

ältere Menschen



Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II

Berichte und Analysen zur Gesundheit

IMPRESSUM

Gesundheitsbericht

**Die Gesundheit älterer Menschen
in Hamburg II**

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und
Verbraucherschutz
Gesundheitsberichterstattung und
Gesundheitsförderung
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Stand:

September 2011

Berichterstellung:

Dr. Regina Fertmann

**Unterstützung bei Datenerhebung
und Auswertung:**

Tobias Kröpelin

Gestaltung:

Nils Möller

Titelfoto:

© Collage von kwh-design mit Fotos von
von links oben nach unten: Gerd Altmann, Günter
Havlena, adel (alle pixelio.de), Otto Durst (fotolia.com)
von rechts oben nach unten: Alexandra Bucurescu,
2 x Rainer Sturm, ulikat, Jerzy (alle pixelio.de)

© 2011, Alle Rechte vorbehalten

Bezug:

Sie erhalten den Bericht kostenlos unter
☎ (040) 428 37 - 1999
gesundheitslotsen@bgv.hamburg.de

**Abteilung Gesundheit
im Internet:**

www.hamburg.de/gesundheit

Druck/Herstellung

Medien Mélange

ISBN

978-3-9814693-0-1

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

III.3 Mobile Senioren in der Metropolregion Hamburg

J. Anders, U. Dapp, S. Golgert, B. Haller, V. Kowalewski, C. Rohn

Beweggrund zu diesem LUCAS-Teilprojekt 3 war die weitgehende Unkenntnis über die Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit gesunder älterer Menschen. Viele bisherige Untersuchungen mit älteren Menschen waren auf Probleme und Krankheiten ausgerichtet. Aber nur wer Gesundheit versteht, kann diese bewahren und nur wer Merkmale und Ablauf des natürlichen Alterungsprozesses kennt, kann vorbeugen, krankhafte Verläufe frühzeitig erkennen und angemessene Entscheidungen zu Behandlungsbedarf und Behandlungsart begründet treffen.

3.1 Zielsetzung

Ziel dieser Studie war zunächst, ein Altern in Gesundheit zu beschreiben, zu verstehen und möglichst für andere ältere Menschen gesundheitsfördernde Angebote aus diesen Ergebnissen abzuleiten. Gesundes Altern meint dabei nicht unbedingt frei von jeder Krankheit zu bleiben, sondern wenig oder gar nicht beeinträchtigt zu sein von eventuell chronifizierten Erkrankungen, die im Lebenslauf durchgemacht wurden. Mobilität bedeutet in diesem Zusammenhang, aus eigener Kraft oder unter selbständiger Nutzung von Transportmitteln einen weiten Aktionsraum (geriatriisch-geographische Definition) zu nutzen und eigene Aktivitäten darin selbständig zu planen und zu gestalten.

Mobilität ist eine von mehreren komplexen Schlüssel-Reserven, die wesentlich über Lebensqualität, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im

Alter entscheiden. Wechselwirkungen von Gesundheit, chronischen Erkrankungen, Umweltbedingungen und innerer Gefühlswelt können die Mobilität eines Menschen beeinflussen. So wird die erfolgreiche Bewältigung natürlicher Alterungsprozesse anhand einer intakten Auseinandersetzung zwischen älteren Menschen und ihrer persönlichen Lebenswelt beschrieben. Insbesondere haben daher Bedingungen interessiert, unter denen eine vormals rüstige ältere Person erstmalig Mobilitätsprobleme wahrnimmt und ihr Verhalten daraufhin verändert (z. B. nicht mehr Rad fährt, weite Fußwege oder Treppen meidet).

Aus dem Verständnis der vielfältigen Ursachen für Mobilitätseinschränkungen im Alter sind nicht nur Hilfen anzubieten, sondern kurative oder rehabilitative Behandlungen zur Wiederherstellung der vollen Gesundheit und Mobilität ("Ausdehnung der aktiven Lebenserwartung") zu entwickeln. Damit soll ein Fortschreiten der Verluste von Fähigkeiten bis hin zur Pflegebedürftigkeit vermieden oder verlangsamt werden.

3.2 Herangehensweise

In den Jahren 2008 und 2009 wurden zufällig ein Zehntel der älteren LUCAS-Teilnehmer ausgewählt, deren Angaben in den Fragebögen aus Teilprojekt 1 auf eine hohe Leistungsfähigkeit und stabile Gesundheit hinwiesen. Diese wurden eingeladen, an umfangreichen altersmedizinischen Untersuchungen und persönlichen Befragungen in den Forschungsräumen des Albertinen-Hauses, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, teilzunehmen. Zu diesem Zwecke wurden Instrumente zur angemessenen Beurteilung von Biographie, Lebensführung, seelischer und kognitiver Belastbarkeit sowie zu

körperlichen Fähigkeiten einschließlich technischer Ganganalysen und Funktionstests genutzt, teils auch neu für diese Zielgruppe entwickelt. Die Untersuchungen mit Berücksichtigung vieler Einflüsse auf Gesundheit und Mobilität im Alter inklusive einer individuellen Beratung zur Gesundheitsförderung und Bericht an die Hausarztpraxis werden als „Erweitertes Gerontologisch-Geriatriisches Assessment“ (kurz EGGA) bezeichnet. Eine typische Untersuchungsform ist eine Gangprobe mit Zeitmessung (vgl. Abbildung 3.1, Timed Up & Go Test). Natürlich wurden ferner chronische Gesundheitsprobleme, Erkrankungen und verschriebene sowie frei gekaufte Medikamente erfasst.

3.3 Ergebnisse und Bewertung

Anhand der Angaben der älteren Teilnehmer und dieser komplexen Untersuchungen ergab sich eine Unterscheidung von zwei Zielgruppen innerhalb der untersuchten, mobilen älteren Bevölkerung (originäre Langzeitkohorte):

- Personen mit hohen Reserven in den meisten Bereichen, aktiver Lebensführung und meist gutem sportlichem Trainingszustand („Super“-FIT), vereinzelten Defiziten im Trainingszustand (FIT oder robust) umfassen annähernd die Hälfte von 2012 Personen aus der Erhebungswelle 2007.

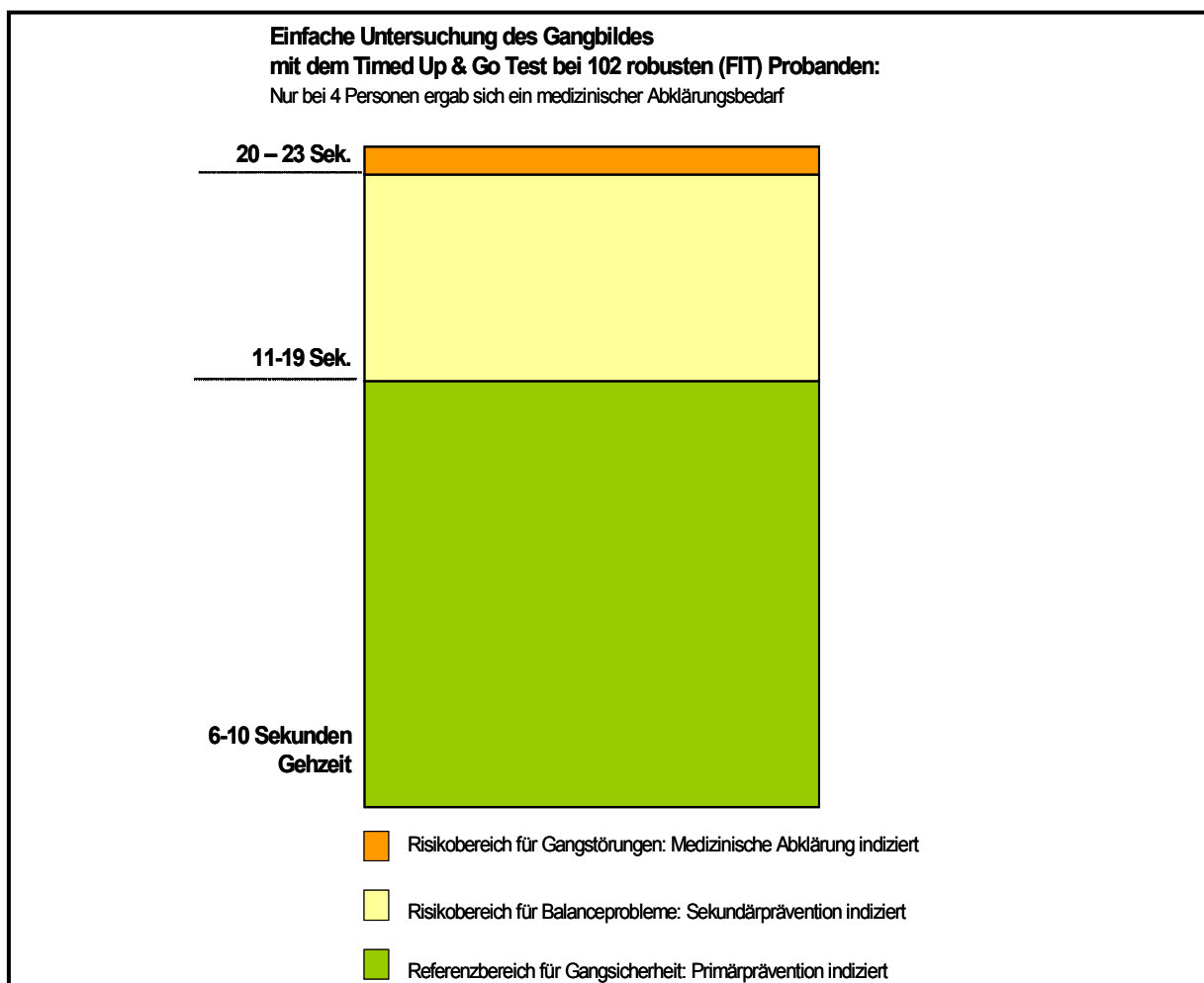


Abbildung 3.1: Einfache Untersuchung des Gangbildes mit dem Timed Up & Go Test bei 102 robusten Probanden (FIT)

- Personen mit guten, aber abnehmenden Reserven in einigen Bereichen, leicht veränderter Lebensführung und deutlichen Defiziten im Trainingszustand sowie Vermeidungsverhalten (PRE-FRAIL oder „vorgebrechlich“: ein Viertel der Erhebungswelle 2007).

Die guten Nachrichten:

Auch 7 Jahre nach Einschluss in die Langzeitstudie LUCAS waren drei Viertel der älteren Personen beschwerdefrei, leistungsfähig und selbstständig bis sehr aktiv in ihrer Lebensführung.

Über 60% der Robusten (FIT) engagierten sich zudem freiwillig in Museen, Hospizen oder Vereinen. Es gab keine Hinweise auf Gangstörungen, die durch das natürliche Altern zwangsläufig verursacht werden.

Die schlechten Nachrichten:

Beginnende Gebrechlichkeit, Gangstörungen und Einschränkungen der Mobilität sind dennoch verbreitete Probleme.

Als führende Ursache von beginnender Gebrechlichkeit (pre-frailty) und Mobilitätsproblemen im Alter erwiesen sich leider Verschlechterungen der geistigen Leistungsfähigkeit, z. B. demenzielle Erkrankungen. Diese werden im Verlauf der Langzeituntersuchung deutlich häufiger beobachtet und sind nur begrenzt vorbeugenden oder heilenden Maßnahmen zugänglich.

Ambulante Hilfsangebote und Pflegekonzepte zeichnen sich in diesem Zusammenhang durch den steigenden Bedarf an Fachkräften aus. Bauliche Anpassungen für Menschen mit kognitiven Problemen unterscheiden sich zudem deutlich von An-

passungen für körperlich behinderte, ältere oder jüngere Menschen. Bei Planungen zur Stadtentwicklung ist dies zu berücksichtigen, z. B. durch Einbindung von Experten und Betroffenen.

Handlungsansätze

Personen, die im Vorfeld (2001-2004) an einem Präventionsprogramm (Aktive Gesundheitsförderung im Alter) teilgenommen hatten, konnten ihre Leistungsfähigkeit länger erhalten oder sogar ausbauen. Einmal begonnen, wurden entsprechende Aktivitäten in den Alltag integriert und teils über Jahre beibehalten. Laut Studien erscheinen Trainingsformen besonders geeignet, die Kognition und Körpergefühl ansprechen wie Tai Chi (vgl. Abbildung 3.2).



Abbildung 3.2 Gesundheitsförderung im Alter: (Seniorengruppe des Tai-Chi-Zentrums Hamburg im Albertinen-Haus, Foto: Dr. Stefan Langhoff)

3.4 Perspektiven

Es bestehen gute Chancen, dass Gebrechlichkeit und Mobilitätsprobleme durch eine altersmedizinische Abklärung unter Berücksichtigung vielfältiger Einflüsse (Assessment) frühzeitig entgegen getreten werden kann. Eine individuelle Planung von Training, medizinischer Behandlung oder Rehabilitation ist darin eingeschlossen. Einen vereinfachten Selbsttest zur Früherkennung von Gangunsicherheit und

Gebrechlichkeit für ältere Menschen mit Empfehlungen (das Manual „Sicher gehen, weiter sehen“) wurde daher gemeinsam mit der Stadt Hamburg und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verbreitet. Diesen Test nutzen auch Personen, die mit älteren Menschen arbeiten, etwa um Zielgruppen für präventive Maßnahmen sicher zu identifizieren. Dagegen sollten gebrechliche Patienten, z. B. nach einem Sturz, vorrangig medizinische Abklärung und Behandlung erfahren.

In der zweiten LUCAS-Förderphase ist daher eine Studie geplant, die ein neues medizinisches Versorgungsangebot für gebrechliche, ältere (PRE-FRAIL) Patienten mit ersten Anzeichen von Gangstörungen und Verhaltensänderungen an der Schnittstelle zwischen Hausarztpraxis, Fachärzten und Kliniken untersucht und ganzheitliche Empfehlungen zu weiterführender Diagnostik sowie Behandlung erstellt – die Geriatrische Mobilitäts-Ambulanz.

3.5 Informationsquellen

Website zum LUCAS –Verbund:
<http://www.geriatrie-forschung.de>

Anders J, Kowalewski V, Golgert S, Dapp U, von Renteln-Kruse W (2010)

Frühe Abklärung physischer und psychischer Risiken im Alter. 3. Bd. Versorgungsforschung (BÄK), Deutscher Ärzteverlag Köln, 2010; Kapitel III: 77-86.

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art.

Anders J. Mobilität im Alter und Immobilitäts-Syndrom, Kapitel 7: 84-97 (2009) In: v. Renteln-Kruse (Hrsg) Medizin des Alterns und des alten Menschen. Steinkopff Darmstadt, Neuauflage 2009

Anders J, Dapp U (2008): Sicher gehen, weiter sehen- Sturzprävention für ältere Bürger und Multiplikatoren, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit, Verbraucherschutz (Hg.), Hamburg

Anders J, Behmann M, Dapp U, Walter U (2008): Stürze im Alter. In: KKH (Hrsg.) Beweglich? Weißbuch Prävention, Springer 2007/2008; Kapitel 9: 167 - 181

Gefördert durch das BMBF: Förderkennzeichen – 01ET0708.