

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](mailto:gesundheitslotsen@bgv.hamburg.de)

**Abteilung Gesundheit  
im Internet:**

[www.hamburg.de/gesundheit](http://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.5 Hausbesuche bei selbständig lebenden Hamburger Seniorinnen und Senioren mit Funktionsabbau

F. Profener, W. Jansen, B. Spalink,  
L. Waldner, J. Stappenbeck

#### 5.1 Einleitung

„Das Alter“ wird nicht für alle Menschen von Leistungsabfall oder kostenträchtiger Pflegebedürftigkeit geprägt – etwa zwei Drittel sogar der über 85-Jährigen, die zu Hause leben, sind nicht pflegebedürftig. Der Prozess des Alterns hat viele, auch freundliche, allemal individuelle Gesichter und es lohnt sich, in ihn zu investieren – persönlich, aber auch gesellschaftlich. Man sollte dabei die fällige Korrektur abwerten der Vorstellungen „vom Alter“ nicht überdehnen, die „Lebensphase“ Alter allzu weich zeichnen und individualisieren.

Funktionelle Verluste vor Eintritt von Pflegebedarf im Sinne des SGB XI<sup>4</sup> sind für viele ältere Menschen nach wie vor eine schmerzhafteste Tatsache. Fast 600 Personen, rund 25% der 2007 erneut rekrutierten LUCAS-Seniorinnen und -Senioren der Langzeitkohorte, sind mittels Markerfragen im Selbstausfüllerbogen nicht als rüstig-mobil, sondern als gebrechlich, „frail“, eingestuft worden. Sie lebten ohne Pflegebedarf und diagnostizierter dementieller Erkrankung weitgehend selbständig zu Hause. Diese Personen berichteten übereinstimmend von allgemeiner Erschöpfung, von Problemen beim Treppensteigen, von Kraftlosigkeit und Verlangsamung bei den bereits verminderten außerhäuslichen Unternehmungen. Teilweise berichteten sie auch von Stürzen in jüngster Zeit, nur selten schon von einem „unbeabsichtigten Gewichtsverlust“. Dieser kann als Verlust

von Muskelmasse ein Anzeichen für den nur schwer zu bremsenden Fortschritt des Gebrechlichkeits-Syndroms sein.

#### 5.2 Ziele und Vorgehen

Diese - bei aller Individualität - markante, teils „prekär- selbständig“ lebende Seniorengruppe ist für die Aufklärung des Alterns der LUCAS-Langzeitkohorte von großem Interesse vor allem unter Gesichtspunkten sekundärer Prävention und Rehabilitation; lehrreich könnte dazu sein, wie diese Seniorinnen und Senioren alltägliche „Unebenheiten“ ausbalancieren. Dieser Gruppe widmete sich in der ersten LUCAS-Förderphase die Hamburgische Pflegegesellschaft – mit diesen Fragen:

- Lässt sich der schriftlich von den Seniorinnen und Senioren berichtete funktionelle Status „FRAIL“ bestätigen?
- Mit welchen aus präventiver Sicht relevanten Merkmalen treten sie – im Vergleich zu rüstig mobilen älteren Menschen – in eine besonders dysfunktionale Lebensphase ein?
- Welche Fähigkeiten und Umstände fördern, welche gefährden oder begrenzen selbständiges Altern und signalisieren Handlungsbedarf?
- Wie ist dieses Leben überhaupt weiter zu untersuchen, zu verstehen, ggf. auch beratend zu unterstützen, wenn es sich überwiegend in der Häuslichkeit abspielt?

LUCAS kombinierte wiederkehrende extensive schriftliche Befragungswellen (vgl. Abschnitt III.2) mit querschnittlich angelegten, intensiven Assessments. Vom Sommer 2008 bis zum Frühjahr 2009 führten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hamburgischen Pflegegesellschaft bei 64 zufällig ausgewählten Seniorinnen und Senioren mit Status „FRAIL“ ein sozial-gerontologisches Hausbesuch-Assessment durch. Be-

<sup>4</sup> Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)

gutachtet wurden damit 11% aller 2007 mit Anzeichen von Gebrechlichkeit eingestuften Studienteilnehmer der LUCAS-Langzeitkohorte – eine statistisch relevante Anzahl.

Sogenannte „Präventive Hausbesuche“ werden in einigen Ländern und Kommunen erprobt und sind mit Blick auf ihre präventionspolitische Bedeutung Gegenstand kontroverser Diskussion: Wer profitiert von ihnen? Können die Hausbesuche Krankenhausaufenthalte, Pflegebedürftigkeit, stationäre Langzeitpflege und Sterblichkeit reduzieren? Wer könnte die Besuche erfolgreich durchführen? Und wie sollen sie finanziert werden?

Präventive Hausbesuche sollten in jedem Fall frühzeitig stattfinden, bei ersten Anzeichen von Funktionseinbußen; sie sollten auf einem multidimensionalen gerontologischen Assessment basieren sowie ein kontinuierliches Fallmanagement auslösen - dann scheinen sie die Lebensqualität der Besuchten deutlich zu verbessern.

In LUCAS-Teilprojekt 5 wurden durch zwei geschulte Untersucherinnen bzw. Untersucher jeweils zweistündige Assessments durchgeführt. Eingesetzt wurden gängige gerontologische Fragenkataloge und Performance-Tests. Untersucht bzw. erfragt wurden das Allgemeinbefinden, die Biografie mit kritischen Lebensereignissen, die soziale, insbesondere familiäre Situation, basale Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), aktuelle Erkrankungen und konsumierte Medikamente, das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten, die Ernährungsgewohnheiten, die Hand-, Arm- und Beinfunktion, die kognitive Leistungsfähigkeit, das Hören und Sehen, die erweiterten instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), der Aktionsradius und die gewöhnlichen (Freizeit-) Aktivitäten.

Nach einer abschließenden Wohnungsbegehung fassten Untersucher und Untersuchte gemeinsam ad hoc erkennbare Selbsthilfemöglichkeiten sowie Unterstützungsbedarf ins Auge, ggf. auch diagnostischen, präventiven oder rehabilitativen Handlungsbedarf. Sie erörterten vor Ort überlassene Informationsmaterialien und Übungsanleitungen und vereinbarten entsprechende weitere Umsetzungsschritte, etwa die schriftliche Information des Hausarztes über die Ergebnisse der Assessments.

### 5.3 Erste Ergebnisse

Die im Hausbesuch untersuchten älteren Personen waren zu 78% weiblich, alleinstehend und durchschnittlich 80 Jahre alt (Spanne 69-95). In der Regel mit durchschnittlichem Bildungsgrad (Real- oder Volksschulabschluss) verfügten sie über ausreichende bis knappe wirtschaftliche Ressourcen und wohnten zumeist zur Miete.

Die Besuchten zeigten sich als nicht gesund und nicht „FIT“ nach Maßgabe der LUCAS-Marker. Sie bestätigten im Assessment die auf der Basis schriftlicher Auskünfte vorgenommene Einschätzung ihrer Verfassung. Dies ist als ein wichtiger Schritt bei der Prüfung „praktikabler“ Kriterien zur frühzeitigen Entdeckung einsetzender Gebrechlichkeit zu sehen. Berichtet und intensiv medikamentös therapiert wurden durchschnittlich fünf (chronische) Erkrankungen vor allem des Muskelskelettsystems und des Herz-Kreislaufsystems. Grundsätzlich (Mundgesundheit, Sehvermögen) war ein gutes Vorsorgeverhalten festzustellen – abgesehen von kostspieligen und als wenig effektiv angesehenen Besuchen beim Hörgerätespezialisten.

Annähernd 80% der Untersuchten gaben an, noch zu „leichter Arbeit und Aktivität“, d. h. zu „mittelschnellem Gehen“

und „eine leichte Last in der Ebene tragen“ in der Lage zu sein. Festgestellt wurden merkliche, aber im Alltag noch unschädliche, kognitive Probleme und erst geringe Einschränkungen in den basalen, körpernahen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), hier besonders der Harnkontrolle.

Die Erhebung der Sturzgefährdung, der erweiterten, „instrumentellen“ Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) und ein Mobilitätsprotokoll zeigten dagegen deutliche Einschränkungen auf. Über die Hälfte der Besuchten gab an, im letzten Jahr mindestens einmal gestürzt zu sein und täglich mit der Angst zu stürzen zu leben; sie vermieden fast durchweg schwere Hausarbeiten und schwere Einkäufe und fuhren nicht mehr Fahrrad.

Es dominierten die bewegungsarmen Hobbies: Die Besuchten lösten Kreuzwörterrätsel, lasen, sahen fern, hörten Radio, spielten Bridge. Selten wurde von leichter Gartenarbeit oder von Reisen berichtet. Handarbeiten waren oft aufgrund von Sehschwäche oder Beweglichkeitsbeschränkungen aufgegeben worden. Nur ein Fünftel der Besuchten berichteten von regelmäßigen einfachen sportlichen Aktivitäten wie Gymnastik, Balancetraining oder Schwimmen.

Der Aktionsradius dieser Personen war merklich eingengt, sie besuchten das Restaurant „um die Ecke“, seltener das Konzert in der entfernten Innenstadt. Drei Viertel der Besuchten war gerne alleine im Viertel unterwegs, nur ein Drittel konnte das für den gesamten Hamburger Stadt- raum sagen, zumal in der dunklen Jahreszeit.

Zumeist nicht (mehr) mit Betreuung von Enkelkindern befasst (die trotz engem Budget finanziell unterstützt wurden), waren die Besuchten auch nicht (mehr) eh-

renamtlich tätig. Ihre selbständige Lebensführung war vielmehr beeinträchtigt durch die ungenügende Zugänglichkeit oder Anzahl von ehrenamtlichen und professionellen Angeboten, die bei Mobilitätseinschränkungen oder Unsicherheitsempfinden außerhäusliche Mobilität unterstützen.

Ohne Illusionen über ihre objektiv mäßige gesundheitliche Verfassung berichteten die Besuchten überwiegend von guter Lebensqualität und hoher Zufriedenheit. Sie schien verbunden mit der noch guten Qualität der sozialen Situation, mit der vertrauten Wohnung und dem Wohnungsumfeld. Die Zufriedenheit wurde getragen von passablen großstädtischen Versorgungs- und Infrastrukturen.

70% der Besuchten lebten „schon länger“ allein, viele mehr als 5 Jahre. Sie fühlten sich mehrheitlich nicht einsam, wenngleich 35% angaben, „zufrieden sein zu müssen“, was Defizite signalisierte. Fast alle konnten eine oder mehrere Bezugspersonen nennen mit harmonischem Charakter der Beziehung. Die Hälfte der Befragten gab an, zu dieser Person jeden Tag unmittelbaren Kontakt zu haben, alle schätzten den zusätzlichen regelmäßigen indirekten Telefonkontakt. In über 80% der als harmonisch beschriebenen Beziehungen war ein enger Familienangehöriger involviert, ohne dass man in einer gemeinsamen Wohnung oder in einem Haus lebte. Nicht selten handelte es sich auch um eine Haushaltshilfe, den Nachbarn oder eine Mitarbeiterin eines Pflegedienstes.

Die Wohnungen der Besuchten, insbesondere Bad, WC und Balkonzugang zeigten sich als nicht barrierefrei. 90% der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer äußerten sich indes sehr zufrieden mit ihren vier Wänden und dem umliegenden Quartier, in dem sie oft schon Jahrzehnte lebten. Schwierige Alltagsanforderungen wurden

mit Technik und Raffinesse, mit einem fein gesponnenen Hilffarrangement, wenn nötig mit Verhaltenheit, Zielanpassung oder mit Humor und Ironie bewältigt; fast obligatorisch: der erhöhte Toilettensitz, die Dusch-Einstiegshilfe, die Pause beim Treppensteigen auf dem Etagenstuhl, das wiederholte Einkäufen kleinerer Portionen mit dem Rollator, das kluge Ampelphasenmanagement.

Passable städtische Versorgungs- und Infrastrukturen ermöglichten diesen Balanceakt. Die Besuchten delegierten Aufgaben an Professionelle: 50% dieser älteren Personen lebte mit regelmäßigen Haushalts- und Gartenhilfen, mit einem Getränke-lieferservice (vor allem die Männer mit „Essen auf Rädern“) und mit einem Pflegedienst, der hauswirtschaftliche Hilfe leistete.

Zwei Drittel der Besuchten gaben an, dass alle Geschäfte des täglichen Bedarfs zu Fuß erreichbar seien. Bei fast allen war eine Bus- und U-Bahnhaltestelle unter 500 Meter entfernt. 70% nutzten gerne Bus und Bahn, um die in entfernteren Teilen der Stadt lebenden Familienangehörigen zu besuchen. Selbst bei wenig eingeschränkter Mobilität, auch bei teilweise beklagter sozialer Isolation, erschienen indes „alterstypische“ Angebote (Seniorentreff, Kirchgang) für diese älteren Menschen nur selten anziehend.

#### 5.4 Fazit: gefährdete Selbständigkeit

In den Hausbesuchen wurden Umriss eines kreativ-selbständigen Alterns erkenn-

bar. Es erschien indes besonders gefährdet durch berichtete starke Schmerzen. 90% der Besuchten gaben an, mehrmals in der Woche von Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems geplagt zu werden, ein Drittel davon in der Qualität „dauerhaft, nicht zu ignorieren, beeinträchtigt alle Aktivitäten“.

Ältere, insbesondere Frauen, werden zukünftig aufgrund lückenhafter Erwerbsbiografien weniger Ressourcen in die erfolgreiche Gestaltung ihrer Lebensführung einbringen. Auch das informelle Unterstützungspotenzial könnte bei Zunahme städtischer Singlehaushalte und bei der Steigerung der Erwerbsquote von Frauen an Grenzen stoßen.

Möglicherweise erwachsen hier ambulanten Pflegediensten Aufgaben im Bereich Prävention und Beratung, auch im Feld haushalts- und alltagsnaher Dienstleistungen, die von ehrenamtlich tätigen Bürgern allein nicht übernommen werden können. Die Basis für diese Leistungen könnte das Instrument des Präventiven Hausbesuches sein, die Zielgruppe ältere Menschen mit einschlägigen Anzeichen von funktionellem Abbau. In der zweiten LUCAS-Förderphase 2011-2013 untersucht die Hamburgische Pflegegesellschaft die Effektivität des Präventiven Hausbesuches in einer randomisiert-kontrollierten Studie.

Weitere Informationen unter:  
[www.geriatrie-forschung.de](http://www.geriatrie-forschung.de)

Gefördert durch das BMBF: Förderkennzeichen –01ET0711.