Mar;64(3):334-341. German. doi: 10.1007/s00103-021-03281-5. Epub 2021 Feb 2. PMID: 33528612; PMCID: PMC7852481.

N … Sondererhebung, Depressivität (PHQ9), n=115.519
V … Analysen: Riedel-Heller S & Berger K 2021

UN-DEKADE DES GESUNDEN ALTERNS AUSGERUFEN (2021-2030)

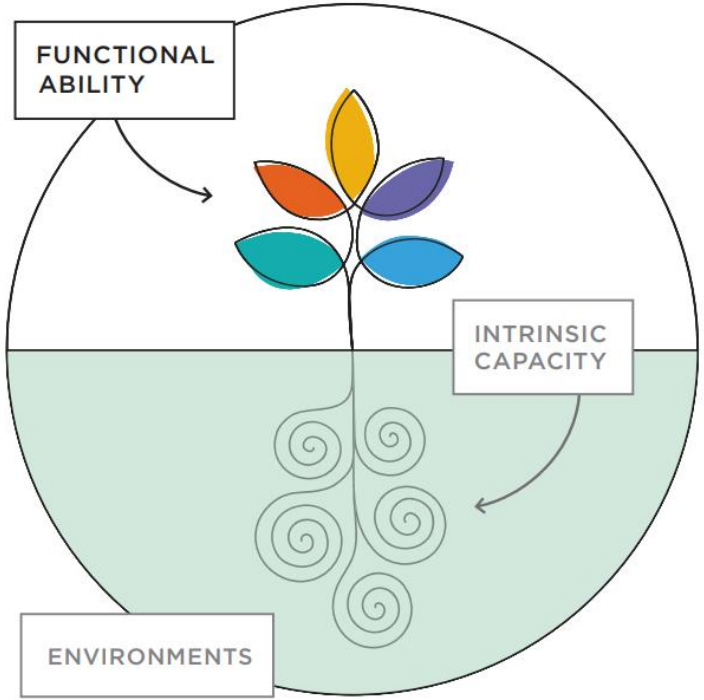
WHO übernimmt die Federführung bei den internationalen Maßnahmen zur Verbesserung des Lebens älterer Menschen, ihrer Familien und Gemeinschaften.

1. Unsere **Denk- und Sichtweise** und unser Handeln in Bezug auf Alter und Alterung zu verändern

2. Gemeinschaften derart zu entwickeln, dass die **Fähigkeiten älterer Menschen** gezielt gefördert werden

3. Integrierte personenzentrierte Angebote und Leistungen der primären **Gesundheitsversorgung** bereitstellen, die altersgerecht sind

4. Für hilfsbedürftige ältere Menschen Zugang zu Angeboten **der Langzeitpflege** zu schaffen



DECADE OF HEALTHY AGEING
BASELINE REPORT

https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

TAKE HOME

- Demographischer Wandel & Gesundheit sind zentrale Herausforderungen unserer Gesellschaft
- Wichtige somatische und psychische Störungen nehmen im Altersgang zu, Multimorbidität ist häufig – 1/3 der über 75jährigen haben mehr als 5 Erkrankungen
- Wir werden älter, es gibt vorsichtige Hinweise darauf, dass wir auch gesünder (über)leben
- Prävention ist der Schlüssel zum gesunden Altern
- Es existiert eine substanzielle Evidenzbasis zu Möglichkeiten der Prävention
- UN reagiert mit Ausrufung der Dekade des gesunden Alterns (2021-2030)
- Bei der Umsetzung gibt es „viel Luft nach oben“

Der Volksmund weiß es schon lange: Vorbeugen ist besser als heilen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit