



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Handlungskonzepte und vorrangige Interventionen für ein gesundes Altern

© Weltgesundheitsorganisation 2012

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

INHALT

	<i>Seite</i>
Einführung	1
Strategische Handlungsfelder.....	3
Gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf	3
Vorbereitung der Gesundheits- und Pflegesysteme auf die Bevölkerungsalterung	4
Stützende Umfeldler	4
Ausbau der Erkenntnisbasis und der Forschungsanstrengungen.....	4
Fünf vorrangige Interventionen.....	4
Prävention von Stürzen.....	5
Förderung körperlicher Betätigung.....	6
Impfung älterer Menschen gegen Grippe und Prävention von Infektionskrankheiten in Gesundheitseinrichtungen.....	8
Staatliche Unterstützung für informelle Betreuer mit einem Schwerpunkt auf der häuslichen Pflege	10
Kapazitätsaufbau in den Bereichen Geriatrie und Gerontologie bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen	11
Unterstützende Interventionen	12

Einführung

Der Altersmedian der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO ist der höchste weltweit und steigt weiter rasch an. Im Vergleich zu anderen Regionen der Welt erreichen hier viele Menschen ein sehr hohes Alter: In der Europäischen Region beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt mehr als 72 Jahre für Jungen und ungefähr 80 Jahre für Mädchen. Allerdings nehmen im hohen Alter auch die Unterschiede in Bezug auf Langlebigkeit und Gesundheit weiter zu. Laut Prognosen wird sich zwischen 2010 und 2050 der Anteil der Altersgruppe über 65 Jahre nahezu verdoppeln, und keine Altersgruppe wird stärker wachsen als die über 80-Jährigen.

Die erhöhte durchschnittliche Lebenserwartung führt in Verbindung mit einem Rückgang der Geburtenraten bzw. des Bevölkerungswachstums in vielen Ländern auch zu einem erhöhten Altersabhängigkeitsquotienten. Während 2010 in der Europäischen Region auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter durchschnittlich knapp 26 Menschen über 65 Jahre kamen, wird sich dieser Anteil bis 2050 auf ca. 52 verdoppeln. Doch eine solche statische Schnittlinie im Alter von 65 Jahren berücksichtigt weder die steigende Lebenserwartung noch die zunehmende Zahl von Menschen, die jenseits dieses Alters weiterhin ein aktives gesellschaftliches Leben führen, ihre Familien unterstützen und sich in ihrem Umfeld ehrenamtlich engagieren.

Abb. 1 zeigt die unterschiedlichen Szenarien für den Altersabhängigkeitsquotienten bei statischer bzw. dynamischer Altersgrenze. Bei einer dynamischen Altersgrenze wird zur Berechnung des Quotienten die Relation zwischen der Zahl der über 65-Jährigen und der der 20- bis 64-Jährigen gebildet. Bei einer dynamischen Altersgrenze wird der Anteil errechnet, der sich aus der Relation zwischen der Zahl der Menschen ab einem Alter, in dem sie noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 15 Jahren haben, und der Zahl der Menschen zwischen 20 Jahren und diesem Alter ergibt. Der Altersabhängigkeitsquotient steigt erheblich langsamer an und nimmt einen anderen Verlauf, wenn eine dynamische Altersgrenze gewählt wird, die bei einer durchschnittlich verbleibenden Lebenserwartung von 15 Jahren verläuft. Diese Altersgrenze verschiebt sich im Laufe der Zeit nach oben und fällt von Land zu Land deutlich unterschiedlich aus (Abb.2).

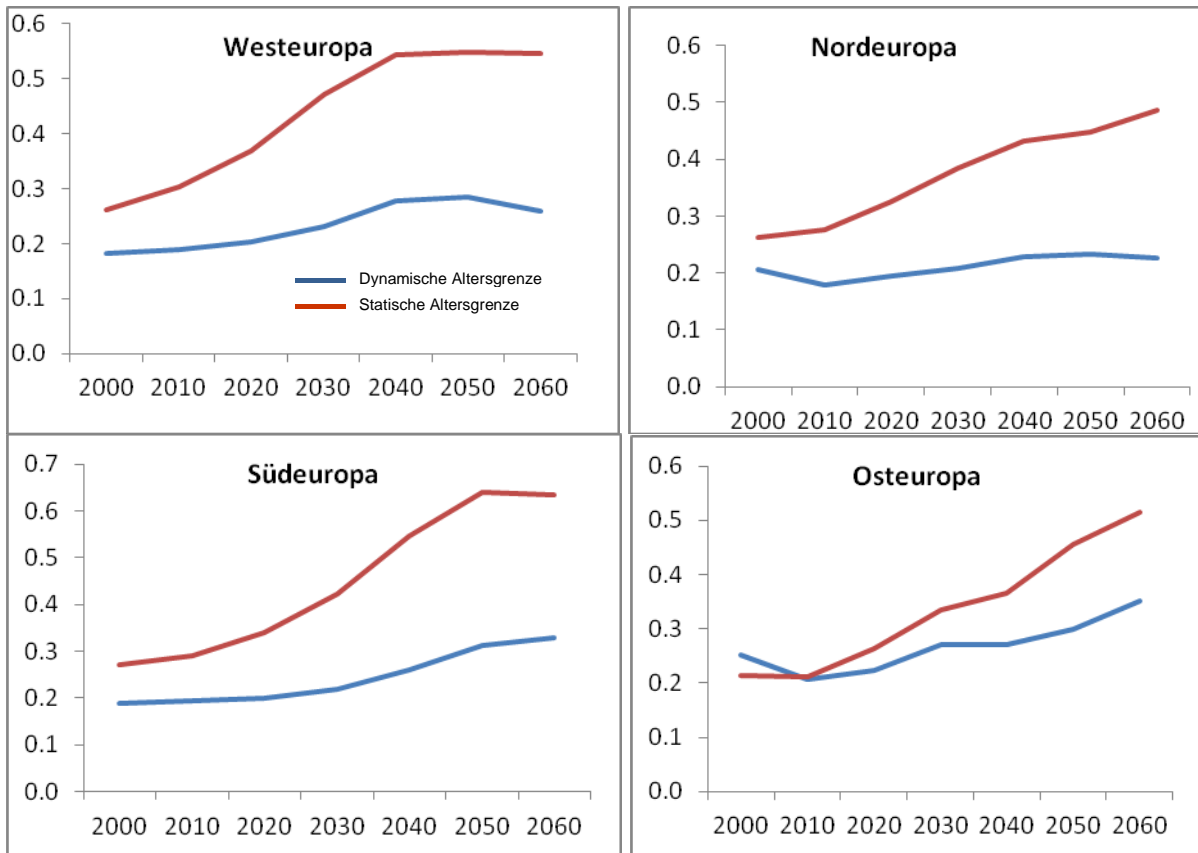
Die Befähigung eines größeren Anteils älterer Menschen zu einem gesunden und aktiven Leben ist zu einer Schlüsselfrage für eine nachhaltige Gesundheits- und Sozialpolitik in Europa geworden. Ungünstige fiskalische Rahmenbedingungen verstärken den Druck auf viele Länder, die Umsetzung von Konzepten für ein gesundes Altern zu beschleunigen.

„Gesundes Altern“ ist ein Schlagwort für das breiter angelegte Konzept eines aktiven und gesunden Alterns. Aktives Altern wird von der WHO folgendermaßen definiert:

...der Prozess, in dem die Chancen auf Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität im Alter optimiert werden. Aktives Altern bezieht sich sowohl auf einzelne Personen als auch auf Bevölkerungsgruppen. Es ermöglicht es den Menschen, ihr Potenzial für physisches, soziales und seelisches Wohlbefinden im gesamten Lebensverlauf auszuschöpfen und gemäß ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten an der Gesellschaft teilzuhaben, und bietet ihnen zugleich gemäß ihren Bedürfnissen ausreichend Schutz, Sicherheit und Versorgung.¹

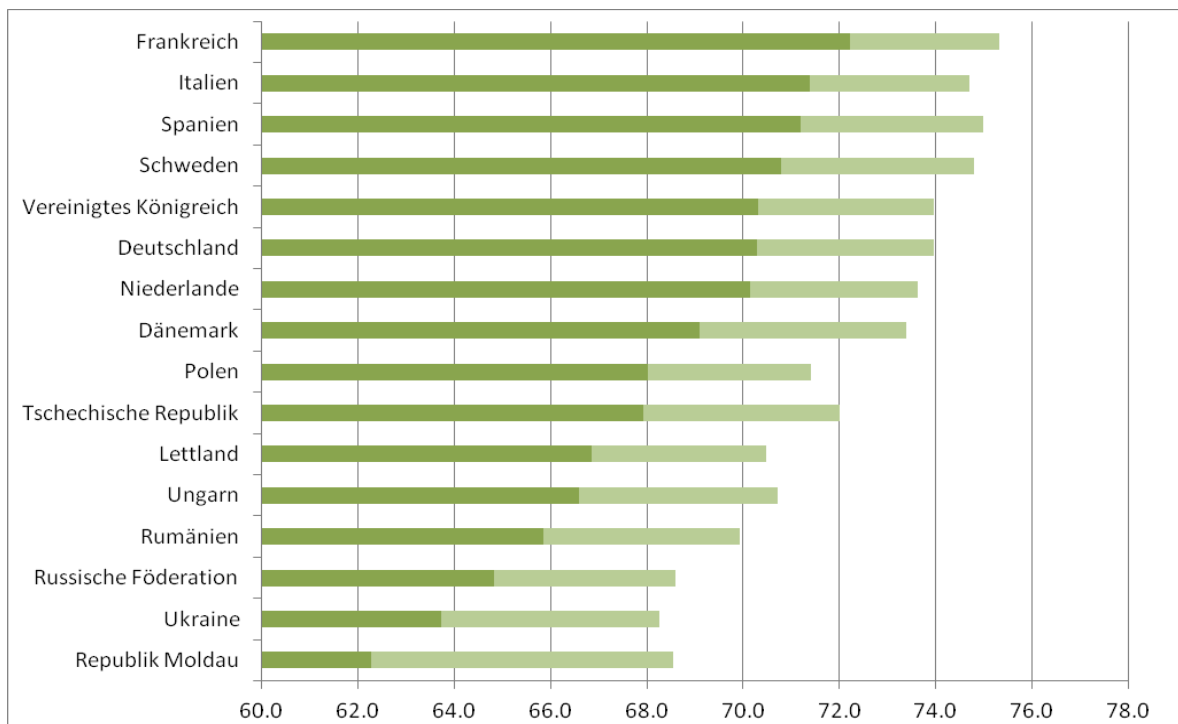
¹ *Active ageing. A policy framework.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf, accessed 16 March 2012).

Abb. 1: Altersabhängigkeitsquotient bei statischer und dynamischer Altersgrenze nach Subregionen der Vereinten Nationen in Europa



Quelle: European Centre for Social Welfare Policy and Research/WHO-Regionalbüro für Europa, unveröffentlichte Daten, 2012.

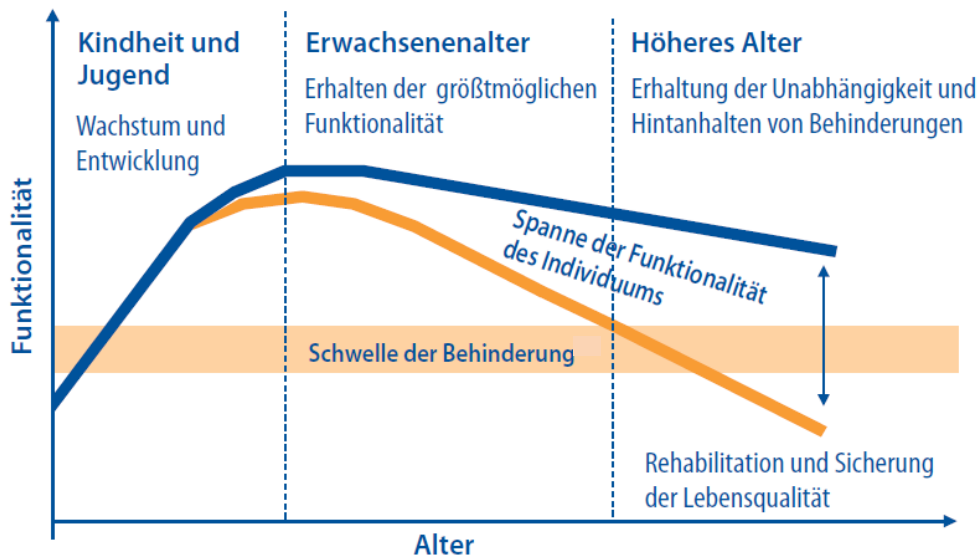
Abb. 2: Alter mit einer verbleibenden Lebenserwartung von 15 Jahren (2010 und 2050)



Quelle: World population prospects, the 2010 revision. New York, United Nations, Department of Economics and Social Affairs, 2010 (http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm, accessed 16 March 2012).

Abb. 3 verdeutlicht, dass frühzeitige Interventionen zur Förderung eines aktiven Lebens den Anteil älterer Menschen verringern können, die unterhalb der Behinderungsschwelle leben.

Abb. 3: Funktionsfähigkeit im Lebensverlauf



Quelle: *Active ageing. A policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2002
(http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf, accessed 16 March 2012).

Gesundes Altern ist in der Europäischen Region wie auch weltweit ein vorrangiges Thema der Politik. 2012 jährt sich zum zehnten Male die Annahme des Internationalen Aktionsplans von Madrid über das Altern durch die Vereinten Nationen. Die Europäische Union hat 2012 zum Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen erklärt. Im Rahmen des Weltgesundheitstags am 7. April 2012 werden Kampagnen zum Thema Altern und Gesundheit in der gesamten Europäischen Region dafür sensibilisieren, wie Bürger und Staat in diesem Bereich ihren Beitrag leisten können.

Ein zentraler Beitrag der Europäischen Region der WHO ist der Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2016), den das Regionalbüro für Europa zurzeit in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten und der Zivilgesellschaft entwickelt. Um mehr Menschen ein aktives und gesundes Leben in ihren späteren Lebensjahren zu ermöglichen, sind Investitionen in eine Vielzahl von Handlungskonzepten erforderlich. Die folgenden vier strategischen Handlungsfelder zeigen, wie eine verzahnte Gesundheitspolitik eine Antwort auf die rapide Überalterung der Bevölkerung in Europa geben kann.

Strategische Handlungsfelder

Gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf

Die Bekämpfung der epidemieartigen Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten im gesamten Lebensverlauf wird allgemein als Schlüssel für das Erzielen weiterer gesundheitlicher Zugewinne in späteren Lebensjahren sowie für die Nachhaltigkeit von gesundheits- und sozialpolitischen Konzepten anerkannt. Nichtübertragbare Krankheiten sind für den Löwenanteil des Verlusts an gesunden Lebensjahren bei Personen in der Altersgruppe über 60 Jahre verantwortlich. Die Gesundheit und das Aktivitätsniveau von Senioren sind somit von ihren Lebensumständen und

Handlungen im gesamten Lebensverlauf abhängig. Doch kann mehr zur Förderung von Gesundheit und Verhinderung von Krankheit getan werden, auch unter der älteren Bevölkerung, deren Zugang zu Prävention und Rehabilitation beeinträchtigt sein kann. Ein besonderes Anliegen ist der Erhalt der geistigen Fähigkeiten und des Wohlbefindens bis ins höchste Alter.

Vorbereitung der Gesundheits- und Pflegesysteme auf die Bevölkerungsalterung

Eine weitere Herausforderung liegt in der Anpassung der Gesundheitssysteme an die Bevölkerungsalterung. Wie können die verschiedenen Ebenen des Gesundheits- und Sozialwesens besser aufeinander abgestimmt werden, damit Menschen mit chronischen Mehrfacherkrankungen und funktionellen Einschränkungen besser versorgt werden können? Das Ausmaß der Beteiligung an den Gesundheitskosten ist für viele ältere Menschen in der Region zu hoch, und die Ausgaben der öffentlichen Hand für die Langzeitpflege sind von Land zu Land stark unterschiedlich. Es spricht vieles dafür, dass die Menschen immer mehr Wert auf einen besseren Zugang zu hochwertigen Gesundheits- und Sozialleistungen legen und auch staatliche Unterstützung für die informelle Versorgung durch Verwandte, Freunde und andere Ehrenamtliche wünschen.

Stützende Umfeldler

Eine viel versprechende Entwicklung ist die zunehmende Vernetzung der Städte und Gemeinden mit dem Ziel der Kooperation untereinander wie auch mit der WHO bei der Schaffung stützender, seniorenfreundlicherer Umfeldler. Hier liegt ein Schwerpunkt des Beitrags des WHO-Regionalbüros zum Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen und der Europäischen Innovationspartnerschaft im Bereich „Aktives und gesundes Altern“ der Europäischen Kommission.

Ausbau der Erkenntnisbasis und der Forschungsanstrengungen

Um den Wissensaustausch zu fördern und Lücken in der Vergleichbarkeit von Daten zu schließen, strebt das Regionalbüro im Hinblick auf seine Handlungskonzepte auch eine Verbesserung der Erkenntnisbasis an. Wissensaustausch und -transfer werden für die Europäische Region weiter an zentraler Stelle stehen, weil sie über einen reichen Schatz an vorbildlichen innovativen Praktiken für ein gesundes Altern verfügt, auch auf der lokalen Ebene.

Fünf vorrangige Interventionen

Im Rahmen dieser vier strategischen Handlungsfelder schlägt das Regionalbüro eine Reihe vorrangiger Interventionen für das Erreichen messbarer Ergebnisse innerhalb von etwa fünf Jahren vor. Sie werden unter Beachtung einer Reihe von Kriterien ausgewählt. Sie geben eine Antwort auf Fragen, wie sie oft von Politikern aufgeworfen werden, die eher Rat in Form einer überschaubaren Liste von Grundsatzempfehlungen suchen als umfassende Maßnahmenkataloge. Welche Interventionen bringen nachweislich in kurzer Zeit Gewinn, wenn sie angemessen durchgeführt werden? Sind sie politisch machbar? Lassen sich damit Fortschritte in der relativ kurzen Zeitspanne weniger Jahre erzielen und messen?

Das Regionalbüro plant eine Zusammenarbeit mit den Ländern auf verschiedenen staatlichen Ebenen, um die folgenden fünf vorrangigen Interventionen entwerfen und umsetzen zu können:

- Prävention von Stürzen;
- Förderung körperlicher Betätigung;
- Impfung älterer Menschen gegen Grippe und Prävention von Infektionskrankheiten in Gesundheitseinrichtungen;
- staatliche Unterstützung für informelle Betreuer mit einem Schwerpunkt auf der häuslichen Pflege (einschließlich Selbstpflege);
- Kapazitätsaufbau in den Bereichen Geriatrie und Gerontologie unter den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Weil diese Interventionen bereits in nationalen und subnationalen Programmen für gesundes Altern vorkommen, wächst die Zahl der Belege für ihre Wirksamkeit und ihren Beitrag zur Nachhaltigkeit der Gesundheits- und Sozialpolitik. Die Evidenzbasis schafft eine Grundlage für eine weitere Stärkung des internationalen Erfahrungsaustauschs und Wissenstransfers.

Prävention von Stürzen

Die Gefahr von Stürzen nimmt mit steigendem Alter stetig zu. Jedes Jahr stürzen ca. 30% der über 65-Jährigen und ca. 50% der über 80-Jährigen. Ältere Frauen sind sturzanfälliger als gleichaltrige Männer, da sie meist weniger Muskelkraft haben und häufiger an Osteoporose leiden. Sturzbedingte Verletzungen sind im Alter häufiger schwerwiegend, und ältere Menschen sind nach einer solchen Verletzung anfälliger für längere Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte sowie für tödliche Komplikationen. Sturzbedingte Verletzungen (hauptsächlich Hüftfrakturen) verursachen beträchtliche Kosten durch Aufenthalte in Krankenhäusern und Rehabilitationszentren.

Ein Viertel bis die Hälfte aller Stürze werden durch umweltbedingte Gefahren verursacht; weitere Einflussfaktoren sind Muskelschwäche, steifer Gang und Gleichgewichtsstörungen, Angst vor Stürzen und die Einnahme mehrerer Medikamente. Es gibt überzeugende Belege dafür, dass die meisten Stürze vermeidbar sind. Eine Reihe von Präventionsmaßnahmen haben sich als kostenwirksam oder sogar kostensparend erwiesen, und es gibt positive Beispiele dafür, wie Strategien zur Sturzprävention mit Erfolg in verschiedenen Bereichen angewandt werden können, wenn sie durch staatliche Maßnahmen unterstützt werden.

Eine verstärkte Sensibilisierung für die Risikofaktoren kann im Zusammenwirken mit Übungsprogrammen, Physiotherapie und Maßnahmen zur Verbesserung des Gleichgewichtssinns wirksam zur Vorbeugung gegen Stürze wie auch zur Verringerung des Anteils der Stürze mit Verletzungsfolge beitragen. Eine wachsende Zahl von Ländern verfügt über Programme zur Bewertung der Sicherheit im häuslichen Umfeld, und durch geeignete Anpassungsmaßnahmen von geschulten Fachkräften kann die Zahl der Stürze verringert werden. Außerdem gibt es inzwischen auch mehr spezialisierte Präventionsmaßnahmen für Risikogruppen unter den Senioren, z. B. das Tragen von Hüftprotektoren. Die Sturzprävention spielt eine vorrangige Rolle in Qualitätsmanagementprogrammen für die gesundheitliche und soziale Versorgung von Senioren in verschiedenen Umgebungen.

Welchen Beitrag leistet die WHO?

Der Beitrag der WHO zur Förderung von Maßnahmen zur Sturzprävention ist durch eine Reihe von Publikationen belegt. So enthält beispielsweise der Globale Bericht der WHO über Sturzprävention im Alter eine Reihe einschlägiger Empfehlungen.² Für die Europäische Region sind die Leitlinien für die Verbesserung der Ernährungs- und Lebensmittelsicherheit im Gesundheitswesen im *Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO 2007–2012* aufgeführt.³

Im Rahmen dieser vorrangigen Intervention wird das Regionalbüro mit den Mitgliedstaaten u. a. auf folgende Ziele hinarbeiten: Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung für die Risikofaktoren und für wirksame Maßnahmen zur Sturzprävention; Verbesserung der Schulung informeller ambulanter Betreuer und ihres Zugangs zu den erforderlichen Informationen; Verbesserung des Zugangs zu Präventionsmaßnahmen für Risikogruppen; und Einbeziehung von Maßnahmen zur Sturzprävention in geeignete Rahmenkonzepte in den für ältere Menschen relevanten Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Förderung körperlicher Betätigung

Körperliche Betätigung ist einer der stärksten Prädiktoren für ein gesundes Altern. Eine regelmäßige und moderate körperliche Betätigung ist dem seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefinden zuträglich und dient der Vorbeugung gegen Krankheit und Behinderung. Wer beim Eintritt ins Alter körperlich fit ist, bleibt in der Regel auch länger gesund. Für ältere Menschen dient körperliche Betätigung nicht nur zur Krankheitsprävention, sondern bewirkt auch eine Senkung des Unfall- und Verletzungsrisikos, eine Verbesserung der psychischen Gesundheit und der kognitiven Fähigkeiten und eine Ausweitung ihrer sozialen Kontakte.

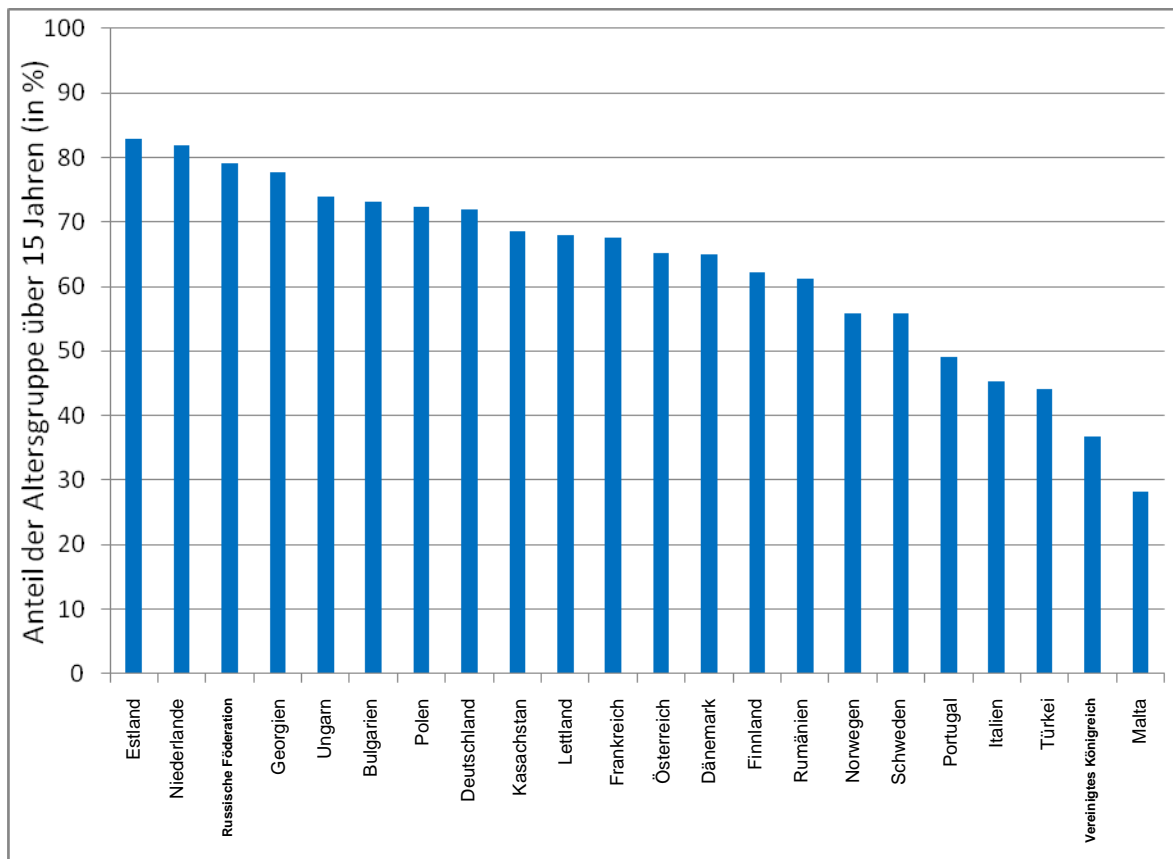
Der altersbedingte Verlust an Muskelmasse bis zum Alter von 80 Jahren kann 30% bis 50% betragen. Gegenwärtig sind in der Europäischen Region über 40% der Männer und über 50% der Frauen in der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren von einem solchen Verlust an Muskelmasse betroffen.

Leider ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung in der Region, der in manchen Ländern über die Hälfte beträgt, körperlich inaktiv, und es gibt hinreichend Belege dafür, dass die Menschen sich mit zunehmendem Alter immer weniger bewegen (Abb. 4).

² WHO global report on falls prevention in older age. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, accessed 16 March 2012).

³ *Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO 2007–2012* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74404/E91153G.pdf, eingesehen am 30. März 2012).

Abb. 4: Anteil der Bevölkerung, der körperlich aktiv ist (altersstandardisierte Schätzungen, 2008)



Quelle: Global Health Observatory Data Repository [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://apps.who.int/ghodata/>, accessed 16 März 2012).

Grundsatzinterventionen

In vielen Ländern trägt die Entwicklung von Handlungskonzepten inzwischen der dringenden Notwendigkeit Rechnung, den Trend zur Inaktivität umzukehren, auch bei älteren Menschen. Die Ursachen für die zunehmende Bewegungsarmut unter älteren Menschen sind je nach Umgebung unterschiedlich und machen daher maßgeschneiderte Konzepte erforderlich, die u. a. an bestehenden Defiziten in der allgemeinen Wahrnehmung, der Städteplanung, dem Verkehrswesen, der Gesundheitsfinanzierung und den Sozialsystemen ansetzen. Nationale Konzepte und Pläne zur Bewegungsförderung umfassen meist eine Vielzahl von Strategien zur Bewusstseinsbildung, zur Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für körperliche Betätigung und zur Unterstützung von Einzelpersonen bei der Umsetzung von Veränderungen. Zu einem wirksamen Vorgehen gehören Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung und eine Zusammenarbeit mit älteren Menschen bei der Bewertung und Neugestaltung der städtischen Umgebung. Investitionen in Konzepte und Programme zur Bewegungsförderung wirken sich nicht nur auf die Gesundheit positiv aus, sondern können auch eine Senkung der Gesundheitskosten, eine Steigerung der Lebensqualität und Attraktivität der Städte, eine Verringerung der Luftbelastung und eine Neubelebung von Wohngebieten zur Folge haben.

Welchen Beitrag leistet die WHO?

Mit dem Dokument *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health* [dt.: Schritte hin zu mehr Gesundheit. Ein Europäisches Rahmenkonzept zur Förderung von Bewegung für Gesundheit] bietet das Regionalbüro Experten und politischen Entscheidungsträgern Orientierungshilfe im Hinblick auf die Gestaltung und Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen zur Bewegungsförderung.⁴ Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten auch weiterhin auf verschiedenen staatlichen Ebenen bei der Förderung der Zusammenarbeit sowie beim Erfahrungsaustausch in Bezug auf geeignete Maßnahmen und gute Praxis unterstützen.

Impfung älterer Menschen gegen Grippe und Prävention von Infektionskrankheiten in Gesundheitseinrichtungen

Influenza ist eine akute virale Atemwegsinfektion, die sich leicht von Mensch zu Mensch ausbreitet. Influenzaviren sind weltweit im Umlauf und lösen in der Europäischen Region der WHO jährlich in den Wintermonaten Epidemien aus.

Auch wenn Influenza meist einen milden Krankheitsverlauf mit einem sich selbst begrenzenden Prozess hat, so kann sie doch auch lebensbedrohliche Komplikationen wie Lungenentzündung und Bronchitis oder die Verschlimmerung bestehender Vorerkrankungen (Lungen- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) nach sich ziehen, die zur Einweisung ins Krankenhaus oder zum Tod führen können. Vor allem bei älteren Menschen besteht eine besonders große Gefahr eines schweren Krankheitsverlaufs, der auch eine längere und kostspielige Rehabilitation und Erholung notwendig macht. Während der Epidemien der saisonalen Influenza entfallen über 90% der grippebedingten Todesfälle auf die Altersgruppe über 65 Jahre.

Prävention

Die WHO empfiehlt Personen, die in Bezug auf einen schweren Krankheitsverlauf besonders gefährdet sind (also auch älteren Menschen), sich jährlich vor Beginn der Grippesaison impfen zu lassen. Eine solche Impfung älterer Menschen ist auch ökonomisch von erheblichem Nutzen, da hier unmittelbar Behandlungskosten eingespart werden können. Impfstoffe gegen Influenza sind seit mehr als 60 Jahren in Gebrauch. Sie gelten als sicher und als die beste verfügbare Intervention zur Verhinderung von grippebedingter Morbidität und Mortalität. Bei gesunden Erwachsenen bietet die Grippeimpfung einen 70- bis 90-prozentigen Schutz gegen eine Infektion. Dennoch herrscht Uneinigkeit darüber, inwiefern die Impfung zur Senkung der grippebedingten Morbidität und Mortalität bei älteren Menschen (insbesondere den Gebrechlichsten) beiträgt. Hier sind weitere Untersuchungen in Bezug auf Impfstoffwirksamkeit sowie alternative Impfstrategien und andere Präventionsmaßnahmen erforderlich.

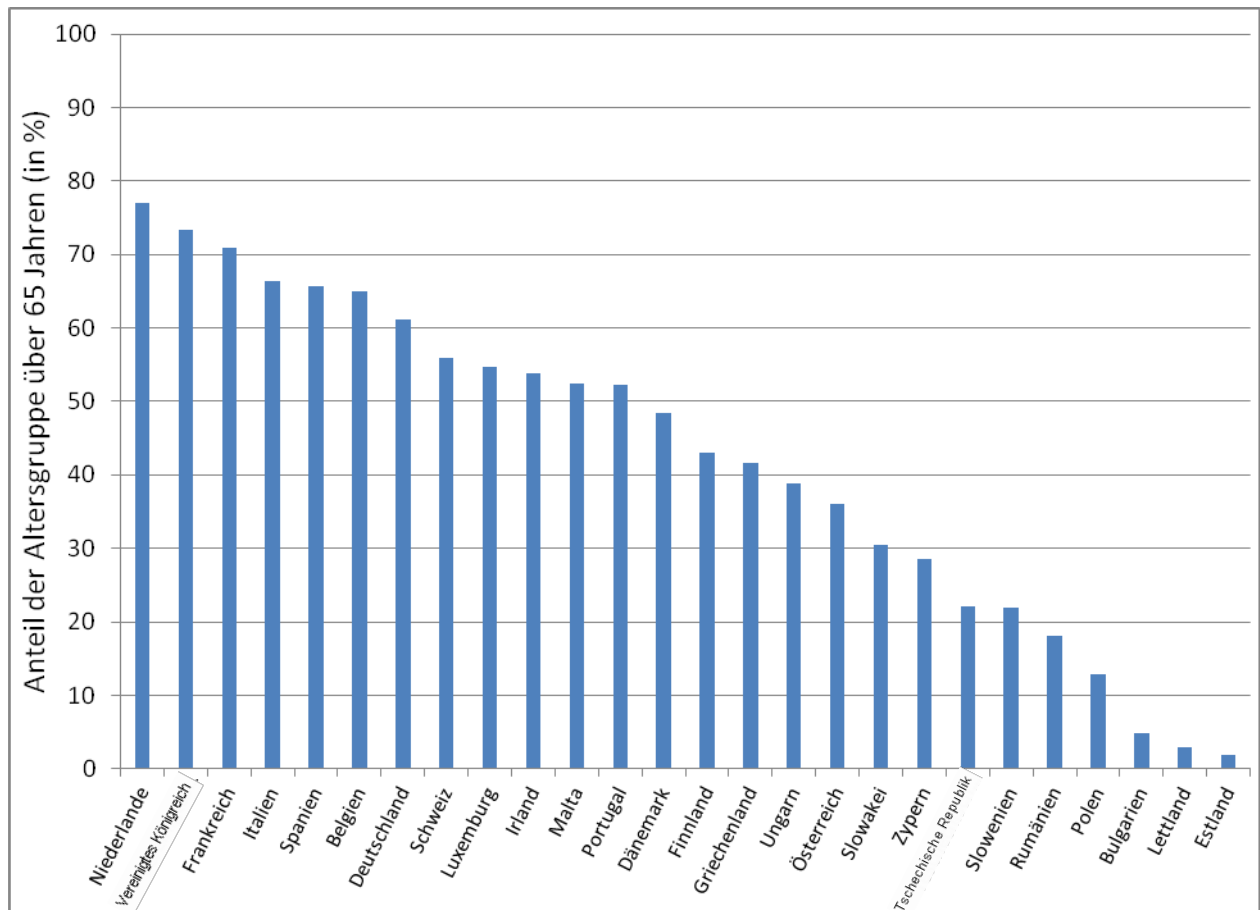
Außerdem sind Ausbrüche von Influenza aufgrund der Infektion von Mitarbeitern von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen hinreichend dokumentiert. Es ist deshalb äußerst wichtig, dass die in diesen Bereichen Beschäftigten über einen Impfschutz verfügen.

Im Jahr 2003 empfahl die Weltgesundheitsversammlung, die Durchimpfung älterer Menschen gegen Influenza bis 2010 auf mindestens 75% zu erhöhen. Diese Empfehlung wurde 2005 durch eine Resolution des Europäischen Parlaments bekräftigt. Einige Länder der Europäischen Region

⁴ *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf, accessed 16 March 2012).

der WHO haben bei der Erhöhung der Durchimpfung älterer Menschen gegen die saisonale Influenza beträchtliche Fortschritte erzielt, doch in den meisten Mitgliedstaaten bleibt die Durchimpfung weit hinter der von der WHO genannten Zielvorgabe für 2010 zurück (Abb. 5).

Abb. 5: Impfraten gegen Influenza in der Altersgruppe über 65 Jahre (2009 oder letztes verfügbares Jahr)



Hinweis: Die Zahlen für Österreich und Deutschland beziehen sich auf die über 60-Jährigen.

Quellen: OECD Health Data 2011 [Online-Datenbank]. Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2011; European Health Interview Survey [Online-Datenbank]. Brüssel, Eurostat, 2012.

Welchen Beitrag kann die WHO leisten?

Zu den obersten Prioritäten für die Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und den Mitgliedstaaten zählen:

- Initiativen zur Entwicklung wirksamerer Impfstoffe gegen Influenza unter Nutzung neuester Impfstofftechnologien;
- Fortsetzung der Unterstützung für die Förderung der Inanspruchnahme von Grippeimpfungen durch ältere Menschen in Ländern mit Impfprogrammen gegen Influenza sowie für die Einführung von Impfprogrammen gegen saisonale Influenza in Ländern, in denen sie bisher noch nicht existieren;
- Erweiterung der Evidenzbasis als Orientierungshilfe für Entscheidungsprozesse über die Einführung von Impfungen für ältere Menschen gegen saisonale Influenza sowie zur Stärkung der Kapazitäten der Länder für die Feststellung der Inanspruchnahme der Grippeimpfungen.

Staatliche Unterstützung für informelle Betreuer mit einem Schwerpunkt auf der häuslichen Pflege

Aufgrund der Alterung der Bevölkerung in der Europäischen Region benötigt eine wachsende Zahl älterer Menschen mit funktionellen Einschränkungen Unterstützung bei ihren alltäglichen Tätigkeiten. Die zunehmende Prävalenz von Demenzerkrankungen wird die Nachfrage nach solchen Unterstützungsmaßnahmen weiter erhöhen. In allen Ländern der Europäischen Region entfällt ein Großteil der Pflegestunden auf die informelle Pflege im häuslichen Bereich und wird überwiegend von Frauen geleistet; dies gilt sogar in den Ländern, in denen das staatliche Pflegewesen besonders stark ausgebaut ist. Die staatliche Unterstützung für die informelle Betreuung ist eine der wichtigsten staatlichen Maßnahmen im Hinblick auf die künftige Nachhaltigkeit des Gesundheits- und Sozialwesens vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung.

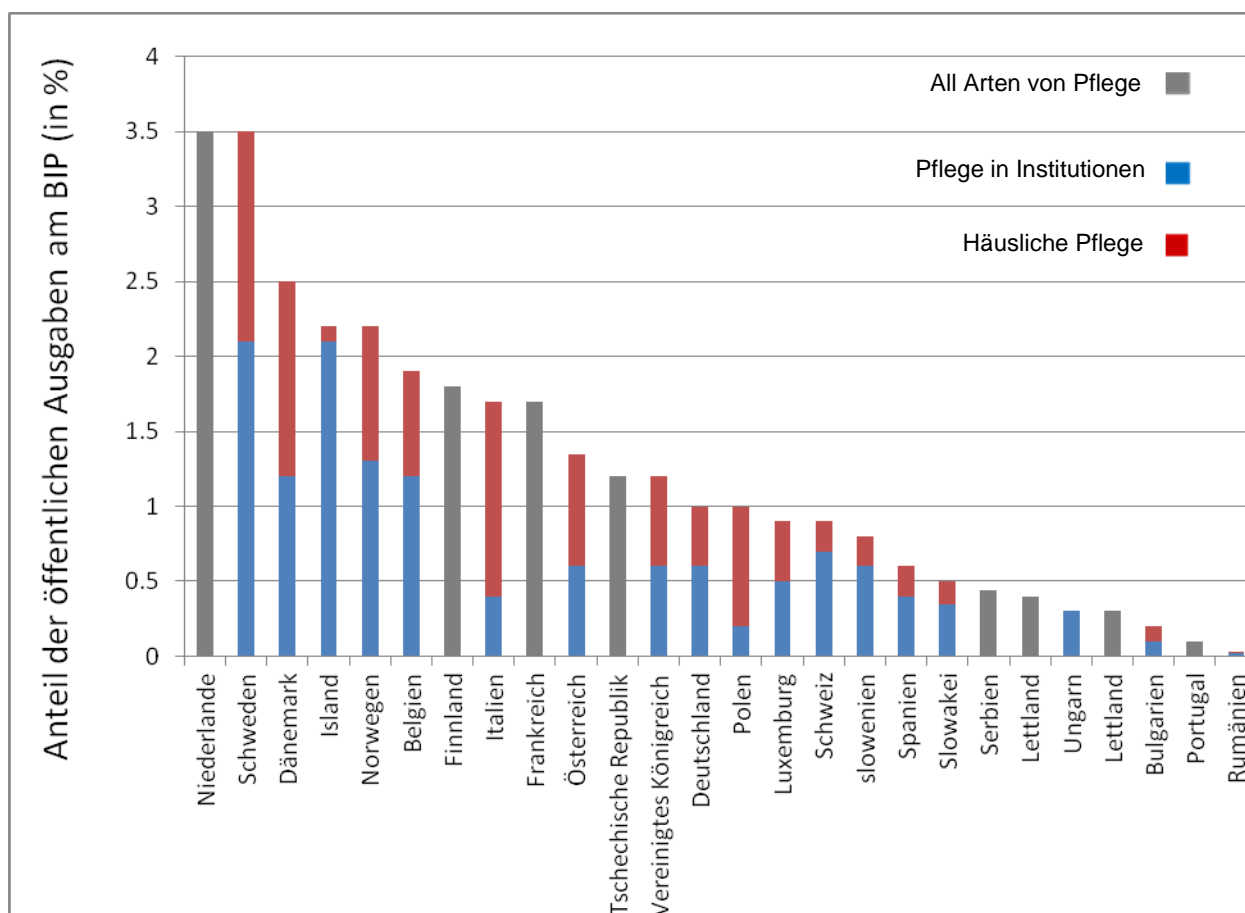
Eine solche Betreuung ist meist auf Mehrfacherkrankungen ausgerichtet und erfordert eine flexible und maßgeschneiderte Kombination aus Elementen der Akutversorgung, der Rehabilitation, des Managements chronischer Krankheiten, der sozialen Versorgung, der Demenzversorgung und schließlich der Palliativversorgung. Dort, wo solche Angebote existieren, sind sie oft fragmentiert und nicht selten unerschwinglich.

Die meisten Menschen mit chronischem gesundheitlichem oder sozialem Versorgungsbedarf möchten am liebsten möglichst lange ein unabhängiges Leben zuhause führen und ziehen dies dem betreuten Wohnen in einer Einrichtung vor. Der Zugang zu einer angemessenen Betreuung im häuslichen Umfeld kann zu einer Verringerung des Bedarfs an Akutversorgung in Krankenhäusern oder anderen Pflegeeinrichtungen führen und wird allgemein im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Lebensqualität als wirksamer und effizienter angesehen.

Doch ohne staatliche Unterstützung kann die Betreuung von Angehörigen oder Freunden für die betreuende Person eine Beeinträchtigung der Teilnahme am Arbeitsmarkt, ein höheres Armutsrisiko und den langfristigen Verlust von Beschäftigungschancen zur Folge haben. Wenn die nötige Unterstützung fehlt, kann sich dies auch negativ auf das Verhältnis zwischen betreuender und betreuter Person auswirken und möglicherweise sogar zu psychischen oder sonstigen Gesundheitsproblemen, der sozialen Isolation beider Seiten oder der Misshandlung älterer Menschen führen.

Auch wenn ein Großteil der staatlichen Mittel für die Langzeitpflege immer noch über die Institutionen bereitgestellt wird, so wird doch in einer Reihe von Ländern der Europäischen Region die Langzeitpflege im häuslichen Umfeld mittlerweile als eine kostenwirksame und daher vorzuziehende Alternative zur Betreuung in Pflegeheimen oder anderen Einrichtungen angesehen (Abb. 6). Sie ist in diesen Ländern zu einer wichtigen Komponente der staatlich finanzierten Angebote geworden.

Abb. 6: Staatliche Ausgaben für Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Umfeld (2009 oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: European Centre for Social Welfare Policy and Research/WHO-Regionalbüro für Europa, unveröffentlichte Daten, 2012.

Welchen Beitrag leistet die WHO?

Zur Herstellung eines geeigneten Gleichgewichts zwischen formeller und informeller Pflege müssen hinreichende Erkenntnisse über den gesundheitlichen Nutzen und die Effizienz der informellen Pflege sowie über Veränderungen auf diesem Gebiet vorliegen. In Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen strebt das WHO-Regionalbüro für Europa eine Stärkung der Evidenzbasis über die informelle Betreuung mit folgenden Schwerpunkten an: Inanspruchnahme privater und öffentlicher Ausgaben und Resultate; Trends in der informellen Betreuung; und Lebensrealität und familiäre Situation älterer Menschen. Durch die Verbreitung und den internationalen Austausch von geeigneten Praktiken wird das Regionalbüro auch weiterhin den Wissenstransfer fördern und bei der Zusammenstellung von Grundpaketen für die staatliche Unterstützung häuslicher Pflege behilflich sein, wo solche Pakete noch fehlen oder bisher nur Stückwerk sind.

Kapazitätsaufbau in den Bereichen Geriatrie und Gerontologie bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen

In den letzten 20 Jahren sind in vielen Ländern der Europäischen Region der WHO erhebliche Fortschritte bei der Ausbildung auf dem Gebiet der Geriatrie erreicht worden. Diese hat sich an medizinischen Fakultäten, einschließlich in der Postgraduierten-Lehre, sowie in der beruflichen

Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften auf verschiedenen Ebenen zu einem anerkannten Spezialbereich entwickelt. Auch wenn die Fortschritte in der Europäischen Region ungleichmäßig verteilt sind, so ist doch durch Untersuchungen aus insgesamt 47 Ländern belegt, dass die Anzahl der Lehrstühle für Geriatrie um 40% gestiegen ist und die Lehrtätigkeit im universitären und postgraduierten Bereich um 23% bzw. 19% zugenommen hat.⁵

Doch die wachsende Zahl von Menschen in sehr hohem Alter in den Ländern der Europäischen Region macht einen weiteren Ausbau der Kapazitäten für die Ausbildung in den Bereichen Geriatrie und Gerontologie auf nationaler und subnationaler Ebene sowie eine Schärfung des Profils der Ausbildung in der Geriatrie, einschließlich einer gebietsübergreifenden Schulung, dringend erforderlich. Die größten Herausforderungen sind nach wie vor die Wissenslücken bei Allgemeinärzten und anderen Gesundheitsberufen einerseits und die unzureichende fachärztliche Ausbildung und der Mangel an Fachärzten für Geriatrie andererseits. Es gibt gesicherte Erkenntnisse über Probleme beim Zugang zur Versorgung und über Mängel in Bezug auf deren Qualität, die auf diese Defizite zurückzuführen sind. Doch auch wenn diese Zustände schon seit vielen Jahren bekannt sind, so sind doch bei der Beseitigung dieser Defizite oft nur bescheidene Fortschritte erzielt worden, was den Handlungsbedarf im Rahmen dieser vorrangigen Intervention noch dringlicher erscheinen lässt.

Welchen Beitrag leistet die WHO?

Um die bestehende Kluft in Bezug auf personelle Kapazitäten und die Schulung von Personal im Gesundheits- und Sozialwesen zu schließen, arbeitet das Regionalbüro mit Partnerorganisationen wie der Europäischen Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung bei der grenzüberschreitenden Bestandsaufnahme der vorhandenen personellen Kapazitäten im Gesundheits- und Sozialbereich zusammen. Es unterstützt einen internationalen Informationsaustausch über geeignete Praktiken im Bereich der Evaluation und Förderung von Fortbildungsmaßnahmen zur Erhöhung der Kompetenz für die gesundheitliche und soziale Versorgung älterer Menschen und fördert nach Kräften die Bildung grenzüberschreitender Netzwerke innerhalb der Europäischen Region.

Unterstützende Interventionen

Die Erfahrungen aus zahlreichen Ländern der Europäischen Region haben gezeigt, dass neben den fünf vorrangigen Interventionen auch eine Reihe unterstützender Interventionen eine wichtige Rolle spielen können, etwa bei der Verknüpfung gesunden Alterns mit dem weiteren gesellschaftlichen Kontext. Dazu gehören die Verhinderung der Misshandlung älterer Menschen und die Verhinderung der sozialen Isolation und Ausgrenzung. Das WHO-Regionalbüro für Europa setzt in seiner Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auch in diesen drei Bereichen an.

⁵ Michel J-P et al. Europe-wide survey of teaching in geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008, 56:1536–1542.