

STUDIE ARGENTO



BERICHT ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND IM DRITTEN LEBENSALTER

Unser besonderer Dank gilt allen, die an der aktiven Durchführung der Studie beigetragen haben. Die Auflistung der Interviewer erfolgt in alphabetischer Reihenfolge:

auf Sanitätsbetriebs- bzw. territorialer Ebene:

Blaas Isolde	Mals
Brugger Evi San	Innichen
Cont Luisa	Bozen
Dr. Domenici Barbara	Bozen
Ebner Carmen	Eggental
Erlacher Ingrid	Meran
Fleischmann Ilse	Schlanders
Foppa Heidi	Bozen
Framba Anna	Lana
Gamper Sabine	Bozen
Grünfelder Andrea	Meran
Kofler Judith	Ritten
Lanthaler Heike	Meran
Libardi Lorena	Meran
Lintner Rosa	Bozen
Mahlknecht Lydia	Eppan
Maurer Elisabeth	Sexten
Matzneller Christine	Deutschnofen
Mussner Gabriella	St. Ulrich
Oberkalmsteiner Angelika	Sarnthein
Obkircher Angelika	Eggental
Ploner Elfriede	Bruneck
Rederlechner Margoth	Welsberg
Rottensteiner Marlene	Meran
Schenk Margareth	Falzen
Seeber Angelika	Brixen
Walder Margareth	Bolzano
Waldner Ida	Meran

Außerdem bedanken wir uns für die Mitarbeit

auf nationaler Ebene:

Nancy Binkin
Marta Cioffi degli Atti
Paolo d'Argenio

Ich möchte mich bei folgenden Personen für die Korrektur des Entwurfes und die nützlichen Ratschläge bedanken:
Nancy Binkin Günther Donà, Antonio Fanolla, Josef Gasteiger und besonders Giulia Morosetti

Impressum

Autor **Peter Kreidl, Sabine Weiss**
Grafisches Konzept **Blauhaus, Bozen**
Foto **Massimiliano Mariz**
Druck **Druckstudio Leo**

Wir bedanken uns bei den Personen, die im Altersheim "Villa Serena" untergebracht sind, für die Erlaubnis in April 2003 Fotos zu machen und diese in unserem Bericht zu veröffentlichen

Vorwort	4
Zusammenfassung	5
Einführung	9
Studiendesign	9
Beschreibung der Studienbevölkerung	11
Teilnahme an der Studie	12
Geschlecht und Alter	13
Familienstand	14
Lebensgemeinschaft	15
Ausbildungsstand	16
Subjektiv empfundene Lebensqualität	18
Wahrnehmung des Gesundheitszustandes	19
Einschränkung der eigenen Aktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme	20
Unhealthy day index	21
Gesundheitszustand	23
Pluripathologien	24
Diagnostizierte Krankheiten	25
Bluthochdruck	28
Diabetes	30
Krankenhausaufenthalte	32
Autosuffizienz und Abhängigkeit	33
Gedächtnisstörungen	36
Soziale Isolation	38
Zahnärztliche Visite	41
Seh- und Hörprobleme	42
Harnprobleme	43
Motorische/Physische Aktivitäten	44
Impfungen	46
Grippeimpfung	47
Tetanusimpfung	49
Pneumokokkenimpfung	51
Stürze	52
Medikamentöse Behandlung	55
Risikofaktoren für zerebro-kardiovaskuläre Erkrankungen	56
“Body mass index (BMI)”	56
Das Rauchen	57
Diskussion	58
Allgemeine Kriterien für die Interpretation der Daten	59
Allgemeine Überlegungen	59
Empfehlungen	61
Bibliografie	62

Ich freue mich, die Ergebnisse der Studie ARGENTO vorzustellen, die im Frühjahr 2002 in zehn Regionen Italiens und zwei Provinzen, durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es die Lebensqualität und die wichtigsten Faktoren, die den Gesundheitszustand im dritten Lebensalter beeinflussen, darzustellen, damit gezielt Maßnahmen geplant werden können, um die Lebensqualität der Menschen über 64 Jahren verbessern zu können.

Die Zunahme der Lebenserwartung, praktisch ein Fünftel der Bevölkerung wird im Jahr 2010 über 64 Jahre sein, ist nicht immer mit einer Zunahme der Lebensqualität verbunden, vielmehr ist bekannt dass die Lebensqualität speziell am Ende des Lebens stark vermindert ist, und außerdem von Geschlecht und Alter beeinflusst wird. Im Landesgesundheitsplan versuchen wir dieser Tatsache mit besonderer Rücksicht zu begegnen, und berücksichtigen in besonderem Masse diese geschlechts- und altersgruppenspezifischen Unterschiede. Diese Studie sollte auch dazu dienen aufgrund gewonnenen Daten eine zielgerechte Planung abgestimmt auf die Bedürfnisse der Menschen über 64 Jahren anzubieten („evidence based prevention“). Unser Ziel ist es, auf diese Weise die Lebensqualität der älteren Menschen in unserem Lande weiter zu verbessern.

In vielen Bereichen waren wir hier in Südtirol über dem national errechneten Durchschnitt, was sehr erfreulich ist, uns aber nicht hindern sollte, trotzdem eine ständige Verbesserung der Angebote und Leistungen zu erreichen.

Ich hoffe, dass es möglich sein wird, die gegebenen Empfehlungen auch umzusetzen. Wir planen bis zum Jahr 2010 eine ähnliche Studie nochmals durchzuführen, um zu beurteilen, ob es zu Verbesserungen der Gesundheitsdienste für die Altersgruppe der Menschen über 64 Jahren gekommen ist.

An der Studie haben viele Personen mitgewirkt, ohne die diese Studie nie zustande gekommen wäre und denen allen mein besonderer Dank für die Mit- und Zusammenarbeit gilt: sowohl den Teilnehmern als auch den Personen, die die Daten erhoben und ausgewertet haben.



Der Landesrat für Personal,
Gesundheits- und Sozialwesen
Dr. Otto Saurer

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'O. Saurer', written in a cursive style.

In den letzten Jahren stieg die Proportion der Personen über 64 Jahren in den Ländern der Europäischen Union kontinuierlich an; im Jahr 2010 ist wahrscheinlich 1/5 der Bevölkerung älter als 64 Jahre. Mit dieser Zunahme der Lebenserwartung korreliert nicht gleichermaßen eine Zunahme der Lebensqualität, es steigt die Anzahl der Personen, die nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, die sozial isoliert sind oder die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden.

Im Frühjahr 2002 wurde die Studie ARGENTO in 12 Regionen/Autonomien Provinzen durchgeführt, um einige Daten über den Gesundheitszustand der Menschen im dritten Lebensalter (> 64 Jahre) zu erheben.

Gesundheitszustand

Chronisch-degenerative Krankheiten beeinflussen die Gesundheit und die Lebensqualität der älteren Bevölkerung: die auf Landesebene durchgeführte Studie hat ergeben, dass 58% der Männer gegenüber 60% der Frauen an einer oder zwei chronisch-degenerativen Krankheiten leiden, die Hälfte an drei oder mehr Krankheiten. Pluripathologien nehmen mit dem Alter zu und verschlechtern zunehmend die Lebensqualität der Menschen.

Arthritis/Artrose (50%) war die am häufigsten angegebene diagnostizierte Krankheit, gefolgt von Bluthochdruck (43%), Herz-Kreislaufkrankungen (22%), Osteoporose (17%), Atemwegserkrankungen (10%), Zuckerkrankheit (10%) und Schlaganfall (10%). Ein Drittel (29%) der Studienteilnehmer sind zumindest einmal für 2 Tage stationär im letzten Jahr aufgenommen worden: somit steht Südtirol an zweiter Stelle nach der Provinz Neapel (nationaler Durchschnitt 23%) bezüglich der Krankenhausaufenthalte.

Subjektiv empfundene Lebensqualität

Die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes hat sich als wichtige Variable zur Einschätzung der effektiven Lebensqualität und der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste erwiesen. 66% der Befragten bewerteten den eigenen

Gesundheitszustand als positiv (gut bis ausgezeichnet), weniger als 5% empfand ihn als schlecht.

Jeder zweite Studienteilnehmer gab aufgrund gesundheitlicher Probleme an, vorwiegend wegen Arthritis/Arthrose und Gehproblemen, Schwierigkeiten zu haben, verschiedene Tätigkeiten auszuführen.

Auf die Frage, wie viele Tage sich die Teilnehmer während des letzten Monats aufgrund psychischer oder physischer Probleme nicht wohl gefühlt haben (Indikator zur Bewertung der Lebensqualität), wiesen Frauen insgesamt einen schlechteren Index der Lebensqualität auf als Männer, wobei der Durchschnitt der Tage in schlechtem Gesundheitszustand bzw. an denen sie nicht fähig waren, Tätigkeiten auszuführen, erheblich höher war („summary unhealthy index“ entspricht 3,4 Tagen im Monat bei Frauen versus 2,3 Tage bei Männern). Diese Werte entsprechen denen auf nationaler Ebene und stimmen mit den Ergebnissen anderer Studien überein: Frauen leben länger als Männer, jedoch mit einer höheren Anzahl an Jahren in schlechtem Gesundheitszustand und mit verminderter Lebensqualität.

Der Grad an Autosuffizienz beeinträchtigte den Index der Lebensqualität: teilweise abhängige Menschen (siehe Definition Seite 33) wiesen einen Durchschnitt von 8,1 Tage in schlechtem Gesundheitszustand auf („summary unhealthy index“).

Studienteilnehmer, die angaben, körperlich aktiv zu sein, wiesen einen deutlich besseren Index der Lebensqualität auf (körperlich Aktive 2,2 Tage versus nicht Aktive 6,1 Tage).

Es ist zu unterstreichen, dass in Bezug auf alle erhobenen Indikatoren, Südtirol sowie alle anderen nördlichen Regionen, einen besseren Index der Lebensqualität aufwiesen als die südlichen Regionen/Provinzen.

Autosuffizienz und Abhängigkeit

Der Verlust der Autosuffizienz bringt eine beträchtliche Belastung für die Hauskrankenpflege bei der Abwicklung der täglichen Tätigkeiten und im Bereich der Krankenversorgung mit sich.

14% der Befragten waren teilweise abhängig von Hilfe von außen. Die Anzahl der teilweise abhängigen Personen nahm mit dem Alter zu: bei den über 74-jährigen benötigten 22% der Frauen und 17% der Männer fremde Hilfe.

82% der teilweise abhängigen war auf Hilfe bei der Körperpflege (sich waschen, baden oder duschen, sich an- und ausziehen, essen) angewiesen, während 18% außerdem noch Schwierigkeiten bei der Fortbewegung hatten (von einem Zimmer ins andere gehen, ins Bad gehen). Unterstützung erhielten sie meist vonseiten der Familienangehörigen.

Jede zehnte teilweise abhängige Person erhielt keine fremde Hilfe (11%).

28% der Befragten, vorwiegend Frauen, gaben an, Schwierigkeiten zu haben, den Urin zu halten: 5% der Befragten gaben an, inkontinent zu sein, während 23% nur ab und zu Miktionsprobleme angaben.

Gedächtnisstörungen

P.6

10% der Studienteilnehmer resultierten im Screening Test (Mini-Cog = Fähigkeiten sich drei Worte zu merken und eine Uhr zu zeichnen), an Gedächtnisstörungen zu leiden. Das Vorhandensein von Gedächtnisstörungen stieg mit dem Alter: in der Altersgruppe zwischen 65–74 Jahren hatten 7% gegenüber 13% in den über 74-jährigen in diesem Test Auffälligkeiten gezeigt. Ausserdem zeigte sich eine Abnahme der Prävalenz der Gedächtnisstörungen mit Zunahme der Schulausbildung.

Soziale Isolation

In Südtirol wurden 44% der Befragten als sozial integriert eingestuft (Definition siehe Seite 38), 55% als teilweise isoliert und 1% als isoliert. Die Prävalenz der sozialen Isolation stieg mit dem Alter: in der Altersgruppe zwischen 65–74 Jahren hatten 49% Probleme, sich sozial zu integrieren, während bei den über 74-jährigen dieser Prozentsatz auf 65% stieg.

Zahnärztliche Visite

Kauprobleme zwingen den alten Menschen zu ungeeigneten Diäten und können das physische, soziale

und psychische Wohlbefinden beeinträchtigen. Jeder fünfte Studienteilnehmer in Südtirol litt an Kauproblemen, bei den über 74-jährigen jeder vierte.

71% der Personen mit Kauproblemen trugen eine Zahnprothese; $\frac{3}{4}$ der Personen mit Kauprobleme (79%) suchten im letzten Jahr keinen Zahnarzt auf.

8% der Studienteilnehmer waren der Meinung, dass die Zahnarztkosten zu hoch sind.

Seh- und Hörprobleme

Seh- und Hörprobleme beeinflussen die Lebensqualität und den Grad der sozialen Integration der alten Menschen, indem sie die Kommunikationsfähigkeit einschränken.

85% waren Brillenträger und gaben an damit relativ gut zu sehen. 6% der Befragten gaben an, trotz Gebrauch einer Brille schlecht zu sehen.

12% der Studienbevölkerung gaben Hörprobleme an, wobei nur jeder vierte einen Hörapparat benutzte.

Die Prävalenz von akustischen und visuellen Wahrnehmungsschwierigkeiten nahm beträchtlich mit dem Alter zu.

Motorische/Physische Aktivitäten

Körperlich aktiv zu sein vermindert das Risiko von Krankheit und Tod im höheren Alter, außerdem spielt die körperliche Aktivität eine wichtige Rolle in der Prävention der Depression.

76% der Befragten gaben an, in den letzten zwei Wochen für mindestens 10 Minuten körperlich aktiv gewesen zu sein, indem sie physische oder motorische Aktivitäten ausübten. Im Alter sinkt die Prävalenz der körperlichen Aktivitäten: in der Altersgruppe zwischen 65–74 Jahren gaben 75% der Studienbevölkerung an, körperlich aktiv zu sein, bei den über 74-jährigen 70%.

Der Prozentsatz der körperlich aktiven Personen über 64 Jahren war in Südtirol höher als in den anderen teilnehmenden Regionen/Provinzen.

Aus der „Indagine Multiscopo“ vom ISTAT geht hervor, dass 5% der alten Menschen körperlich aktiv sind, wobei zu beachten ist, dass mit der Studie ARGENTO körperliche Aktivitäten der älteren Menschen untersucht wurden, in der ISTAT Studie

jedoch sportliche Aktivitäten.

Körperlich aktiv zu sein ist positiv mit dem empfundenen Gesundheitszustand assoziiert: 55% der körperlich aktiven Befragten empfanden den eigenen Gesundheitszustand als gut, im Gegensatz zu den körperlich nicht aktiven Personen.

Die häufigst genannten motorischen Aktivitäten waren wandern (23%), Garten- und Hausarbeit (22%), Feldarbeit (11%), sportliche Aktivitäten (10%) und Radfahren (9%).

Impfungen

Grippeimpfung: Im Winter 2001/2002 haben sich 39% der Studienteilnehmer gegen Grippe impfen lassen, dieser Wert liegt unter dem Durchschnitt der teilnehmenden Regionen/Provinzen (59%): 58% der Studienteilnehmer wurden vom Basisarzt geimpft, 1/3 bei den Sanitätsbetrieben. Die Überzeugungskraft dieser Vertrauensperson ist äußerst wichtig, um die Durchimpfungsrate der Bevölkerung im dritten Lebensalter zu erhöhen.

Für die fehlende Impfung wurden folgende Gründe genannt: die Impfung nützt nicht (18%), Grippe ist keine schwere Erkrankung (14%), die Impfung wurde nicht empfohlen (14%) und Angst vor Nebenwirkungen (10%).

Tetanusimpfung: Die Inzidenz von Tetanus in Italien ist am höchsten in Personen über 64 Jahren, insbesondere bei Frauen. 67% der Studienteilnehmer bestätigten gegen Tetanus geimpft zu sein: die Durchimpfungsrate war bei Männern höher (82%) als bei Frauen (57%).

Die Durchimpfungsrate gegen Tetanus war in Südtirol über dem Gesamtdurchschnitt der teilnehmenden Regionen/Provinzen.

In mehr als der Hälfte der Fälle wurde die letzte Dosis vor mehr als 10 Jahren verabreicht.

Pneumokokkenimpfung: Sie wird erst seit kurzem für Menschen im dritten Lebensalter empfohlen, um Personen vor Infektionen (häufig Pneumonie), die durch *Streptococcus pneumoniae* ausgelöst werden, zu schützen.

5% der Befragten bestätigten, geimpft zu sein, ein Großteil auf Empfehlung des Hausarztes.

Stürze

Ein Sturz im dritten Lebensalter bringt häufig schwere Konsequenzen bis hin zur Invalidität mit sich.

26% der Befragten berichteten im letzten Jahr gestürzt zu sein: 30% der Frauen und 18% der Männer, mit einem Anstieg im Alter bei beiden Geschlechtern. 23% der Befragten sind im Haus gestürzt, am häufigsten im Schlafzimmer (31%), auf den Stiegen (38%) und im Bad (23%);

69% sind außerhalb des Hauses gestürzt: in 6% der Fälle wurde der Sturz von einem Autounfall hervorgerufen. 53% der Studienteilnehmer mussten im dritten Lebensalter aufgrund eines Sturzes im Krankenhaus aufgenommen werden.

Die häufigsten vorhandenen Vorsichtsmaßnahmen, um Stürze zu vermeiden, waren folgende: in 94% war eine gute Außen- und Innenbeleuchtung vorhanden, in 76% ein Handlauf bei den Stiegen innerhalb der Wohnung, in 50% ein Gummiteppich gegen das Ausrutschen in der Badewanne, in 32% befestigte Griffe in Badewanne oder Dusche; 19% der Befragten verwendeten keinen Bettvorleger und 15% der Befragten gaben an das Licht während der Nacht eingeschaltet zu lassen.

In den letzten Jahren stieg die Proportion der Personen über 64 Jahren in den Ländern der Europäischen Union kontinuierlich an; im Jahr 2010 ist wahrscheinlich 1/5 der Bevölkerung älter als 64 Jahre. Dies ist einerseits durch die verminderte Geburtenrate, andererseits auch durch die verminderte Mortalität bedingt.

Mit dieser Zunahme der Lebenserwartung korreliert nicht gleichermaßen eine Zunahme der Lebensqualität, es steigt die Anzahl der Personen, die nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, die sozial isoliert sind oder die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden. Deshalb wird in Italien ein beachtlicher Teil der Ressourcen des nationalen Gesundheitsdienstes (37 % der Krankenhausaufenthalte und 50% der Ausgaben für Arzneimittel) zugunsten von Senioren eingesetzt.

Eine Reihe von durchgeführten Untersuchungen lieferten wertvolle Informationen über den Gesundheitszustand und Behinderungen in diesem Lebensabschnitt. Aber trotzdem fehlen noch einige wichtige Informationen über Faktoren, die die Lebensqualität und den Gesundheitszustand in diesem Lebensabschnitt beeinflussen.

Studiendesign

Deshalb haben wir zusammen mit anderen italienischen Regionen/Provinzen beschlossen, eine Studie durchzuführen, die sich auf folgende Probleme konzentriert:

- Fähigkeit, sich selbst zu versorgen (Autosuffizienz) und Notwendigkeit von externer Hilfe
- Lebensqualität
- Soziale Isolierung
- Gedächtnisstörungen
- Stürze und Risikofaktoren für Stürze
- Medikamentengebrauch
- Impfstatus bezüglich Grippe-, Pneumokokken- und Tetanusimpfung
- Vorkommen von Faktoren, die einer Behinderung vorbeugen bzw. die Lebensqualität verbessern können, wie z.B. körperliche Aktivität, Gebrauch von Hör- oder Sehhilfen oder bauliche bzw. Umweltmaßnahmen, um Stürze zu verhindern.

Folgende zusätzliche Daten wurden nur in der Autonomen Provinz Bozen erhoben:

- Prävalenz und Bewusstsein über verschiedene Erkrankungen, die als Risikofaktoren für zerebrokardiovaskuläre Erkrankungen anzusehen sind (Übergewicht, Diabetes, Hypertonie) inklusive Nikotinabusus.

Die Studie wurde in 10 Regionen Italiens (Piemont, Ligurien, Venetien, Emilia Romagna, Marken, Apulien, Kampanien, Basilicata, Sizilien, Sardinien) und 2 Provinzen (Autonome Provinz Bozen und Provinz Neapel) durchgeführt.

In jeder Region/Provinz nahmen 210 Personen über 64 Jahren teil: insgesamt waren es 2.369 Personen. In Südtirol wurden die Ansässigen von 20 verschiedenen Gemeinden zufällig ausgewählt. Die Teilnehmer wurden mittels eines standardisierten Fragebogens, der in Zusammenarbeit mit den anderen Regionen und der Obersten Gesundheitsbehörde in Rom entwickelt wurde, zu Hause von Gesundheitspersonal interviewt. Die Studie berücksichtigt nicht die in Altersheimen lebenden Personen und jene, die zur Zeit der Durchführung im Krankenhaus waren.

Alle Blutzuckermessungen wurden in nüchternen Zustand mittels einer kapillaren Blutabnahme an der Fingerbeere erhoben (Lifescan, Euroflash, Johnson & Johnson), der Blutdruck den Kriterien der American Heart Association folgend gemessen, und der Body Mass Index (BMI) mittels Körpergröße und Gewicht berechnet.

Die gesammelten Informationen liefern gute Hinweise für die Planung von Präventions- und Vorsorgemaßnahmen für die Bevölkerung im dritten Lebensalter, auch wenn sie nur ein Gesamtbild der Regionen/Provinzen darstellen, ohne dass sie eine detaillierte Analyse der einzelnen Sanitätsbetriebe erlauben.





BESCHREIBUNG DER STUDIENBEVÖLKERUNG

P.11

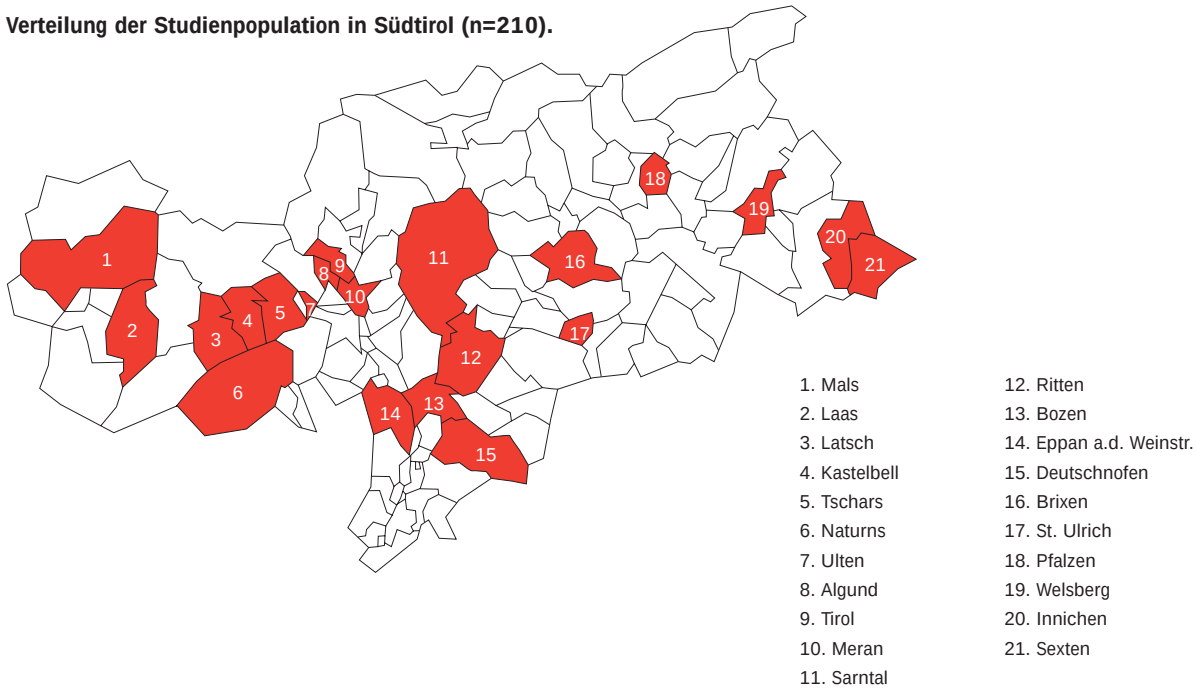


Teilnahme an der Studie

In Südtirol, wie auch in den anderen Regionen/Provinzen, war die Teilnahme an der Studie sehr hoch: 78% der primär ausgewählten Teilnehmer haben an der Studie teilgenommen, 13% haben die Teilnahme verweigert, 3% waren in einem Altersheim untergebracht und 1% zur Zeit des Interviews stationär im

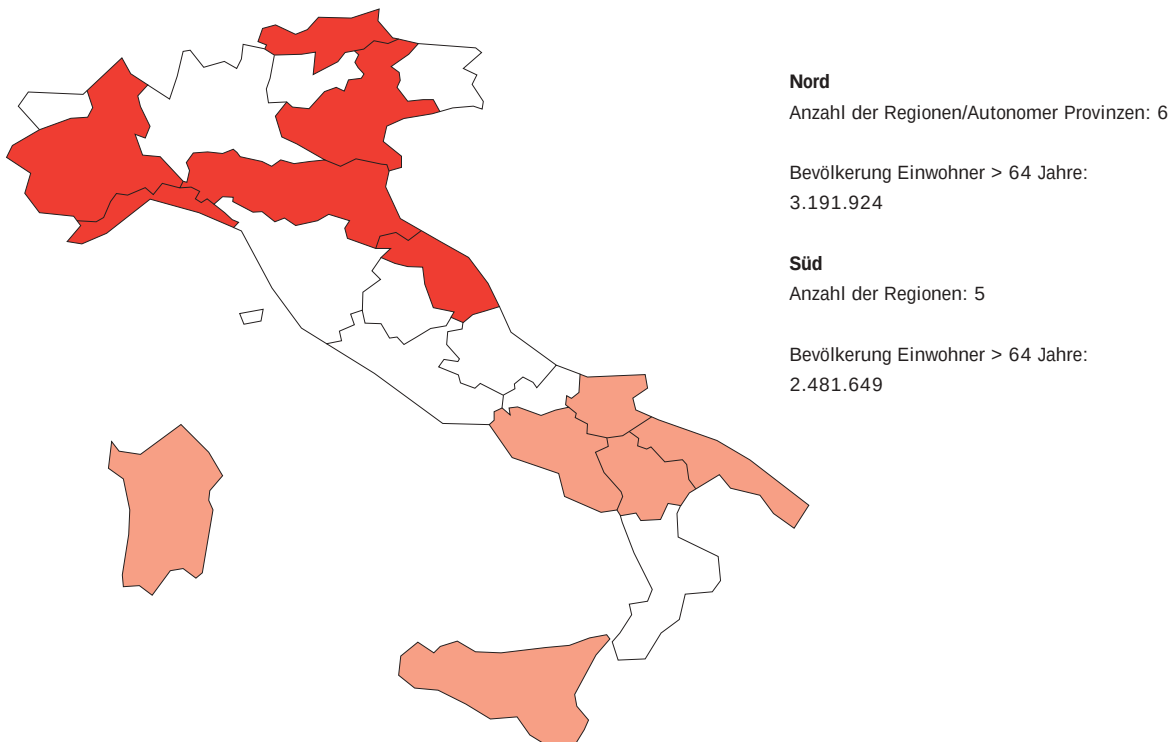
Krankenhaus aufgenommen. In 95% der Fälle wurde die ausgewählte Person interviewt, während bei den restlichen 5% das Interview mit einem Familienmitglied bzw. Verwandten durchgeführt wurde, da die ausgewählte Person aufgrund psychischer oder physischer Probleme nicht dazu fähig war.

Verteilung der Studienpopulation in Südtirol (n=210).



P.12

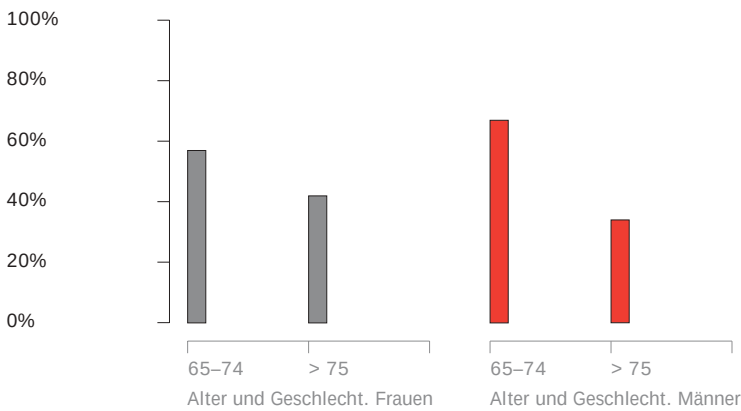
Verteilung der Studienpopulation in Italien (n=2369).



Südtirols Studienbevölkerung ist gekennzeichnet durch eine größere Anzahl an Frauen (62%), insbesondere in der Altersgruppe zwischen 65–74 Jahren. 45% der Befragten waren 75 Jahre und älter. Bei den

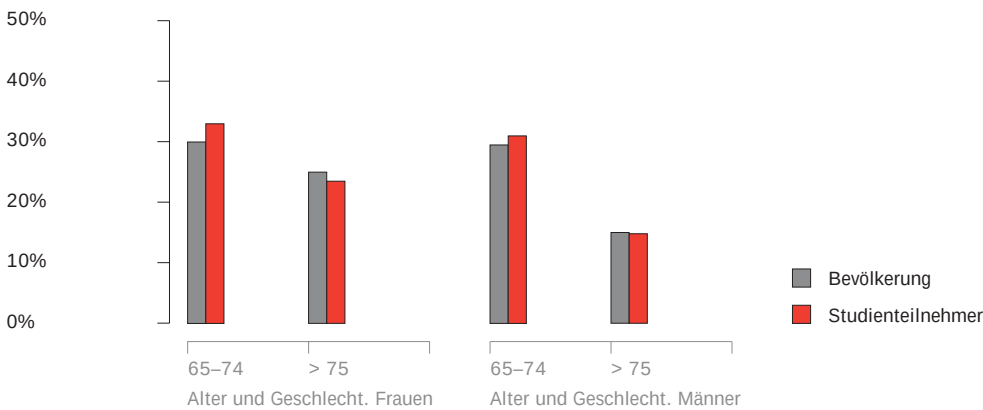
Männern gehörten 61% der Altersgruppe zwischen 65–74 Jahren an. Für 29% der Teilnehmer ist italienisch die Muttersprache.

Verteilung nach Alter und Geschlecht. Prozentsatz



P.13

Vergleich Bevölkerung-Studienteilnehmer. Prozentsatz





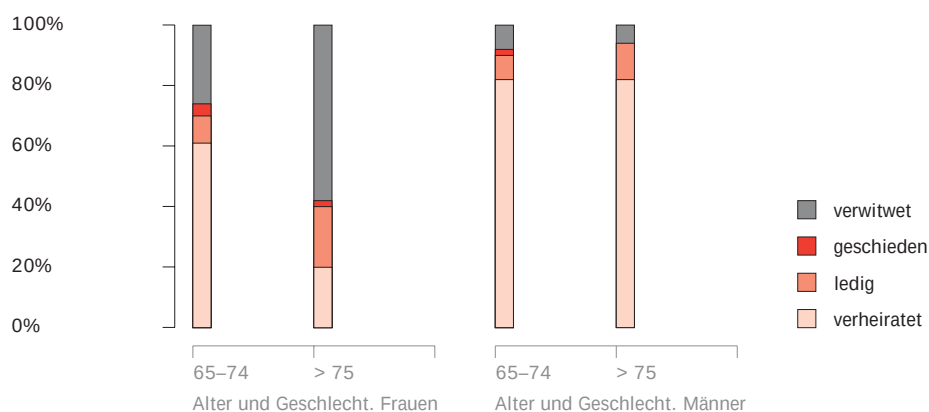
Familienstand

In Südtirol waren 81% der Männer verheiratet, bei den Frauen waren es 41%. Von den Frauen waren 42% verwitwet im Vergleich zu 8% der Männer ($p=0,001$). Das Gesamtbild Südtirols ist sehr ähnlich mit dem anderer Regionen/Provinzen; trotzdem ist

hervorzuheben, dass die Prävalenz der ledigen Frauen wesentlich höher ist als in den anderen Regionen/Provinzen. Der Prozentsatz der verheirateten Männer bleibt unverändert zwischen den Regionen/Provinzen.

P.14

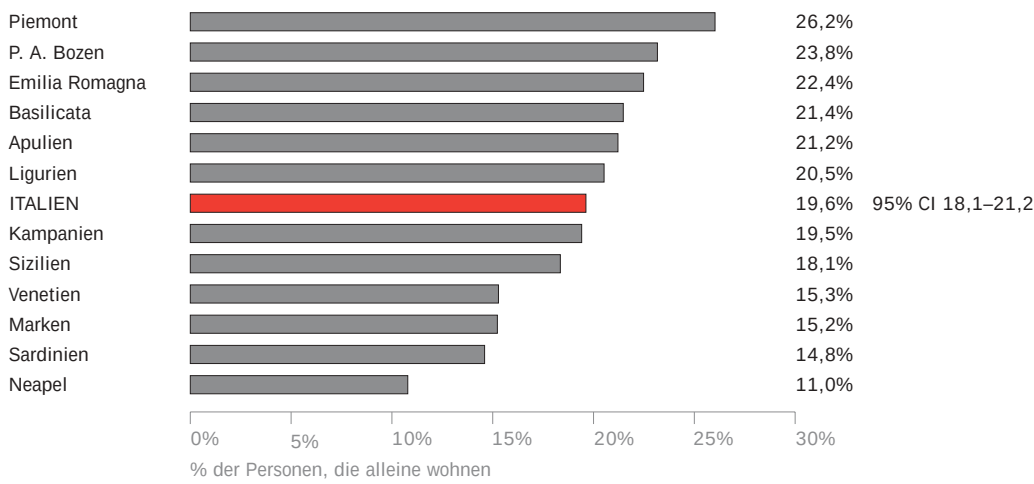
Familienstand. Prozentsatz



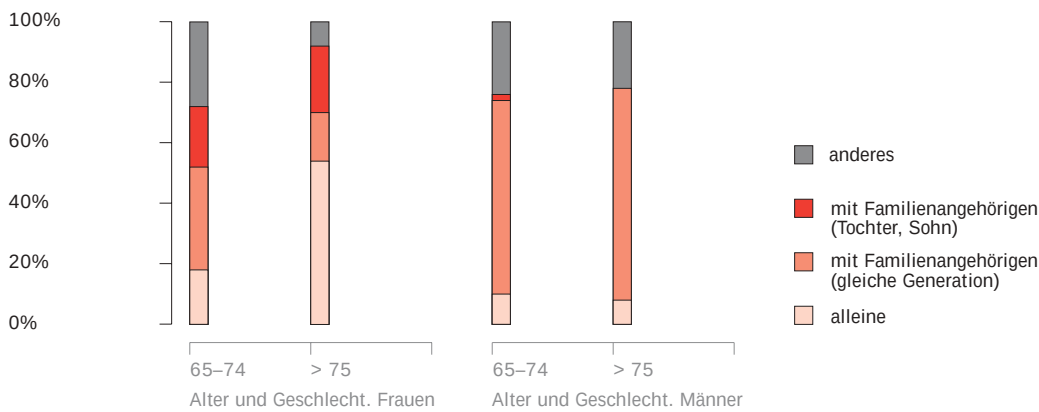
71% der Südtiroler Teilnehmer lebte mit einem Familienangehörigen zusammen, wobei es sich in 54% der Fälle um eine Person derselben Generation handelt. 24% der Teilnehmer berichtete, alleine zu

leben: davon waren 86% Frauen. Mehr als die Hälfte der Frauen über 75 Jahren lebte alleine (53%), damit lag Südtirol nach Piemont an zweiter Stelle; der nationale errechnete Durchschnitt beträgt 20%.

Alleine wohnen. National



Lebensgemeinschaft. Prozentsatz





Ausbildungsstand

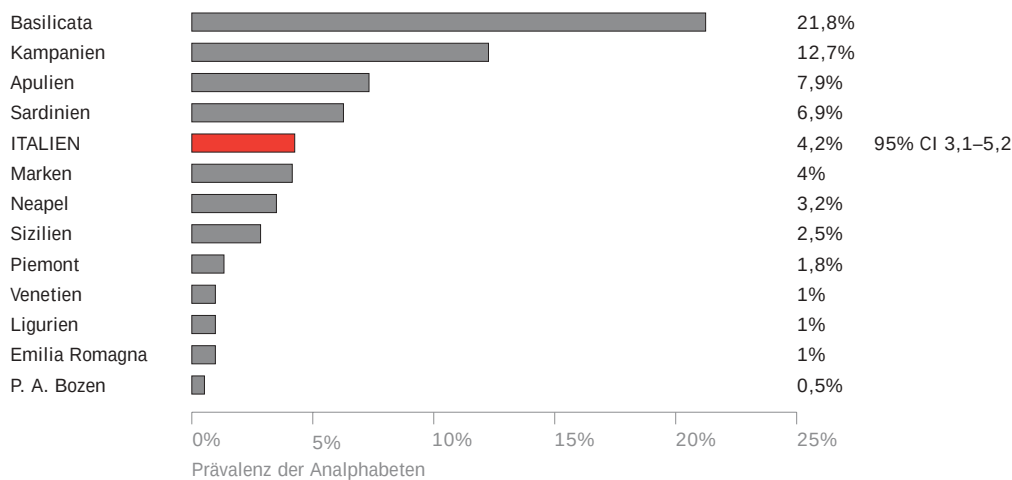
Unter dem Gesichtspunkt der Schulausbildung bestätigt sich die Verwundbarkeit der älteren Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung: 94% der Befragten hatten eine Schulausbildung von mindestens fünf Jahren. Aber nur 15% hatte eine Oberschule besucht, während 5% ein Universitätsstudium vorzuweisen hatte. Von den 9 Teilnehmern mit Universitäts-

abschluss, waren 8 Männer. Frauen hatten im Durchschnitt 7 Jahre Schulausbildung, Männer 8 Jahre. Eine einzige Frau in unserer Provinz hatte keine Schulausbildung.

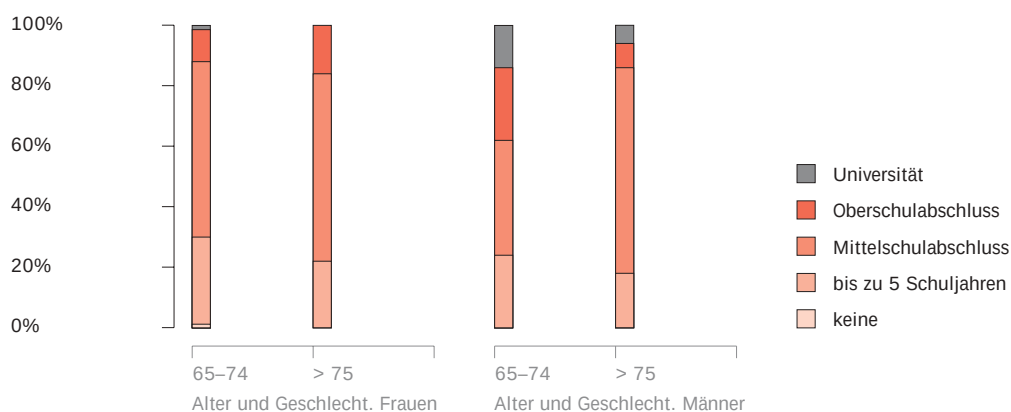
Die Prävalenz der Teilnehmer mit Doktorat ist in Südtirol geringer als der nationale Durchschnitt.

Ausbildungsstand: Analphabeten. National

P.16



Schulausbildung. Prozentsatz



BEMERKUNG

Wie bereits aus den Daten hervorgeht, repräsentiert unsere Studienbevölkerung die Gesamtbevölkerung sehr gut, insbesondere was Geschlecht, Alter und Sprachgruppenzugehörigkeit betrifft. Alle Personen, die während der Datenerhebung im Altersheim und im Krankenhaus aufgenommen waren, wurden ausgeschlossen. Das beeinflusst einige der Indikatoren, die zur Feststellung der Lebensqualität dienen, wie z.B. die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes, die Prävalenz der Autosuffizienz und die Anzahl von Krankheiten.

Da der Großteil der Frauen über 75 Jahren alleine leben, ergibt sich die Notwendigkeit, den Hauskrankenpflegedienst den Umständen anzupassen und

eventuell zu verbessern. In Südtirol ist die Anzahl der Analphabeten geringer als in den anderen Regionen/ Provinzen, aber auch die Anzahl der Personen mit Doktorat. Dies könnte auf die Bevölkerungsanzahl zurückzuführen sein, da Südtirol numerisch kleiner als die anderen Regionen ist und daher ein Großteil der Studienteilnehmer aus ländlichen Gebieten stammen.

Die unterschiedliche Lebensdauer zwischen Mann und Frau ergibt eine höhere Anzahl an verwitweten Frauen, insbesondere in der Altersgruppe über 74 Jahren. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die hohe Anzahl an ledigen Frauen auf die Weltkriege zurückzuführen ist.

P.17





P.18

SUBJEKTIV EMPFUNDENE LEBENSQUALITÄT

Die Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustandes hat sich als einer der ausschlaggebenden Faktoren für die Lebensqualität und für die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste erwiesen. Der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand ist ein guter Indikator für Morbidität und Mortalität und beschreibt die Realität oft besser als andere objektiv erhobene Gesundheitsparameter (z.B. Unselbständigkeit); verschiedene Studien haben gezeigt, dass Menschen, die Indikatoren niedriger Lebensqualität aufweisen, ein erhöhtes Risiko haben, eine Einschränkung der physischen Funktionen zu erleiden, unabhängig von der Schwere der vorhandenen Krankheiten.

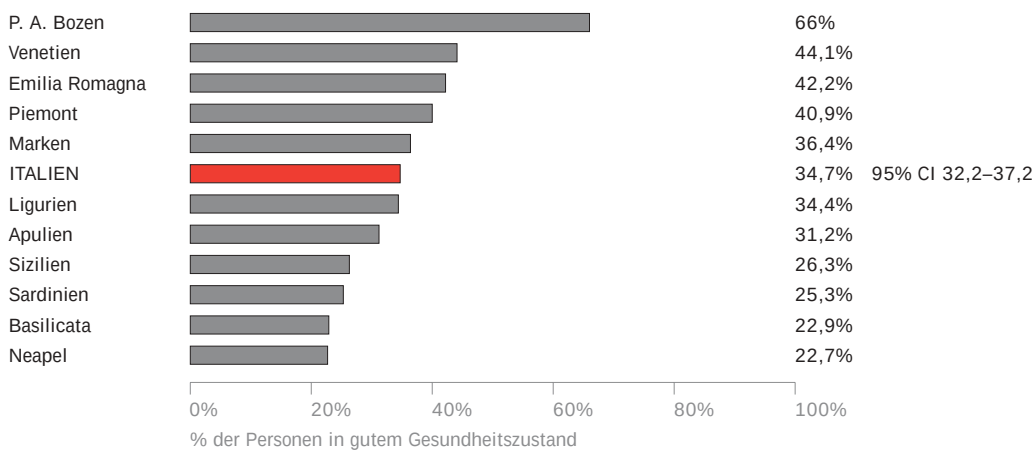
Der „summary unhealthy day index“, d. h. der monatliche Durchschnitt von Tagen in schlechtem Gesundheitszustand, wird auf internationaler Ebene als wichtiger Indikator verwendet und beschreibt unter anderem auch die wahrgenommene Lebensqualität der Bevölkerung im dritten Lebensabschnitt.

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

In Südtirol beurteilten 66% der Befragten ihren Gesundheitszustand als positiv (gut, sehr gut, ausgezeichnet); weniger als 5% empfanden den Gesundheitszustand als schlecht. Die Wahrnehmung eines schlechten Gesundheitszustandes (diskret oder schlecht), änderte sich kaum zwischen Frauen (37%) und Männern (30%) ($p=0.3$) und zwischen den bei-

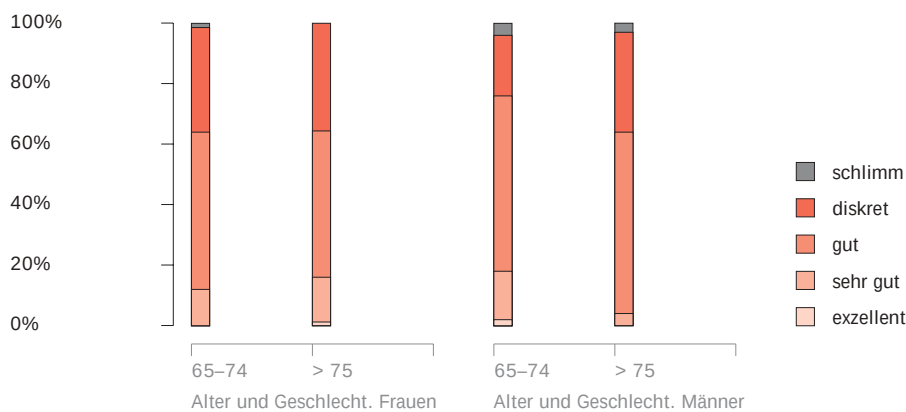
den Altersgruppen (32% zwischen 65–74 Jahren versus 37% über 74 Jahren ($p=0.5$)). In Südtirol war der Prozentsatz der Teilnehmer mit Wahrnehmung eines positiven Gesundheitszustandes fast doppelt so hoch wie der nationale Durchschnitt und ein Drittel besser als in der nächstfolgenden Region.

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes. National



P.19

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes. Prävalenz





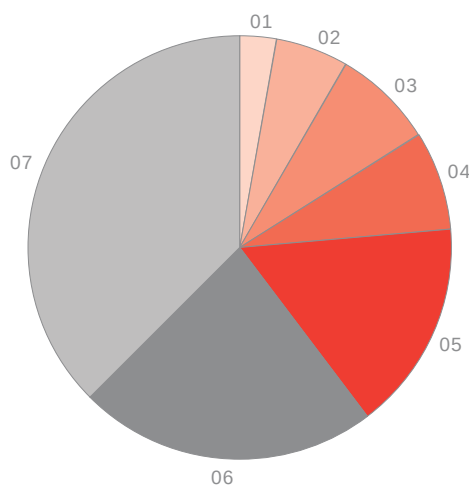
Einschränkung der eigenen Aktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme

In Südtirol hatten 32% der Befragten aufgrund gesundheitlicher Probleme Schwierigkeiten, alltägliche Tätigkeiten zu verrichten. Der Unterschied zwischen Frauen (35%) und Männern (27%) ($p=0.3$) und den beiden Altersgruppen (28% bei Personen zwischen 65–74 Jahren und 37% bei Personen über 74 Jahren ($p=0.2$)) war nicht signifikant.

Zu den gesundheitlichen Hauptproblemen, die die täglichen Tätigkeiten einschränken, zählten die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und Gehprobleme.

P.20

Einschränkungen der eigenen Aktivität aufgrund gesundheitlicher Probleme



- 01. Brüche. 3%
- 02. Herz-Kreislauferkrankungen. 6%
- 03. Seh- und Gehörprobleme. 8%
- 04. Atmungskrankheiten. 8%
- 05. Gehprobleme. 16%
- 06. Arthritis/ose. 23%
- 07. andere. 36%

Unhealthy day index

Bei Frauen war der Index der Lebensqualität („summary unhealthy day index“) schlechter als bei Männern und der Durchschnitt der Tage in schlechtem Gesundheitszustand oder mit Einschränkungen der täglichen Tätigkeiten beträchtlich höher (summary unhealthy day index: 3,4 Tage bei Frauen versus 2,3 Tage bei Männern); außerdem stieg er mit dem Alter (Durchschnitt von 2,3 Tagen im Monat im Alter zwischen 65–74 Jahren und 3,9 Tage bei Personen über 74 Jahren ($p < 0.001$)).

Auf die Frage, wie viele Tage sich die Teilnehmer während des letzten Monats aufgrund psychischer Probleme oder funktioneller Einschränkungen nicht wohl gefühlt hatten, gaben Frauen zwischen 65–74 Jahren (Durchschnitt 3,1 Tage) signifikant mehr Tage

als Männer (Durchschnitt 1,2 Tage) ($p = 0.02$) an, während in der Altersgruppe der über 74-jährigen die Anzahl der Tage in schlechtem Gesundheitszustand bei Männern höher war (Durchschnitt 4,4 versus 3,6 Tage) ($p = 0.6$).

Physische Probleme (Durchschnitt 4,3 Tage) haben den „summary unhealthy day index“ wesentlich stärker beeinflusst als psychische Probleme (Durchschnitt 3,2) oder funktionelle Einschränkungen (1,5 Tage).

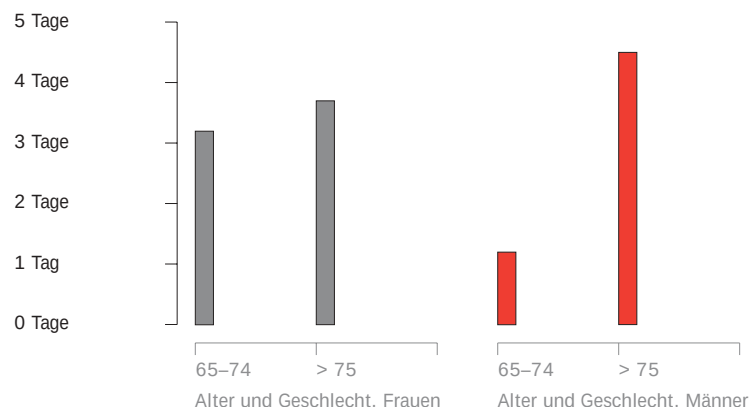
Teilnehmer mit geringerer Schulausbildung wiesen einen höheren Durchschnitt an Tagen in schlechtem Gesundheitszustand auf: Volksschule 3,6 Tage, Mittelschule 3,2 Tage, Oberschule 2,5 Tage.

Summary unhealthy day index. National



P.21

Summary unhealthy day index. Anzahl der Tage in schlechtem Gesundheitszustand





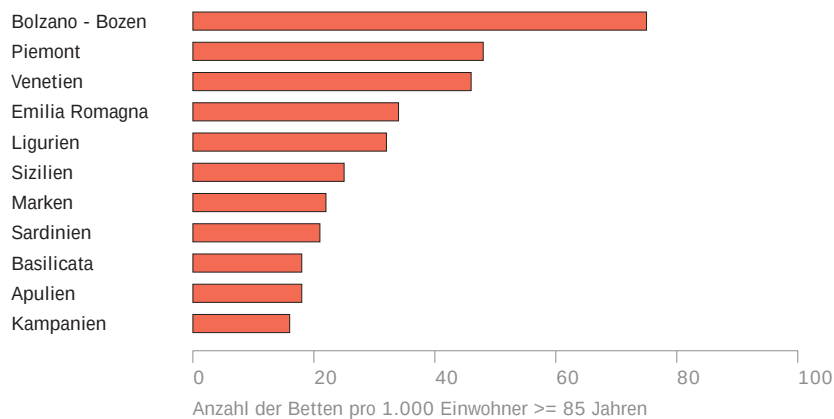
Unhealthy day index

In Südtirol war die Lebensqualität der älteren Menschen mit regelmäßiger körperlicher Aktivität assoziiert (körperlich aktive Personen durchschnittlich 2,2 Tage in schlechtem Gesundheitszustand versus nicht aktive Personen 6,1 Tage). Der „summary

unhealthy day index“ ist positiv mit dem Grad der Selbständigkeit (autosuffiziente Personen 2,4 Tage in schlechtem Gesundheitszustand, abhängige Personen 8,1 Tage) assoziiert.

P.22

Unhealthy day index – Bemerkung



BEMERKUNG

In Südtirol war die Prävalenz von Personen in gutem Gesundheitszustand höher als in den anderen Regionen/Provinzen. Ausschlaggebend dafür ist unter anderem wahrscheinlich auch die hohe Anzahl an sozialen und sanitären Strukturen, die für die Versorgung von Menschen dieser Altersgruppe in Südtirol vorhanden sind.

GESUNDHEITSZUSTAND



P.23

Der Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität der Bevölkerung im dritten Lebensalter wird durch das Vorhandensein von chronisch-degenerativen Krankheiten bestimmt. Die Daten der Studie ARGENTO bezüglich der Prävalenz der Pathologien stimmen mit denen der „Indagine Multiscopo ISTAT“ und anderen Studien weitgehend überein.



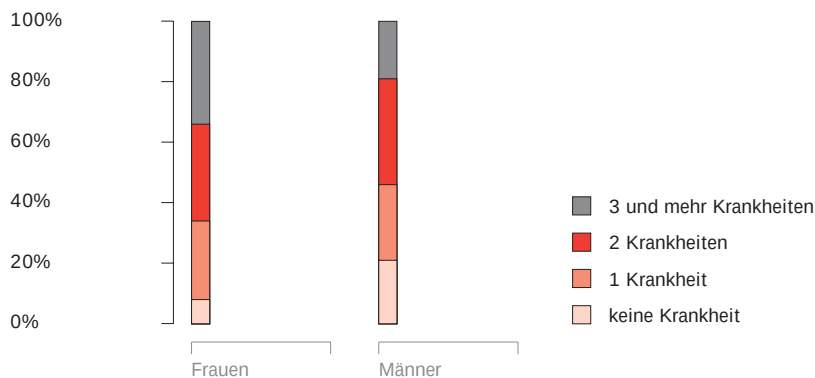
Pluripathologien

Die Prävalenz der Personen ohne diagnostizierter Krankheit war in Südtirol doppelt so hoch wie der nationale Durchschnitt; 21% der Männer gegenüber 7% der Frauen gaben an, dass keine chronische Krankheit diagnostiziert wurde. Der Durchschnitt der Anzahl der diagnostizierten Krankheiten war bei den weiblichen Teilnehmerinnen (2,3 Krankheiten) höher als bei Männern (1,7 Krankheiten) ($p=0.006$) und

stieg mit dem Alter an (Durchschnitt von 1,7 Krankheiten bei Personen zwischen 65–74 Jahren und 2,3 Krankheiten bei über 74-jährigen ($p<0.05$)).

In Südtirol sowie auf nationaler Ebene wurden häufiger bei Frauen als bei Männern 3 oder mehr Krankheiten diagnostiziert. Der geringste Prozentsatz von Personen mit drei oder mehr diagnostizierten Krankheiten wurde in Südtirol festgestellt.

Pluripathologien. Prävalenz



P.24

BEMERKUNG

Wiederum bestätigt sich die Verwundbarkeit der alten Menschen (insbesondere in der Altersgruppe der über 74-jährigen): chronisch-degenerative Krankheiten beeinflussen besonders die Lebensqualität. Ein Drittel der Befragten litt an drei oder mehr Krankheiten. Ein Drittel berichtet aufgrund gesundheitlicher Probleme Schwierigkeiten zu haben, tägliche Aktivitäten zu verrichten. In Anbetracht dieser Daten bestätigt sich wiederum die Notwendigkeit Vorsorgemaßnahmen speziell für die alten Menschen weiterhin zu fördern.

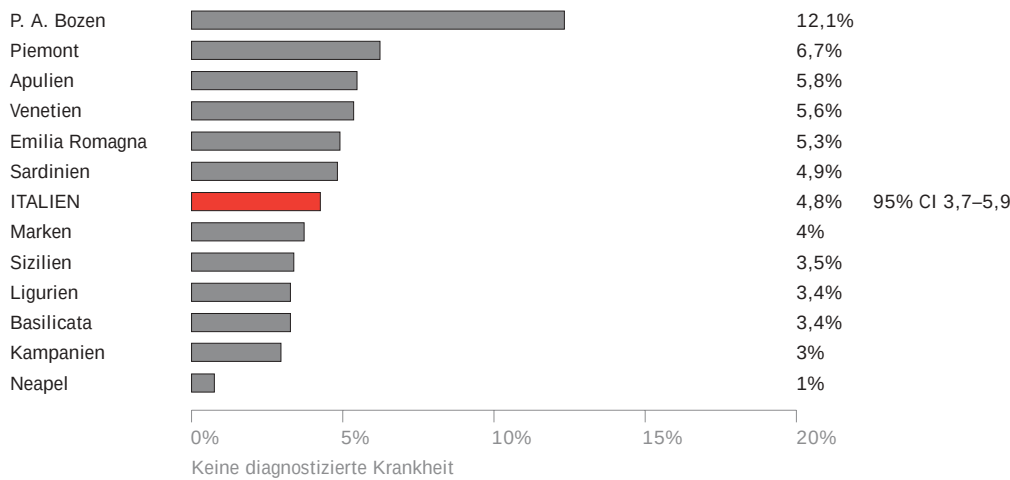
Die Wahrnehmung eines schlechten Gesundheitszustandes war bei Frauen vermehrt vorhanden und nahm mit dem Alter zu. Frauen wiesen einen weniger günstigen Index der Lebensqualität auf: von der Gesamtbevölkerung im dritten Lebensalter waren zirka 63% Frauen. Von den Personen die alleine leben waren 86% Frauen; ein Großteil davon älter als 74 Jahre. Deshalb sollten spezifische Interventionen diese Altersgruppe besonders berücksichtigen.

Diagnostizierte Krankheiten

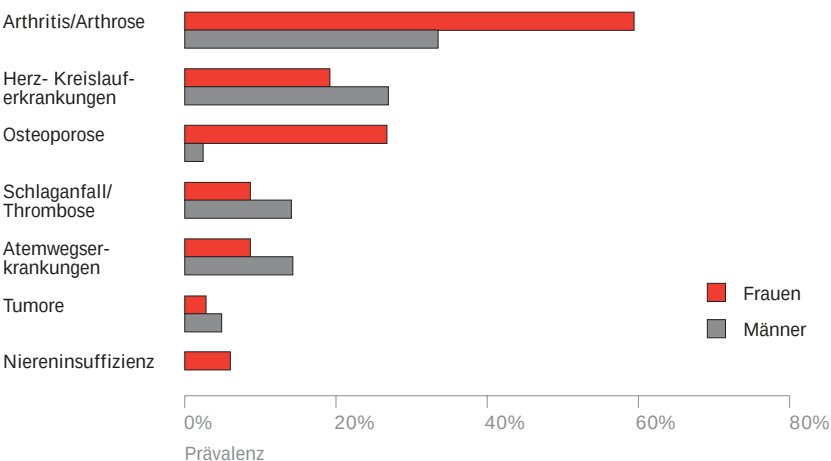
In Südtirol gaben 50% der Befragten an, an einer Form von Arthritis/Arthrose zu leiden; 59% der Frauen und 34% der Männer ($p<0.001$). Herz-Kreislauferkrankungen (22%) waren an zweiter Stelle, wobei kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern festzustellen war (26% der Männer und 19% der Frauen ($p=0.3$)). An Osteoporose gaben vor allem Frauen an zu leiden mit einer Prävalenz von 25% gegenüber 3% bei Männern ($p< 0.001$).

Die Prävalenz von Schlaganfällen war bei Männern (13%) höher als bei Frauen (9%); der Unterschied war aber nicht signifikant ($p=0,3$). Atemwegserkrankungen (10%) wiesen eine ähnlich Prävalenz wie Schlaganfall auf wobei wiederum nur ein geringfügiger Unterschied zwischen beiden Geschlechtern zu beobachten war. Die Verteilung der Krankheiten war ähnlich in allen teilnehmenden Regionen/Provinzen.

Keine diagnostizierte Krankheit. National



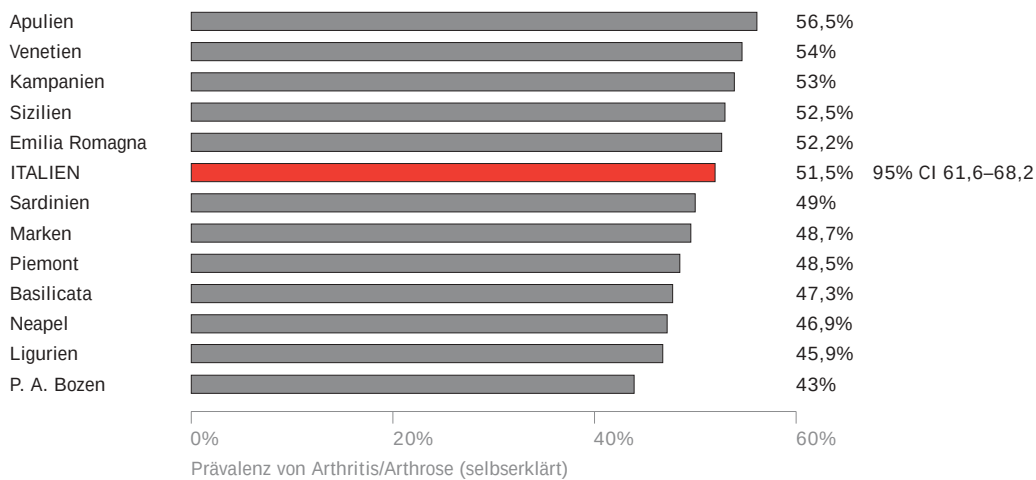
Diagnostizierte Krankheiten. Prävalenz





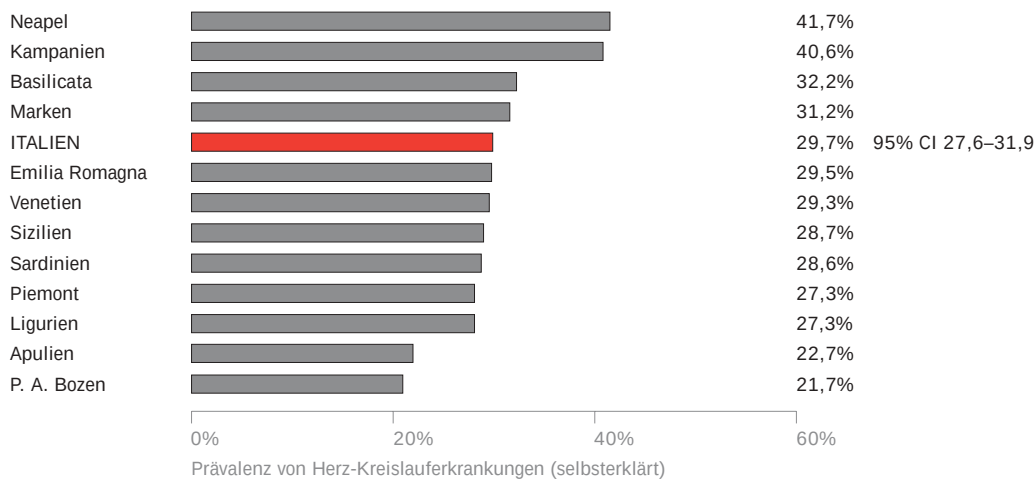
Diagnostizierte Krankheiten

Arthritis/Arthrose. National

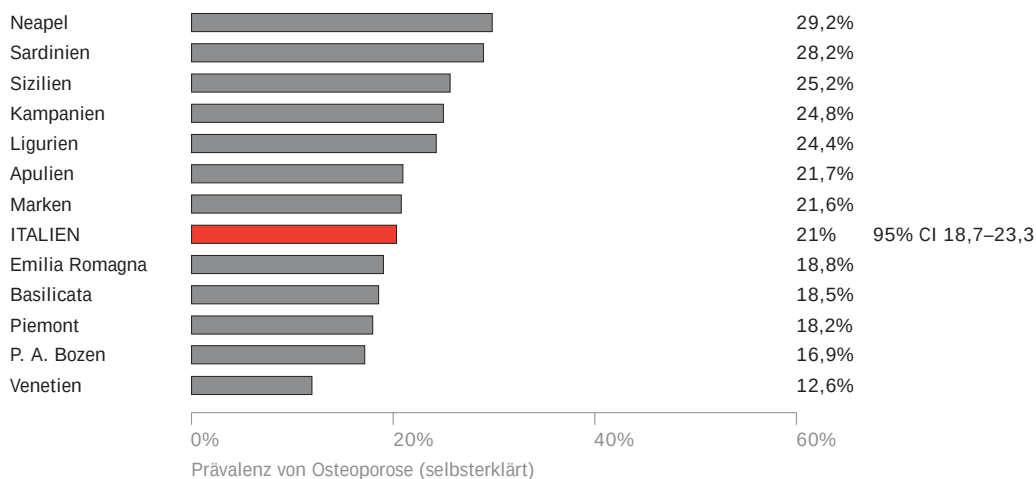


Herz-Kreislauferkrankungen. National

P.26

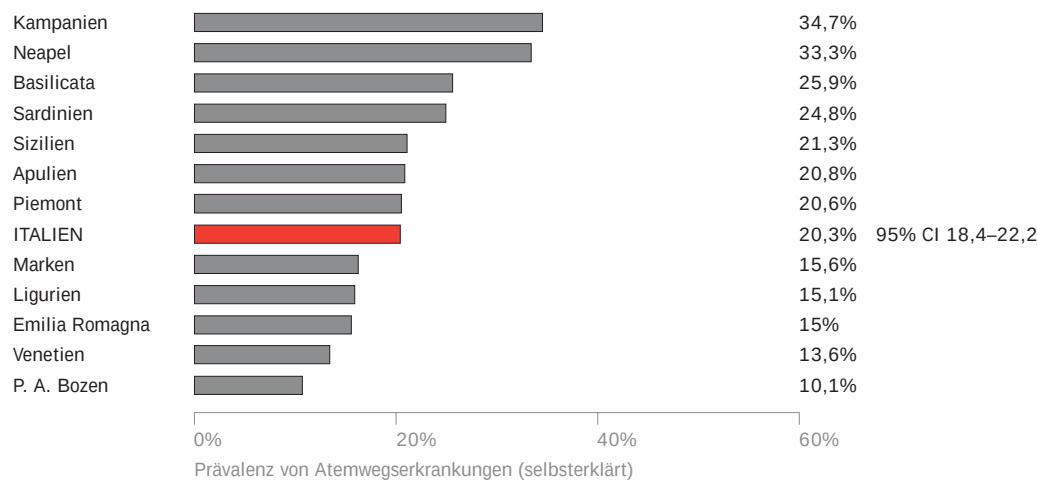


Osteoporose. National

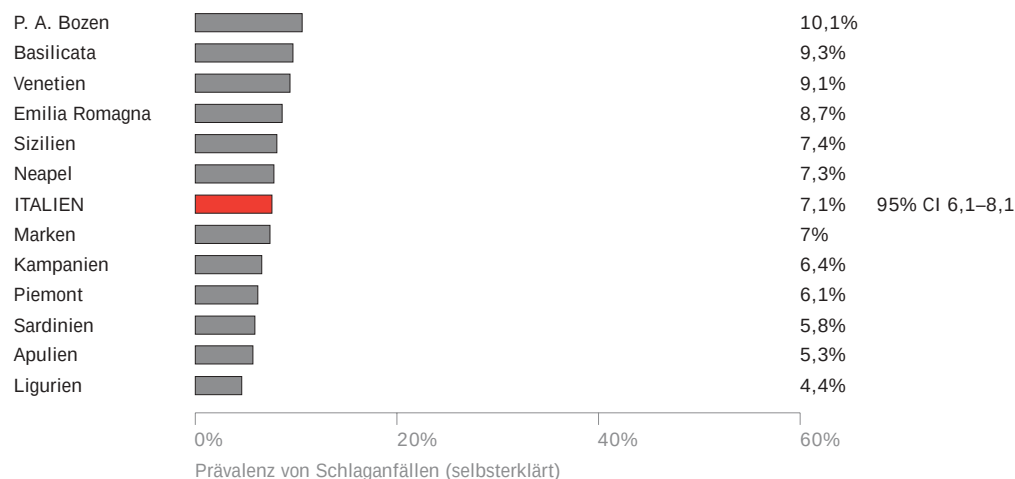


Diagnostizierte Krankheiten

Atemwegserkrankungen. National



Schlaganfall. National



P.27

BEMERKUNG

Auch dieser Indikator zur Messung der Lebensqualität ist abhängig von der Bettenanzahl in den sozialen und sanitären Strukturen, welche wie bereits erwähnt, in Südtirol größer ist als in den anderen Regionen/Provinzen. Je schlechter der objektive Gesundheitszustand ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass jemand in einer Struktur aufgenommen ist. Arthritis/Arthrose, die häufigste Volkskrankheit, schränkt die Verrichtung von alltäglichen Aktivitäten ein. Nur die Prävalenz von Schlaganfällen war in Südtirol gegenüber den anderen Regionen/Provinzen am höchsten. Die Tatsache, dass in Südtirol ein Großteil der Personen mit vorangegangenem

Schlaganfall zu Hause versorgt werden kann, könnte aufgrund eines schnelleren und effizienteren „case management“ während der Akutphase mit weniger Folgeschwierigkeiten bedingt sein. Unterstützt wird unsere Annahme von der Tatsache, dass die Teilnehmer mit durchgemachten Schlaganfall in Südtirol einen besseren Gesundheitszustand wahrnahmen als jene der anderen Regionen/Provinzen. Die Studie hat gezeigt, dass in Südtirol die Prävalenz von Personen in schlechtem Gesundheitszustand geringer war als in den anderen Regionen/Provinzen; dieses Ergebnis stimmt mit der Tatsache, dass in Südtirol bei weniger Menschen eine Krankheit diagnostiziert wurde, überein.

Während in den anderen Regionen/Provinzen nur anamnestische Daten über den Bluthochdruck erhoben wurden, wurde in Südtirol der Bluthochdruck nach den Kriterien der American Heart Association (AHA) gemessen und anschließend mit den anamnestischen Angaben verglichen. Folgende Kriterien sind ausschlaggebend bei der Klassifizierung des Bluthochdruckes: alle Teilnehmer mit einem systolisch gemessenen Wert > 140 mm Hg oder einen diastolischen Wert > 90 mm Hg oder Personen die blutdrucksenkende Medikamente einnehmen, wurden als Hypertoniker klassifiziert. Vier von fünf Teilnehmern wurden als Hypertoniker (81%) eingestuft. Die Verteilung des Bluthochdruckes zwischen Männern (78%) und Frauen (82%) war ähnlich ($p=0.4$), nahm aber mit dem Alter zu: während 75% der Personen zwischen 65–74 Jahren als Hypertoniker klassifiziert wurden, stieg die Prävalenz in der Altersgruppe der über 74-jährigen auf 87%

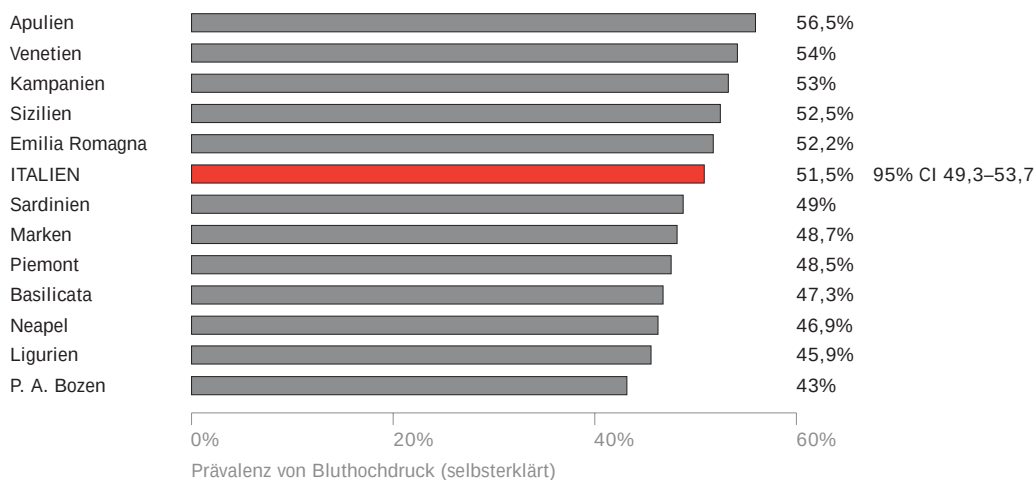
($p=0.03$) an. 57% der als Hypertoniker klassifizierten Frauen gegenüber 42% der Männer gaben an, über ihre Krankheit Bescheid zu wissen; davon nahmen 51% der Frauen und 37% der Männer blutdrucksenkende Medikamente ein. Die am häufigsten verschriebenen Medikamente gegen Bluthochdruck gehören zu den folgenden Klassen:

- ACE-Hemmer (31%)
- Ca-Antagonisten (30%)
- Diuretika (18%)
- Beta-Blocker (11%)
- andere (10%).

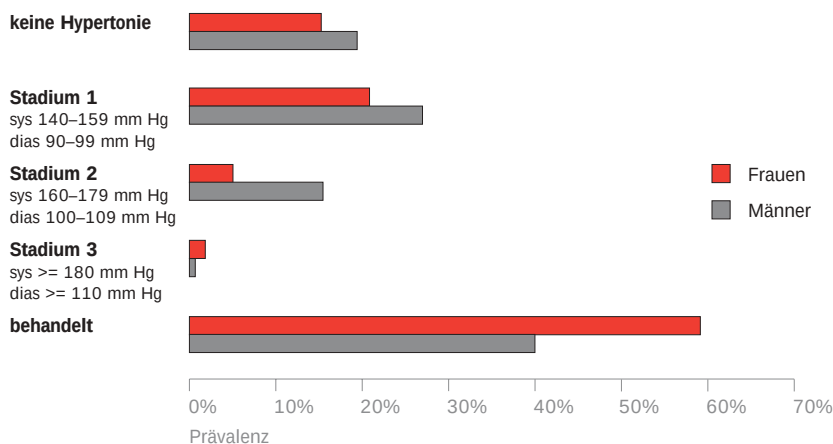
Aus dem Vergleich der anamnestischen Daten der anderen Regionen/Provinzen war ersichtlich, dass in Südtirol die Prävalenz des Bluthochdruckes geringer als in den anderen teilnehmenden Regionen/Provinzen war.

Bluthochdruck. National

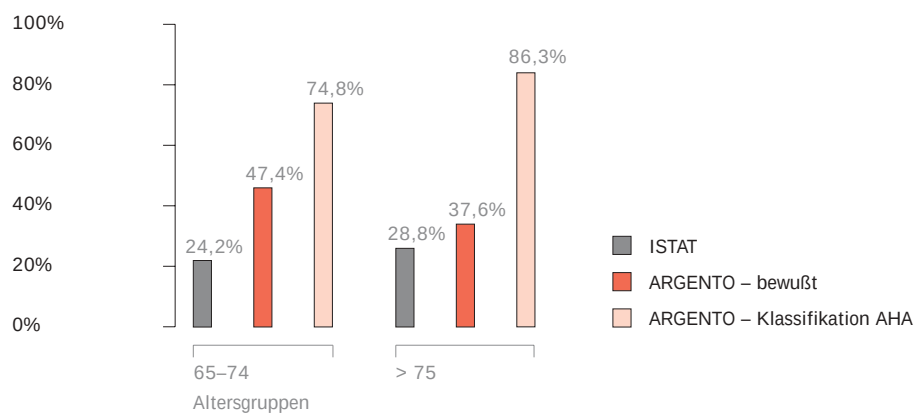
P.28



Bluthochdruck. Klassifikation von Bluthochdruck (AHA)



Bluthochdruck: ARGENTO-ISTAT. Prävalenz



BEMERKUNG

Bluthochdruck ist eine sehr verbreitete Krankheit, die sehr oft unterschätzt und nicht behandelt wird, obwohl er als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz- Kreislauferkrankungen gilt. Die erhobenen Daten unterstreichen die Notwendigkeit einer Vorsorgeuntersuchung für Bluthochdruck sowie einer anschließenden angemessenen Therapie. Die Tatsache, dass vor allem Männer keine blutdrucksenkende Medikamente einnahmen, liegt wahrscheinlich auch an der Häufigkeit der Arztbesuche, welche sicherlich bei Frauen in regelmäßigeren Abständen vorkommen.





Diabetes

Während in den anderen Regionen/Provinzen ausschließlich anamnestische Daten bezüglich Diabetes erhoben wurden, wurde in Südtirol auch der Blutzucker in nüchternem Zustand gemessen und anschließend mit den anamnestischen Daten verglichen. In Südtirol gaben 10% der Befragten an, Bescheid zu wissen, dass sie an Diabetes leiden; davon waren 60% Frauen, 55% der Diabetiker waren über 74 Jahre alt. Zwei Teilnehmer nahmen blutzuckersenkende Medikamente ein ohne über ihre Krankheit Bescheid zu wissen. Von den Diabetikern nahmen 68% blutzuckersenkende Medikamente ein, wobei 73% einer Monotherapie unterzogen wurden, 20% wurden mit zwei Medikamenten behandelt und 7% mit drei Medikamenten. Der Großteil der zu behandelnden Personen erhielten orale Antidiabetika (80%), 7% der behandelten Diabetiker wurden mit Insulin therapiert und 13% erhielten eine Kombination von Insulin und oralen Diabetika.

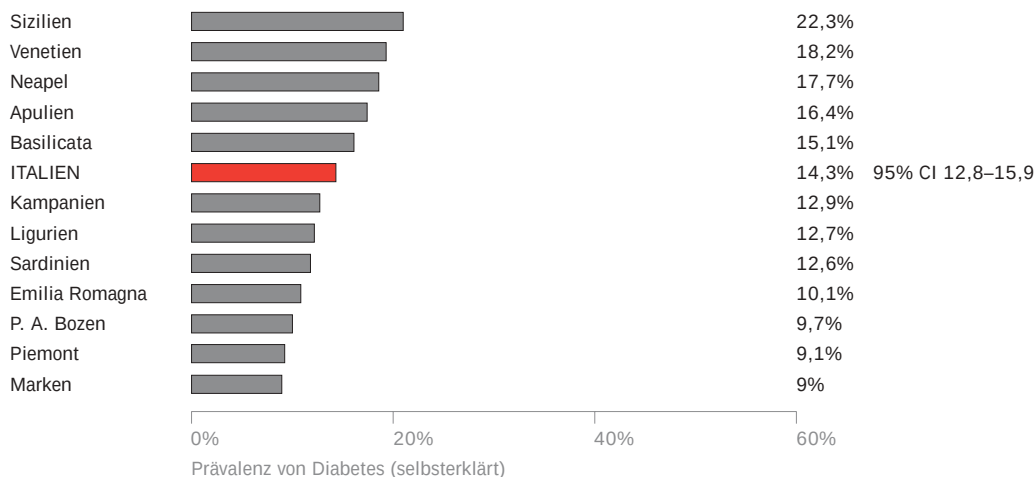
Bei der Blutzuckermessung hatten 6% der Personen, bei denen kein Diabetes diagnostiziert wurde, erhöhte Blutzuckerwerte über 125 mg% (Durchschnitt 171, Range 126–403).

27% der Frauen gegenüber 16% der Männer bestätigten das Vorhandensein eines diabetischen Familienmitgliedes ($p=0.08$). Viele Diabetiker hatten zusätzliche Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen: 82% der Diabetiker litten ebenso an Bluthochdruck, 41% waren übergewichtig, 23% fettleibig und 27% waren aktive Raucher oder hatten für mehr als 10 Jahre geraucht. Mehr als die Hälfte der Diabetiker waren drei Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen ausgesetzt, 22% zwei Faktoren, 14% vier und für 9% war Diabetes der einzige Risikofaktor.

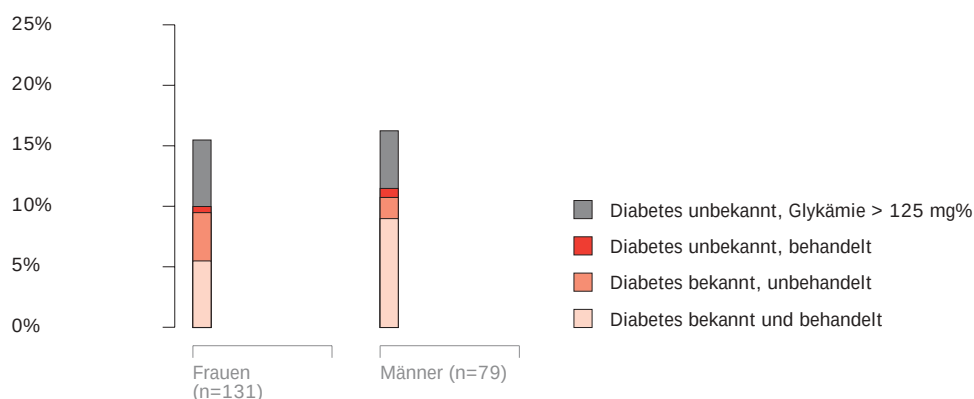
Die Verteilung der Prävalenz von Diabetes war auf Landesebene sowie auf nationaler Ebene in beiden Geschlechtern und Altersgruppen ähnlich.

P.30

Diabetes. National

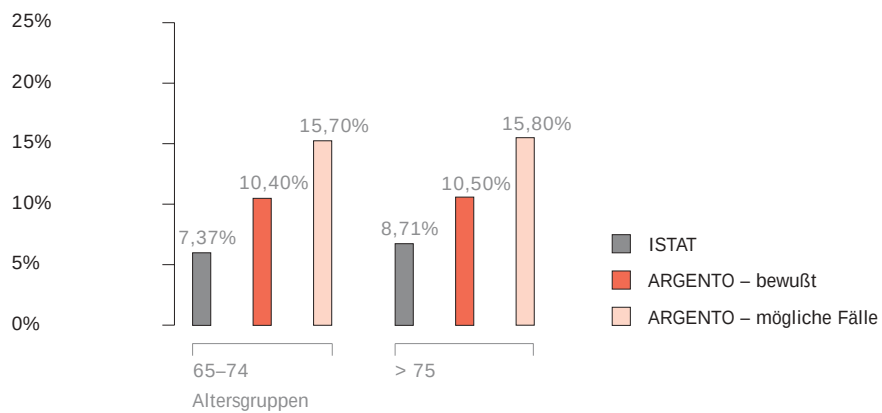


Diabetes. Prävalenz



Diabetes

Diabetes: ARGENTO-ISTAT. Prävalenz



BEMERKUNG

Ein Drittel der Personen, welche als Diabetiker eingestuft wurden, wissen über ihre Krankheit nicht Bescheid. Diabetes und Bluthochdruck bleiben für längere Zeit symptomlos, daher ist es sehr schwierig, gefährdete Personen zu identifizieren. Für ein Screening-Programm würde der positiver prädiktive Wert für Übergewicht als Risikofaktor ziemlich nieder ausfallen: daher ist es ratsam, sich auf die klassischen Symptome wie z.B. übermäßiger Durst und Polyurie zu stützen, um Diabetiker zu identifizieren.



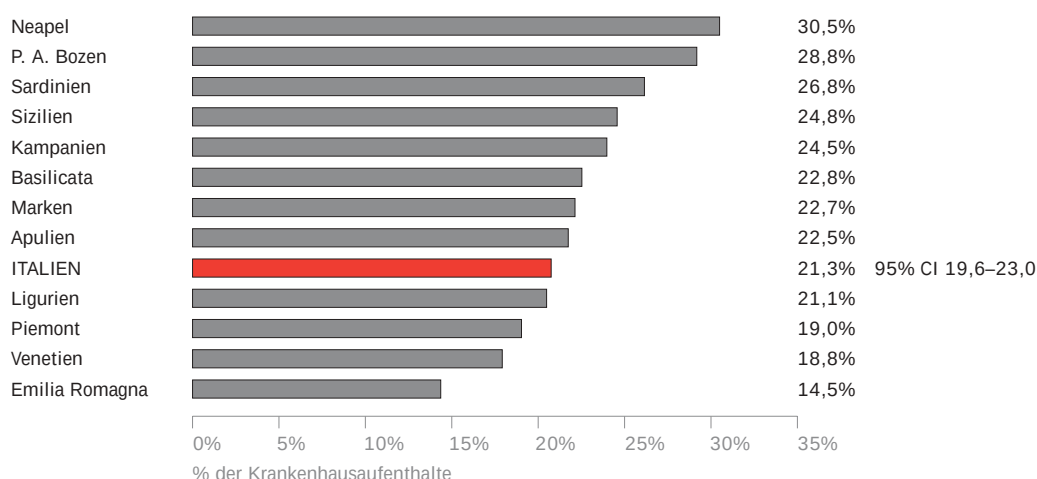


Krankenhausaufenthalte

In Südtirol wurden 29% der Befragten im letzten Jahr im Krankenhaus stationär aufgenommen: ein Teilnehmer von fünf (25%) zwischen 65–74 Jahren und einer von drei (33%) über 74 Jahren ($p=0.2$).

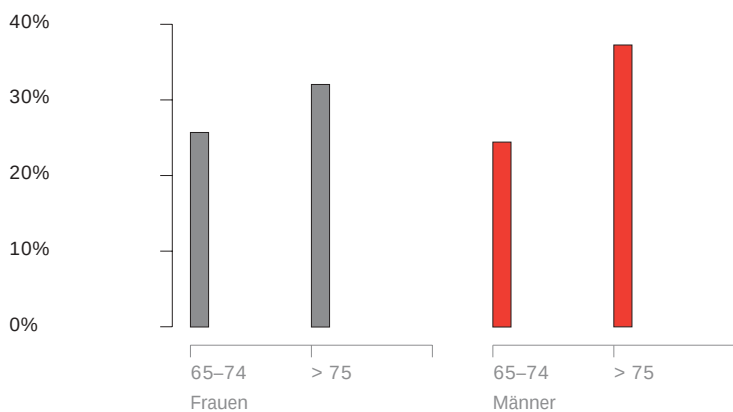
43% der eingelieferten Männer gegenüber 27% der Frauen wurden mehr als einmal im Krankenhaus aufgenommen ($p=0.02$). Südtirol wies nach Neapel die meisten Krankenhausaufenthalte auf.

Krankenhausaufenthalte. National



P.32

Krankenhausaufenthalte. Prozentsatz



BEMERKUNG

Die Tatsache, dass im Norden weniger alte Menschen im Krankenhaus eingeliefert werden, stimmt mit der Wahrnehmung eines besseren Gesundheitszustandes überein. Um festzustellen, ob die erhöhte Anzahl an Krankenhausaufenthalten in Südtirol gerechtfertigt ist, müsste man verschiedene Variablen wie z.B. die Diagnosen und die Aufenthaltsdauer genauer analysieren; aufgrund der hohen Krankenhauskosten der Autonomen Provinz Bozen ist es sicherlich notwendig, solche Überprüfungen durchzuführen.

Das ständige Ansteigen der Bevölkerung im dritten Lebensalter in Italien und anderen westlichen Ländern bedingt eine Zunahme von Personen, die nicht selbst für sich sorgen können (abhängig). Der Verlust an Selbständigkeit bedingt durch chronisch-degenerative Krankheiten verlangt fremde Unterstützung bei der Durchführung von lebensnotwendigen Aktivitäten. Weiters ist der Verlust der Selbständigkeit mit sozialer Isolation verbunden und bedingt somit zusätzliche Bedürfnisse. Um den Grad der Autosuffizienz zu messen, wurde ein System entwickelt, das sich auf die Fähigkeiten des Individuums, alltägliche Aktivitäten auszuführen, stützt (ADL). Es wurden mehrere ADL untersucht, physiologische Funktionen (wie urinieren), motorische Aktivitäten, Körperpflege (wie anziehen, sich waschen), sowie zweckdienliche und gleichzeitig lebensnotwendige Funktionen (wie

essen). In der Literatur wurden verschiedene Definitionen für fehlende Autosuffizienz verwendet, die den Vergleich der Resultate der verschiedenen Studien erschwert. Da sich verschiedene ADL überschneiden (eine Person, die unfähig ist, eine Tätigkeit zu verrichten ist häufig auch unfähig, andere ähnliche Tätigkeiten durchzuführen), haben wir für unsere Studie nur die wichtigsten ADL herangezogen (gehen, sich waschen, ins Bad gehen, sich anziehen, essen), um Abhängigkeit bzw. Selbständigkeit zu beurteilen: als abhängig wurden Personen eingestuft, die keine der Tätigkeiten durchführen können, als teilweise abhängig, Personen, die unfähig sind zumindest eine der genannten Tätigkeit zu verrichten und als autosuffizient, wenn sie fähig waren, alle Tätigkeiten zu verrichten.

AUTOSUFFIZIENZ UND ABHÄNGIGKEIT





Autosuffizienz und Abhängigkeit

Während der nationale Durchschnitt der abhängigen Personen bei 3% lag (1% in Emilia Romagna – 6% in Basilikata), wurde in Südtirol keine einzige abhängige Person, die zu Hause lebt, beobachtet. 86% der Befragten waren autosuffizient: der Prozentsatz der teilweise abhängigen Personen war in beiden Geschlechtern ähnlich und stieg von 8% bei Personen zwischen 65–74 Jahren auf 21% bei den über 74-jährigen ($p=0.008$) an. In der Altersgruppe der über 74-jährigen waren 22% der Frauen und 17% der Männer teilweise abhängig ($p=0.5$). In Südtirol erhielten 89% der teilweise abhängigen Personen fremde Hilfe.

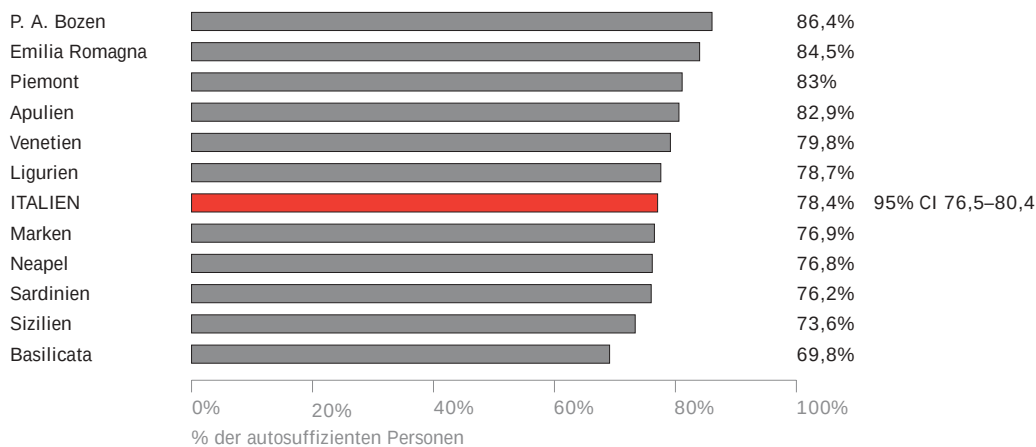
Unsere Studienteilnehmer erhielten die notwendige Hilfe meist von Ehepartnern oder von der Tochter oder Schwiegertochter.

Um folgende Tätigkeiten auszuführen wurde fremde Hilfe benötigt:

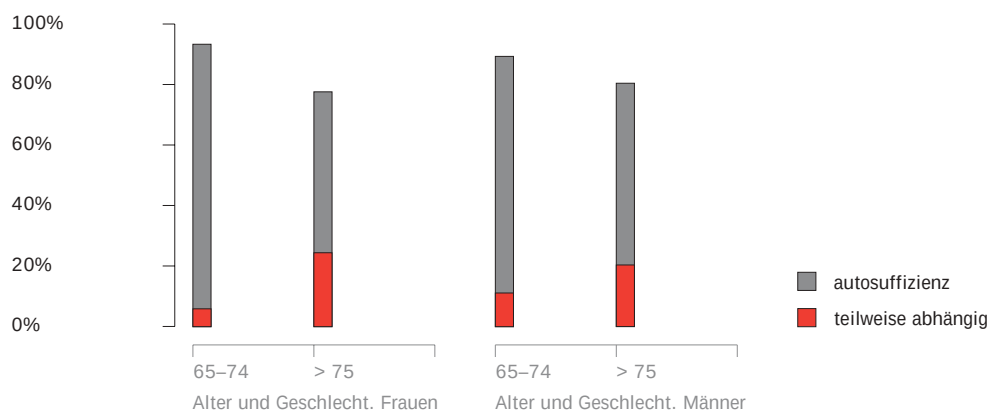
- beim Baden (47% der Frauen versus 43% der Männer)
- beim An- und Ausziehen (17% der Frauen versus 14% der Männer)
- beim Waschen (11% der Frauen versus 19% der Männer)

Autosuffizienz. National

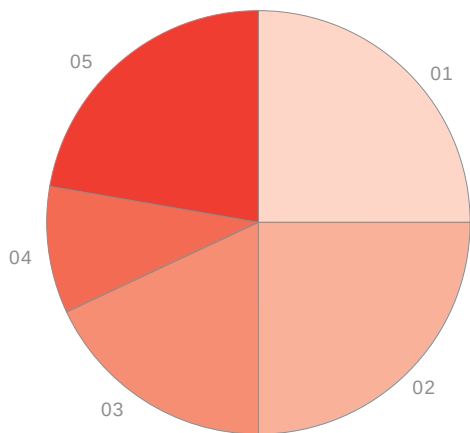
P.34



Autosuffizienz. Prävalenz

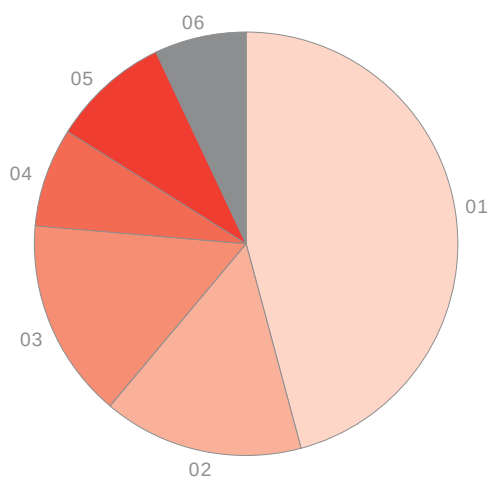


Fremde Hilfe



- 01. Ehepartner. 25%
- 02. Tochter/Schwiegertochter. 25%
- 03. zu zahlende Person. 18%
- 04. Sohn/Schwiegersohn. 10%
- 05. anderes. 22%

Tätigkeiten bei denen fremde Hilfe notwendig ist



- 01. sich zu baden oder duschen. 46%
- 02. sich an- oder ausziehen. 15%
- 03. sich zu waschen. 15%
- 04. von einem Zimmer zum anderen gehen. 8%
- 05. ins Bad gehen. 10%
- 06. zu essen. 7%

BEMERKUNG

In Südtirol war die Prävalenz der alleine lebenden Frauen mit teilweiser Abhängigkeit geringer als in den anderen Regionen/Provinzen. Trotzdem erhielt eine von zehn Personen mit teilweiser Abhängigkeit keine Hilfe, während in den anderen Regionen praktisch alle Personen dieser Kategorie Unterstützung erhielten. 14% der Studienbevölkerung wurde als teilweise abhängig eingestuft, weil sie in der Körperpflege Schwierigkeiten hatten und teilweise auch Gehpro-

bleme aufwiesen. Drei Viertel der Befragten gaben an, Schwierigkeiten zu haben, den Urin zu halten. Leider erhalten in Südtirol nicht alle teilweise abhängigen Personen fremde Hilfe bei der Ausführung der Tätigkeiten, die sie nicht mehr fähig sind, alleine durchzuführen. Der Großteil der teilweise abhängigen Personen wird von Familienangehörigen betreut, daher ist es sehr wichtig, diese Familien zu unterstützen und den Dienst der Hauskrankenpflege zu erweitern.



P.36

GEDÄCHNISSTÖRUNGEN

Mit der Zunahme der Lebenserwartung stellen Gedächtnisstörungen ein immer wichtigeres gesundheitliches und soziales Problem dar. Eine korrekte Diagnose der Gedächtnisstörungen entsteht aus der Kombination von klinischen und psychologischen Tests. Trotzdem ist es möglich, anhand von synthetischen Methoden die Gedächtnisstörungen eines Menschen zu erkennen: der Mini Cog-Test ist die Kombination eines Kurzzeitgedächnistests und der Fähigkeit, eine Uhr zu zeichnen. Der Kurzzeitgedächnistest

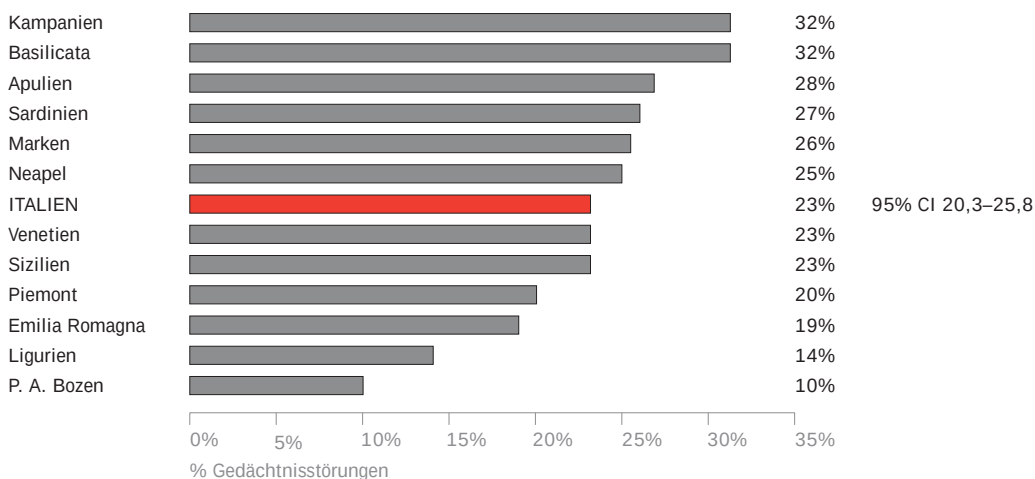
überprüft, ob die Person fähig ist, sich drei Wörter zu merken; im zweiten Test muss die Person einen Kreis zeichnen, die Ziffern der Uhr einsetzen und die Zeiger auf eine festgelegte Uhrzeit richten. Anhand des Uhr-Tests wird das Langzeitgedächtnis, das Verständnis, die Sehfähigkeit und Raumeinteilung, die Konzentration und Ausdauer geprüft. Der Test ist als erste Stufe einer Vorsorgeuntersuchung für Gedächtnisstörungen in der Bevölkerung im dritten Lebensalter geeignet.

Gedächtnisstörungen

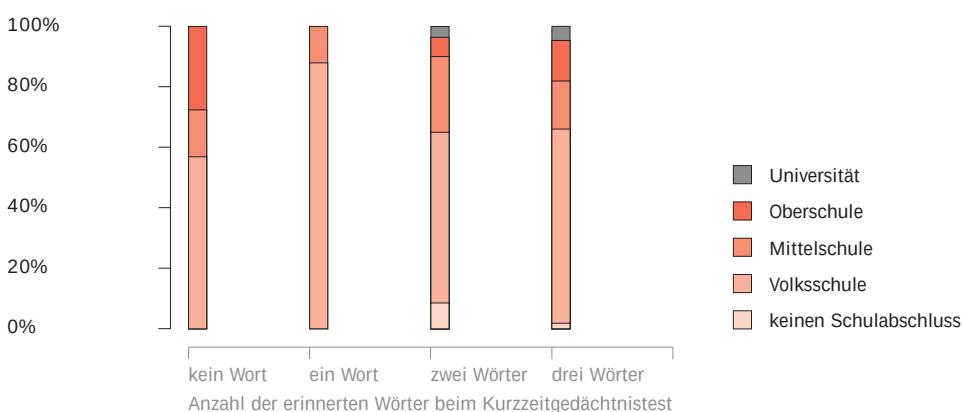
In Südtirol hatten sich 70% der Befragten alle drei, 4% an keines der drei Wörter erinnert. 71% der nicht Promovierten gegenüber 89% der Teilnehmer mit Doktorat konnten sich an alle drei Wörter erinnern. Mehr als 90% der Befragten hatten sich mindestens zwei Wörter gemerkt. 43% der Teilnehmer, die sich an alle drei Wörter erinnert haben, waren über 74 Jahre alt; 66% davon waren Frauen. Die aufgrund des Mini-Cog erhobene Prävalenz der Gedächtnisstörungen bei Menschen mit Schulausbildung über 3 Jahre betrug im nationalen Durchschnitt 23%; 10% in Südtirol und

24% in Basilikata. Aus dem Mini-Cog-Screening-Test ging hervor, dass in Südtirol 7% der autosuffizienten Menschen Gedächtnisstörungen hatten, während bei den teilweise abhängigen Menschen der Prozentsatz auf 29% stieg ($p < 0.001$). Auch auf nationaler Ebene hat man festgestellt, dass die Prävalenz der Gedächtnisstörungen bei unselbständigen Personen anstieg (20% der autosuffizienten Personen, 39% der teilweise abhängigen Personen und 83% der abhängigen Personen).

Prävalenz von Gedächtnisstörungen. National



Vergleich: Kurzzeitgedächtnistest-Schulausbildung. Prozentsatz



BEMERKUNG

Personen mit geringer Schulausbildung haben ein größeres Risiko, an Gedächtnisstörungen zu leiden; als Vorsorgemaßnahme hat sich ein „kulturell“ aktives Leben bestätigt.



P.38

SOZIALE ISOLATION

In der Studie ARGENTO wurden als „sozial integriert“ all jene eingestuft, die (in den letzten zwei Wochen vor dem Interview) alle folgenden drei sozialen Aktivitäten durchgeführt haben (sich mit Personen nicht desselben Haushaltes unterhalten, außer Haus gehen und an Veranstaltungen teilnehmen), als „teilweise integriert“ all jene, die sich mit mindestens einer der drei Aktivitäten beschäftigt haben, und als „sozial isoliert“ wurden Personen eingestuft, die während der letzten 2 Wochen keine der drei Aktivitäten ausgeübt haben.

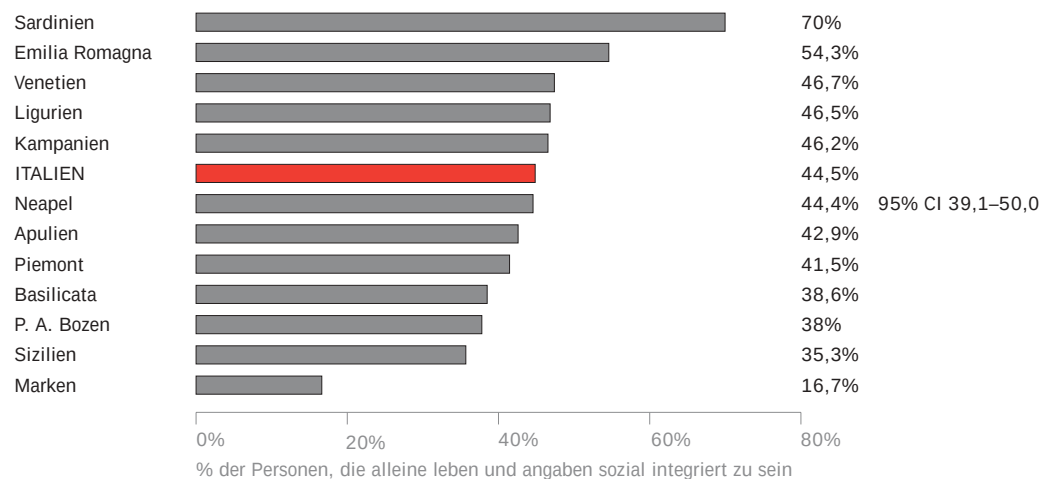
In Südtirol hatten 44% der Befragten in den letzten zwei Wochen alle drei sozialen Aktivitäten durchgeführt und wurden daher als „sozial integriert“ eingestuft. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Mann und Frau. Neun von zehn Befragten (95%) gaben an, sich mit Personen außerhalb ihres Haushaltes unterhalten zu haben. Die Hälfte der Teilnehmer waren in den letzten zwei Wochen nie außer Haus und hatten an keiner Veranstaltung teilgenommen; sie gehörten zu der Gruppe der „teilweise Isolierten“ (55%). 1% der Teilnehmer wurden als „isoliert“ betrachtet, da keine der drei Aktivitäten ausgeübt wurde. Die soziale Isolation nahm mit dem Alter zu (49% der Personen zwischen 65–74 Jahren waren teilweise isoliert und 65% der Personen über 74 Jahren, $p=0,03$). 9% der „sozial integrierten“ Personen waren abhängig; der Prozentsatz verdoppelte sich bei den „teilweise isolierten“ Personen. Auch wenn in unserer Studienbevölkerung nur 1% als „sozial isoliert“ betrachtet wurde, waren sie

trotzdem alle auf fremde Hilfe angewiesen. 5% der gesamten Studienbevölkerung auf nationaler Ebene resultierte als „sozial isoliert“ und fast die Hälfte „teilweise isoliert“. Wenn wir unsere Analyse auf alleine lebenden Personen begrenzen, verringert sich der Prozentsatz der „sozial Isolierten“ auf 1% ohne gleichzeitig den Prozentsatz der anderen beiden Gruppen zu verändern; wenn wir hingegen nur die abhängigen Personen in Betracht ziehen, steigt der Prozentsatz der „sozial isolierten“ von 4% auf 21%.

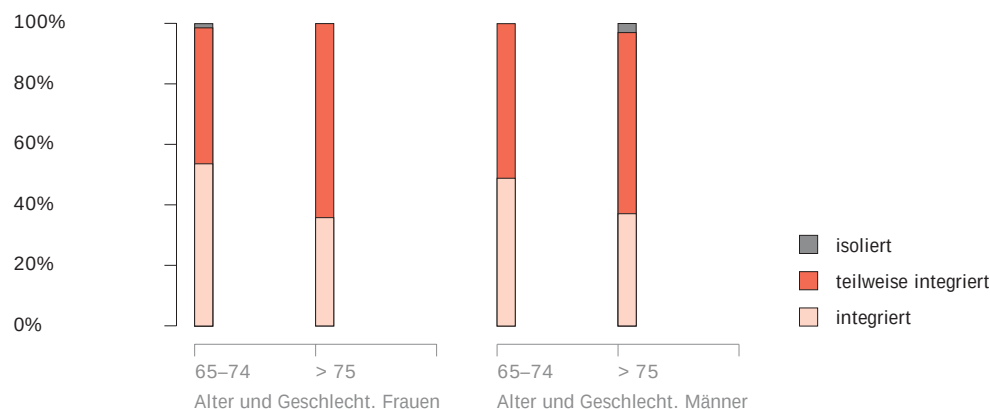
Dieser Anteil von integrierten Personen sinkt von 41% in der gesamten Studienbevölkerung auf 14% in teilweise abhängigen Personen.

Ein weiterer Faktor, der die Verteilung der sozialen Isolation bestätigt hatte, war die Anzahl der Stunden, die vor dem Fernseher verbracht wurden: in Südtirol war der Durchschnitt der Stunden vor dem Fernseher geringer als in den anderen Regionen/Provinzen (Durchschnitt 2,5 Stunden).

Soziale Isolation. National



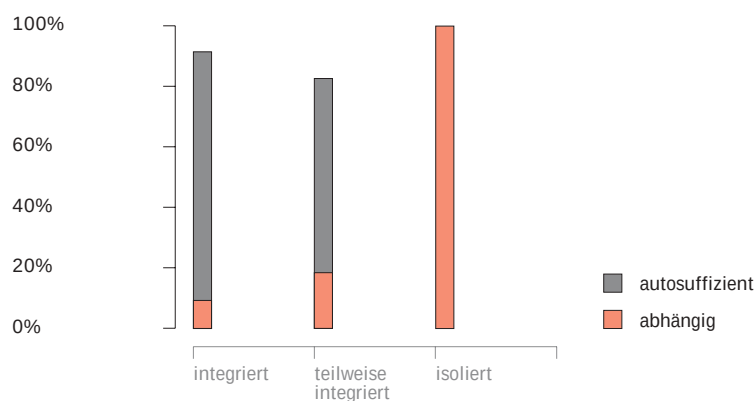
Soziale Isolation. Prävalenz





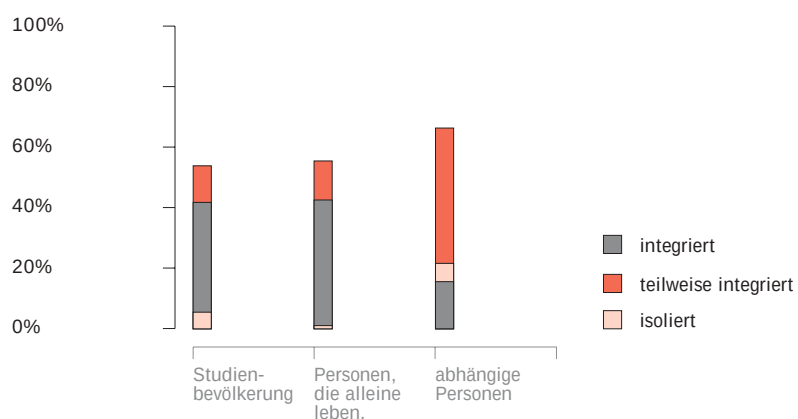
Soziale Isolation

Isolation-Autosuffizienz. Prozentsatz



Isolation-Autosuffizienz – Menschen, die alleine leben. % der Personen

P.40



BEMERKUNG

Die soziale Isolation wird wahrscheinlich auch von der Herkunft der ausgewählten Personen beeinflusst: soziale Isolation ist wahrscheinlich in städtischen Gebieten häufiger als in ländlichen. Fast die Hälfte der Befragten waren „teilweise sozial isoliert“. Dieser Prozentsatz stieg mit der Anwesenheit von Einschränkungen der alltäglichen Aktivitäten. Es ist zu unterstreichen, dass Initiativen zur Förderung der sozialen Integration vermehrt angeboten werden sollten.

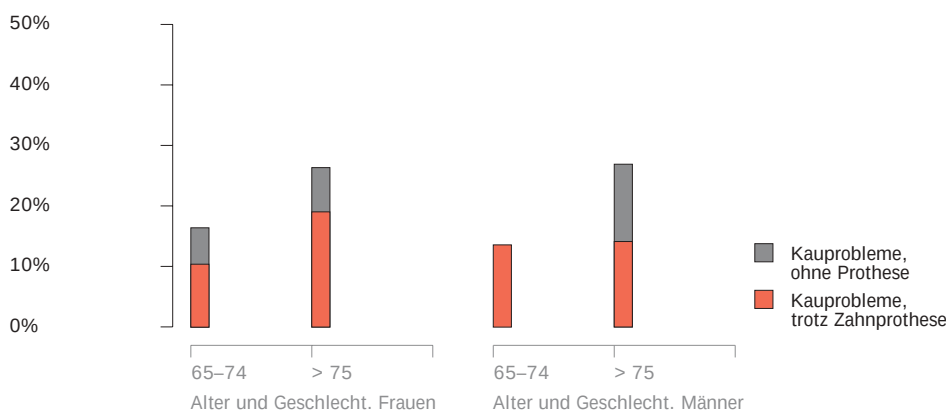
Kauprobleme aufgrund fehlender Zähne führen zu einer unangemessenen Diät, wobei insbesondere die Aufnahme von Fleisch, Obst und frischem Gemüse eingeschränkt wird. Weiters wurde festgestellt, dass Zahnprobleme einen negativen Einfluss auf das funktionelle, soziale und psychologische Wohlbefinden hat.

In Südtirol gaben 75% der Befragten an, eine Zahnprothese zu tragen, wobei einer von fünf (19%) trotzdem an Kauproblemen litt. Die Prävalenz der Kauprobleme stieg mit dem Alter (15% bei den

Personen zwischen 65–74 Jahren versus 26% bei den über 74-jährigen) ($p=0.05$). Nur die Hälfte der Männer über 74 Jahren mit Kauproblemen gaben an, eine Zahnprothese zu tragen.

Ein Viertel der Teilnehmer (27%) mit Kauproblemen hatte sich letztes Jahr einer zahnärztlichen Visite unterzogen. 70% der Teilnehmer hatten trotz Kauprobleme nicht das Bedürfnis zum Zahnarzt zu gehen. 8% der Befragten mit Kauproblemen suchten den Zahnarzt nicht auf, meist weil die Kosten einer Visite zu hoch waren.

Kauprobleme. Prävalenz



BEMERKUNG

Periodische zahnärztliche Visiten und der Gebrauch einer Zahnprothese würden die Kauprobleme der älteren Menschen verringern. Es scheint notwendig zu sein, den Zugang zu den fachärztlichen Leistungen zu vereinfachen, insbesondere in Bezug auf die Kosten der Visiten für die „fragilen“ alten Menschen.



Seh- und Hörprobleme

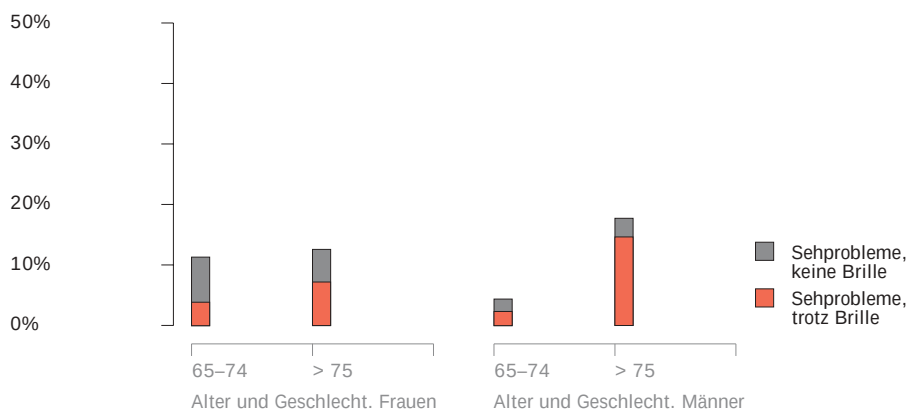
Wahrnehmungsschwierigkeiten wie z.B. Seh- und Hörprobleme können soziale Isolation hervorrufen oder die bereits bestehende Situation verschlechtern. Das Ausmaß dieser Schwierigkeiten ist bis heute kaum untersucht worden, insbesondere nicht in den einzelnen lokalen Gegebenheiten.

In Südtirol benutzten 85% der Befragten eine Brille, um relativ gut zu sehen. Die visuelle Wahrnehmungseinschränkung war in beiden Geschlechtern gleich verbreitet und stieg mit dem Alter an: 8% der Befragten zwischen 65–74 Jahren gegenüber 13%

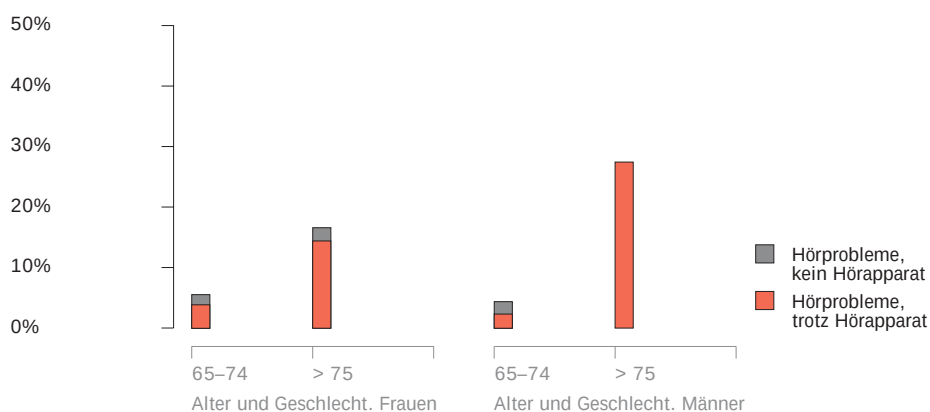
der über 74-jährigen ($p=0.2$) gaben an, nicht gut zu sehen. Trotz Gebrauch einer Brille hatten 57% der alten Menschen Sehprobleme.

12% der Befragten klagten über Hörprobleme: ein Viertel (26%) der Personen mit Hörgerät, 11% der gesamten Studienbevölkerung. Mit dem Alter verschlechterte sich die Hörfunktion (5% der Personen zwischen 65–74 Jahren gegenüber 20% der Personen über 74 Jahren) ($p=0,002$) in beiden Geschlechtern ähnlich (11% der Männer versus 13% der Frauen) ($p=0,6$). Der Prozentsatz der Personen mit Hörproblemen in allen teilnehmenden Regionen/ Provinzen betrug 18%.

Sehprobleme. Prävalenz



Hörprobleme. Prävalenz



BEMERKUNG

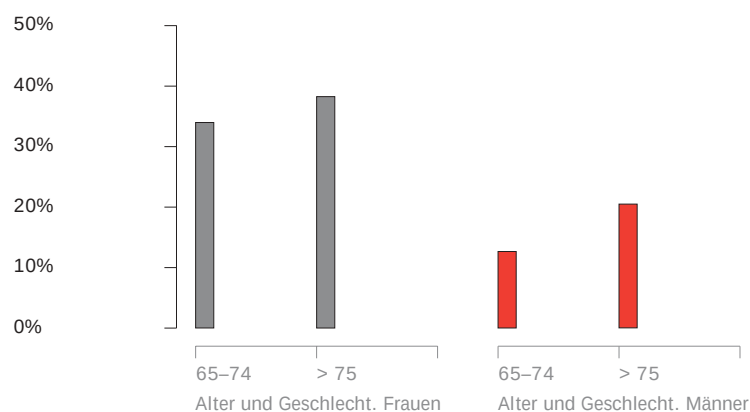
Nicht behandelbare Wahrnehmungsschwierigkeiten sowie Fehlfunktion von Hörapparaten beeinflussen wesentlich die Lebensqualität der alten Menschen. Auch in diesem Bereich ist es wichtig, den Zugang zu

den fachärztlichen Leistungen zu vereinfachen, insbesondere im Bezug auf die Kosten der Visiten für diese Altersgruppe.

Die Prävalenz der Personen mit Harnproblemen war bei Frauen (36%) doppelt so hoch wie bei Männern (16%) ($p=0,002$). 6% der Frauen gegenüber 4% der Männer gaben an, inkontinent zu sein; 30% der Frauen und 12% der Männer hatten nur gelegentlich Probleme, den Urin zu halten.

Nur auf nationaler Ebene bestand ein Zusammenhang zwischen ansteigendem Alter und Inkontinenz (27% zwischen 65–74 Jahren versus 42% über 74 Jahren ($p<0,001$)).

Harnprobleme. Prävalenz



BEMERKUNG

In Südtirol liegt die Prävalenz der Harnprobleme unter dem nationalen Durchschnitt. Harnprobleme im Alter sind unter anderem durch die Anzahl der Geburten und die Qualität der ärztlichen Versorgung während und nach der Geburt bedingt. In Zukunft

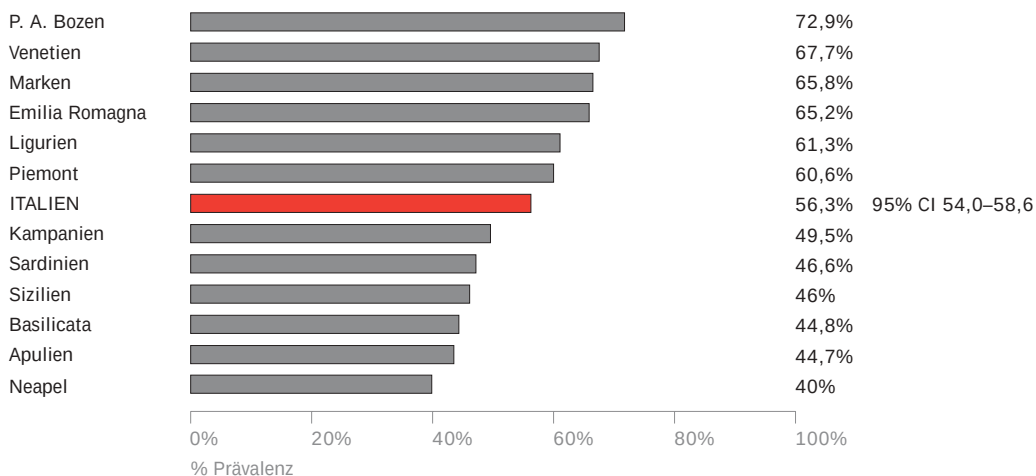
wird dieser Risikofaktor immer weniger verbreitet sein, da die Geburtenrate von Jahr zu Jahr abnimmt und die Qualität der präventiven und therapeutischen Maßnahmen ständig verbessert werden.



Motorische Aktivitäten verringern das Risiko vom Krankheiten und Todesfällen von alten Menschen: außerdem spielen sie eine wichtige Rolle in der Prävention von Stürzen und für Depressionen.

MOTORISCHE/PHYSISCHE AKTIVITÄTEN

Motorische/Physische Aktivitäten. National



Motorische/Physische Aktivitäten

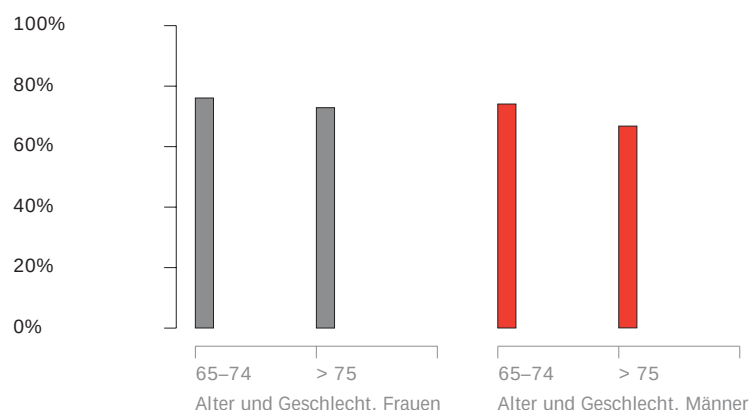
Zwei von drei Befragten (76%) gaben an, in den letzten zwei Wochen für mindestens 10 Minuten motorische/physische Aktivitäten ausgeübt zu haben. In Südtirol zeigte sich kein nennenswerter Unterschied zwischen Frauen und Männern, ebenso nicht zwischen den beiden Altersgruppen (75% der Personen zwischen 65–74 Jahren versus 70% der Personen über 74 Jahren) ($p=0,4$).

In Südtirol war der Prozentsatz der körperlich aktiven Personen höher als in den anderen Regionen/

Provinzen. 56% der nationalen Studienbevölkerung übten motorische/physische Aktivitäten aus, Männer häufiger als Frauen (51% versus 64%) ($p<0,001$) und die jüngere Altersgruppe häufiger als die ältere (68% versus 43%) ($p<0,001$).

Frauen betätigten sich vor allem im Haus und Garten. Männer hingegen kümmerten sich um die Feldarbeit. Diese motorischen/physischen Tätigkeiten wurden durchschnittlich 4–5 Mal die Woche ausgeübt.

Motorische/Physische Aktivitäten. Prozentsatz



P.45

Art der motorischen/physischen Aktivität. Prozentsatz



BEMERKUNG

Je nach Herkunft des Teilnehmers ändern sich die motorischen/physischen Aktivitäten; in städtischen Gebieten werden mehr sitzende Tätigkeiten ausgeübt und in ländlichen Gebieten mehr Tätigkeiten im

Freien. Das Betreiben von moderater motorischer /physischer Aktivität in regelmäßigen Abständen wird von internationaler wissenschaftlicher Literatur empfohlen.



P.46

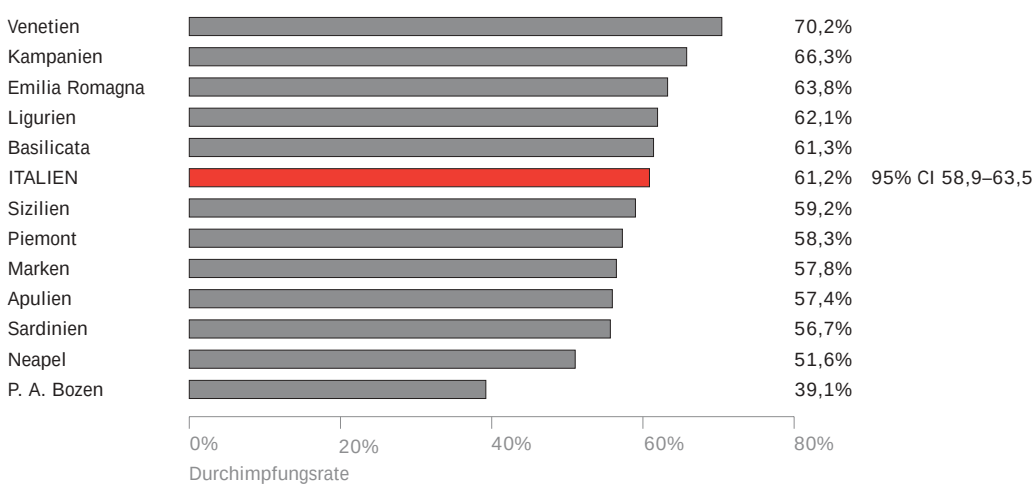
IMPFUNGEN

Die Grippeimpfung stellt eine wichtige Maßnahme für die öffentliche Gesundheit dar: empfohlen ist die Grippeimpfung für die Bevölkerung im dritten Lebensalter, weil sie Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle der Erkrankung herabsetzt. In den geltenden nationalen sowie regionalen/provinziellen Gesundheitsplänen ist als Ziel eine Durchimpfungsrate von mindestens 70% in der Bevölkerung im dritten Lebensalter festgelegt worden.

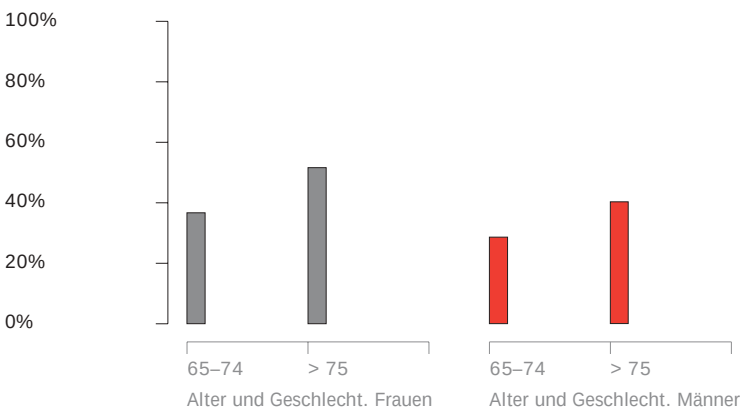
97% der Südtiroler Studienbevölkerung gab an, über die Grippeimpfung Bescheid zu wissen, gegenüber 96% der gesamten Studienbevölkerung. In der Saison 2001–2002 wurden 39% der Befragten gegen Grippe geimpft (59% der Durchschnitt in den teilnehmenden Regionen/Provinzen). Die Durchimpfungsrate war ähnlich zwischen Männern und Frauen (43% gegenüber 33%) ($p=0,13$) und stieg mit dem Alter: in der Altersgruppe zwischen 65–74 Jahren betrug die Durchimpfungsrate 33%, bei den 74-jährigen waren es 47% ($p=0,03$). 22 Befragte waren Diabetiker, wobei nur 41% von ihnen in der Saison 2001/2002 gegen Grippe geimpft wurden.

58% der Teilnehmer in Südtirol wurde vom Hausarzt geimpft. In 93% der Fälle wurde die Impfung kostenlos verabreicht. 18% der nicht geimpften Befragten hielt die Impfung für nicht wirksam, 14% glaubte, dass Grippe keine schwere Krankheit sei und in 14% wurde die Impfung nicht empfohlen. 10% der Befragten hatten Angst vor Nebenwirkungen und ließen sich deswegen nicht impfen. Die nationale Durchimpfungsrate gegen Grippe betrug 59%. Die Durchimpfungsrate in Südtirol war geringer als in den anderen Regionen/Provinzen.

Durchimpfungen gegen Grippe. National



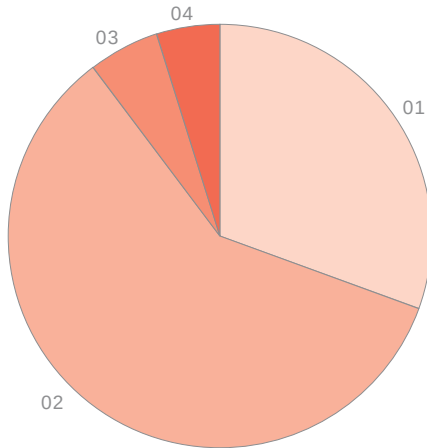
Durchimpfungsrate gegen Grippe. Prozentsatz





Grippeimpfung

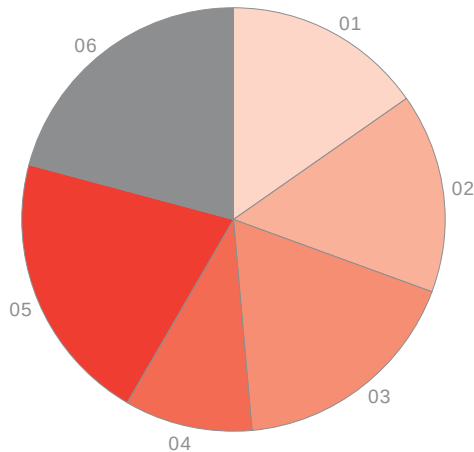
Ort der Verabreichung der Grippeimpfung



- 01. Sanitätsbetrieb. 31%
- 02. Hausarzt. 58%
- 03. zu Hause. 6%
- 04. anderes 5%

Grund nicht geimpft zu sein

P.48



- 01. keine schwere Krankheit. 15%
- 02. wurde nicht empfohlen. 15%
- 03. nicht wirksam. 18%
- 04. Angst vor Nebenwirkungen. 10%
- 05. bin nicht gefährdet. 21%
- 06. anderes. 21%

BEMERKUNG

Eines der primären Ziele für die nächsten Jahren in den vielen Regionen/Provinzen sowie auch in Südtirol ist das Anstreben einer Durchimpfungsrate gegen Grippe von 70% in der Bevölkerung über 64 Jahren

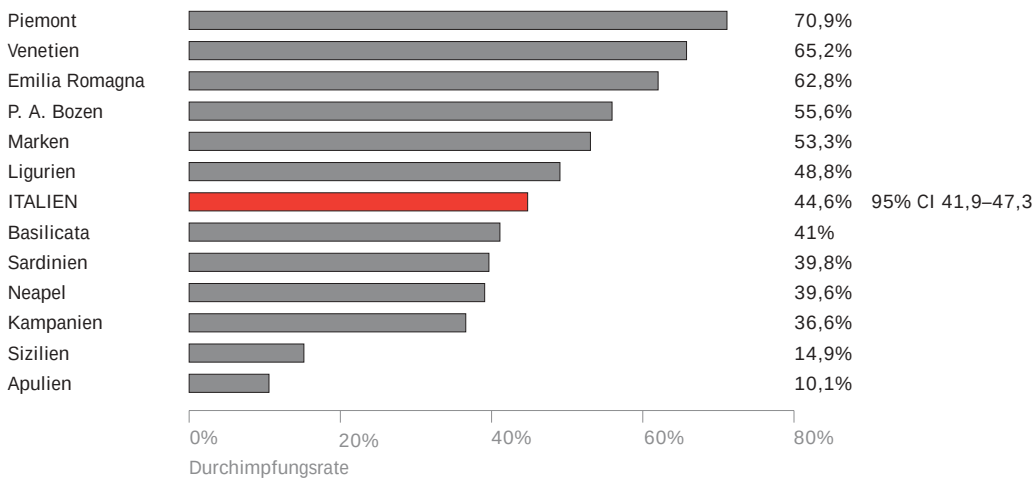
und vor allem von Risikogruppen wie z.B. Diabetikern. Aus der Studie ARGENTO geht hervor, dass die Durchimpfungsrate mit dem Alter nur geringfügig ansteigt.

Tetanusimpfung

Die öffentliche Gesundheit legt besonderen Wert auf eine Impfung gegen Tetanus bei älteren Menschen, da diese Altersgruppe am meisten davon betroffen ist. Ein gutes Impfprogramm verringert die Anzahl der empfänglichen Personen; aufgrund unvollständiger Impfung oder wegen der im Alter verringerten Immunität ist vermehrt mit empfänglichen Personen zu rechnen.

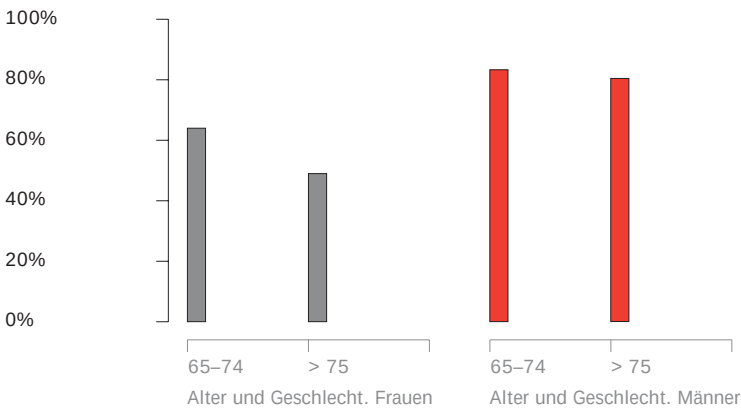
Von den Teilnehmern, die auf die Frage geantwortet haben (n= 173), waren zwei Drittel gegen Tetanus geimpft (67%). Die Durchimpfungsrate gegen Tetanus war bei Männern (82%) höher als bei Frauen (57%). In Südtirol war die Durchimpfungsrate mit Tetanus höher als der nationale Durchschnitt. 66% der geimpften Personen hatte die letzte Dosis vor mehr als 10 Jahren erhalten. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer erhielt die Auffrischungsimpfung aufgrund einer Verletzung (71%); weitere Umstände die zu einer Auffrischung führten, waren „Arbeitsgründe“ (9%) und der „Militärdienst“ (9%). Mehr als die Hälfte der Impfungen (53%) wurden von der Ersten Hilfe durchgeführt. Einer von fünf Teilnehmern wurde vom Hausarzt geimpft (22%) und einer von zehn vom Impfdienst des Sanitätsbetriebes (13%).

Durchimpfungsrate gegen Tetanus. National



P.49

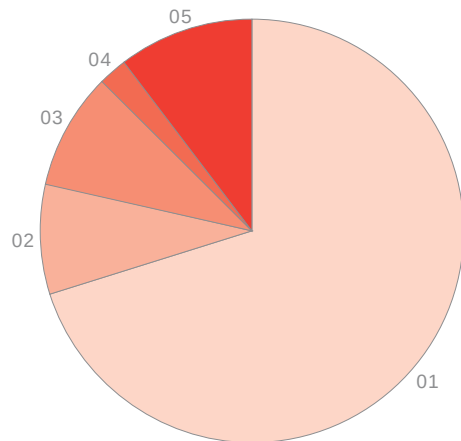
Durchimpfungsrate gegen Tetanus. Prozentsatz





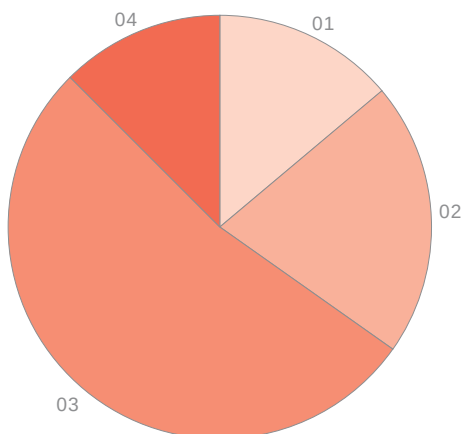
Tetanusimpfung

Tetanus: bei welcher Gelegenheit geimpft wurde



- 01. Wunde. 70%
- 02. Arbeitsgründe. 9%
- 03. Militärdienst. 9%
- 04. Kontrollvisite. 2%
- 05. anderes. 10%

Ort der Verabreichung des Tetanusimpfung



- 01. Sanitätsbetrieb. 14%
- 02. Hausarzt. 21%
- 03. Erste Hilfe. 53%
- 04. anderes. 12%

P.50

BEMERKUNG

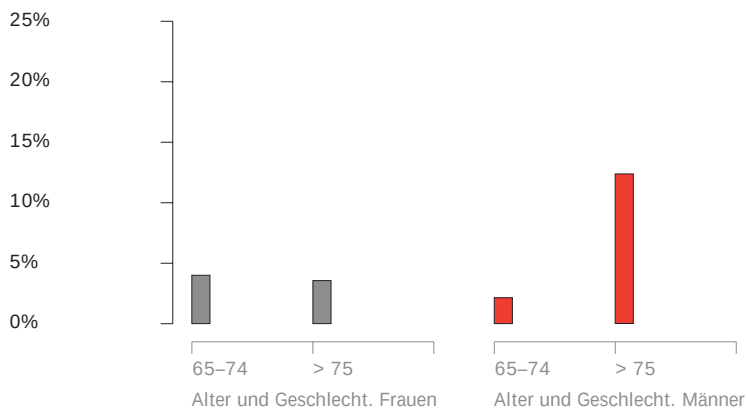
Die niedere Durchimpfungsrate gegen Tetanus bei älteren Frauen wird auch in der internationalen wissenschaftlichen Literatur beschrieben und bewirkt, dass besonders diese Gruppe anfällig für die Erkrankung ist. Die Durchimpfungsrate ist wahrscheinlich eine Überschätzung der Realität, da bei der Berechnung nur die Personen, die sich an die Impfung erinnern konnten, in Betracht gezogen wurden. Die Ungewißheit ob „Immunoglobuline“ anstatt der Tetanusimpfung verabreicht wurden, trägt wahrscheinlich auch zu einer fälschlich hohen Durchimpfungsrate bei.

Pneumokokkenimpfung

Die Impfung gegen Pneumokokken wird erst seit kurzem zu den empfohlenen Impfungen für die ältere Bevölkerung gezählt, um diese vor Infektionen mit *Streptococcus pneumoniae* zu schützen.

14% der Befragten gaben an, die Impfung zu kennen, trotzdem waren nur 5% geimpft: 4% der Frauen und 7% der Männer. Diese Werte wichen nicht vom gesamten Durchschnitt der Regionen/Provinzen ab. Die Mehrheit der Geimpften waren Männer über 74 Jahre. Von den 8 Geimpften wurde 4 mal die Impfung vom Hausarzt empfohlen; auch auf nationaler Ebene scheint dies der Hauptgrund für die Impfung gewesen zu sein. 7 Personen mussten für die Impfung bezahlen.

Durchimpfungsrate gegen Pneumokokken. Prozentsatz



P.51

BEMERKUNG

Die Pneumokokkenimpfung scheint bis jetzt nur im Sanitätsbetrieb Bozen eingeführt worden zu sein. Der Großteil der Regionen/Provinzen wiesen eine Durchimpfungsrate unter 10% auf, nur in Sizilien und Basilicata war eine von zehn Personen gegen *Streptococcus pneumoniae* geimpft.

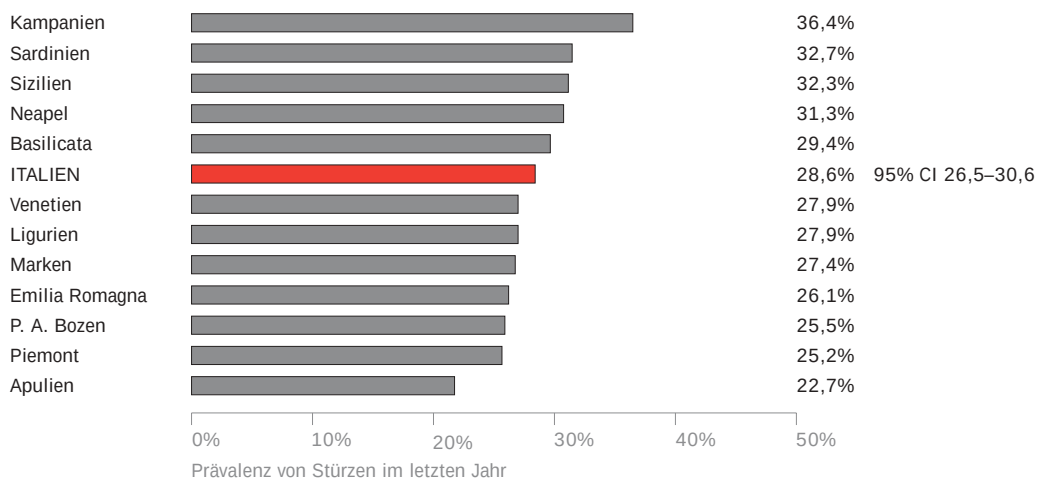


Stürze im dritten Lebensalter resultieren sehr häufig in schweren Konsequenzen (30%): auch psychische Auswirkungen, welche durch Unsicherheit und darauffolgender Einschränkung der täglichen Tätigkeiten und persönlichen Kontakte gekennzeichnet sind, können durch Stürze bedingt werden. Um Stürzen vorzubeugen ist es notwendig, Risikofaktoren zu identifizieren und diese anschließend zu verhindern.

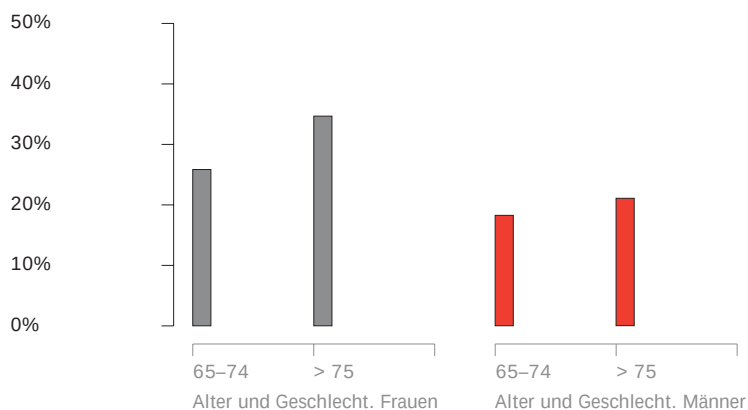
STÜRZE

Stürze. National

P.52



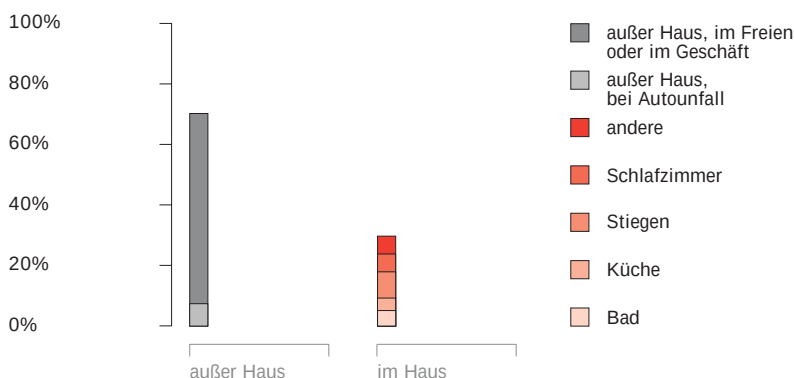
Stürze. Jährliche Inzidenz



Im letzten Jahr stürzte in Südtirol einer von vier Teilnehmern der Studie (26%); Frauen (30%) häufiger als Männer (18%) ($p=0.07$). Für $\frac{3}{4}$ der gestürzten Personen war es eine einmaliges Ereignis, 16% gaben an zweimal gestürzt zu sein und 12% mehr als zweimal. 69% der Befragten stürzte außer Haus; in 6% der Fälle wurde der Sturz aufgrund eines Verkehrsunfalles hervorgerufen. Stürze im Haus hatten sich vorwiegend auf den internen Stiegen (38%), im Schlafzimmer (31%) und im Bad (23%) ereignet. 53% der Personen wurden aufgrund eines Sturzes im dritten Lebensalter im Krankenhaus stationär aufgenommen. 59% der im dritten Lebensalter gestürzten Personen, haben über keine Folgeschäden berichtet. Von 20% der Befragten wurden aufgrund des Sturzes Probleme beim Gehen und Tragen von Lasten angegeben.

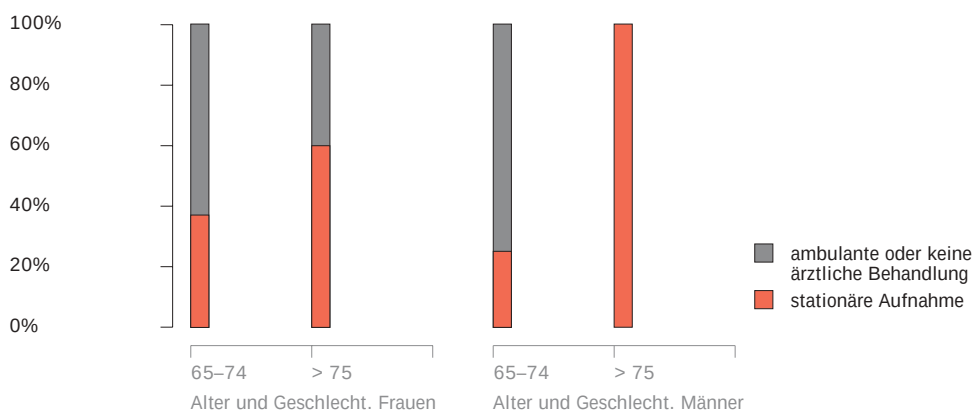
Im Norden Italiens wurden gestürzte Personen häufiger im Krankenhaus stationär aufgenommen als im Süden, in Südtirol waren es 42% der Gestürzten. Folgeerscheinungen von Stürzen sind im Piemont am seltensten, gefolgt von Emilia Romagna und Südtirol. Die am häufigsten verwendeten Vorsichtsmaßnahmen, um Stürze zu verhindern, waren eine gute Beleuchtung der Außenräume des Hauses (94%), ein Handlauf bei den Stiegen (76%) oder ein Gummiteppich gegen das Ausrutschen in der Badewanne oder der Dusche (50%). In 32% der Fälle waren Griffe an der Mauer befestigt, um in der Badewanne oder der Dusche einen besseren Halt zu haben, während 19% einen Bettvorleger verwendet, obwohl er als Risikofaktor für Stürze betrachtet wird. 15% der Befragten hatte das Licht während der Nacht eingeschaltet.

Ort der Stürze



P.53

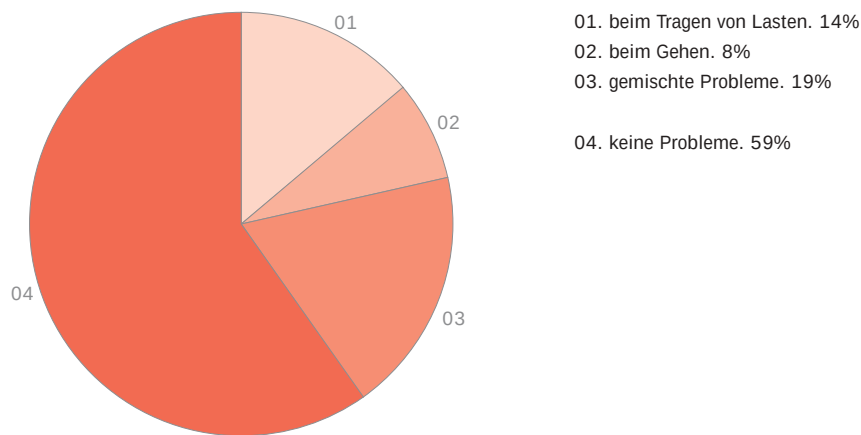
Stürze-Krankenhausaufenthalte. Prozentsatz





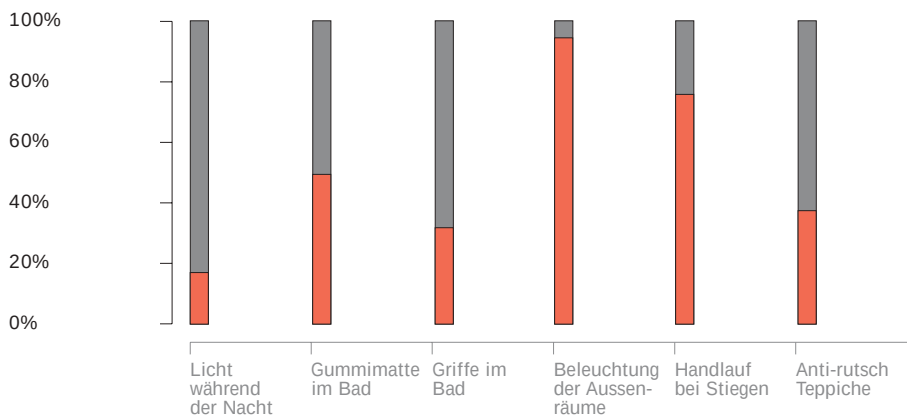
Stürze

Folgeschäden aufgrund von Stürzen



Vorsichtsmaßnahmen. Prozentsatz

P.54



Bemerkung

Die Häufigkeit von Stürzen ist in Südtirol geringer als in den anderen Regionen/Provinzen, trotz des alpinen Klimas mit einer höheren Anzahl von Tagen mit Temperaturen unter dem Gefrierpunkt (Schnee, Eis). Einer von vier Teilnehmern berichtete im letzten Jahr gestürzt zu sein; die Prävalenz stieg mit dem Alter. Ein Viertel der Teilnehmer bestätigte, mehr als einmal gestürzt zu sein und aufgrund des Unfalles

Schwierigkeiten bei der Ausführung der alltäglichen Tätigkeiten zu haben. Der Großteil der Stürze ereignete sich im Haushalt, daher ist es wichtig Präventionsmaßnahmen anzubringen. Zu den am häufigsten betroffenen Räumen zählen die Küche und das Schlafzimmer. Mehr als die Hälfte der Befragten hatte Schutzvorrichtungen im Wohnbereich angebracht.

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

84% der Südtiroler Teilnehmer an der Studie ARGENTO gaben an, Medikamente einzunehmen, Frauen (90%) häufiger als Männer (75%) ($p=0,005$). Der Gebrauch von Medikamenten stieg mit dem Alter (81% in der ersten Altersgruppe versus 89% bei den über 74-jährigen), aber statistisch signifikant war der Unterschied nur auf nationaler Ebene.





RISIKOFAKTOREN FÜR ZEREBRO-KARDIOVASCULÄRE ERKRANKUNGEN

P.56

Body mass index (BMI)

In Südtirol wurde die Größe und das Gewicht der Teilnehmer gemessen. Die Befragten wurden mit Kleidung gewogen, daher wurde vom gemessenen Gewicht 2 Kilo abgezogen.

Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer hatte ein Normalgewicht (BMI 20–25), ein Drittel wurde als übergewichtig eingestuft (BMI 25–30), 10% als fettleibig (BMI>30) und 3% als untergewichtig.

Bemerkung

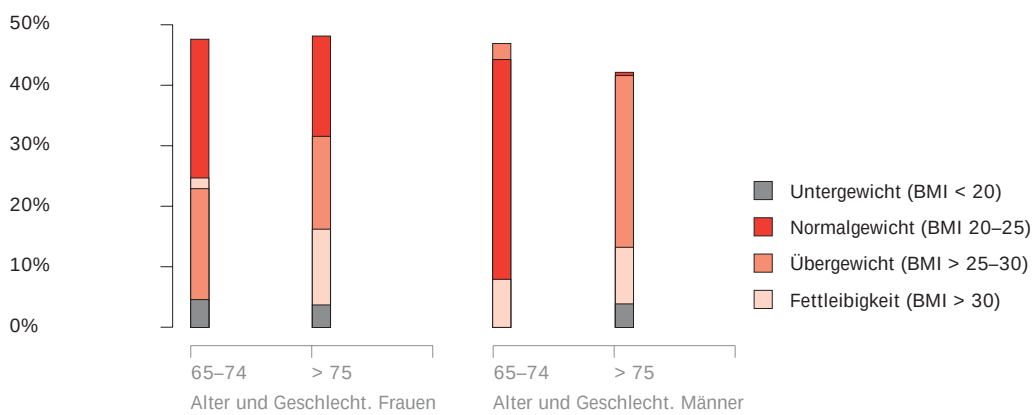
Die erhobenen Werte geben wahrscheinlich keine zu hundert Prozent genaue Schätzung des BMI wieder, da die Teilnehmer mit Kleidung gewogen wurden. Die Tatsache, dass vom gewogenen Wert 2 Kilo abgezogen wurden, vermeidet jedoch eine Überschätzung des BMI. Der berechnete BMI aus den anamnesti-

schen Daten des Gewichtes und der Größe war dem gemessenen BMI sehr ähnlich (Durchschnitt gemessener BMI 25,6 versus Durchschnitt anamnestischer BMI 25,5). Die Verteilung der Personen mit Übergewicht und Fettleibigkeit war ähnlich wie in anderen Ländern (38).

Das Rauchen

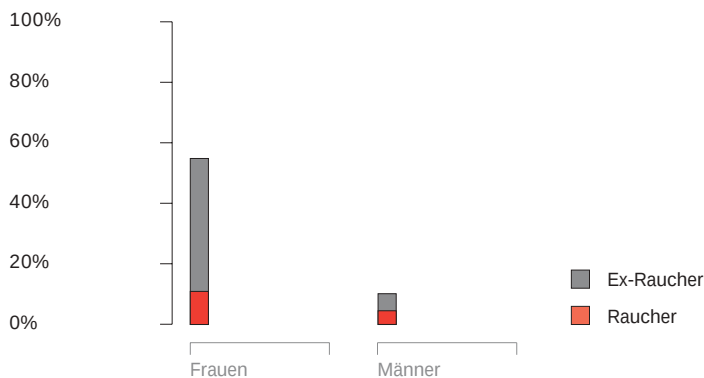
9% der Befragten gaben an, Raucher zu sein, während 22% angaben, mit dem Rauchen aufgehört zu haben; alle Raucher und Ex-Raucher gaben an, Zigaretten geraucht zu haben. Die Prävalenz der Raucher und Ex Raucher war höher bei Männern als bei Frauen. Die Befragten rauchten im Durchschnitt 14–16 Zigaretten am Tag (min. 2 Zigaretten, max. 60 Zigaretten), Frauen deutlich weniger als Männer.

BMI. Prozentsatz



P.57

Rauchen. Prävalenz





P.58

DISKUSSION

Allgemeine Kriterien für die Interpretation der Daten

Die Studie berücksichtigt nicht die in Altersheimen lebenden Personen und jene, die zur Zeit der Durchführung der Studie im Krankenhaus stationär aufgenommen waren, ebenso wie die „Indagine Multiscopo ISTAT“. Diese Einschränkung könnte zu einer Verzerrung des Gesamtbildes führen wie z.B. bei der Beschreibung des wahrgenommenen Gesundheitszustandes, der Autosuffizienz und der Anzahl der diagnostizierten Krankheiten. Die Tatsache, dass in Südtirol die Anzahl der Betten ($n=75$) pro 1.000 Einwohner ≥ 65 Jahren höher ist gegenüber dem restlichen Italien, sowie der Unterschied zwischen den nördlichen Regionen/Provinzen (44 Betten pro 1.000 Einwohner ≥ 65 Jahre) und den südlichen Regionen/Provinzen (20 Betten pro 1.000 Einwohner ≥ 65 Jahre) ($p=0,02$), könnte eine Beeinflussung dieser Variablen hervorrufen.

Trotzdem ist es sehr unwahrscheinlich, dass die unterschiedliche Anzahl der Betten in den Altersheimen dieses Phänomen alleine erklärt. In der Tat waren von den primär ausgewählten Personen nur 7 in einem Altersheim untergebracht und daher von der Studie ausgeschlossen. Der geringfügige Anteil primär ausgewählter Personen, die in Strukturen untergebracht sind, und die beobachteten Unterschiede (teilweise über 20% und mehr) von verschiedenen erhobenen Variablen (z.B. wahrgenommener Gesundheitszustand) bestätigen diese Annahme. Dank der Teilnahme von 10 Regionen und 2 Provinzen war es möglich, die Prävalenz auch auf nationaler Ebene zu schätzen. Die gewichtete Analyse berücksichtigt die unterschiedliche Größe (Bevölkerungsanzahl) der Regionen/Provinzen: Regionen mit zahlenmäßig weniger Einwohnern spielten bei der Berechnung der nationalen Mittelwerte eine geringere Rolle.

In kleineren Regionen/Provinzen war die ländliche Bevölkerung stärker vertreten.

Dieses Ungleichgewicht beeinflusst demografische Faktoren wie z.B. Schulausbildung zugunsten von Regionen/Provinzen mit einer größeren Bevölkerungsanzahl. Auch wenn in der Autonomen Provinz Bozen die ländliche Bevölkerung gegenüber der städ-

tischen überwiegt, ist der Prozentsatz der Personen ohne Schulausbildung geringer als in den anderen Regionen/Provinzen. Es wurden einige Vergleiche mit den Daten der ISTAT-Studie angestellt (Indagine multiscopo- Aspetti della vita quotidiana, le condizioni di salute della popolazione, 2000), auch wenn die Methoden beider Studien unterschiedlich waren (z.B. Studienbevölkerung). Die ISTAT-Studie wurde im November durchgeführt, die Studie ARGENTO hingegen im April. Diese Tatsache beeinflusst wahrscheinlich einige subjektive Parameter wie z.B. den wahrgenommenen Gesundheitszustand.

Der subjektiv empfundenen Gesundheitszustand der ISTAT-Daten ist schlechter als die Ergebnisse der Studie ARGENTO (guter wahrgenommener Gesundheitszustand bei 48%, diskreter bei 35% und schlechten bei 16% der Personen über 64 Jahren).

Die geografische Verteilung von Arthritis/Arthrose in Italien stimmt mit den ISTAT-Daten überein, auch wenn unterschiedliche Altersgruppen herangezogen wurden (14+ Jahre versus 65+). Die Prävalenz von Arthritis/Arthrose der ISTAT-Daten (über 65 Jahren 44%) war geringer als jene der Studie ARGENTO (50%). Die anamnestischen Daten bezüglich Bluthochdruck waren ähnlich mit denen des ISTAT, während die gemessenen Daten fast doppelt so hoch lagen.

In Südtirol war die geschätzte Prävalenz von Diabetiker höher im Vergleich zu den ISTAT-Daten, stimmten jedoch mit den Daten einer Studie der Obersten Gesundheitsbehörde überein (siehe Grafik). Die Prävalenz von motorischen/physischen Aktivitäten resultierte in der Studie ARGENTO höher als in der „Indagine Multiscopo“ ISTAT, laut welcher weniger als 5% der alten Menschen körperlich aktiv ist. Dennoch muss man die unterschiedlichen Anfangsdefinition berücksichtigen: in der Studie ARGENTO wurden alle motorischen und nicht nur die sportlichen Aktivitäten beurteilt, da sie sich ebenso wohltuend auf die Gesundheit wirken.

Allgemeine Überlegungen

Die Kosten der Studie waren gering, da alle Interviews von Sanitätsassistentinnen durchgeführt wurden.

Für die Regionen/Provinzen werden die Maßnahmen, die aufgrund der Ergebnisse der Studie eingeführt werden sollten, erst zu einem späteren Zeitpunkt sichtbar sein. Die erhobenen Daten der Studie ARGENTO und weiterer Studien sind essentiell, um eine „evidence based prevention“ (auf Daten basierende Prävention) planen und durchzuführen.

Um eine Gesamtbild des Gesundheitszustandes der älteren Personen zu erhalten, wäre es notwendig, eine ähnliche Studie zu wiederholen, wobei die Studienbevölkerung Personen wären, die in gesundheitlichen und sozialen Strukturen aufgenommen sind. Die Vor- und Nachteile von Altersheimen gegenüber Hauskrankenpflegediensten müssen eindeutig klargelegt werden, aber nicht nur vom ökonomischen Standpunkt sondern auch aufgrund der Zufriedenheit der Nutznießer. Tatsache ist, dass die Dienste den Einschränkungen der älteren Menschen wie z.B. der Notwendigkeit fremder Hilfe und den Gedächtnisstörungen entsprechen müssen.

P.60

Weiters muss man mehr Aufmerksamkeit der am häufigsten erwähnten Erkrankung, der Arthritis/Arthrose schenken: das Krankheitsbild wird im Volksmund für die Beschreibung verschiedener Krankheiten verwendet, die aber zum Teil unterschiedliche Therapieansätzen benötigen. Arthritis/Arthrose ist die am häufigsten wahrgenommene chronische Krankheit, die die älteren Menschen in der Ausführung der täglichen Tätigkeiten einschränkt und sollte einer genaueren Analysen der Krankheitsbilder, Ursachen und Behandlungsmethoden unterzogen werden.

Die erhobenen Daten bestätigen die Verwundbarkeit der alten Menschen insbesondere in Anwesenheit von chronisch-degenerativen Krankheiten, die die Lebensqualität stark beeinträchtigen. In den Gesundheitszielen wird es notwendig sein, vor allem auch auf die Bedürfnisse von älteren Frauen einzugehen, da sie anfälliger für Krankheiten sind, meistens alleine leben, aufgrund der längeren Lebensdauer eine geringere Lebensqualität wahrnehmen und in allgemeinen eine niedrigere Pension beziehen. In Südtirol sind Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen wie Tabakkonsum, Übergewicht, Diabetes und Bluthochdruck in der älteren Bevölkerung weit verbreitet.

Die Früherkennung dieser Erkrankungen und eine angemessene Behandlung können die Folgen vermindern und müssen seitens der Gesundheitsdienste gefördert werden (sekundäre und tertiäre Prävention). Es ist Tatsache, dass in Südtirol die Anzahl der Personen, die an Herzinfarkt sterben annähernd der Lungenkrebstodesfälle entspricht, und dass für beide Krankheiten das Rauchen ein sehr wichtiger Risikofaktor darstellt; man wird in Zukunft verstärkt Vorsorgeinitiativen organisieren müssen, um von diesem Verhalten abzuraten. Wie bereits bekannt, ist der Prozentsatz der jugendlichen Raucher in beiden Geschlechtern annähernd gleich. Aus einer Studie über Risikofaktoren unter Schülern (Assessorat für Gesundheitswesen, 2001) ging hervor, dass jedes zweite Mädchen über 14 Jahren in Südtirol raucht, bei den Teilnehmern der Studie ARGENTO war der Großteil der Raucher Männer.

In Zukunft werden obgenannte zwei Krankheiten immer häufiger Todesursache für beide Geschlechter sein. Weitere Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen sind ungeeignete Ernährungsgewohnheiten gekoppelt mit wenig motorischer Aktivität. Immer weiter, bereits im Kindesalter verbreitet, ist das Übergewicht, ein Risikofaktor dem man in Zukunft mehr Aufmerksamkeit schenken sollte.

Aufgrund der oben angeführten Gründe wurde im Landesgesundheitsplan der Autonomen Provinz Bozen vor allem die Bedürfnisse dieser Altersgruppe berücksichtigt und auch geschlechtsspezifische Maßnahmen (z.B. für ältere Frauen) geplant, die schwächere Gruppen besonders berücksichtigen (z.B. Behinderten) und einen würdigen Tod garantieren sollen.

Der neue Landesgesundheitsplan sieht die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention zur Kontrolle verschiedener Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen vor (z.B. Rauchen und Ernährung).

EMPFEHLUNGEN



- Es wäre ratsam, in sozialen und gesundheitlichen Strukturen, wie Altersheimen, eine ähnliche Studie durchzuführen, um auch ein Bild des Gesundheitszustandes von Personen zu erheben, die in diesen Strukturen aufgenommen sind. Eine detailliertere Analyse über die Kosten könnte zu einer Verbesserung der Planung von Strukturen und Dienste führen (Bsp.: ist es notwendig den Dienst „Duschen auf Rädern“ einzuführen?)
- Eine Analyse über das weitläufige Krankheitsbild „Arthritis/Arthrose“ durchzuführen, um das Angebot an rheumathologischen Diensten besser planen zu können und eine exakte Diagnose und entsprechende Behandlung gewährleisten zu können.
- Die Entscheidungsträger des Landes zu überzeugen, dass Vorbeugungsuntersuchungen für Bluthochdruck, sowie sekundäre Präventionsmaßnahmen unbedingt notwendig sind, um die Folgeerkrankungen und die Mortalität von Bluthochdruck zu vermindern, und die damit verbundenen Gesundheitskosten zu senken.
- Vor allem ältere Männer über die Notwendigkeit einer Frühdiagnose und einer blutdrucksenkenden Behandlung zu informieren und überzeugen.
- Allen Hausärzten zu empfehlen, den Patienten mit typischen Symptomen für Diabetes, den Blutzucker zu messen.
- Die notwendigen primären, sekundären und tertiären Präventionsstrategien für Herz-Kreislaufkrankungen zu fördern.
- Die Durchimpfungsrate der Grippeimpfung vor allem bei Risikogruppen wie z.B. Diabetikern erhöhen. Wiederum hat sich bestätigt, dass nur mit Hilfe der Hausärzte die Durchimpfungsrate für Grippe in der Zielgruppe erhöht werden kann. Für künftige Impfkampagnen sollten die Begründungen, warum sich ältere Leute nicht gegen Grippe impfen lassen wollten, berücksichtigt werden.
- Vorsichtsmaßnahmen zur Verhinderung von Stürzen müssen von Seiten der zuständigen Institutionen empfohlen werden und allen älteren Menschen, abhängig vom Einkommen und Wohnsitz, zur Verfügung gestellt werden.
- Die aktuellen Standards der Gesundheitsdienste für die ältere Bevölkerung sollten beibehalten werden.

1. Maggi S, Farchi G, Crepaldi G. Epidemiologia della cronicità in Italia. In: Rapporto Sanità 2001. Ed. Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Bologna: Il Mulino; 2001 pp. 103–21
2. Istat – “Anziani in Italia” Bologna: Il Mulino, 1997
3. Istat – Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000
4. Ministero della Sanità.
<http://www.sanita.it/sdo/dati/agggregati/sceltafine.asp?selcli=STG>
5. Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività e i risultati) Roma 25 Novembre 1998
6. Verbrugge LM Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: Health survey research methods conference proceedings (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96–1013, April 1996, pp 3–9
7. Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. In: Quaderni ISVAP Ars Nova 2001 pp 35–52
8. Ciccozzi M et al. Salute, Autonomia e Integrazione Sociale degli Anziani, Comune di Caltanissetta, 2001
9. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000. <http://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>
10. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16: 216–22
11. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15: 1021–7
12. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med*. 1989; 320: 1055–9
13. ISTAT (2000), Cause di morte: anno 1997. Roma (Annuari n. 13)
14. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43: 1214–21
15. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 40–50
16. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47: 30–9
17. Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Rassegna: La correzione di fattori di rischio multipli riduce le cadute nei pazienti anziani. <http://www.infomedica.org/ebm/papers/981010.phtml>
18. Zhan C, Sangl J, Bierman AS et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly: Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA* 2001; 286: 2823–2829
19. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 1998; 30: 992–1008
20. Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 2000; 438: 883–93
21. Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Med* 2001; 31: 427–38
22. Deal CL. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. *Am J Med* 1997; 102 (1A): 35S–39S
23. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. *J Gerontol*. 1994; 49: M 123–32
24. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000; 79: 970–5
25. Centers for Disease Control and Prevention. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR*, 1991; 40(RR12): 1–52
26. Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. *Bull WHO* 1999; 77: 127–131
27. D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. *Igiene Moderna* 1995; 103: 209–222
28. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Geronotologist* 1970; 10: 20–30
29. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond*. 1991; 44: 98–106
30. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 1994
31. ISTAT: Le condizioni di salute della popolazione; Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” Anni 1999–2000
32. Sozialbericht 2000: Autonome Provinz Bozen, Abteilung Sozialwesen
33. ASTAT – Aspetti della vita quotidiana, 2001
34. Ministero della Sanità: La salute in Italia nel 21° secolo. Organizzazione Mondiale della Sanità, Centro Europeo, Ambiente e Salute
35. WHO/NCD/NCS/99.2: Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications
36. NIH- Publication No. 98–4080: The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure, 1997
37. MMWR: Progress in Chronic Disease Prevention Treatment and Perceived Blood Pressure: Control among Self-Reported Hypertensives – Behavioral Risk Surveillance System 1986. 36 (17); 260–2, 267
38. National Center for Health Statistics: Health, United States, 1999 with Health and Ageing Chartbook, Hyattsville, Maryland: 1999
39. BEN: www.iss.it: Vescio MF, Giampaoli S, Vanuzzo D: Diabete: Un problema di salute pubblica