Prof. Dr. habil. Sonia Lippke
Lena Siebels
Juliane Paech

Patientenrelevante Endpunkte bei der Evaluation von Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Senioreneinrichtungen: Befunde aus zwei Befragungsstudien

Zusammenfassung

Die Versorgung von älteren Menschen stellt in Zeiten des demographischen Wandels eine zentrale Herausforderung dar. Senioreneinrichtungen und Gesundheitsverhalten können einen wichtigen Baustein im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung bilden. Um anhand von patientenrelevanten Endpunkten die Potentiale von Senioreneinrichtungen und von Gesundheitsverhalten zu evaluieren, wurden zwei Studien durchgeführt (querschnittlich und über einen Zeitraum von 6 Monaten). Neben dem kalendarischen Alter wurde nach dem gefühlten körperlichen und geistigen Alter gefragt. Es zeigt sich, dass diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung besuchten, kalendarisch älter waren (M=76 Jahre) als diejenigen, die Senioreneinrichtungen nicht regelmäßig nutzten (M=63 Jahre). Die Nicht-Nutzer fühlten sich 13 Jahre jünger als sie kalendarisch waren, die unregelmäßigen Nutzer 18 Jahre und die regelmäßigen Nutzer 23 Jahre. Körperlich aktive Orthopädie-, HKK- und Atemwegspatienten fühlten sich deutlich jünger als inaktive Patienten. Die Befunde weisen auf die Potentiale von Seniorenbegegnungsstätten und von Gesundheitsverhalten hin: Seniorenbegegnungsstätten sind insbesondere bedeutsam für die geistige Gesundheitsförderung und Bewegung für die körperliche Gesunderhaltung. Deutlich wird auch die Bedeutung von patientenrelevanten Endpunkten für die Versorgungsforschung: Subjektives Alter kann als Endpunkt auf Nutzen hinweisen, die in Zeiten des demographischen Wandels wichtig sind.

Schlüsselwörter

Gesundheitsleistungen, Seniorenbegegnungsstätten, Gesundheitsverhaltensänderung, körperliche Aktivität, demographischer Wandel, gefühltes Alter, subjektives Alter, Prävention.

In Zeiten des demographischen Wandels und insbesondere bei einem zunehmenden Anteil älterer Menschen und chronisch-degenerativer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und orthopädischen Einschränkungen, nimmt die Bedeutung der Versorgung dieser zu. Ein wichtiger Baustein der Versorgungskette sind Präventionsleistungen (Pfaff/Schrappe 2011: 19). Patientenrelevante Endpunkte sind zentrale Eckpunkte bei Patientenpräferenzen: Patientenorientierung ist neben Ergebnisorientierung und Multidisziplinarität/-professionalität eine Grundannahme der Versorgungsforschung. Aus der Arbeit mit Patienten ist bekannt, dass sich die Ergebnisqualität auch in Gewinnen bei der Versorgung der Patienten ablesen lässt. Maße wie Gesundheits- und Lebensqualität sind Indikatoren solcher patientenrelevanter Endpunkte oder Gewinne. Dabei ist es wichtig zu verstehen, „welche Interessen der Patient hat und wie er aktiv in Entscheidungen einzubeziehen ist“ (Neugebauer 2011: 42). Im Folgenden wird deswegen auf den aktuellen Stand der Forschung zu Patientenpräferenzen und patientenrelevanten Endpunkten eingegangen, damit anschließend das Konzept auf den Bereich der Präventionsleistungen übertragen werden kann.

>> Zunehmend werden patientenrelevante Endpunkte in der Forschung und Praxis berücksichtigt und beispielsweise mit anderen Ergebnisparametern verglichen (z.B. Ciani et al. 2013: f457). Die Bedeutung von Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit ist bekannt und wird immer stärker berücksichtigt. Gleichzeitig gibt es immer noch viele offene Fragen, beispielsweise „Sollten auch gesunde Bürger/Versicherte einbezogen werden?“ (Scheibler 2011: 46). Insbesondere wenn Prävention im Vordergrund steht, dann ist diese Frage positiv zu beantworten.

Weitere offene Fragen betreffen die Auswahl und adäquate Nutzung von patientenrelevanten Endpunkten (a) bei älteren Menschen und (b) in der Prävention. Ältere Menschen werden bei der Messung von Lebensqualität (und insbesondere bei der Verwendung des Quality-Adjusted-Life-Year-Konzeptes, kurz QALY) benachteiligt (Scheibler 2011: 47). In der Prävention kommen andere Aspekte der patientenrelevanten Endpunkte dazu, die möglicherweise für zahlreiche Menschen von Bedeutung sind: Insbesondere Ältere wollen jung und fit bleiben, sie haben Angst, im Alter nicht mehr ohne fremde Hilfe leben zu können oder der Familie zur Last zu fallen (Goldammer 2014: 17-18). Entsprechend ist es wichtig, dass sie Möglichkeiten finden, fit und gesund zu bleiben, um den Wunsch nach Selbstständigkeit möglichst lange in die Tat umzusetzen. Solch eine Möglichkeit bieten in der Versorgungslandschaft Seniorenbegegnungsstätten und Gesundheitsverhalten wie körperliche Aktivität. Inwiefern diese Menschen helfen, sich jung zu halten, also subjektiv jung zu bleiben, soll in zwei Studien untersucht werden. Dazu wird im Folgenden das Konzept des subjektiven Alters beschrieben.

Subjektives Alter

In der Literatur wird zwischen kalendarischem und subjektivem Alter unterschieden (Stettersen/Mayer 1997: 233-261; Stephan et al. 2012: 875-880; Mock/Eibach 2001: 979-986). Als kalendarisches Alter wird das Alter bezeichnet, das sich durch das Geburtsdatum ermitteln lässt, also den Blick auf den Kalender. Wird ein Mensch jedoch gefragt, wie alt er sich fühlt, dann kann damit das gefühlte Alter ermittelt werden. Eine wichtige weitere Facette kann durch die Berücksichtigung von beiden Maßen berechnet werden (s. Methodenteil).

Die Bedeutung des subjektiven Alters haben bereits vorherige Studien aufgezeigt. Beispielsweise haben Spuling et al. (2013: 5-15) Befunde aus Analysen mit 3.038 Teilnehmenden des Deutschen Alterssurveys zwischen 40 und 85 Jahren berichtet. Sie konnten den oftmals gefundenen Zusammenhang zwischen subjektivem Alter und verschiedenen Gesundheitsdimensionen replizieren. Neu waren die Befunde, dass das subjektive Alter längsschnittlich körperliche, mentale und subjektive Gesundheit bedingt. Umgekehrt war nur die subjektive Gesundheit bedeutsam für das subjektive Alter, nicht jedoch körperliche und mentale Gesundheit. Die Autoren schlussfolgerten, dass das subjektive Alter eine zentrale Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte ist.

Aus der Patientenversorgung hat sich das subjektive Alter ebenfalls als bedeutsam erwiesen: Patienten, die sich jünger fühlen als sie kalendarisch waren, berichten eine bessere Gesundheit und zei-

gen höhere Überlebensraten (z.B. Gellert et al. 2012: 208-218). Auch zeigte sich, dass diejenigen, die sich jünger fühlten, mehr positive Kognitionen und Verhaltensweisen hatten, wie z.B. positives Denken und die Einbindung in das soziale Netzwerk der Familie (Lim et al. 2013: 249-254). Es scheint also sinnvoll, das subjektive Alter als potentiell patientenrelevantes Outcome zu evaluieren, was entsprechend in der vorliegenden Studie realisiert wurde. Konkret ist die Frage, ob das subjektive Alter mit dem Vorliegen von Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädischen Indikationen und Atemwegserkrankungen zusammenhängt.

Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Aktivität hat nachweislich positive Effekte auf die körperliche und geistige Gesundheit (WHO, 2014). So hat sich gezeigt, dass Menschen, die regelmäßig körperlich aktiv sind, sich auch körperlich jünger fühlen. Das subjektive Alter kann beeinflussen, ob sich jemand vornimmt und zutraut, körperlich aktiv zu werden. Eine Frage, die bisher noch nicht untersucht wurde, ist, ob sich Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer Erkrankung und der Ausübung von Aktivität im Vergleich mit dem subjektiven Alter zeigen.

Senioreneinrichtungen

Seniorenbegegnungsstätten können in der Versorgungskette als Selbsthilfezusammenschluss verstanden werden: Sie fördern die Eigenverantwortung, die Selbsthilfe und die aktive Mitarbeit (Borgetto 2011: 53). Sie sind Pflege- und Altenheimen sowie ambulanten pflegerischen Versorgungsleistungen vorgeschaltet oder arbeiten mit diesen zusammen. Seniorenbegegnungsstätten kommen wichtige Aufgaben bei der Aktivierung und der zielgruppenspezifischen Angebotsgestaltung zu. So schreiben Rothgang und Unger (2011: 191) „Im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen sind insbesondere Prävention und Gesundheitsförderung als Instrumente zur Einflussnahme auf die Versorgungsbedarfe hervorzuheben. Dabei ist das Augenmerk viel stärker als gegenwärtig auf die Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung bei Älteren [...] zu legen.". Genau aus diesem Grund sind die Senioreneinrichtungen, die bisher kaum wissenschaftliche Aufmerksamkeit bekommen haben, zentral wichtig und sollen in der vorliegenden Studie hinsichtlich ihrer Bedeutung für den patientenrelevanten Endpunkt „subjektives Alter" untersucht werden.

Studie 1 mit potentiellen, gelegentlichen und regelmäßigen Nutzern von Senioreneinrichtungen

Methode

Die Teilnehmer dieser Studie waren Personen, die im Juli und August 2013 in Seniorenbegegnungsstätten und an öffentlichen Orten (z.B. Bürgerhäuser, Einkaufszentren und S-Bahnhöfen) rekrutiert wurden. Eine Forschungsassistentin sprach Personen an diesen Orten an und lud sie zur Teilnahme an einer kurzen Befragung ein. Die Befragung bestand aus einem vierseitigen Fragebogen zu verschiedenen Aspekten von Senioreneinrichtungen, individuellen Lebensstilfaktoren, Altersbildern und soziodemographischen Variablen. Die Befragung war querschnittlich und erfolgte vollkommen anonym.

Insgesamt nahmen N = 105 Personen an der Befragung teil. 70 der Personen waren weiblich (66,7%) und 31 männlich (29,5%), die übrigen gaben ihr Geschlecht nicht an. Befragt nach der Nutzung von Senioreneinrichtungen, berichteten 35 Personen (33,3%), dass sie diese nicht besuchen würden. 18 Personen (17,1%) gaben an, unregelmäßig eine Einrichtung zu nutzen. 49 Personen (46,7%) berichteten eine regelmäßige Nutzung. 3 Personen (2,9%) beantworteten diese Frage nicht.

Das kalendarische Alter wurde mit der Frage „Wie alt sind Sie derzeit?" erhoben. Als Antwortoption wurde „_____Jahre" angeboten und erwartet, dass das kalendarische Alter in Zahlen eingetragen würde. Anschließend folgten die Fragen zum gefühlten kognitiven und körperlichen Alter. Diese beiden gefühlten Altersvariablen wurden mit den Fragen „Wie alt fühlen Sie sich geistig?" und „Wie alt fühlen Sie sich körperlich?" erhoben. Es wurde die gleiche Antwortoption vorgesehen wie beim kalendarischen Alter. Das subjektive Alter wurde aus den zuvor gemessenen Altersvariablen berechnet: Das kalendarische Alter wurde vom wahrgenommenen geistigen bzw. körperlichen Alter subtrahiert.

Alle Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 22) durchgeführt. Es wurden Frequenzanalysen, Varianzanalysen (ANOVA) und Post-hoc-Paarvergleiche (Bonferroni) berechnet.

Ergebnisse

Die befragten Personen, die nicht regelmäßig Senioreneinrichtungen nutzten, gaben im Durchschnitt an, kalendarisch 63 Jahre alt zu sein (s. Tab. 1, oberer Teil). Diejenigen, die eine Einrichtung unregelmäßig nutzten, berichteten im Durchschnitt, kalendarisch 68 Jahre alt zu sein. Befragte, die regelmäßig eine Einrichtung besuchten, waren im Durchschnitt kalendarisch 76 Jahre alt.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren insgesamt betrachtet statistisch bedeutsam, jedoch beruhte dieser Unterschied hauptsächlich auf zwei Gruppenunterschieden: diejenigen, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, waren kalendarisch signifikant älter als Personen, die die Senioreneinrichtung nicht oder nur unregelmäßig nutzten. Unregelmäßige Nutzer und Nie-Nutzer waren nicht signifikant unterschiedlich kalendarisch alt.

Alle befragten Personen berichteten ein gefühltes kognitives Alter von durchschnittlich 51 Jahren. Die Unterschiede zwischen den Gruppen (s. Tab. 1) waren nicht statistisch bedeutsam: Auch wenn diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung nutzten, sich kognitiv etwas älter fühlten als diejenigen, die eine Einrichtung nicht oder unregelmäßig nutzten, war dieser Unterschied nicht signifikant (s. Tab. 1).

Die Befunde zu gefühltem körperlichen Alter fielen anders aus: Die befragten Personen, die nicht regelmäßig Senioreneinrichtungen nutzten, gaben im Durchschnitt an, sich körperlich 53 Jahre alt zu fühlen (s. Tab. 1). Diejenigen, die eine Einrichtung unregelmäßig besuchten, berichteten im Durchschnitt, sich körperlich 56 Jahre alt zu fühlen. Befragte, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, fühlten sich im Durchschnitt körperlich 66 Jahre alt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren insgesamt betrachtet statistisch bedeutsam, jedoch beruhte dieser Unterschied wiederum hauptsächlich auf zwei Gruppenunterschieden: Diejenigen, die sich regelmäßig in einer Einrichtung engagierten, fühlten sich körperlich signifikant älter als die Personen, die eine Senioreneinrichtung nicht oder nur unregelmäßig nutzten. Unregelmäßige Nutzer und Nie-Nutzer fühlten sich nicht signifikant unterschiedlich körperlich alt.

Die befragten Personen, die nicht regelmäßig Senioreneinrichtungen nutzten, gaben im Durchschnitt an, sich kognitiv 14 Jahre jünger zu fühlen, als sie es kalendarisch waren (s. Tab. 1). Diejeni-

Nutzung von Senioreneinrichtungen				ANOVA	Paarvergleiche
Alter (in Jahren)	Keine Nutzung N=34	Unregelmäßige Nutzung N≤13	Regelmäßige Nutzung N≤37		
Kalendarisches Alter	63,20 (7,37)	67,77 (11,18)	76,30 (8,98)	F (95, 2) = 22,43**	Keine < regelmäßige** Unregelmäßig < regelmäßig**
Gefühltes kognitives Alter	49,00 (10,48)	48,29 (12,05)	54,00 (13,24)	F (83, 2) = 2,01	
Gefühltes körperliches Alter	52,82 (10,15)	56,23 (10,67)	66,05 (16,01)	F (85, 2) = 9,65**	Keine < regelmäßige** Unregelmäßig < regelmäßig#
Subjektives kognitives Alter (Differenz Gefühltes kognitives Alter - Kalendarisches Alter)	-13,91 (10,19)	-18,07 (8,96)	-22,51 (13,00)	F (82, 2) = 5,10**	Keine < regelmäßige**
Subjektives körperliches Alter (Differenz Gefühltes kognitives Alter - Kalendarisches Alter)	-10,09 (9,17)	-9,62 (7,63)	-10,70 (13,38)	F (84, 2) = 0,06	

Tab. 1: Berichtetes kalendarisches, gefühltes kognitives und körperliches Alter sowie kognitives und körperliches Sich-jünger-fühlen – Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) sowie Ergebnisse der ANOVA und der Paarvergleiche. Legende: **p≤.01; *p≤.05; #p≤.1

gen, die eine Einrichtung unregelmäßig besuchten, berichteten im Durchschnitt, sich kognitiv 18 Jahre jünger zu fühlen. Befragte, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, fühlten sich im Durchschnitt kognitiv 23 Jahre jünger. Die Unterschiede waren statistisch bedeutsam, jedoch beruhte dieser Unterschied wie auch vorher auf einem Gruppenunterschied: Diejenigen, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, fühlten sich kognitiv signifikant jünger als Personen, die Senioreneinrichtungen nicht nutzten.

Alle befragten Personen berichteten, sich körperlich 10 Jahre jünger zu fühlen, als sie es kalendarisch waren (s. Tab. 1 ; Abb. 1, gestrichelte Linie): Diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung besuchten, fühlten sich im Durchschnitt körperlich 11 Jahre jünger, als sie es kalendarisch waren; diejenigen, die sich nicht oder nur unregelmäßig in einer Einrichtung engagierten, fühlten sich im Durchschnitt körperlich 10 Jahre jünger. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch bedeutsam (s. Tab. 1).

Der Großteil der Befragten gab an, regelmäßig körperlich aktiv zu sein (81 Personen). Diejenigen, die regelmäßig körperlich aktiv und die, die inaktiv waren, waren im Durchschnitt gleich alt (Aktive 70,9; Inaktive 70,2 Jahre). Bei der Betrachtung von gefühltem und subjektivem Alter zeigten sich lediglich deskriptive Unterschiede, die jedoch nicht signifikant waren: Körperlich aktive Studienteilnehmer fühlten sich kognitiv 19 Jahre und körperlich 11 Jahre jünger als sie es nach Kalender waren, inaktive nur 16 Jahre (kognitiv) bzw. 11 Jahre (körperlich; alle F<1; p>.4).

Studie 2 mit Internetnutzern

Methode

Die Methode und die T1-Daten mit anderen Effekten sind in Lippke, Ziegelmann, Velicer und Schwarzer (2009) nachzulesen. Die befragten Personen wurden nach einem halben Jahr zu einer Nachbefragung per Email eingeladen. Von 2.207 Personen zu T1 reagierten n=794 auf die Einladungsemail (36% des Initialsamples). Die Mehrzahl der Befragten waren weiblich (n=527; 66,4%), 194 männlich (24,4%), die übrigen machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht. Die Befragten waren zu T1 M=38,2 Jahre (SD=12,4) alt (kalendarisches Alter).

Die Messung der Variablen (kalendarisches und gefühltes Alter) sowie die Berechnung des subjektiven Alters erfolgte wie in Studie 1. Zu T2 wurde zusätzlich erfragt, ob eine orthopädische (OE), Herz-Kreislauf- (HKK) oder Atemwegserkrankung (AE) vorlag und die Befragten konnten antworten mit „hatte ich nie“, „habe ich jetzt nicht mehr“ oder „habe ich jetzt“. Diejenigen, die diese Frage nicht beantworteten oder antworteten „weiß ich nicht“, wurde von den jeweiligen Analysen ausgeschlossen (delete listwise). Es wurden die Alters-Mittelwerte der drei Gruppen „hatte-ich-nie“ (nie; nOE=335; nHKK=403; nAE=359), „habe-ich-jetzt-nicht-mehr“ (nicht-mehr; nOE=53; nHKK=11; nAE=38) oder „habe-ich-jetzt“ (jetzt; nOE=45; nHKK=10; nAE=28) verglichen mittels multifaktorieller Varianzanalysen (MANOVA) und mit Post-hoc-Paarvergleichen (Bonferroni).

Literatur

Borgetto, B. (2011): Selbsthilfezusammenschlüsse. In Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.)(2011): 53-57

Caudroit, J./Stephan, Y./Chalabaev, A./Le Scanff, C. (2012): Subjective age and social-cognitive determinants of physical activity in active older adults., In: Journal Of Aging And Physical Activity, 20(4): 484-496.

Ciani, O./Buyse, M./Garside, R./Pavey, T./Stein, K./Sterne, J. A. C./Taylor, R. S. (2013): Comparison of treatment effect sizes associated with surrogate and final patient relevant outcomes in randomised controlled trials: meta-epidemiological study, In: BMJ 2013, 346: f457.

Gellert, P./Ziegelmann, J.P./Lippke, S./Schwarzer, R. (2012): Future time perspective and health behaviors: Temporal framing of self-regulatory processes in physical activity and dietary behaviors, In: Annals of Behavioral Medicine 2012, 43, 2: 208-218.

Goldammer, D. (2014): Angst vor dem Älter-Werden. In: Goldammer, D. (Hrsg.) (2014): 17-18

Lim, M. Y./Stephens, E. K./Novotny, P./Price, K./Salayi, M./Roeker, L./Peethambaram, P/Jatoiemail, A. (2013): Self-perceptions of age among 292 chemotherapy-treated cancer patients: Exploring associations with symptoms and survival , In: Journal of Geriatric Oncology 2013, 4, 3: 249-254.

Mock, S. E./Eibach, R. P. (2011): Aging attitudes moderate the effect of subjective age on psychological well-being: Evidence from a 10-year longitudinal study.
In Psychology And Aging 2011, 26, 4: 979-986

Neugebauer, E. A. M. (2011): Patienten – Einführung. In: Pfaff, H. /Neugebauer, E. A. M./ Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2001):42-43

Pfaff, H./Schrappe, M. (2011): Einführung in die Versorgungsforschung – Gegenstand. In: Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2011): 14-23

Rothgang, H./Unger, R. (2011) Demographischer Wandel. In Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.)(2011): 188-193

Scheibler, F. (2011): Patientenpräferenzen. In: Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2011): 44-48

Settersten, R. A./Mayer, K. U. (1997): The measurement of age, age structuring, and the life course, In: Annual Review of Sociology 1997, 23: 233–261

Spuling, S.M./Miche, M./Wurm, S./Wahl, H.-W. (2013): Exploring the Causal Interplay of Subjective Age and Health Dimensions in the Second Half of Life: A Cross-Lagged Panel Analysis, In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2013, 21, 1: 5-15

Stephan, Y./Chalabaev, A./Kotter-Grühn, D./Jaconelli, A. (2013): „Feeling younger, being stronger“: an experimental study of subjective age and physical functioning among older adults. In: The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences, 68, 1: 1-7. doi:10.1093/geronb/gbs037

Stephan, Y./Demulier, V./Terracciano, A. (2012): Personality, self-rated health, and subjective age in a life-span sample: The moderating role of chronological age, In: Psychology And Aging 2012, 27, 4: 875-880

World Health Organization (WHO). (2014): Fact sheet on physical activity (Fact sheet N°385). Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/

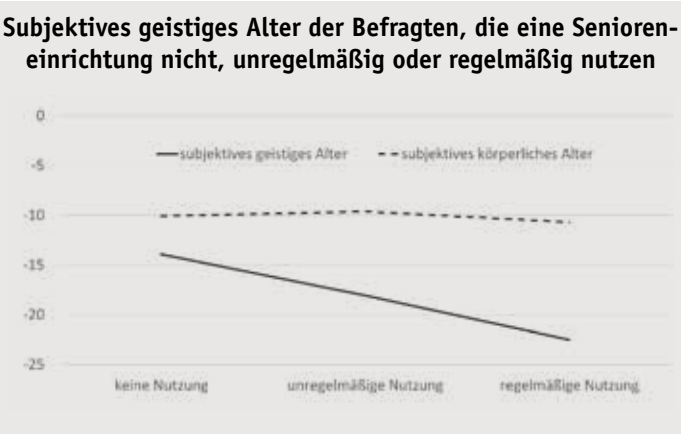


Abb. 1: Subjektives kognitives Alter der Befragten, die eine Senioreneinrichtung nicht, unregelmäßig oder regelmäßig nutzen.

Ergebnisse

Unterschiede hinsichtlich des kalendarischen Alters zeigten sich für OE und HKK („nie-Gruppe" < „nicht-mehr-Gruppe" < „jetzt-Gruppe), nicht jedoch hinsichtlich AE. Lebensstil war bei keiner Erkrankung signifikant assoziiert mit dem kalendarischen Alter. Lediglich die Interaktion aus Lebensstil und Erkrankung war bedeutsam bei HKK: Hier waren diejenigen, die eine aktuell vorliegende HKK berichteten und körperlich aktiv waren, älter als diejenigen, die eine HKK berichteten und inaktiv waren. Um für diese Unterschiede im kalendarischen Alter zu kontrollieren, wurde das subjektive Alter als patientenrelevanter Endpunkt gewählt. Es zeigten sich die folgenden Mittelwertmuster (s. Abb. 2, Panel a-f).

Im Durchschnitt fühlen sich die körperlich Aktiven körperlich jünger als diejenigen, die inaktiv sind. Nur bei HKK ist der Faktor Lebensstil auch für subjektives kognitives Alter signifikant geworden (Tab. 2 ; Abb. 2). Die Interaktionen aus Lebensstil und Erkrankung machen deutlich, dass körperliche Aktivität vor allem dabei hilft, dass sich die Patienten (Personen, die angeben „derzeit" eine Erkrankung zu haben) körperlich jünger fühlen als inaktive Patienten.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass die Erkrankungen eher mit subjektivem körperlichen Alter zusammenhängen als mit subjektivem kognitiven Alter.

Diskussion

Bei der Versorgung von älteren Menschen v.a. im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung können zum einen Seniorenbegegnungsstätten und zum anderen Gesundheitsverhalten eine bedeutende Rolle übernehmen (vgl. Borgetto 2011: 53-57). Dies ist deutlich geworden bei der Evaluation des patientenrelevanten

2-Faktorielle-MANOVAs zu Lebensstil und Erkrankung				
Quelle der Varianz	**df**	**Orthopädische Indikation**	**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**	**Atemwegserkrankungen**
Gruppenvergleiche				
Lebensstil	1	0,70 8,92**	12,32** 19,90**	0,82 14,72**
Erkrankung	2	0,93 12,36**	0,65 5,05**	2,02 2,36
Interaktion Lebensstil X Erkrankung	2	1,358 1,382	6,95** 6,56**	1,12 3,80*

Tab. 2: Ergebnisse aus den 2-Faktoriellen-MANOVAs zu Lebensstil und Erkrankung sowie deren Interaktion jeweils für Orthopädische Indikation, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Anmerkungen: Erstgenannte Werte betreffen subjektives kognitives Alter; die zweit-genannten subjektives körperliches Alter; ** p < .01; p <.05.



Abb. 2: Subjektives kognitives Alter (links) und körperliches Alter (rechts) der Befragten, die nie, nicht mehr oder derzeit eine Erkrankung haben: Orthopädische Indikation (Panel a-b), HKK (Panel c-d) und Atemwegserkrankung (Panel e-f).

Outcomes „subjektives Alter". Während die Betrachtung des kalendarischen Alters deutlich machte, dass Seniorenbegegnungsstätten tatsächlich eher (kalendarisch) ältere Menschen ansprechen, zeigten sich erstaunliche Befunde beim subjektiven Alter: Wird nach kognitivem und körperlichem Alter differenziert, so erweisen sich die Senioreneinrichtungen als zentral bei der Förderung der subjektiven geistigen Fitness.

Im Gegensatz zum subjektiven körperlichen Alter, bei dem sich die Unterschiede zwischen den Nutzergruppen ähnlich zeigten wie im kalendarischen Alter, ließen sich keine Unterschiede im kognitiven Alter beobachten: Auch wenn diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung nutzten, im Durchschnitt kalendarisch älter waren und sich auch körperlich älter fühlten als diejenigen, die keine Senioreneinrichtung aufsuchten, fühlten sie sich geistig nicht älter als die Vergleichsgruppen.

Bei der Evaluation von Krankheiten zeigte sich, dass sich die körperlich Aktiven deutlich jünger fühlen. Dies bietet viele Potentiale für präventive und rehabilitative Maßnahmen: Während das kalendarische Alter nicht verändert werden kann, ließe sich am subjektiven Alter gezielt ansetzen, um Menschen zu unterstützen, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Maßnahmen könnten Patienten unterstützen, sich in der Lage zu fühlen, aktiv zu werden oder auch Aktivitäten zu vermitteln, die als passend wahrgenommen werden und die körperlich und geistig fit machen.

Die Befunde zeigen damit Potentiale von Seniorenbegegnungsstätten für die geistige Gesundheitsförderung von insbesondere älteren Mitbürgern (Borgetto 2011: 53-57). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen aber darüber hinaus auch die Bedeutung von patientenrelevanten Endpunkten wie subjektives körperliches und geistiges Alter deutlich (vgl. Spuling et al. 2013: 5-15). Wenn es darum geht, die Patientenorientierung zu verbessern und Konzepte wie Lebensqualität zu erweitern, dann bieten sich Maße wie „gefühltes Alter" an. In der Zukunft bieten diese Parameter viele Chancen für die Versorgungsforschung.

Die Frage, die an dieser Stelle offen bleiben muss, betrifft die Motivation von all denjenigen, die (noch) nicht regelmäßig eine Seniorenbegegnungsstätte besuchen bzw. sich nicht regelmäßig körperlich bewegen: Sie sollten vom möglichen Nutzen eines regelmäßigen Besuches bzw. von regelmäßiger körperlicher Bewegung überzeugt werden. Nur wie können sie dazu motiviert werden? Oder sollten die Angebote so optimiert werden, dass sich auch diejenigen, die kalendarisch (noch) jünger sind bzw. keine Krankheiten haben, sich dort bzw. von den Angeboten angesprochen fühlen? Dies sind Fragen, die es in zukünftigen Studien zu klären gilt. <<

Patient relevant outcomes in evaluating diseases, health behavior and senior community centers: Results from two questionnaire studies

The health care of older people is of central importance in times of demographic change. Senior community centers and health behavior may be an imperative part of prevention and health promotion. With the aim to evaluate the potentials of senior community centers and of health behavior with patient relevant outcomes, two studies were conducted (cross-sectional and longitudinal over a time span of 6 months). The study participants were asked regarding their calendar age, as well as regarding their perceived physical and mental age. Results indicated that individuals who visited a senior community center regularly were older at the mean level (M=76 years) than individuals who did not use senior community centers at all (M=63 years). The non-users perceived themselves as being cognitively 13 years younger, the infrequent users 18 years and the regular users 23 years younger than they were in regard to their chronological age. Physically active orthopedic, cardiovascular and pulmonary patients perceived themselves younger than inactive patients. The findings direct towards the potentials of senior community centers and health behavior: Senior community centers transpired as especially important for mental health, and physical activity for physical health. The importance of patient relevant outcomes in health care research also becomes apparent: Subjective age can serve as an outcome which indicates advantages especially crucial in times of demographic change.

Keywords

Health care performance, elderly homes, demographic change, perceived age, subjective age, mental health promotion, physical health, prevention

Autorenerklärung

Die Autorinnen haben keine Interessenkonflikte.

Danksagung

Hubert Resch und Heike Lemmermann danken wir für die Unterstützung bei der Datenerhebung in Studie 1. Britta Molter danken wir für die editoriale Bearbeitung einer früheren Version des Manuskripts.

Prof. Dr. habil. Sonia Lippke
ist Professorin für Gesundheitspsychologie, Jacobs Center on Lifelong Learning and Institutional Development (JCLL) & Bremen International Graduate School of Social Sciences (BIGSSS), Jacobs University Bremen. Sie studierte in Göttingen und Berlin (FU), promovierte und habilitierte an der FU, arbeitete als Post-Doctoral Fellow an der University of Alberta, Kanada, und Associate Professor an der Maastricht University, Niederlanden. Kontakt: s.lippke@jacobs-university.de



Lena Siebels
absolviert ein studienbegleitendes Praktikum an der Jacobs University Bremen im Bereich Gesundheitspsychologie. Sie hat einen Bachelor von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg und studiert derzeit ebenfalls in Oldenburg im Masterstudiengang.
Kontakt: lena.siebels@uni-oldenburg.de



Juliane Paech
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Jacobs University Bremen in der Abteilung für Gesundheitspsychologie. Sie studierte in Potsdam, Berlin (FU) und Greifswald. Derzeit promoviert sie an der Jacobs University Bremen und arbeitet in einem EU-Projekt zur Verbesserung der Health Literacy von älteren Menschen (irohla.eu).
Kontakt: j.paech@jacobs-university.de

