

Zeitschrift für

Gerontologie + Geriatric

Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatric und
des Bundesverbandes Geriatric e.V.



Elektronischer Sonderdruck für U. Dapp et al.

Ein Service von Springer Medizin

Z Gerontol Geriat 2011 · 44:55–72 · DOI 10.1007/s00391-011-0244-8

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

U. Dapp · R. Fertmann · J. Anders · S. Schmidt · F. Pröfener · C. Deneke · C. Minder · J. Hasford · W. von Renteln-Kruse

Die Longitudinal-Urban-Cohort-Ageing-Studie (LUCAS)

LUCAS-Teilprojekt 5: Zu den Gebrechlichen! Aber wie? – Hausbesuch-Assessment für selbstständig lebende Senioren mit Funktionsabbau (FRAIL) als Methode (und Gegenstand) der Langzeituntersuchung⁶

F. Profener

Hintergrund

Längsschnittuntersuchungen mit wiederkehrenden Befragungswellen unter relativ homogenen räumlichen und sozialpolitischen Bedingungen erscheinen geeignet, das Altern in systematischen Zusammenhängen zu erkunden, Kontinuität und Individualität von Lebensphasen zu beurteilen sowie Frühindikatoren markanter Passagen des Alterns zu finden. Kombiniert mit querschnittlich angelegten Face-to-face-Assessments in randomisierten Teilstichproben entwickeln sie ihr Potenzial.

Face-to-face-Assessments sind hilfreich dabei, schriftliche Mitteilungen durch Anschauung und Messung leiblicher Vermögen, die Teil jeder Kommunikation sind, zu überprüfen oder zu ergänzen. Sie helfen, Gewöhnungs- oder Interventionseffekte abzuschätzen und in Form des Hausbesuchs für einen Längsschnitt unangenehme Stichprobenverluste und selektive Immobilitätseffekte zu begrenzen. Zudem kann eine von Beweglichkeits- und Kommunikationseinbußen bereits geprägte Phase des Alterns im „lebensweltlichen“ Kontext betrachtet werden.

Funktionelle Verluste vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sind für viele ältere Menschen eine schmerzhafteste Tatsache, nicht zuletzt in unserer „Aktivierungsgesellschaft“ [5], die älter werdenden Menschen nicht nur „mehr Leben“ als die „Weisheit des Lehnstuhls“ zugesteht, sondern auch mehr Leistung abverlangt und entsprechend optimistische Bilder des Alterns sendet. Diese können diejenigen, die sich weniger oder nicht mehr beteiligen, zur Aktivität motivieren. Sie könnten ältere Menschen aber auch überfordern oder deprimieren und eine vorhandene und nicht nur durch düstere Altersbilder „diskursiv“

erzeugte Erschöpfung durch Selbstzweifel nach Erfahrung persönlichen Ungnügens verstärken [1]. Gefragt sind durchaus nicht resignative, aber angemessene Vorstellungen vom moderat aktiven gebrechlichen Alter [2].

Frailty

Rund 25% der 2007 rerekrutierten (n=578), 2001 weitgehend unbeeinträchtigten Senioren der LUCAS-Kohorte, die selbstständig zu Hause lebten, wurden dennoch nicht als rüstig-mobil, sondern gebrechlich – „FRAIL“ – eingeschätzt (vgl. Teilprojekt 1). Maßgeblich für die Klassifizierung waren Markerfragen des LUCAS-Selbstaussfüllerfragebogens, die auf Basis der geläufigen 5, eher defizitorientierten Frailty-Kriterien [3] entwickelt, aber ressourcenorientiert zu einem Set von 12 Indikatoren ergänzt wurden. Die als FRAIL klassifizierten Personen berichteten weitgehend übereinstimmend von allgemeiner Erschöpfung, Kraftlosigkeit, etwa beim Treppensteigen, und Verlangsamung bei verminderten außerhäuslichen Aktivitäten, auch von Stürzen, selten von „unbeabsichtigtem Gewichtsverlust“ [9].

Da sie nicht mehr im Berufsleben stehen und sich noch nicht im Fokus der Pflegeversicherung befinden, ist relativ wenig bekannt über jene Menschen, die unter Gesichtspunkten der sekundären Prävention und Rehabilitation [7] oder aufgrund ihrer Kreativität und offenbar klugen Organisation des häuslichen Alltags angesichts funktionaler Einschränkungen von großer Bedeutung sein könnten. Ihnen widmete sich das Teilprojekt der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG).

Fragen und Rekrutierung

Auf welchem Weg würde das weitgehend selbstständige Leben dieser Personen weiter zu untersuchen, zu verstehen und selbstverständlich ggf. beratend zu unterstützen sein? Zufällig ausgewählten Senioren mit dem Status FRAIL sollten Hausbesuch-Assessments mit folgenden Leitfragen angeboten werden:

- Lässt sich der schriftlich von den Senioren über Indikatoren ermittelte Status FRAIL verlässlich bestätigen?

- Mit welchen präventionsrelevanten Merkmalen treten sie, verglichen mit rüstig-mobilen älteren Menschen (Teilprojekt 3), in eine dysfunktionale Lebensphase ein?
- Welche Bedeutung hat das der Frailty gewöhnlich zugerechnete, von den Befragten aber selten berichtete Merkmal „unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ bei Eintritt und im Verlauf des Syndroms?
- Welche Fähigkeiten und Umstände fördern bei Gebrechlichkeit, welche gefährden oder begrenzen selbstständiges Altern und signalisieren Handlungsbedarf?

In einem 2-stufigen Verfahren wurde eine Zufallsstichprobe von 120 Personen mit Status FRAIL aus der Gesamtheit der „gebrechlichen“ Personen der LUCAS-Kohorte gezogen, von welchen 109 auffindbar waren (nicht verzogen oder verstorben) und kontaktiert wurden. Aus Desinteresse und überwiegend wegen befürchteter Überforderung lehnten 57 Personen den Hausbesuch ab; 52 stimmten zu; 44 Hausbesuche konnten durchgeführt werden. In einem zweiten Schritt gingen Anfragen an 54 Ersatzpersonen mit Status FRAIL von gleichem Geschlecht und Alter. Dies ergab weitere 21 Hausbesuche, sodass nach einer Absage 64 Hausbesuche (54% der ursprünglichen Stichprobe, 11% der 578 in 2007 als FRAIL eingestufteten Personen) durchgeführt wurden.

Hausbesuch-Assessment

Durchgeführt wurde ein multidimensionales Assessment in Anlehnung an das Albertinen-Hausbesuch-Assessment [6] mit 14 Bereichen, die durch Fragen und Performance-Tests die trotz Einschränkungen weitgehend selbstständige Lebensführung umfassend beschreiben (■ Tab. 3).

Die für das Vorhaben geschulten Untersucher (Pflegefachkräfte im Studium und Sozialwissenschaftler) hatten das Assessment zuvor im Frühjahr 2008 in Vorprüfungen erprobt. Der Hamburger Datenschutzbeauftragte und die Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg gaben zum Vorgehen ihr zustimmendes Votum.

⁶ BMBF-Förderkennzeichen: 01ET0711

Tab. 3 Übersicht LUCAS-Hausbesuch-Assessment 2008/2009

Bereich	Screening (Fragen)	Assessment
1. Stimmung, Allgemeinbefinden, Lebensqualität, „critical life events“		Coop-Charts, Stressorenbiographie
2. Psychosoziale Situation	Vertrauensperson, regelmäßige Unterstützung, Pflege im Krankheitsfall?	Soziale Situation
3. Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens und Aktionsradius	Alleine die Wohnung verlassen, selbständig einkaufen?	IADL, Mobilitätsprotokoll
4. Ernährungssituation und Mundgesundheit	Wie viel wiegen Sie momentan? Bereitet das Schlucken oder Kauen Probleme?	BMI, MNA, Alltagsernährungsprotokoll, Veränderung von Essgewohnheiten, berichteter Zahnstatus, ggf. Mundinspektion, Vorsorgeverhalten
5. Hand-, Arm- und Beinfunktion, Sarkopenie, Sturzrisiko	Nackengriff, selbständig oder mit Gehhilfe gehen? Angst zu stürzen? Sturzereignis?	Schürzengriff, Flaschenprobe, Handkraftmessung, Stift aufheben, Chair-Rise, Timed-up-and-go-Test, Tandemstand, Sturzrisikocheck
6. und 7. Sinnesleistungen Sehen und Hören	Sehver schlechterung aufgefallen? Leseprobe, Hörprobleme, störende Ohrgeräusche? Flüsterstest	Hör- und Sehhilfensichtung, Vorsorgeverhalten
8. Kognitiver Status	Apfel-Pfennig-Tisch	Schriftprobe, Clock-completion-Test
9. Erkrankungen und Medikamentenkonsument	Regelmäßig mehr als 5 Medikamente?	Medikamentenplan, ICD-Hauptgruppenbogen
10. Schmerzen	Häufig Schmerzen?	Visuelle Analogskala, Kurz-Rating-Skala
11. Basale Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	Selbständig duschen?	Barthel-Index, Hamburger Manual
12. Kontinenz	Urin oder Stuhl versehentlich nicht halten?	Ggf. DEGAM-Fragebogen zur Anamnese
13. Krankenhausaufenthalte	Krankenhausaufenthalte?	Veranlassung, Verlauf, Konsequenz
14. Wohnungsbeschaffenheit		Wohnungsscheckliste

BMI Body-Mass-Index; DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; IADL „instrumental activities of daily living“; ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten; MNA „mini nutritional assessment“.

Die auf maximal 2 h kalkulierten Besuche dauerten durchschnittlich 1,5 h. Sie begannen mit der Erörterung des Vorhabens, über das die Besuchten schriftlich informiert worden waren und in das sie schriftlich einwilligten. Nach der das Assessment abschließenden Wohnungsbegehung befassten sich Untersucher und Untersuchte gemeinsam mit ad hoc erkennbaren Selbsthilfemöglichkeiten sowie mit Unterstützungs- und ggf. drängelndem diagnostischem, präventivem oder rehabilitativem Handlungsbedarf. Sie erörterten ggf. erste, vor Ort überlassene Informations- und Übungsmaterialien und vereinbarten entsprechende weitere Umsetzungsschritte (und Hilfen dabei). Der erste Schritt war die schriftliche Information des Hausarzts über Verlauf und Ergebnisse der Assessments.

Ausblick

Mit den durchgeführten Hausbesuch-Assessments wurde die Basis erarbeitet, um zukünftig in der zweiten Förderpha-

se Praktikabilität und Wirksamkeit einer altersphasenorientierten Intervention, des „präventiven Hausbesuchs“ [4, 8], im Rahmen eines verschiedenen Interventionsstrategien vergleichenden Teilprojekts (vgl. Teilprojekt 7) zum Gegenstand einer randomisierten, kontrollierten Studie zu machen.

Korrespondenzadresse

F. Profener



Hamburgische Pflegegesellschaft, Pflege- und Altersforschung
Wendenstr. 309
20537 Hamburg
franz.proefener@hpg-ev.de

Literatur

- Ehrenberg A (2004) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Campus, Frankfurt/Main
- Fillit H, Butler RN (2009) The frailty identity crisis. *J Am Geriatr Soc* 57:348–352
- Fried LP, Tangen CM, Walston J et al (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56:146–156
- Hendriksen C, Vass M (2005) Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Z Gerontol Geriatr* 38(Suppl 1):131–133
- Lessenich S (2010) Das Alter von heute. Ambivalenzen von Alterspolitik und Alter(n)s Erfahrung. *Mittelweg* 36:5–7
- Renteln-Kruse W von, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP (2003) Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. *Z Gerontol Geriatr* 36:378–391
- Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) (2008) Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Stuck AE, Egger M, Hammer A et al (2002) Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 287:1022–1028
- Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R et al (2008) Initial manifestations of frail criteria and development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63:984–990