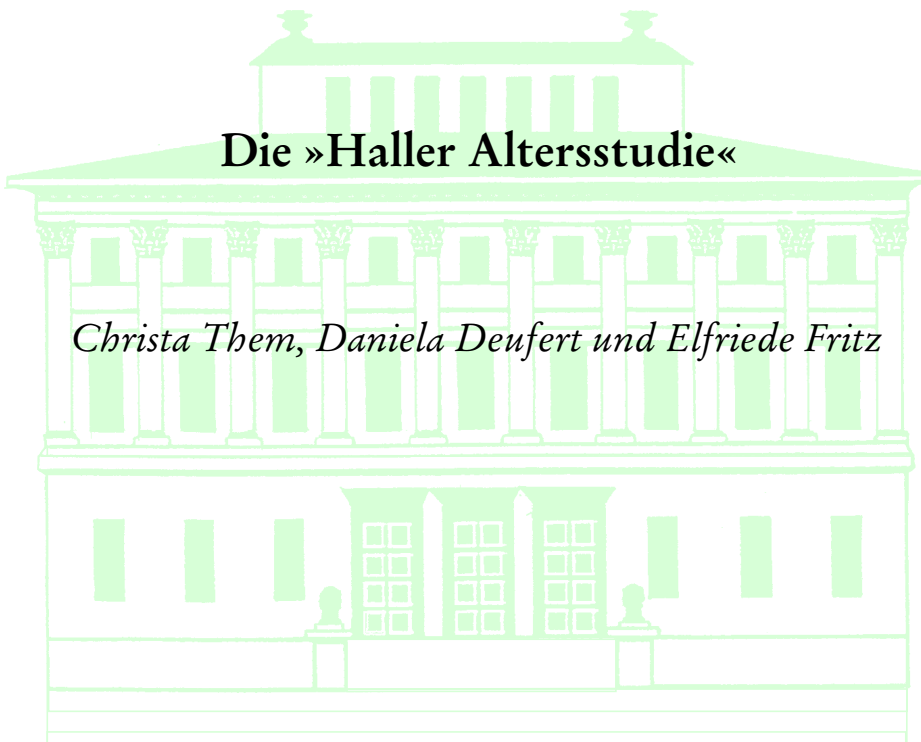




HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFTEN



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«
Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)



Die »Haller Altersstudie«

Christa Them, Daniela Deufert und Elfriede Fritz

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG
ISSN 1610-7268

44

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 3. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·
German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Demografische Entwicklung in Österreich	6
1.2	Pflegebedürftigkeit in Österreich	6
1.3	Hauptprobleme pflegender Angehöriger	7
1.4	Gesetzliche Definitionen von »Pflegebedarf«und »Bedarf an Hilfe« . . .	8
1.5	Projektion	8
2	Ziel der »Haller Altersstudie«	9
3	Stand der Forschung	10
4	Methodik	12
5	Zeitplan der »Haller Altersstudie«	12
6	Innovationsgrad der »Haller Altersstudie«	13
	Literatur	14

Zusammenfassung

Hintergrund: Dass die Anzahl alter und hoch betagter Menschen in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten in Österreich drastisch zunehmen wird, kann als demografisch gesichert angesehen werden. Auch ist absehbar, dass das öffentliche soziale Vorsorgewesen die damit korrelierenden Betreuungs- und Pflegeleistungen, in seiner Gänze, nicht abdecken wird können. Insofern stellen die soziale Absicherung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen sowie die Förderung und Verbesserung der Gesundheit der älteren Bevölkerung eine der vordringlichsten gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen dar, die im Rahmen der Haller Altersstudie angenommen werden.

Ziel: Anhand einer Querschnittsstudie soll der aktuelle Gesundheitszustand und die Pflegebedürftigkeit bei Personen ab 70 Jahren ermittelt werden. Zudem erfolgt in einer Längsschnittstudie von zehn Jahren die Bestimmung der kurz- und langfristigen Determinanten von Gesundheit und Pflegebedarf.

Methode: Verwendung des Barthel-Index unter Verwendung des Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index zur Erfassung der Activities of Daily Living (ADL) sowie des IADL-Index zur Erfassung der Instrumental Activities of Daily Living (IADL).

Erwartete Ergebnisse: Es soll ein Maßnahmenkatalog entwickelt werden, der zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und den Umgang mit vielschichtigen Konsequenzen der demografischen Überalterung unserer Gesellschaft beitragen soll.

Abstract

Background: It is a demographic fact that the number of elderly and geriatric people will considerably increase in Austria within the next years and decades. It is also foreseeable that

the public social provision system will not be able to cover the correlated demand for nursing and care services. Thus, social security and the provision of care to people in need of care as well as the promotion and improvement of health among the elderly population is one of the most vital challenges for social and health politics which are tackled within the framework of the Hall Ageing Study.

Objective: Based on a cross-section study, the current health status and the need of care among people from 70 years will be assessed. Furthermore, the short-term and long-term determinants of health and the need of care will be investigated and identified in a 10-year longitudinal study.

Method: Application of the Barthel-Index, using the Hamburg grading manual of the Barthel Index for the assessment of the activities of daily living (ADL) as well as the IADL Index for the assessment of instrumental activities of daily living (IADL).

Expected results: The objective is to elaborate a manual of measures that contributes to the protection and improvement of health and the treatment of the complex consequences of obsolescence of society.

Schlagworte

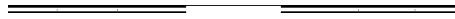
- ADL
- IADL
- Gesundheitszustand
- Pflegebedürftigkeit
- Pflegebedarf
- ADL
- IADL
- health status
- need of care
- demand for care

Über die Autoren

Univ. Prof. Dr. Christa Them, Vorstand des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Leitung des Institutes für Pflegewissenschaft, UMIT, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Pflegepädagogik, Bildungspolitik, Qualitative Pflegeforschung und Pflege von Menschen mit Alterserkrankungen.

Daniela Deufert ist Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Krankenschwester und Universitätsassistentin am Fachbereich Klinische Pflegeforschung und Pflegepädagogik, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.

Assoc. Prof. Dr. Elfriede Fritz ist Fachbereichsleitung Klinische Pflegeforschung und Pflegepädagogik am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol. Forschungsschwerpunkte: pflegerisches Assessment, Demenz und Pflege, Ausbildungsforschung.



1 Einleitung

Dass die Anzahl alter und hoch betagter Menschen in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten in Österreich drastisch zunehmen wird, kann als demografisch gesichert angesehen werden. Zudem ist bei hoch betagten Menschen eine überproportionale Zunahme der hohen Pflegestufen zu erwarten. Es ist absehbar, dass das öffentliche soziale Vorsorgewesen die notwendigen Betreuungs- und Pflegeleistungen, welche mit zuvor genannter Tatsache einhergehen, in seiner Gänze nicht abdecken wird können. Die soziale Absicherung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen stellen angesichts der demographischen Veränderungen eine der vordringlichsten gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen dar.

1.1 Demografische Entwicklung in Österreich

Wie andere europäische Länder befindet sich auch Österreich in einer Phase des Wandels von einer demografisch jungen zu einer demografisch alten Gesellschaft. Ursache dafür sind die sinkende Geburtenrate und der gleichzeitige Anstieg der Lebenserwartung.

- *Der Anteil der über 60-jährigen Personen* wird vom Jahr 2007 rund 22% auf 33% im Jahr 2040 ansteigen. Nach Prognosen der Statistik Austria (2007) werden bis zum Jahr 2040 je nach Entwicklung der Lebenserwartung bis zu 3,06 Mio. Personen im Alter von über 60 Jahren in Österreich leben. Das bedeutet einen Anstieg der älteren Bevölkerung von rund 70%.
- *Der Anteil der Hochaltrigen* – Die Altersgruppe der über 75-Jährigen wird von derzeit (Jahr 2006) 647.000 Personen auf rund eine Million im Jahr 2030 anwachsen. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 54%. Bis 2050 steigt ihre Zahl auf 1,60 Mio. an, das entspricht einem Plus von 147%. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird sich in diesem Zeitraum von 8% auf 17% mehr als verdoppeln. Somit stehen dem Gesundheitssystem sowie allen Arten von Betreuungseinrichtungen älterer Menschen neue und große Herausforderungen bevor (Statistik Austria, 2007).
- *Der Anteil der Kinder und Jugendlichen:* Im Gegenzug sinkt die Zahl der unter 15-jährigen Kinder und Jugendlichen von 1,30 Mio. (Jahr 2006) auf 1,21 Mio. im Jahr 2020 und auf 1,24 Mio. im Jahr 2040. Der Anteil von unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung sinkt von 15,7% (Jahr 2006) auf nur mehr 13,2% im Jahr 2050 (Statistik Austria, 2007).

1.2 Pflegebedürftigkeit in Österreich

EU-Richtlinien zufolge benötigen in Österreich 160.000 Personen, das sind zwei Prozent der Bevölkerung, Hauskrankenpflege (SoGis, 2008). Im Rahmen einer Modellstudie zum »Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland« wurde erhoben, dass 2,7% der Bevölkerung einen »hauswirtschaftlichen Hilfebedarf« benötigen. Laut dieser Modellrechnung würde

in Österreich bei 216.000 Personen ein »hauswirtschaftlicher Hilfebedarf« vorliegen. Weitere 1,4% der österreichischen Bevölkerung (112.000 Personen) hätten einen regelmäßigen »Pflegebedarf«.

Nach SoGis (2008) beziehen 330.000 Personen in Österreich Pflegegeld der verschiedenen Stufen. 30% der Pflegegeldbezieher (99.000 Personen) werden stationär (17%) oder mit Hilfe von ambulanten Diensten (13%) betreut, 70% (231.000 Personen) werden ausschließlich von Angehörigen betreut bzw. gepflegt. Wenn ein pflegender Angehöriger die Hauptlast der Betreuung bzw. Pflege trägt, dann pflegen/betreuen in Österreich 231.000 Angehörige. Die Kosten der informell geleisteten Pflege werden mit circa 2-3 Mrd. Euro pro Jahr angegeben (Schneider et al., 2006). Streissler (2004) entwarf verschiedene Szenarien zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen Kostenentwicklung. Er kam zu dem Ergebnis, dass bei der derzeitigen demografischen Entwicklung nahezu mit einer Vervierfachung der Kosten für ambulante und/oder stationäre Betreuung für das Jahr 2030 gerechnet werden kann.

1.3 Hauptprobleme pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige sehen sich mit folgenden Hauptproblemen konfrontiert:

- 37% erleiden gesundheitliche Schäden,
- 59% haben Einschränkungen in der Freizeit,
- 28% haben finanzielle Einbußen,
- 33% verbringen täglich mehr als sechs Stunden beim Pflegebedürftigen,
- 60% erbringen nächtliche Hilfeleistungen bis zu drei Stunden (SoGis, 2008).

Mit dem am 1.9.1993 in Kraft getretenen Bundespflegegesetz (BGBl. 1993/110) und den Landespflegegesetzen auf der Grundlage der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern wurde die Pflegevorsorge in umfassender Weise neu geordnet.

Ferner kann für Österreich festgestellt werden, dass sich die gesundheitliche Lage der alten Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert hat. Vereinfachend ausgedrückt: Die heutigen alten Menschen sind durchschnittlich gesünder als die alten Menschen vergangener Zeiten.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Lage alter Menschen insgesamt darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass insbesondere im sehr hohen Alter ein erhebliches Krankheitsrisiko für den Einzelnen besteht. Insbesondere steigt mit zunehmendem Alter die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen von 3,2% bei Personen im Alter von 65 bis 69 Jahren auf 66,7% bei 90-Jährigen und Älteren (Hofman et al., 1991). Eine ursächliche Behandlung dieser Erkrankung steht gegenwärtig nicht zur Verfügung. Eine Demenzerkrankung führt sehr rasch zu Einschränkungen und zum Verlust der kognitiven Fähigkeiten und damit verbunden zur Pflegebedürftigkeit bzw. Abhängigkeit von anderen Personen.

1.4 Gesetzliche Definitionen von »Pflegebedarf« und »Bedarf an Hilfe«

In der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeld (BGBl.1999, 37. Verordnung) wird Pflegebedarf in Betreuung und Hilfe unterschieden:

Der Betreuungsbedarf wird hierbei folgendermaßen definiert

§1 (1): »Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre.

§1 (2): Zu den in Abs. 1 genannten Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme der Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.«

Der Bedarf an Hilfe wird wie folgt im Bundespflegegeldgesetz (1999) definiert:

§2 (1): »Unter Hilfe sind aufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind.

§2 (2): Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraums einschl. der Herbeischaffung von Heizmaterial und Mobilitätshilfe im engeren Sinn.«

1.5 Projektion

Der aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartende Rückgang von pflegenden Angehörigen erfordert die Entwicklung und Etablierung neuer Versorgungsformen für ältere Menschen. Durch neue Versorgungskonzepte sollen die Autonomie und eine längere, größtmöglich selbständige Lebensführung alter Menschen gewährleistet werden. Solche Versorgungskonzepte sind z. B. das Konzept »Präventiver Hausbesuch« (Identifikation von sturzgefährdeten Personen zur Prävention von Behinderungen, Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung zu Gesundheitserhaltung, Krankheitsvermeidung und selbständiger Lebensführung, ...) und der Einsatz von neuen pflegerelevanten technischen Hilfsmitteln (z. B. Hausnotruf oder mit Hilfe körpernaher Sensorik und mobiler Computer eine Unterstützung für ältere Menschen mit Einschränkungen in den ADLs und IADLs zu bieten). Dadurch könnte der Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit und dem damit häufig verbundenen Heimeintritt präventiv entgegengewirkt werden (Stuck et al., 2002). Somit könnten auch die entstehenden Kosten, infolge von Heimaufenthalten, reduziert werden. Stuck et al. (2002) zeigen in einer Meta-Analyse auf, dass professionell durchgeführte Hausbesuche in der Lage sind, das Risiko eines Pflegeheimübertrittes um durchschnittlich 34% zu reduzieren. Renteln-Kruse et al. (2003) kamen bei ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass bei den meisten noch selbstständig lebenden Menschen häufig kombinierte Risiken für die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auftreten.

Eine gezielte, bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung älterer Menschen trägt dazu bei, dass möglichst viel Selbständigkeit und Lebensqualität erhalten bleibt, sowie Behinderung und Pflegebedürftigkeit weitgehend verhindert werden.

Zur Sicherstellung der Betreuungs- und Pflegeleistungen sind relevante Gesundheits- und Krankheitsdaten alter und hoch betagter Menschen erforderlich. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Daten, welche Aussagen zu Pflegebedürftigkeit, Demenz und weiteren Erkrankungen zum Zwecke der Prävalenzbestimmung und der Ermittlung von prognostischen Faktoren treffen können. Bis heute sind jedoch diese Daten für die erwähnten Altersgruppen in Österreich auf wissenschaftlich fundierter Basis nicht verfügbar.

2 Ziel der »Haller Altersstudie«

Eine multidisziplinäre Projektgruppe der Pflegewissenschaft, Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Public Health/Epidemiologie und Genetischer Epidemiologie verfolgt gemeinsam die folgenden übergeordneten Ziele:

- Simultane Erhebung des derzeitigen Gesundheitszustands und der Pflegebedürftigkeit bei Personen ab 70 Jahren im Rahmen einer Querschnittstudie.
- Bestimmung der kurz- und langfristigen Determinanten von Gesundheit, Pflegebedarf und Mortalität einschließlich biochemischer und genetischer Einflussfaktoren im Rahmen einer Längsschnittstudie (fünf Messzeitpunkte) über einen Beobachtungszeitraum von bis zu zehn Jahren.
- Entwicklung eines Konzepts von Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und zum Umgang mit den vielschichtigen Konsequenzen der demografischen Überalterung unserer Gesellschaft basierend auf den gewonnenen Daten.

Die vorliegende Publikation hat zum Fokus die Fachdisziplin »Pflegewissenschaft« im Rahmen der »Haller Altersstudie«: Die Pflegewissenschaft wird unter Verwendung spezifischer validierter Assessmentinstrumente Einschätzungen zum aktuellen und zukünftigen Ausmaß körperlicher und mentaler Abhängigkeiten der Betroffenen von Fremdhilfe vornehmen. Es werden die Prävalenz und Inzidenz von Pflegebedürftigkeit oben genannter Population erfasst.

Forschungsfragen

Querschnittsuntersuchung:

- Wie hoch ist der Anteil (absolute und prozentuale Häufigkeiten) des Betreuungsbedarfs (ADL der Personen, die in Hall in Tirol in der häuslichen Umgebung (oder in stationären Altenpflegeeinrichtungen) wohnen und im Alter von 70 Jahren und älter sind? (Prävalenz)

Längsschnittsuntersuchung:

- In welchem Ausmaß hat sich die Pflegebedürftigkeit bei Probanden der ersten Erhebung im Alter von 70 Jahren und älter, die in Hall in Tirol in der häuslichen Umgebung (oder stationären Altenpflegeeinrichtung) wohnen nach zwei, vier, sechs, acht und zehn Jahren verändert?
- Bei wie vielen Personen hat sich die Pflegebedürftigkeit (von nicht pflegebedürftig nach pflegebedürftig und von pflegebedürftig nach nicht pflegebedürftig) verändert?
- Welche Determinanten begünstigen die Entwicklung bzw. das Fortschreiten eines Betreuungs- und Hilfsbedarfs bzw. der Pflegebedürftigkeit?
- Welche Determinanten beeinflussen präventiv das Entstehen bzw. das Fortschreiten eines Betreuungs- und Hilfsbedarfs bzw. der Pflegebedürftigkeit?

3 Stand der Forschung

Gemäß der Erkenntnis der AutorInnen gibt es in der aktuellen österreichischen Literatur kaum Material, das im Ansatz den Fragestellungen der geplanten Studie entsprechen würde. Zudem konnten keine regionalen oder überregionalen Daten zu Analysen des tatsächlichen Pflegebedarfs alter Menschen in Österreich, im Speziellen in Tirol, eruiert werden. Vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales existieren Literatur und methodische Angaben zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit zum Zweck der Ermittlung der Pflegestufe bei Pflegegeldantragstellern. Was nicht existiert, ist eine objektive, pflegegeldbezugunabhängige Pflegebedarfermittlung innerhalb der Gruppe älterer (70+) Personen (BMSG, 2006).

Bei vielen großen gemeindebezogenen Studien wurden bzw. werden auch heute noch ältere Personengruppen ausgeschlossen. Gründe sind vor allem die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung (Probanden sind häufig nicht fähig, selbständig den Untersuchungsort aufzusuchen) und der Befragung (hoher Prozentsatz dementer Probanden).

Einige wenige Studien haben sich diesen Herausforderungen gestellt, zeigen jedoch teilweise nicht unerhebliche Limitationen.

Beispielhaft seien hier einige angeführt: die Berliner Altersstudie (BASE), eine Untersuchung im Rahmen der CAIDE Studie, das WHO-MONICA-Projekt, die Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) sowie die Vitality 90+ Study Tervaskannot 90.

Die *Berliner Altersstudie (BASE)* hat zum Ziel, in umfassender Weise gesundheitliche, psychische, soziale und ökonomische Aspekte des Lebens Alter und Hochbetagter in einer Großstadt (Berlin-West) zu erfassen und zur Weiterentwicklung gerontologischer Forschung des hohen Alters beizutragen (Smith et al., 2002). Bei dieser Studie wurde eine Stichprobe von 2297 Personen gezogen, dabei wurden pro Altersgruppe (5-Jahres-Schritte ab einem Alter von 70 Jahren) 86 Personen rekrutiert. Es folgten regelmäßige Follow-up Erhebungen mit einem verringerten Untersuchungsprogramm für die Probanden (insgesamt sechs Wellen bis 2004 mit einem Gesamtbeobachtungszeitraum von 14 Jahren). Leider muss jedoch aufgrund des hohen Stichprobenausfalls die Heterogenität und Generalisierbarkeit der Daten in Frage gestellt werden, eine Verzerrung der Ergebnisse durch

Selektionsbias erscheint wahrscheinlich. Wegen der geringen Stichprobenausschöpfung eignet sich diese Studie daher nicht als zuverlässige Quelle für quantitative Ergebnisse zur Demenzprävalenz in der Allgemeinbevölkerung.

Die longitudinale, gemeindebezogene Studie von Kivipelto et al. (2006) untersuchten Personen aus einer Kohorte, die im Rahmen der *CAIDE-Studie* 20 Jahre zuvor – in deren Lebensmitte – bereits erstuntersucht worden war. Ziel der Erhebungen war die Generierung eines Einschätzungs-Instrumentes (Risikoprofil) für die Vorhersehbarkeit einer Demenzerkrankung. Die Limitationen in dieser Studie sind im Survival-Bias, im Fehlen von Angaben zu Familienanamnese bezüglich Demenz, im Fehlen von Angaben zu internistischen Parametern bei der Erstuntersuchung und in der langen Follow-up Phase zu sehen. Die im Rahmen der »Haller Altersstudie« geplante Erfassung zur Pflegebedürftigkeit wurde in der Studie von Kivipelto et al. (2006) nicht bearbeitet.

Das *WHO-MONICA-Projekt* wurde als weltweites Monitoringprojekt für die Erfassung von Trends und Determinanten der Herz-Kreislauf-Mortalität und –Morbidity konzipiert (Keil, 2005). Als Teil dieses Projektes sind seit 1984/85 vier bevölkerungsrepräsentative Querschnittsstudien in der Region Augsburg durchgeführt worden (*The MONICA Augsburg Surveys*) (Lowel et al., 2005). In diesen Surveys lag das Probandendurchschnittsalter allerdings bei 49,5 Jahren, die obere Altersgrenze wurde mit 74 Jahre festgelegt. Die im Rahmen der »Haller Altersstudie« untersuchte Zielgruppe der Hochbetagten war beim MONICA-Projekt weitestgehend ausgeschlossen. Erwähnenswert ist, dass die Daten des *MONICA-Projekts Augsburg* sowohl für Fragen der Genetischen Epidemiologie wie auch der Versorgungsforschung genutzt werden. Follow-up Untersuchungen sind zum Teil bereits abgeschlossen (für Survey S3) oder sind gerade im Gange (Survey S4).

In der *Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+)* ging es darum, altersspezifische Prävalenz, Inzidenz und prädiktive Wertigkeit von vier diagnostischen Konzepten für Milde Kognitive Beeinträchtigung (MCI) aufzuzeigen (Busse et al., 2003). Die untere Altersgrenze der Probanden betrug 75 Jahre. Als Limitationen dieser Querschnitts- und Follow-up Studie sind zu erwähnen: Verzerrungen durch Nonresponse-Bias (25% der ursprünglich selektierten Probanden gingen verloren), sowie die geringe Fallzahl von Patienten mit milder kognitiver Beeinträchtigung. Weiters wurde bei 220 Probanden (=17,4%) eine Demenz nach DSM-IV Kriterien diagnostiziert, welche von den weiteren Analysen ausgeschlossen wurden. Von den verbleibenden Probanden wiesen nur 3,1% eine *Milde Kognitive Beeinträchtigung* (MCI) auf, 5,1% erhielten die Diagnose einer modifizierten MCI (selbe Kriterien wie für MCI bis auf Parameter *Erinnerungsbeeinträchtigung*).

In der *Vitality 90+ Study Tervaskannot 90* von Jylha und Hervonen (1999) wurde die hochaltrige Gesamtbevölkerung (762 Probanden in 1995 und 1130 in 2001) einer Gemeinde (Tampere) untersucht. Es sollten die Lebensumstände und -geschichte, das allgemeine Befinden, der »Funktionszustand« sowie die Gebrauchnahme von Hilfestellungen einer über 90-jährigen Population untersucht werden; weiters sollten die Wirkungsvariablen für Überleben und gutes »Funktionieren« und die Heterogenität dieser am raschesten wachsenden Altersgruppe beschrieben werden. Ziel war es, Strategien und Wege für zufriedenstellende Langlebigkeit zu ermitteln. Ein Mortalitäts-Follow-Up erfolgte 18 Monate nach den Basiserhebungen. Die Schwächen dieser Studie sind neben der angewandten Methode,

die gewünschten Informationen zu gewinnen (postale Zusendung der Erhebungsbögen und selbständiges Ausfüllen durch die Probanden, keine face-to-face Interviews), die dadurch ungenauen Messungen/Einschätzungen des Funktionszustandes und das Fehlen von Daten zu chronischen Leiden und Selbsteinschätzung der Gesundheit durch die Probanden. Weiters konnten auch keine direkten Informationen zum kognitiven Zustand der Befragten gewonnen werden. In Alters- oder Pflegeheimen lebende Menschen wurden in der Studie nicht berücksichtigt. Die Verfasser merken an, dass die Anwendung validierter Meßmethoden zur Erhebung der gefragten Parameter und ein Vergleich zwischen postalischen Untersuchungen und persönlichen Interviews bzw. Beobachtungen notwendig sein werden, um die Zuverlässigkeit und generelle Verwendbarkeit von postalischen Erhebungen unter der hochaltrigen Bevölkerung zu ermitteln.

4 Methodik

Folgende Instrumente werden seitens der Fachdisziplin Pflegewissenschaft zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit eingesetzt:

1. Barthel-Index nach Mahoney und Barthel (1965) unter Verwendung des Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index (Lubke et al., 2004) zur Erfassung der Activities of Daily Living (ADL),
2. IADL-Index nach Lawton und Brody (1969) zur Erfassung der Instrumental Activities of Daily Living (IADL),
3. Allgemeiner Fragebogen zur Erhebung der Soziodemografie, sozialen Versorgung, der Hilfsmittel bei Einschränkungen in den ADLs und der Anthropometrie.

Gemäß der dargestellten gesetzlichen Definition von »Pflegebedarf« und »Bedarf an Hilfe« in Österreich wird im Rahmen des Barthelindex der Betreuungsbedarf und im Rahmen des IADL-Index der Hilfsbedarf bei der Haller Bevölkerung, die 70 Jahre und älter ist, festgestellt.

5 Zeitplan der »Haller Altersstudie«

Die Durchführung der »Haller Altersstudie« ist in mehreren Phasen geplant: Die Gesamtstudiendauer ist mit ca. 11-12 Jahren festgelegt.

1. Vorerhebungsphase

Dauer: Jänner 2009 bis Dezember 2009

Diese Studienphase dient dazu, um erste Schätzungen zum Pflegebedarf und weiteren Zielgrößen der Querschnittstudie einschließlich deren Varianz zu erhalten. Weiters dient die Vorerhebungsphase dem Erkennen und Durchführen notwendiger Adjustierungen im Studiendesign und der verwendeten Instrumente sowie dem logistischen Ablaufplan für Interviews, medizinische Untersuchungen und Datenerfassung. Die Dauer der Vorerhebungsphase inklusive Auswertung beträgt ein Jahr. Der Stichprobenumfang umfasst n=120 Personen.

2. Haupterhebungsphase

Querschnittstudie: Beginn Mitte 2010

Anpassungs-, Rekrutierungs- und Befragungs-, Auswertungsphase: Dauer: drei Jahre.

3. Optional

Interventionsstudien – Altersgerechte Bewegungsförderung, Gedächtnistraining, Präventiver Hausbesuch.

4. Nachbeobachtungsphase(n)

Längsschnittstudien

Die erste Nachbeobachtungsphase ist zwei, die letzte zehn Jahre nach Abschluss der Haupterhebungsphase geplant.

6 Innovationsgrad der »Haller Altersstudie«

Folgenden Innovationsgrad lässt die »Haller Altersstudie« erwarten:

- Bei der geplanten Studie handelt es sich um eine simultane Erhebung der Fachdisziplinen Pflegewissenschaft, Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Public Health/Epidemiologie und Genetischer Epidemiologie zu Pflegebedürftigkeit, Demenz, internistischen Erkrankungen und Lebensqualität. Keine der in Kapitel 3 recherchierten Studien erhob Daten zu Pflegebedürftigkeit, Demenz und internistischen Erkrankungen.
- Ein Hauptkritikpunkt der meisten Studien ist die Möglichkeit eines Selektionsfehlers durch selektive Studienteilnahme. Bei der »Haller Altersstudie« handelt es sich um eine Vollerhebung zur Vermeidung eines Selektionsfehlers. Die Stichprobengröße umfasst in etwa 1640 Personen mit einem Durchschnittsalter von 77,9 Jahren.
- Bei einigen Studien wurden die Follow-up-Zeitintervalle zu groß gewählt (so lag beispielsweise bei der CAIDE-Studie von Kivipelto et al. (2006) das Befragungsintervall bei 20 Jahren und / oder es traten große Follow-up Verluste auf (z. B. BASE-Studie (Smith et al., 2002)). Das Studienkonzept der »Haller Altersstudie« beinhaltet eine longitudinale Vorgehensweise mit kurzfristigen Nachuntersuchungsintervallen (in 2-Jahres-Abständen) und ermöglicht die Assoziation von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit mit möglichen Risikofaktoren ohne Verzerrungen zu ermitteln.
- In den meisten recherchierten Studien wurden die Teilnehmer direkt (im Rahmen persönlicher Interviews) befragt oder die Daten mittels zugesandten Fragebögen erhoben (z. B. in der Vitality 90+ Study Tervaskannot 90 (Jylha und Hervonen, 1999)). In der »Haller Altersstudie« ist geplant, die Probanden standardisiert in direkten Interviews zu befragen bzw. unmittelbar vor Ort von Fachpersonal zu untersuchen. Eine Verzerrung der Daten durch nicht validierte Erhebungsinstrumente ist somit auszuschließen.

Literatur

- Bundespflegegesetz (BGBl. 1993/110) in Kraft seit 1.9.1993 (angeführt auf Seite 4)
- Bundesgesetzblatt (BGBl.) für die Republik Österreich (1999):** 37. Verordnung: Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz vom 29. Jänner 1999.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2006):** Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004. Wien.
- Busse A.; Bischof J.; Riedel-Heller S. G.; Angermeyer M. C. (2003):** Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). In: Br.J.Psychiatry 2003; 449-454.
- Hofman A.; Rocca W. A.; Brayne C.; Breteler M. M. B.; Clarke M.; Cooper B.; Copeland J. R. M.; Dartigues J. F.; Da Silva Droux A.; Hagnell O.; Heeren T. J.; Engedal K.; Jonker C.; Lindesay J.; Lobo A.; Mann A. H.; Mölsä P. K.; Morgan K.; O'Connor D. W.; Sulkava R.; Kay D.; Amaducci L. for the Eurodem Prevalence Research Group (1991):** The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980-1990 Findings. In: International Journal of Epidemiology; 20 (3): 736-748.
- Jylha M.; Hervonen A. (1999):** Functional status and need of help among people aged 90 or over: a mailed survey with a total home-dwelling population. In: Scand. J. Public Health; 106-111.
- Keil U. (2005):** The Worldwide WHO MONICA Project: results and perspectives. In: Gesundheitswesen; 38-45.
- Kivipelto M.; Ngandu T.; Laatikainen T.; Winblad B.; Soininen H.; Tuomilehto J. (2006):** Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. In: Lancet Neurol., 735-741.
- Lawton M. P.; Brody E. M. (1969):** Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: Gerontologist; 179-86.
- Lowel H.; Doring A.; Schneider A.; Heier M.; Thorand B.; Meisinger C. (2005):** The MONICA Augsburg surveys—basis for prospective cohort studies. In: Gesundheitswesen 2005; 13-S18.
- Lubke N.; Meinck M.; Renteln-Kruse W. (2004):** The Barthel Index in geriatrics. A context analysis for the Hamburg Classification Manual. In: Z.Gerontol.Geriatr.; 316-26.
- Mahoney F. I.; Barthel D. W. (1965):** Functional Evaluation: The Barthel Index. In: Md. State Med. J.; 61-65
- Renteln-Kruse W.; Anders J.; Dapp U.; Meier-Baumgartner H. P. (2003):** Preventative home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg. In: Z.Gerontol.Geriatr.; 378-91.
- Schneider U.; Österle A.; Schober D.; Schober C.: (2006):** Die Kosten der Pflege in Österreich – Ausgabenstruktur und Finanzierung. Institut für Sozialpolitik.

Smith J.; Maas I.; Mayer K. U.; Helmchen H.; Steinhagen-Thiessen E.; Baltes P. B. (2002): Two-wave longitudinal findings from the Berlin aging study: introduction to a collection of articles. In: J.Gerontol.B Psychol.Sci.Soc.Sci.;471-3.

SoGis (2008): Sozial- und Gesundheitsinformationssystem. Tiroler Landesregierung.

Streissler A. (2004): Geriatriische Langzeitpflege. Situation und Entwicklungsperspektiven. Wien, Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien. Ref Type: Report

Stuck A. E., Egger M., Hammer A., Minder C.E, Beck J.C. (2002): Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. In: Jama 287(8):1022-1028.

Statistik Austria (2007): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2006.