

Von der prädiktiven Diagnostik zur Prävention: Stand der medizinischen Präventionsforschung

Prof. Dr. Bernd Röhrlé



**Es ist nie zu spät
und selten zu früh**

Berlin 6.6.2013

Von der prädiktiven Diagnostik zur Prävention: Stand der medizinischen Präventionsforschung



- Gliederung
 - Epidemiologische Daten
 - Behinderung, Mortalitätsraten und psychische Störungen
 - Psychische Störungen im Alter
 - Prädiktiv bedeutsame Merkmale
 - Ausgewählte Präventionsprogramme
 - Belastungsorientiert
 - Steigerung des Wohlbefindens
 - Störungsorientiert
 - Aspekte für die Zukunft

Die Zahl der Lebensjahre mit Behinderungen bedingt durch psychische Störungen nimmt mit zunehmendem Alter ab
 Global Burden of Disease Study (WHO): Vos et al. 2012

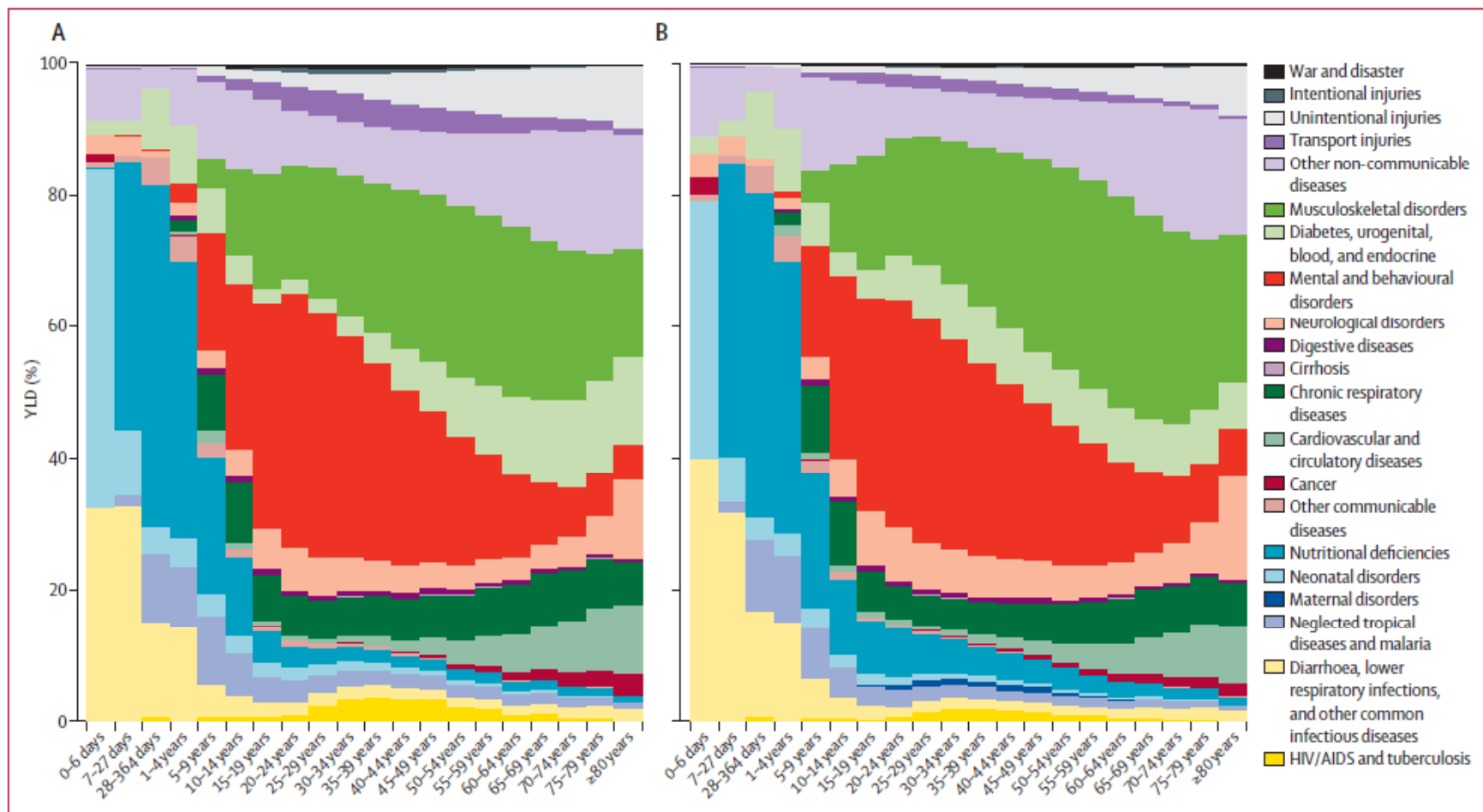


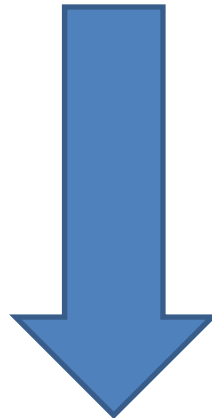
Figure 2: Percentage of years lived with disability (YLDs) in 2010, by cause and age

(A) In male individuals. (B) In female individuals. An interactive version of this figure is available online at <http://healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/regional>.

Psychische Störungen im Alter: Mortalität



- 1996 haben Helmchen et al. auf die pos. Selektivität der Älteren verwiesen
(weniger psychisch Kranke im Alter, Ausnahme von Demenzen ab 85 Jahre)
- **erhöhte Mortalität : (2 Beispiele)**



Mortalitätsrate psychisch Kranker in Australien

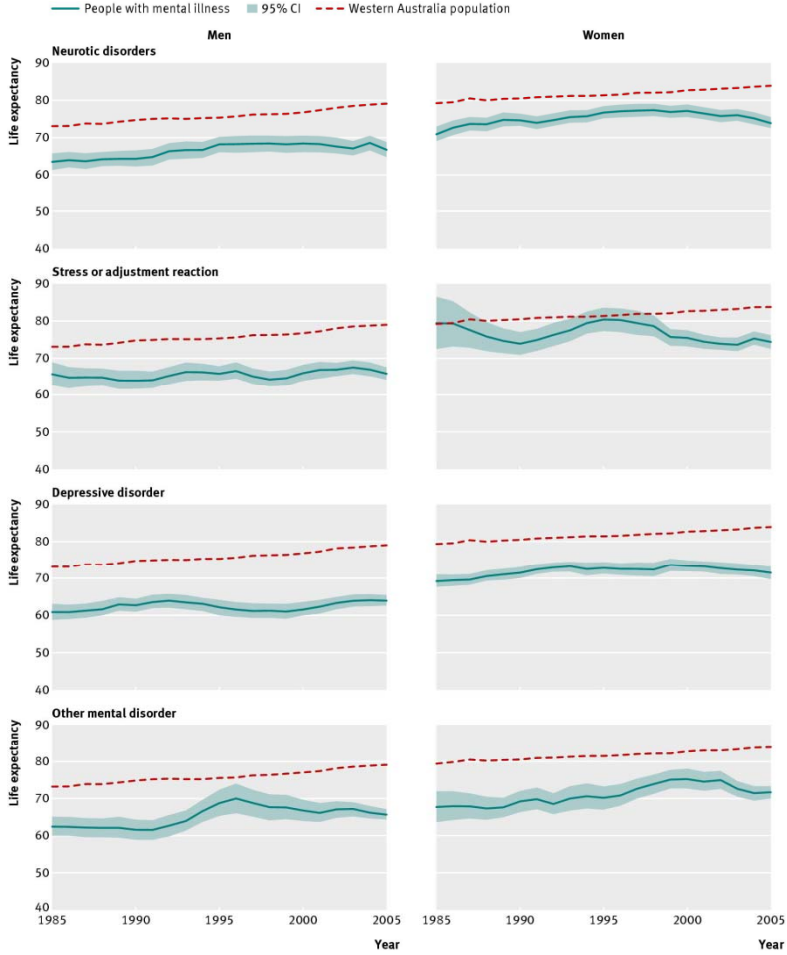
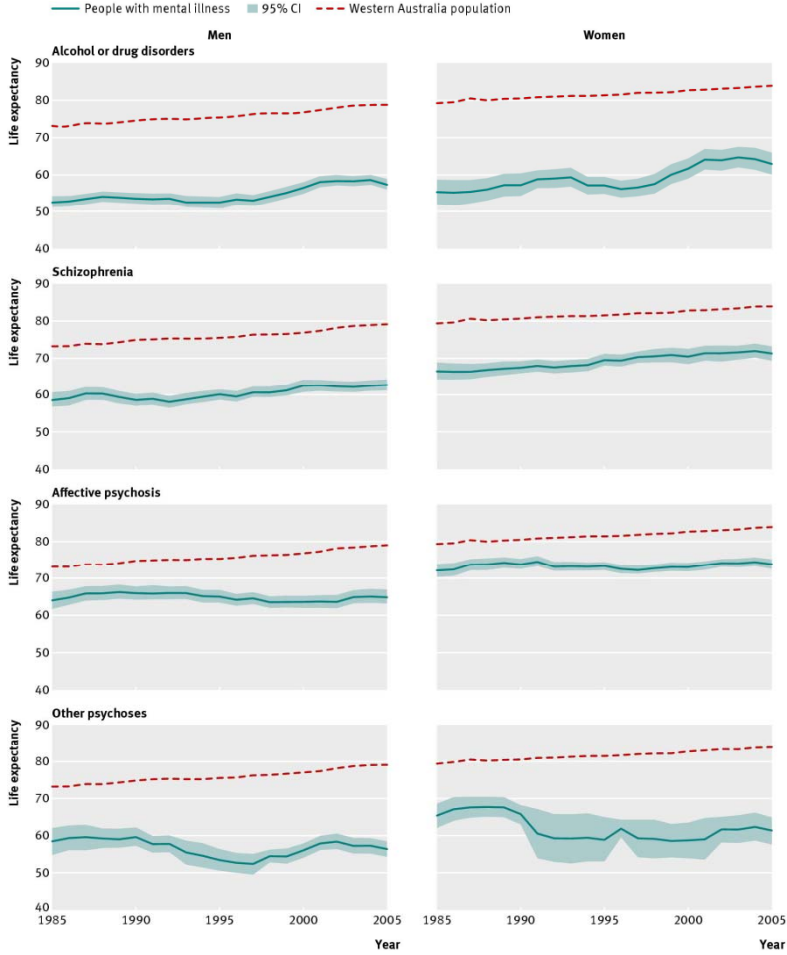
Lawrence et al. 2013

- N=292 585 Personen mit Kontakt zu Behandlungseinrichtungen für psychisch Kranke in West-Australien zwischen 1983 and 2007 (47 669 Tote in dieser Zeit)
- Herzerkrankungen, Krebs, Suizid, aber auch Lebensstil als wesentliche Ursache
- Schere geht in der Zeit weiter auseinander

Primary diagnoses	Years (95% CI)		
	1985	1995	2005
Males			
Western Australian population	73.1	75.4	79.1
Females			
Western Australian population	79.3	81.4	83.8
All mental disorders:			
Life expectancy	68.9 (68.1 to 69.6)	70.9 (70.3 to 71.5)	71.8 (71.2 to 72.4)
Difference	10.4 (9.6 to 11.2)	10.5 (9.8 to 11.1)	12.0 (11.3 to 12.6)

Mortalitätsrate psychisch Kranker in Australien

Lawrence et al. 2013



Psychische Störungen im Alter: Mortalität



- **erhöhte Mortalität**

England/ Wales

im Vgl. zu allg.

Mortalitätsraten

(Z.B. Chang et al. 2011)

- 9,8-14,6 J. (♂)

- 9,8-17,5 J. (♀)

– Bei gleichzeitigem Anstieg der Mortalitätsrate auch bei Älteren durch Psych. Störungen

Mental Disorder and Life Expectancy

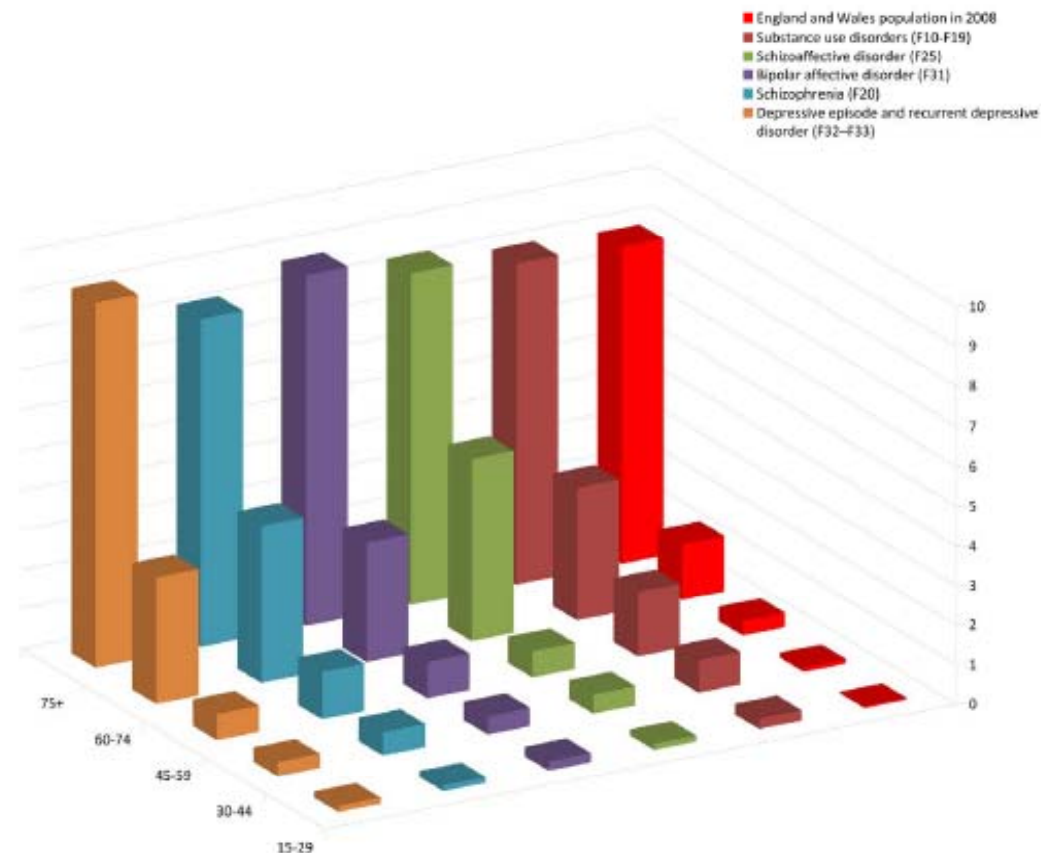


Figure 1. Annual mortality risk (%) by age groups and diagnoses of mental illness, compared to England and Wales population in 2008. doi:10.1371/journal.pone.0019590.g001

Psychische Störungen im Alter



- **Ältere Studien**

- **Etwa ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren (12 Monats-Prävalenz)**

- leidet unter einer psychischen Störung irgendeiner Art .**

$$\frac{1}{4}$$

- **Deutlich weniger als im EU-Vergleich (38,2%)**

- [Helmchen et al., 1996; Weyerer & Bickel, 2007; BMG, 2012; Wittchen et al., 2011]

- **Deutlich weniger auch im Vergleich zu den USA (→)**

*Geschätzte 12 Monatsprävalenz psychischer Störungen, inklusive Demenz bei Älteren mit 65+ Jahren in den USA
(Karel et al., 2012; Erber, 2013)*



Age group (in years)	Prevalence of dementia	Age group (in years)	Prevalence of mental disorder other than dementia in the community	Prevalence of mental disorder other than dementia in residential care	Total prevalence of mental disorder, including dementia, for older adults in the community and in residential care
65–69	1.4%	65–74	9.6%		
70–74	2.9%				
75–79	7.6%	75–84	6.8%		
80–84	18.6%				
85–89	32.7%	85+	8.1%		
90+	37.4%				
Total 65+	10.0%	Total 65+	8.5%	31.5%	20.4%

Ausgesuchte Angaben zu einzelnen Störungsformen



• Demenz

- EU: 65 – 90+ J. (Riedel-Heller et al. 2006; Lobo et al. 2000) → 0,6 - 30,8 %
- BRD (75- 90+ J.; Der Deutsche Ärztetag 2008) → 12,0 - 50,0%

• Sucht

- BRD: Alkoholmissbrauch (>64-70 J.) → 0,7 - 3,5% > ♂:♀
(Helmchen et al. 1996, 2009; Fichter 1990)
- Medikamentenabusus (60+; Koeppke, 2010) → 8,0 – 13,0 %

• Schizophrenie

- (> 70 J.; BRD) → 0,2 - 0,5%
(Wernicke et al, 2000; Helmchen et al., 2009)

• Depressionen

- BRD > 65 J.; Hapke et al., 2012) → 10,1 % (♀)
→ 6,1 % (♂)
- EU-Studien (> 75 J.; 6 Länder)
Angststörungen und Depression: → 11,6%
(König et al. 2010) → 6,2% (BRD)

Ausgesuchte Angaben zu einzelnen Störungsformen

- **Suizid** (65 – 90+ / 100Tsd.) → ca. 25- 70 (♂)
→ 9- 20 (♀)
(BRD; Schmidtke, 2007,2008, 2009;Schneider, 2008)

- **Angststörungen**

- International

- USA Grenzbereich (+65 J.)

- (Grenier et al., 2011)

- BRD (70 + Jahre)

- (Helmchen et al, 2009 Schaub et al. 2000)



- 1,9 – 14,2%

- 5,6 %

- 1,9 – 4,5%

- **Somatoforme Störungen**

- BRD (70+ J.)

- (Hessel et al., 2003)

- 0,3%

Allgemeine prädiktiv bedeutsame Merkmale

- **Soziale Unterstützung (inklusive Puffereffekt)**

(LaGory & Fitzpatrick, 1992; Forster & Stoller, 1992; Sabin, 1993; Steinbach, 1992; Feld & George, 1994; Krause & Borawski- Clark, 1994)

- **Einsamkeit**

9% der 65 -> 75 J. berichten schwere Einsamkeitsgefühle, U-Verlauf über das Alter

(Victor & Bowling 2012 N= 999 [1 Jahr])

Z.B. 16 Jahre Längsschnitt: mehr Depression und Angststörungen

(Heikinnen & Paukinnen, 2011)

Suizidalität (Schmidtke 2008)



- **Verwitwung**

Mortalität: Z.B. K= 8 OR= 1.45 → d= .20

(Holt-Lunstad et. al., 2009; Zisook & Shuchter, 1993; Zisook et al, 1994; Lund et al., 1999, Sanders 1999)

Allgemeine prädiktiv bedeutsame Merkmale

- **Kritische Lebensereignisse (72 -82,2 J.):**
 - Lebensereignisse ES= .15 (k=14)
 - Hassles ES= .41 (k= 3)
(Kraaij et al., 2002)
- **Sinnkrisen, Perspektivlosigkeit, etc. für Suizid**
(nach Erlemeier, 2011; Saß et al. 2009, BMFSFJ, 2002)
- **Armut /Bildung**
(Bruce & McNamara, 1992; Cohen, 1989; Sanchez, 1992)
z.B. soziale Schichtzugehörigkeit: 8,5 vs. 4,5%
(Busch et al. 2013; DEGS, 12 Monate)
- **Gesundheitseinbrüche (Sturz, Herzprobleme)**
(Ensel, 1991; Murrell et al., 1988)
- **Berentung (k= 90; r= -.22 - /-.18) (subjektive Gesundheit)**
zu psychischer und physischer Gesundheit (Topa et al 2011)



Präventionsansätze belastungsorientiert -ausgesuchte Beispiele

Prävention der Einsamkeit



- Vorgehen
 - Training sozialer Fertigkeiten
 - Stärkung sozialer Unterstützung
 - Kontakthilfen
 - Modifikation unangepasster sozialer Kognitionen

- Masi et al. 2010: k= 50 Effektstärken (d)
 - 12 pre-Post: .37
 - 18 NRC: .49
 - 20 RC: .20
 - 16 Geschätzt: für Ältere >60: .24
 - Kein Unterschied beim Vorgehen



Meta-Analysen zu Interventionen bei Verwitwung

•Vorgehen:

–Selbsthilfegruppen, Familienorientierung, Netzwerkkontakte, Beratung, diverse Therapieformen, Krisenintervention, etc.

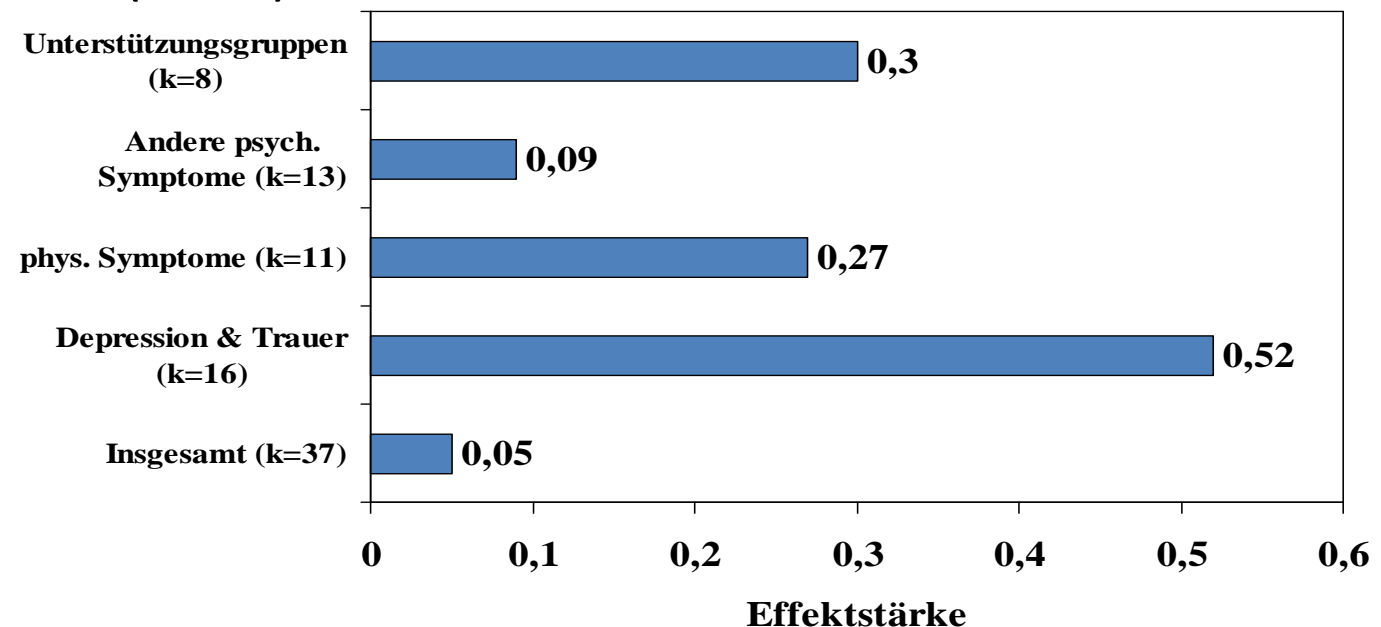
•Meta-analytische Studien

–Wittouck et al. 2001

(komplexe Trauer)

d	k
.13	9

– Kato & Mann (1999)



Steigerung des Wohlbefindens

- | | | |
|---|----------|----------|
| • Körperliche Übungen → Wohlbefinden | k | d |
| – Arent et al. (2000) (Stimmung) | 32 | .34 |
| – Netz et al. (2005): | 36 | .24 |
|
 | | |
| • Soziale Aktivität und Edukation | | |
| Okun et al (1990): | 28 | .67 |
|
 | | |
| • Nicht klinische Interventionen (> 55 J.) | | |
| Pinquart & Sörensen (2001): | | |
| | | g |
| – Reminiszenz | 33 | .45 |
| – Entspannung | 8 | .72 |
| – sozial-interaktiv orientiert (auch SHG) | 34 | .37 |
| – Kontrollstärkung | 18 | 1.03 |
| – Edukation | 17 | .37 |
| – Stärkung der Handlungsneigung | 9 | .16 |
| – Kognitives Training | 9 | .16 |
| – <u>keine Alterseffekte</u> | | |



Steigerung des Wohlbefindens

- **Reminiszenztherapie (54-100 Jahre)**

- Ältere Meta-Analysen (Bohlmeijer et al. 2003, 2007)
berichten über **d** zwischen .67 - 1.23 (depressiv gefährdet) (k=5-22)

- Pinquart & Forstmeier (2012)

	Depression		Wohlbefinden	
	k	g	k	g
• Einfache Reminiszenz	50	.52	63	.24
• Lebensrevue	27	.31	32	.38
• Lebensrevue/Therapie	15	1.28	5	1.02
• < 60 J.	6	.68	11	.36
• 60-80 J.	59	.59	54	.35
• > 80 J	22	.33	28	.39



Präventionsansätze störungsorientiert

Prävention der Demenz



- **Erkannte Risiken: Bluthochdruck; Rauchen; Diabetes; Bewegungsmangel**
(deskriptive Zusammenstellung: Roman et al., 2012)

- **Große Studien bestätigen die langfristige Wirkung von gesundem Lebensstil**
(z.B. Honolulu-Asia Aging Study; Middleton & Yaffe, 2010; Savica & Petersen, 2011)

- **Kognitive Stimulation**

K= 15 SMD: .41
(Woods et al. 2012)



Übersicht Depressionsprävention

Deskriptiv: u.a. Kognitive Verhaltenstherapie, Aktivitätstraining, Coping with Depression; Reminiszenztherapie , Stepped Care

(Lee et al, 2012; Dozeman et al., 2012; Haringsma et al., 2005)

- Jané-Llopis
(65+ J.,
2003)
K= 12
d= .19

- Forseman et al. (2011)
ø 77 Jahre K= 30 d=.10 - .41

Table 4. Effect Size (95% CI) for Psychosocial Interventions Compared to No-Intervention

Type of intervention	Number of participants (depression/ quality of life/ functional level measured)	Depression	Quality of life	Functional level
Physical exercise	237/0/0	-0.10 (-0.36, 0.16)	Not estimable	Not estimable
Skill training	318/42/0	-0.12 (-0.56, 0.32)	-0.38 (-1.01, 0.26)	Not estimable
Reminiscence	145/0/35	-0.24 (-0.62, 0.13)	Not estimable	0.00 (-0.73, 0.74)
Social activities	167/0/0	-0.41 (-0.72, -0.10) ^a	Not estimable	Not estimable
Multicomponent	387/165/62	-0.16 (-0.41, 0.10)	-0.03 (-0.34, 0.29)	-0.42 (-0.92, 0.09)
Any type of psychosocial intervention	1,254/207/97	-0.17 (-0.31, -0.03) ^a	-0.09 (-0.37, 0.19)	-0.28 (-0.70, 0.13)

Note. CI = confidence interval.

a. Statistically significant effect sizes.

Suizidprophylaxe



- Vorgehen: empirische Ergebnisse für Ältere
 - Screening und Aufklärung auf Gemeindeebene (Japan; 65+ J.)
(Incidence Rate Ratio: .30 - .74; 5 Studien; Oyama et al., 2008)
 - Kontakte durch Sozialarbeiter und unterstützende Therapie
(telefonische Unterstützung: ø 76 Jahre)
(Morrow-Howell, 1998; DeLeo et al., 2002)
 - IPT und Pharmaka (ø 67,5 ; 60+ J.)
(Szanto et al., 2001; Heisel et al. 2009)
 - Verhaltenstraining, Problemlösen, Stepped Care, Training von Ärzten (ø 71)
(Unützer et al. 2006; vgl. Alexopoulos et al., 2009; Bruce et al., 2004)



Aspekte für die Zukunft

- Früher Beginn vor 65 Jahren
- Der Weg in gruppenspezifische Ansätze ist richtig
 - mehr altersspezifische Ausformung der Ansätze (Defizit in der Forschung ausgleichen)
 - bei steigender Nutzungsbereitschaft und steigender Mortalitätsgefahr
- Konzeptionell mehr settingorientiert arbeiten
- Qualitätsziele:
 - Vorbereitung auf Aufgaben und Belastungen (Auch auf ambivalente Konflikte in der Familie)
 - Soziale und kulturelle Aktivierung
 - Stärkere Nutzung der Ressourcen (u.a. Flexibilität; Kompensation, Emotionsregulation)



Aspekte für die Zukunft



- **Strukturelle Vorschläge**

- Lokale Präventionseinheiten (vgl. CTC) mit gleichzeitiger Implementation von Präventionsräten auf allen Ebenen (hierzu gibt es viele Beispiele)

- Medienpräsenz (vgl. BMG, 2012)

